



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN DE LA SALUD**

**PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL Y FACTORES DE RIESGO EN
PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS,
CUENCA, ABRIL – DICIEMBRE 2016**

Tesis, previa obtención del
grado académico de Magíster
en Investigación de la Salud

AUTOR:

Dr. José Marcelo Ordóñez Mancheno

CI: 0102268836

DIRECTOR:

Dr. Juan Fernando Aguilera Muñoz

CI: 0101146405

ASESOR:

Dr. Marco Ribelino Ojeda Orellana

CI: 0103280079

CUENCA – ECUADOR

2017



RESUMEN

Introducción: La patología dual es la asociación entre un trastorno psiquiátrico y un trastorno por consumo de sustancias. La prevalencia es del 50 al 75% en internamiento, y en la población general del 15 al 80%. Las dualidades más frecuentes son: trastornos del humor, ansiedad, psicosis, y personalidad antisocial. Los factores de riesgo más relevantes son los problemas familiares y sociales.

Objetivo: Determinar la prevalencia de patología dual y factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados, en personas con trastornos por consumo de sustancias.

Método y materiales: Es un estudio transversal, que aplicó la entrevista diagnóstica estructurada MINI y el cuestionario del Eje IV del DSM IV-TR” a 133 pacientes con trastorno por consumo de sustancias entre abril a diciembre del 2016. Se realizó un análisis descriptivo y bivariado.

Resultados: La prevalencia de patología dual (P.D.) es del 74,5%, los trastornos más prevalentes fueron: T. ansiedad 56,4%, T. del humor 51,9%. T. antisocial 37,6% y Psicótico 21,1% ; el 91,6% tienen consumo de alcohol (TCA), 51,1 % consumo de otras sustancias (TCS) y 46,6% combinación de ambas. Los factores de riesgo más asociados a P.D. fueron los problemas laborales (RP: 1,38, IC 95%: 1,14-1,68; p: 0,001), económicos (RP: 1,39, IC 95%: 1,18-1,65; p: 0,001) y familiares (RP: 1,38, IC 95%: 1,03-1,58; p: 0,01).

Conclusiones: La prevalencia de P.D. es alta, los trastornos más prevalentes son de ansiedad, del humor y antisocial de personalidad. Los factores de riesgo más asociados fueron los problemas laborales, económicos y del grupo primario de apoyo.

Descriptor CS: Adicciones; patología dual; prevalencia de dualidad; trastorno por consumo de sustancias; factores de riesgo psicosocial y ambiental.



ABSTRACT

Introduction: Dual pathology is the association between a psychiatric disorder and a substance use disorder. The prevalence is 50 to 75% in hospitalization, and in the general population of 15 to 80%. The most frequently dual pathology are: mood disorders, anxiety, psychosis, and antisocial personality. The most relevant risk factors more relevant are the family and social problems.

Objective: To determine the prevalence of dual pathology and Psychosocial Environmental and Associated Risk Factors in people with substance use disorders.

METHOD AND MATERIALS: It was a cross-sectional study, applied that the MINI Structured Diagnostic Interview and the Axis IV questionnaire of DSM IV-TR "133 patients with substance use disorder between April and December 2016. A bivariate descriptive analysis.

Results: The prevalence of dual pathology is 74.5%; the most prevalent disorders were: anxiety D. 56.4%, 51.9% humor D, Antisocial D. 37.6% and Psychotic D, 21.1%; 91.6% have Alcohol Consumption (TCA), 51.1% Consumption of other substances (TCS) and 46.6% combination of both. The Most Associated Risk Factors were labor problems (RP: 1.38, 95% CI: 1.14-1.68, p: 0.001), economic problems (RP: 1.39, 95% CI: 1.18-1.65, p: 0.001) and family problems (RP: 1.38, 95% CI: 1.03-1.58, p: 0.01).

Conclusions: The prevalence of D.P. is high, the most prevalent disorders is anxiety D. , moods D. and antisocial personality. Risk factors were more associated Labor problems, economic, and family.

CS Descriptors: Addictions; Dual pathology ; Prevalence of duality; Substance use disorder; Psychosocial and Environmental Risk factors.



ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

RESUMEN.....	2
ABSTRACT	3
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	4
CLAUSULA PROPIEDAD INTELECTUAL	6
CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR	7
CAPÍTULO I	11
1.1 INTRODUCCIÓN.....	11
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	11
1.3 JUSTIFICACIÓN	14
CAPÍTULO II	16
2.1 MARCO TEÓRICO	16
CAPÍTULO III	30
3.1 HIPÓTESIS.....	30
3.2 OBJETIVOS.....	30
3.2.1 OBJETIVO GENERAL	30
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	30
CAPÍTULO IV.....	31
4.1 MATERIALES Y MÉTODOS.....	31
4.1.1 Tipo de estudio y diseño general.....	31
4.1.2 Operacionalización de las variables.....	31
4.1.3 Área de estudio	32
4.1.4 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación	32
4.1.5 Criterios de inclusión y exclusión	32
4.1.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control y calidad de los datos	33
4.1.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos.....	34
4.1.8 Plan de análisis de los resultados	34
4.1.8.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables.....	34
4.1.8.2 Programas utilizados para análisis de datos	34
CAPÍTULO V	35
5.1 RESULTADOS.....	35



5.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:	45
CAPÍTULO VI.....	47
6.1 DISCUSIÓN.....	47
CAPÍTULO VII.....	56
7.1 CONCLUSIONES	56
7.2 RECOMENDACIONES.....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS.....	62
Anexo # 1	62
CRONOGRAMA	62
Anexo # 2	63
PRESUPUESTO.....	63
Anexo # 3	64
Anexo # 4.....	71
Anexo # 5.....	94
Anexo # 6.....	97
Investigación:	97
PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL Y FACTORES ASOCIADOS EN TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA, 2016.....	97
Anexo # 7.....	99
Cuadros variables demográficas:.....	99
Anexo # 8.....	100
Cuadros variables de análisis:.....	100



CLAUSULA PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo José Marcelo Ordóñez Mancheno, autor del trabajo de Tesis “PREVALENCIA DE PATOLOGIA DUAL Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA, ABRIL – DICIEMBRE 2016”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 17 de abril del 2017

A handwritten signature in blue ink, consisting of several vertical strokes followed by a series of connected loops and a final upward stroke.

José Marcelo Ordóñez Mancheno

C.I: 0102268836



CLAUSULA DE DERECHOS DE AUTOR

Yo José Marcelo Ordóñez Mancheno, autor del trabajo de Tesis “PREVALENCIA DE PATOLOGIA DUAL Y FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA, ABRIL – DICIEMBRE 2016”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del grado académico de Magíster en Investigación de la Salud. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, 17 de abril del 2017

José Marcelo Ordóñez Mancheno

C.I: 0102268836



COLABORADORES

Paúl Andrés Piedra Vázquez Ci: 0105162960
Karla Anabell Astudillo Reyes Ci: 0706399599
Ana Gabriela Rosales Almeida Ci: 0105079156
Luis Miguel León Rodas Ci: 0105051767



DEDICATORIA

La presente investigación se la dedico a mi querida esposa María Cristina y mis hijos José Francisco y María Emilia, por toda la comprensión, cariño y apoyo. Sé, que he otorgado mucho tiempo a la consecución de esta obra; sin embargo, siempre han estado ahí y se han convertido en la fuerza que me ha impulsado para alcanzar mis metas.

¡Los amo!

José Ordóñez Mancheno



AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a la Universidad de Cuenca, la Maestría de Investigación de Salud por haberme brindado la oportunidad de ser nuevamente parte de sus aulas, a sus directivos y docentes por sus enseñanzas ; a mi Director de tesis Dr. Juan Aguilera Muñoz y Asesor Mgst. Marco Ojeda Orellana por su apoyo y conocimiento brindado; a mis colaboradores: Paúl Piedra, Karla Astudillo, Gabriela Rosales y Luis Miguel León quienes brindaron su tiempo y conocimientos para el desarrollo de este proyecto; al Hospital Especializado “Humberto Ugalde Camacho” (CRA) y su Director Dr. Saúl Pacurucu Castillo, pues ofrecieron todo el soporte, contingente y paciencia para el desarrollo exitoso de la presente investigación.



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos por consumo de sustancias traen consigo secuelas individuales y sociales, incluidos la superposición de los trastornos psiquiátricos. Factor importante a tomar en cuenta por parte de los profesionales en salud mental, porque esto complica la intervención y el manejo clínico en el campo de las adicciones. Se destaca, a los trastornos por consumo de sustancias (TCS), porque merman la calidad de vida y la afectan directa o indirectamente. La inclusión de un trastorno psiquiátrico adicional hace que el riesgo se incremente, empeorando la evolución de la enfermedad adictiva; la combinación de comorbilidad psiquiátrica y adictiva se la conoce como “patología dual (PD) o morbilidad asociada (1) (2).

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas con TCS presentan una asociación alta con la patología dual o comorbilidad psiquiátrica (3)(4). “Al menos la mitad de los pacientes que sufren un trastorno mental severo presentan a la vez trastornos por consumo de sustancias” (5). Según los estudios realizados en centros especializados como clínicas psiquiátricas y centros de tratamiento de adicciones, la magnitud del problema de patología dual se encuentra entre el 50 y el 75% (6)(7); a diferencia de los resultados mostrados en hogares y escuelas que reportan una prevalencia del 29% (7). Otros estudios llevados a cabo en población general refieren una prevalencia de comorbilidad dual entre el 15 – 80%, este amplio rango se debe a la heterogeneidad de las muestras, lugares de atención, factores relacionados con las sustancias en consumo, problemas clínicos intercurrentes (enfermedades infectocontagiosas) y las dificultades diagnósticas (8).



Ser de sexo masculino genera mayor riesgo de consumo de sustancia, relación de 4:1 comparado con la mujer, en lo que respecta a la prevalencia durante la vida es de 13:1; mayor riesgo se da entre los 18 a 29 años; mientras, la prevalencia para el año es mayor entre los 45 a 54 años; más en divorciados con el 14,6% y 13,5% en solteros (1).

La bibliografía internacional, reporta múltiples estudios. Uno realizado en México en Centros Residenciales y Casa de Recuperación, reportó que, de 346 personas evaluadas por patología dual, el 75,72% cumplían con criterios como para PD, el 83,59% de los trastornos psiquiátricos se presentaron antes del problema relacionado con el consumo (7).

Un estudio sobre la prevalencia anual y de vida sobre TCS y comorbilidad de trastornos del estado de ánimo (TEA), ansiedad e impulsividad en la población colombiana en el año 2010, evidenció resultados de prevalencia anual de TCS en los 12 meses de 0,7%, y para alguna vez en la vida de 2,4%, asociándose con fuerza con los trastornos de ansiedad y estrés postraumático, seguidos por el trastorno bipolar I y los trastornos de conducta; de manera individual, en el grupo de ansiedad, el trastorno por estrés postraumático tuvo mayor fuerza de asociación con el uso de sustancia (1).

El trastorno que presentó mayor relación de riesgo entre los trastornos de ansiedad y el TCS fue en abuso el trastorno por estrés postraumático OR: 4 (IC: 1,6 -10,1), para dependencia el trastorno de pánico con un OR: 14,6 (IC: 1,8 – 120), en ambos grupos cualquier trastorno de ansiedad muestra en abuso OR de 4 (IC:1,6-10.1) y dependencia OR 8,5 (IC: 2,3 -31,7); en trastornos del estado de ánimo el mayor riesgo lo tiene el Trastorno Bipolar tipo I tanto en abuso como en dependencia OR en abuso 28,4 (IC: 6,1-133.1), dependencia 28,5 (IC: 3,4-240,1), la depresión se asocia más con dependencia con un OR de 7,7 (IC: 1,9-30,9), cualquier estado de ánimo se relaciona más con dependencia con un OR 7,3 (IC: 1,8-29,26); la relación con los trastornos impulsivos, hay más relación con los trastornos de conducta que en abuso o dependencia su OR fluctúa entre 103,6 -138,5 (IC: 24,6 -771,9), seguidos del valor de cualquier trastorno de los impulsos y trastorno negativista desafiante (1).



En dos investigaciones realizadas en Madrid, la primera sobre trastornos psiquiátricos y alcoholismo, muestra que los trastornos de personalidad están asociados en un 30%, los trastornos adaptativos 24% , depresión 22%, ansiedad 18%, esquizofrenia el 11% y trastorno bipolar 9% (3). Mientras que en la segunda sobre patología dual y cannabis, evidencia una prevalencia a lo largo de la vida de trastornos psiquiátricos asociado al consumo fue del 76,5%, el riesgo de suicidio estuvo presente en el 32,9%, seguido por el episodio depresivo mayor con el 26,1%, trastorno bipolar 25,5% , los trastornos de ansiedad se muestran con valores que van entre el 5 al 25,2% (el valor menor para trastorno por estrés postraumática y el mayor para el trastorno de angustia) y los trastornos psicóticos en el 12,2%; el mismo estudio indica que en los valores de PD actual, predominan el riesgo de suicidio con el 20,1%, trastorno bipolar con el 29,3%, seguido por el trastorno de ansiedad generalizada con el 24,1% , la depresión mayor 19,5% y psicosis el 12%; se destaca que 51% de las personas evaluadas contaban con un diagnóstico de trastorno de personalidad (este grupo se asoció especialmente con bipolaridad, psicosis y agorafobia; concluye indicando que el trastorno psiquiátrico se asocia con la edad de inicio del consumo del cannabis. En otro estudio llevado a cabo por la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD) indica que hay asociación entre los trastornos mentales, la dependencia a la cocaína y el alcohol; aunque no analizaron datos sobre el uso del cannabis (6). Al parecer, diferentes estudios exponen a los trastornos del estado de ánimo y personalidad antisocial, como los más prevalentes; también, se dice que ser de sexo femenino incrementa la probabilidad de un trastorno dual al compararlo con el masculino; también nos dicen que el 29% de personas con cualquier trastorno pueden desarrollar un TCS (29% alcohol y 15% otras sustancias) (7)(3)(9)(1).

La prevalencia y aparición de problemas psiquiátricos son la respuesta emergente de factores culturales, sociales, económicos y ambientales. Aquí está la importancia del estudio de los estresores, que han sido propuestos por la



Asociación Psiquiátrica Americana (2002) como parte de la evaluación multiaxial de enfermedades mentales en el DSM IV TR, estos son: problemas del grupo primario, sociales, laborales, económicos, de vivienda, educación, legales, sanitarios y otros. El factor más asociado a los trastornos psiquiátricos - en especial la depresión, son los relacionados con el grupo de apoyo primario con un OR: 2.314 (IC:1,532-3,511) (10).

El consumo de sustancias ocupa un lugar preponderante en el sistema sanitario. Esto implica: mayor uso del sistema sanitario, altos niveles de discapacidad, mal pronóstico epidemiológico, clínico y terapéutico (3)(6)(8). Hay que recalcar sobre la posibilidad de asociación con el incremento de riesgo de enfermedades infectocontagiosas, intenciones suicidas, mayores problemas legales, y conflictos sociales, caracterizados por: incremento de la pobreza, violencia, criminalidad y encarcelamiento; es decir, detrimento psicopatológico, clínico y social (7)(4)(1)(2).

1.3 JUSTIFICACIÓN

Entender la prevalencia de la patología dual, ayudará a entender y responder de mejor manera sobre la complejidad que representa la PD. Los resultados enriquecerán la propuesta planteada por el Ministerio de Salud Pública de Ecuador como prioridad de investigación en salud, en la línea de “abuso de alcohol, tabaco y drogas”, perteneciente al área de la Salud Mental (11); desarrollar programas preventivos, establecer un sistema sanitario capacitado y actualizado en la detección oportuna y tratamiento integral de la patología dual (2).

La presencia de patología dual en un individuo, fomenta un mayor deterioro en su calidad de salud; su manejo clínico no puede estar dicotomizado en adicción y salud mental como entidades diferentes; se hace necesario discutir con datos, encontrar los factores asociados, generar respuestas, con el fin de plantear y



argumentar acciones que propendan al desarrollo del talento humano y justificar acciones que permitan el abordaje integral del problema (2).

No se han podido ubicar estudios similares en la ciudad de Cuenca, sobre prevalencia de patología dual y factores de riesgo asociados. El país, no cuenta con datos o estudios similares al propuesto por este proyecto. Por lo anteriormente expuesto, se plantea las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia de patología dual en pacientes con trastornos por consumo de sustancias en el Centro de Recuperación y Adicciones (CRA) de la ciudad de Cuenca, en el año 2016?

¿Cuáles son los factores de riesgo ambientales y psicosociales asociados a la patología dual?



CAPÍTULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

La comorbilidad psiquiátrica y el consumo de sustancias, es conocida con diversos nombres: patología dual, farmacodependencia con múltiples diagnósticos, o abusadores químicos mentalmente enfermos o abusadores químicos mentalmente afectados (9).

El diagnóstico de la patología dual plantea básicamente dos problemas básicos. Primero, la capacidad que tiene el consumo y la abstinencia de sustancias en provocar psicopatología propia de un trastorno mental en su fase aguda. Segundo, los trastornos psiquiátricos son una serie de patrones de síntomas psicopatológicos conocidos como “síndromes”, que junto con el uso de marcadores biológicos, nos llevan a establecer diagnósticos (8)

.

Hay dos ideas a tomar en cuenta para explicar la presencia de la patología dual: 1) la manera de expresarse sintomáticamente, demuestra alteraciones neurobiológicas previas diferentes entre la adicción y los trastornos psiquiátricos, es decir son distintas; 2) la administración continua de sustancias, genera transformaciones neurobiológicas propias de los mecanismos de neuroadaptación, comunes con algunos trastornos psiquiátricos (8).

Hay que distinguir entre “trastornos primarios”, “efectos esperados”, y “trastornos inducidos por sustancias”. El primero, es cuando los trastornos psiquiátricos no se encuentran relacionados con el consumo de sustancias, ni una enfermedad clínica que los justifique. El segundo, son la presencia de síntomas que podrían darse como resultado de la ingesta o abstinencia de una sustancia. El tercero, cuando los síntomas se muestran mucho más exagerados



en comparación de los síntomas esperados en una abstinencia e intoxicación por sustancias (8).

La adolescencia constituye un factor importante a tomar en cuenta; en esta etapa, el cerebro se encuentra en proceso de maduración y genera cambios importantes en su desarrollo; el consumo temprano de sustancias puede interferir en él, exponiéndole a tener mayor riesgo de trastornos psiquiátricos; también, la presencia de un trastorno psiquiátrico puede exponerlo al consumo de sustancias más adelante. Es así, como el consumo de sustancias y otros trastornos psiquiátricos pueden ser también considerados como trastornos del desarrollo (1).

La bibliografía, expone que la comorbilidad más frecuente son los mismos trastornos por consumo de sustancias, es decir, incorporar “múltiples adicciones” con otras drogas (combinación entre THC, cocaína, inhalantes, etc...). La asociación, probablemente se deba a la necesidad de limitar o amortiguar el efecto de otra sustancia, potenciar de manera sinérgica su acción o generar nuevos tipos de experiencias. Un estudio realizado en México, reporta una frecuencia entre el 85% al 100% de los casos (9). Los trastornos más relacionados con el consumo de alcohol están el uso de sustancias, trastornos de personalidad, trastornos afectivos, ansiedad y problemas del sueño (12). Otra investigación, ejecutada para valorar a conductores en 25 capitales Brasileñas, reporta que la prevalencia de trastornos psiquiátricos era del 40,5% en conductores que beben o usan drogas, comparado con los demás conductores; los trastornos psiquiátricos encontrados fue la depresión con el 19,4%, manía el 6,5%, hipomanía el 5,4%, el trastorno por estrés postraumático el 8,6%, y el 48,1% para abuso o dependencia al alcohol/drogas; los conductores con uso reciente de sustancias presentaron 2,5 veces más probabilidades de tener un trastorno psiquiátrico (IC: 1,8 -3,6, $p < 0,001$) (11). Un estudio en Bogotá, con pacientes hospitalizados bajo diagnóstico por dependencia al alcohol en servicios de desintoxicación; reportó una prevalencia de ansiedad del 65,5% y



depresión en el 75,9%, además de trastornos del sueño; es importante destacar, que los pacientes se encontraban cursando la fase de desintoxicación, es decir no han pasado las 4 semanas necesarias de abstinencia, para determinar si el trastorno psiquiátrico es primario o secundario (10).

Los trastornos mentales con más prevalencia en población general, en el sexo masculino, son la depresión entre el 10 al 25% y ansiedad el 3 al 5%; mientras que, en las mujeres los trastornos por consumo de sustancias se encuentran muy relacionados a los trastornos del estado de ánimo, en especial depresión; la asociación entre factores psicosociales y ambientales con los problemas de salud mental, se ha relacionado la depresión con problemas de pareja y familia; la violencia en edades tempranas, incrementa la posibilidad de depresión, duelo e ira; el maltrato, violencia (sexual, física y psicológica) son reconocidos como factores de riesgo para consumo de sustancias; los problemas como crisis familiares y disfunción se asocian con los primeros consumos y abuso de sustancias en adolescentes; la influencia del grupo social se liga con embarazo en adolescentes, consumo de drogas, depresión, suicidio, fobia social y trastornos de conducta alimentaria (10).

Posibilidades para explicar la relación comórbida: 1) se podría observar a cada trastorno de modo independiente, es decir de manera paralela, al actuar simultáneamente empeora su sintomatología clínica, puede darse por “casualidad” o como parte de compartir factores predisponentes similares; 2) el consumo de alcohol o drogas provocaría los síntomas psiquiátricos o un segundo trastorno como la depresión y ansiedad, que podría causar un cambio fisiológico permanente que mantenga al trastorno psiquiátrico, es decir con una “relación causal” tanto de manera primaria o secundaria; 3) la persona consume con la finalidad de tratar y paliar su sintomatología psiquiátrica como una manera de “automedicación”, en este caso, el tratamiento del problema mental podría hacer desaparecer el consumo de sustancia/s, como un “modificador”; 4) Algunos síndromes podrían presentarse como cuadros psiquiátricos temporales, como



consecuencia de los efectos propios de la intoxicación o abstinencia, que aparentemente remitirían luego de pasar por un período de supresión o desintoxicación. En definitiva, se requerirá una concreción de términos que establezcan lineamientos en la relación temporal del consumo de sustancias y trastorno psiquiátrico, como por ejemplo sustituir el término de “trastorno primario” por “trastorno independiente” y “trastorno inducido” por “trastorno relacionado”; de esta manera el futuro está en encontrar marcadores biológicos que permitan validar la condición de independiente o inducido (7)(8)(9)(13).

Hay que tomar en cuenta otros tipos de vulnerabilidades como las genéticas que pueden hacer que una persona esté más predispuesta a la adicción como a la enfermedad psiquiátrica o que tenga mayor riesgo de tener el segundo luego de la aparición del primero. La presencia de factores precipitantes del ambiente: estrés, trauma, o exposición temprana a las drogas; todas las sustancias intervienen en regiones similares en el cerebro, sobre todo en los sistemas de gratificación y estrés, estas podrían estar ligadas tanto a la patología adictiva como a la mental (1).

Tres conceptos se integran al diagnóstico de trastornos mentales: El diagnóstico, la discapacidad y la duración; mientras que, el diagnóstico de consumo de sustancias se describe según su nosología (5). En la patología dual grave queda incluido la definición de trastorno mental grave, en esta clasificación ingresan algunas categorías del CIE 10 como la presencia de psicosis crónicas no inducida por sustancias, trastornos graves del estado de ánimo, trastornos de “personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico y límite”; cuadros con una evolución prolongada, y repercusión personal severa; haciendo que el abordaje terapéutico sea más complejo; hay otras que también se incluyen, más porque provocan una alteración permanente en la capacidad de funcionamiento del individuo, estas son: “agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastornos mentales orgánicos, trastornos de la conducta



alimentaria, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (4).

El trastorno por consumo de sustancias, se da cuando una persona empieza a consumir o ingerir drogas con la finalidad de realizar sus actividades cotidianas de manera normal; estas personas pueden desarrollar dos fenómenos que se conocen como: abstinencia y tolerancia. La primera, se debe a la suspensión súbita de la ingesta, manifestando en la persona una serie de síntomas físicos y psicológicos; mientras que la segunda, se da cuando la persona necesita ir incrementando cada vez más la dosis para alcanzar el efecto deseado; en el TCS, se dan dos etapas, las mismas que se consideran las más avanzadas, estas son: el abuso, conocido como consumo problemático o riesgoso; y la dependencia conocida como adicción (14).

El diagnóstico de PD entre el trastorno por consumo de sustancias y los problemas afectivos, existen reportes de 9,2% de la población en general ha padecido un episodio depresivo y que 1 de cada 5 personas lo sufrirá antes de cumplir 75 años. Esta se encuentra asociada con las conductas adictivas, suicidio y violencia, un 26% de personas no serán diagnosticadas y un 30% no recibirá ayuda (15). Es importante diferenciar si el problema del estado de ánimo, en especial el cuadro depresivo se encuentra asociado a una fase de intoxicación o abstinencia, puesto que se podría confundir fácilmente con la presencia de un cuadro afectivo bipolar o un trastorno depresivo; de manera similar hay que tomar en cuenta que el uso de sustancias estimulantes como la cocaína y anfetaminas podrían generar cuadros compatibles con una manía (energía, irritabilidad, hiperactividad, grandiosidad, estados de persecución) y su abstinencia generar cuadros depresivos (fatiga, decaimiento, tristeza, e incluso ideación suicida; el uso de sustancias como benzodiazepinas, opiáceos y barbitúricos pueden presentar sintomatología compatible con un cuadro depresivo, hipoprosexia y problemas en el sueño. Por lo general, toda esta sintomatología podría estar acompañada por ansiedad (9).



Epidemiológicamente, es importante que se valore la presencia de sintomatología tras haber pasado 4 semanas de abstinencia, mucha de la sintomatología tiende a remitir; existen estudios que reportan disminución de la Depresión mayor, medida por la escala de Hamilton, en una primera valoración el 42 al 62% contaban con positividad, luego de un mes de no consumir la sustancia disminuyó entre el 12% al 16%, al igual que la ansiedad; muchos de estos trastornos son agravados por el consumo o tienden a mejorar en el tiempo anteriormente indicado (9) (12) .

Una de las complicaciones más frecuentes de la depresión es el suicidio, esta es una causa prevenible; entre el 7% y el 27% de muertes por alcoholismo es por esta causa en Estados Unidos; a su vez el 15 al 25% de suicidios parecen haber sido cometidos por alcohólicos, mientras que la tasa de alcoholismo en suicidas consumados es del 20 al 46%; la incidencia anual de intentos suicidas fue de 174/100.000 hab.; los suicidios consumados de 12/100.000 hab.; historias de intentos previos entre 25 y 50%; la edad de mayor riesgo después de los 20 años de ingesta excesiva de alcohol, se asocia con el poli consumo, conflictos personales entre 1 a 6 semanas; el trastorno antisocial se asoció en el 81% de los casos (9). La conducta suicida, debe ser abordada de manera inmediata y debe ser prevenida; la adopción de medidas de prevención y abordaje no pueden dejar de lado este fenómeno que es parte de la violencia y el consumo de sustancias (16). En un estudio de patología dual y riesgo de suicidio en personas con TCS en prisión determinó que el 35% de 143 reclusos presentaba patología dual, y en ellos el 60,6% tenía riesgo de suicidio, también determinó que los antecedentes de maltrato físico infantil incrementaba el riesgo de TCS, mientras que el psicológico favorecía la presencia de trastornos afectivos y psicóticos (17).

“En el alcoholismo , se diagnostican con más frecuencia como comorbilidad el uso de otras sustancias, trastornos afectivos, de ansiedad y del sueño”(12). Con



frecuencia se tiene la asociación de otra patología adictiva asociando el consumo de alcohol con el abuso o dependencia de otras sustancias (benzodiacepinas, cocaína, marihuana, opiáceos, etc... (13). El alcohol al contar con efectos ansiolíticos podría generar un incremento de su consumo; éste disminuye el nivel de tensión, obviamente se debe tomar en cuenta la cantidad ingerida, las expectativas, el aprendizaje social y la forma de manejar su estrés (funciones reductoras o atenuadoras) (9).

Consumo de alcohol y ansiedad, hay que considerar la vinculación a estados propios a los del alcoholismo, la presencia del síndrome de abstinencia posterior al consumo que podría manifestarse con síndromes de abstinencia simples, en periodos menos avanzados de ingesta; mientras que, en períodos avanzados podrían darse alucinosis alcohólica y delirium tremens; los tres son auto limitados y podrían durar entre 7 a 10 días (9).

La ansiedad genera una serie de reacciones de índole fisiológica que genera cambios en el comportamiento, muy parecidos a tener miedo (18). El alcoholismo, también se vincula con la patología ansiosa primaria; el trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada tienen una prevalencia del 6 al 22%, otras condiciones también se hacen presentes como el trastorno por estrés postraumático y la fobia social; al parecer la relación es en ambas direcciones, puede ser que la ansiedad lleve al consumo o la ingesta lleve a la ansiedad, el riesgo de desarrollar cualquiera de los dos es 3 a 5 veces más; muchas veces puede presentarse en breves períodos o largos períodos de consumo, o tras la suspensión brusca o la abstinencia de consumo de una sustancia (9) (18) (13).

Hay que tener pendiente que en la enfermedad adictiva, que muchas de las veces el trastorno ansioso va de la mano con otro trastorno psiquiátrico, el más frecuente es el trastorno depresivo y los trastornos de personalidad: Sin embargo, es importante también descartar la presencia de un trastorno no médico



clínico que podría estar desencadenando la misma (hipo/hipertiroidismo, prolapso de la válvula mitral, arritmias cardíacas, vértigo auténtico, insuficiencia coronaria) (18)

"Las personas con trastorno del estado de ánimo o trastorno de ansiedad son dos veces o más propensas a presentar un trastorno por consumo de sustancias (abuso o dependencia, comparadas con la población en general; de la misma manera para personas con personalidad antisocial o trastorno de conducta"(1).

La psicosis y consumo de sustancias, ha sido reportado desde hace mucho tiempo; Sigmund Freud, sufría de depresiones recurrentes, utilizando cocaína en 1884 para tratar su depresión cíclica, además, administró a su amigo Von Fleish cocaína para tratar su adicción a la morfina, generando el primer caso de "Psicosis Cocaínica Iatrogénica"; posteriormente se convertiría en uno de los mayores opositores al uso de la cocaína, por sus efectos peligrosos (9).

El síndrome psicótico puede darse de tres maneras: en período de intoxicación o abstinencia, trastorno psicótico inducido por sustancias; y los cuadros tipo esquizofrénico, en especial los trastornos delirantes de tipo celotípico (9).

La presencia de la psicosis, se suele dar en períodos de abstinencia. La alucinosis alcohólica por lo general presenta alteraciones sensorio-perceptivas visuales y auditivas, con una conciencia clara; se inicia las primeras 12 horas y puede durar hasta 7 días; los síntomas paranoides podrían durar entre horas a semanas. Las drogas de uso ilegal, se encuentran asociadas a mayor riesgo de cuadros tipo esquizofrénicos; la prevalencia de vida de esquizofrenia en consumidores de cocaína fue de 16,7% (OR: 13,2) , opiáceos 11,4% (OR: 8,8), alucinógenos 10% (OR: 7,4), barbitúricos 8% (OR 5,9 y marihuana 6% (OR: 4,8) (9).



El uso del cannabis, genera episodios psicóticos de corta duración, es dosis dependiente, 2 mg/kg de peso incrementa la posibilidad de desarrollarlos (9). Al parecer la presencia de ansiedad y depresión, se encuentra asociada al sistema cannabinoide, que está asociado al uso de marihuana; la presencia de trastornos mentales al parecer se asocia de manera intensa con el inicio precoz del consumo de cannabis (2). Hay muchos estudios que sugieren una relación entre el consumo de cannabis y el riesgo de sufrir esquizofrenia, al mismo tiempo que se mantiene la idea de que adelantar el inicio del consumo de la sustancia puede adelantar el inicio de la psicosis, al igual la presencia de trastornos bipolares(6).

La paranoia transitoria es frecuente tras el consumo de cocaína, en especial durante las fases de intoxicación y se puede dar en el 50% al 55% de pacientes. El uso de anfetaminas puede mostrarse en tres fases, el primero de curiosidad y exploración repetida; segundo ideas paranoicas o de referencia y alucinaciones (psicosis) y finalmente temor, pánico, irritabilidad, agitación; el sensorio está claro y la memoria intacta. El ácido lisérgico (LSD), tiene una vida media de 100 minutos y los efectos duran y desaparecen entre las 6 a 12 horas, su sintomatología se caracteriza por fluctuaciones en su estado emocional llorar y reír, también hay alucinaciones visuales, pérdida del sentido del tiempo, paranoia, agresividad, aunque la experiencia más común es la euforia y sensación de seguridad; las crisis de pánico e ideación suicida se asocian con el denominado “mal vuelo”. La ketamina /fenciclidina generan durante la intoxicación , cuadros psicóticos transitorios, provoca estados disociativos acompañados de analgesia total; se han reportado muertes por suicidio, homicidio o conducta accidental/extravagante; sus efectos dependen de la dosis y van desde la sedación, a una elevación del ánimo e irritabilidad, coma y/o muerte (9).

Entre 1925 a 1970, se ha venido observando una asociación entre el consumo de alcohol y la esquizofrenia, asociándola entre el 10% al 75% de los casos.



Reiger y col. encontró una asociación de comorbilidad, indicó que el 47% de personas tuvieron un trastorno adictivo no nicotínico, el 34% por alcohol y el 28% por drogas ilegales; el 70 al 90% tuvieron dependencia a la nicotina. La asociación se encuentra ligada a recaídas de su sintomatología psicótica, incremento del riesgo de suicidio, e incremento en las hospitalizaciones (9).

El trastorno de consumo de sustancias, es capaz de generar traumas; la violencia se hace presente con mucha frecuencia, dando lugar a femicidios, abuso sexual, violencia infantil, delincuencia, enfrentamiento armado, etc...Las secuelas presentadas por las víctimas pueden terminar en (9).

La importancia de reconocer la presencia de patología dual, radica en la claridad diagnóstica para sustentar un programa efectivo de tratamiento; entender como esta relación va a cambiar el curso y el pronóstico, de tal manera que el resultado con el tiempo pueda empeorar o beneficiarle con el tiempo (ejemplo: un paciente con esquizofrenia que consuma sustancias empeora su sintomatología psicótica, mientras que una persona con ansiedad o trastorno de pánico puede empeorar con el uso de sustancia haciendo que se aleje del uso de la misma); también permite determinar la mejor estrategia terapéutica y potenciar su efecto, además de integrar el tratamiento de atención psiquiátrica con las adicciones, teniendo como resultado el incremento de la efectividad de la intervención y ahorro de recursos; entender porque podría darse el incremento de la conducta suicida y homicida que va de la mano más con problemas del estado de ánimo, en especial la sintomatología depresiva, por lo que se requiere establecer instrumentos clínicos para poder detectar esta comorbilidad en especial; el manejo de un equipo de tratamiento en una red única (atención mental y adicciones); además que la formación para la detección oportuna de patología dual en profesionales de la salud (7)(4) (9) .



Hay que tomar en cuenta, que muchas de las sustancias, también podrían intervenir en el papel causal de trastornos de salud mental, por ejemplo, el uso de cannabis está relacionado a un incremento de riesgo de esquizofrenia, así como con los trastornos bipolares (6).

Diferentes estudios indican que las personas más propensas a abandonar los tratamientos son aquellos que tienen patología dual, lo que determina muchas veces si mantienen o terminan un tratamiento (4). La importancia, de la determinación de la comorbilidad, radica en la necesidad de contar con un diagnóstico fiable a través de instrumentos que faciliten el cribado; esto a su vez nos podrá llevar a generar terapias farmacológicas y psicológicas efectivas para personas con patología dual; los tratamientos farmacológicos han sido estudiados en pacientes con trastornos psiquiátricos puros, con exclusión de los que consumían sustancias o en el caso contrario pacientes con trastornos de consumo de sustancias sin enfermedad psiquiátrica; por lo que, se debe poner atención al mayor riesgo de interacciones, tomando en cuenta los niveles de seguridad al administrar un fármaco en pacientes duales, sin olvidar la tolerabilidad y la presencia de eventos adversos (abuso de la sustancia, empeoramiento de la adicción y/o enfermedad psiquiátrica) (8).

En lo que respecta al tratamiento psicosocial, las terapias dirigidas a conductas adictivas, en especial la confrontación, no pueden ser aplicadas por igual, mostrándose desafortunada si hubiera una enfermedad psiquiátrica de por medio; caso contrario a la terapia grupal, de contingencia y residencial que podrían ser útiles en pacientes con patología dual (8).

El tratamiento de la patología dual debe ser entendido desde la complejidad, así que requiere la integración e interacción conjunta de profesionales, con la finalidad de abordar el problema adictivo y la enfermedad psiquiátrica en conjunto y largo plazo (8) (19) . Muchos de los pacientes son diagnosticados



con un solo trastorno, el momento en que se detecta su comorbilidad empiezan a rotar en un ir y venir entre los servicios de salud mental y de adicciones, llegando en ocasiones a negarles el tratamiento (1). Es decir el sistema sanitario debería contar con una red integrada y única de atención, pues al tener los sistemas separados, se disminuye la calidad de atención, excluye la asistencia, y genera dificultades serias de comunicación; poniendo en riesgo la recuperación del paciente (8). Con frecuencia en este tipo de pacientes se ve el efecto de “puerta giratoria” en los internamientos hospitalarios, además del riesgo de otras condiciones médicas y psicosociales, prestando especial interés al riesgo de suicidio; todo esto complica el tratamiento y se transforma en un reto para el sistema de salud y los profesionales que lo conforman (1).

Con el conocimiento de la existencia de la patología dual, los profesionales de los diferentes sistemas de salud, debería contar con un proceso formativo que les genere conocimientos y aptitudes necesarias para detectar , tratar y/o referir de manera adecuada y oportuna a los pacientes con este tipo de diagnóstico (8).

La Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), se trata de una entrevista corta, disponible en 33 idiomas, para el diagnóstico de 17 tipos de trastornos con criterios diagnósticos acordes al Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM III -R) y Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE – 10); desarrollado por Francia y Estados Unidos, con la finalidad de ser aplicada por personas que no sean especialistas en la rama. La versión en español, corresponde al 1 de enero del 2000 (20) (21). Es un instrumento fácil de usar, con una duración de aplicación entre 15 a 20 minutos, cuenta con 14 módulos, cada uno asignado por una letra y perteneciente a una categoría diagnóstica(22).

Las categorías diagnósticas que dispone son: “Episodio depresivo (actual y recurrente), Distimia, Episodio maníaco, Trastorno de pánico, Agorafobia, Fobia social, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno de ansiedad generalizada, Anorexia y Bulimia Nerviosa, Dependencia y abuso del Alcohol y a otras



sustancias psicótropas (último año) y Síntomas Psicóticos (toda la vida)” (23) (21).

Amorim, en su artículo titulado “Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validación de entrevista breve para diagnóstico de trastornos mentales”; revisa cuatro estudios realizados en Europa y Estados Unidos, resaltando que los índices de confiabilidad del MINI, comparados con el CIDI (Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta) , SCID – P (Structured Clinical Interview Disorders with Psychotic Screen), muestran cualidades psicométricas similares, con reducción de tiempo de aplicación de un 50%; concluye primero que “es una alternativa económica para selección de pacientes; segundo como establecer criterios clínicos y epidemiológicos” (24). En un estudio realizado en Lima, se reporta que el MINI cuenta con una sensibilidad del 92,3% y una especificidad del 95,4% (23).

Los problemas psicosociales y ambientales, son una serie de condiciones que pueden afectar la detección, curso y pronóstico del trastorno mental; afectan negativamente el proceso vital de la persona, un conflicto familiar, problemas con el ambiente social – familia, compañeros de trabajo, situaciones económicas, y otros; son situaciones capaces de afectar el curso de la salud mental del individuo; suelen ser tanto por presencia o ausencia del estresor, conducen a dificultades para adaptarse de manera adecuada al entorno, pueden propiciar la aparición de la enfermedad, empeorarla o mantenerla constante en el tiempo; su aparición puede ser previa a la enfermedad, durante o después de la misma; son factores que necesariamente deben ser tomados en cuenta como factores asociados a los problemas de salud mental; se registra en el eje IV del diagnóstico multiaxial del DSM IV (25).

Se agrupan en las siguientes categorías:

- Problemas familiares o relativos al grupo primario de apoyo (25)(26).
- Problemas sociales (25)(26).
- Problemas educativos (25)(26).
- Problemas relacionados con el trabajo (25)(26).



- Problemas relacionados a la vivienda (25)(26).
- Problemas asociados a los servicios de atención en salud (25)(26).
- Problemas de índole legal o crimen (25)(26).
- Otros problemas psicosociales y ambientales: desastres, guerras, cuidadores, asistentes, centros de servicio social (25)(26).



CAPÍTULO III

3.1 HIPÓTESIS

La prevalencia de trastornos psiquiátricos entre las personas con trastornos por consumo de sustancias que acuden al CRA es mayor al 50% y los factores de riesgo que más se asocian son los problemas relativos al grupo primario y al ambiente social, en la ciudad de Cuenca, abril – diciembre 2016.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de trastornos psiquiátricos y factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados, en personas con trastornos por consumo de sustancias que acuden al Centro de Reposo y Adicciones en la ciudad de Cuenca, abril a diciembre del año 2016.

3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la prevalencia de los tipos de trastornos por consumo de sustancias: abuso y dependencia.
2. Determinar la prevalencia de los trastornos psiquiátricos: trastornos del estado ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, y trastorno de personalidad antisocial, en pacientes con trastorno por consumo de sustancias.
3. Determinar el número de trastornos psiquiátricos comórbidos con los trastornos por consumo de sustancias.
4. Asociar los factores de riesgo psicosociales y ambientales como: problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, ambiente social, enseñanza, laborales, vivienda, económicos, de salud, legales y otros; con los trastornos psiquiátricos.

CAPÍTULO IV

4.1 MATERIALES Y MÉTODOS

4.1.1 Tipo de estudio y diseño general

Se trata de un estudio de tipo observacional, transversal y analítico; de nivel relacional; y diseño epidemiológico analítico. La investigación se realizó en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de la ciudad de Cuenca, entre abril y diciembre del año 2016. El interés: medir la prevalencia de los trastornos psiquiátricos y sus factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados, en personas adultas entre los 18 a 65 años, que cuenten con el diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias (sea alcohol y/o drogas).

4.1.2 Operacionalización de las variables

Las variables del estudio son:

- Variables moderadoras: condiciones sociodemográficas
- Variables de asociación: Factores de riesgo ambiental y psicosocial.
- Variables de supervisión: Trastornos psiquiátricos

Variables asociadas	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Factores de riesgo psicosociales y ambientales	Cuestionario problemas psicosociales y ambientales Eje IV DSMIV TR	Si/No	Nominal
Variables de supervisión	Indicadores	Valores finales	Tipo de variable
Trastornos Psiquiátricos: TEA, TA, T.P, y TAP	Criterios diagnósticos MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW	Si /No	Nominal



(Ver anexo #3)

4.1.3 Área de estudio

Se tomó como área de estudio el Centro de Reposo y Adicciones (CRA). Este es conocido en la actualidad con el nombre de Hospital Psiquiátrico “Humberto Ugalde Camacho”, que brinda atención en adicciones y problemas psiquiátricos diversos; es considerado como la unidad regional y de referencia del Austro del país; con una población de usuarios diversa. En su informe estadístico 2014, reporta que el número de pacientes de sexo masculino egresados en dicho año de la unidad de adicciones fue de 172 personas, y de la unidad de psiquiatría 136; mientras que del sexo femenino fueron atendidos 17 en adicciones y 145 en psiquiatría; en consulta externa se atendieron 720 con casos de adicciones; el centro cuenta con el grupo Fénix, que es un grupo de autoayuda de pacientes adictos que se encuentra en fase de recuperación, y cuenta con aproximadamente 60 personas.

4.1.4 Universo de estudio, selección y tamaño de la muestra, unidad de análisis y observación

Se tomó como población de estudio a todas las personas que acudieron al Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de la ciudad de Cuenca que contaron con el diagnóstico de Trastorno por consumo de sustancias (alcohol y drogas). Se trabajó con toda la población que cumplió con los criterios de inclusión, desde el mes de abril a diciembre del año 2016.

4.1.5 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión:

1. Personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancia (abuso o dependencia) de una o múltiples sustancias (alcohol y/o drogas), que tengan de 18 años hasta 65 años.



2. Acudir al CRA (modalidad internamiento, consulta externa y/o grupo de apoyo).
3. Pacientes que hayan pasado la fase de desintoxicación, es decir 4 semanas o 28 días de abstinencia.

Criterios de Exclusión:

1. Aquella persona que no firme el consentimiento informado
2. Pacientes con cuadros clínicos que afecten sus funciones mentales superiores que impidan realizar la entrevista (síndrome confusional, demencia, y otros trastornos cognitivos)

4.1.6 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos utilizados y métodos para el control y calidad de los datos

Procedimientos seguidos:

1. Aprobación del protocolo por parte del comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.
2. Socialización del protocolo de investigación en el CRA.
3. Obtener la autorización del centro para poder realizar las entrevistas.
4. Selección de pacientes del Centro de Tratamiento.
5. Entrevista y firma del consentimiento informado de los participantes seleccionados.
6. Aplicación del cuestionario. Para la recolección de los datos se cuenta con un cuestionario con los siguientes bloques: 1) Datos demográficos: solamente edad; 2) datos sobre la patología actual, se hará uso de la “entrevista diagnóstica estructurada MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) (ver anexo # 4), esta explora los principales diagnósticos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y la CIE -10; desarrollada y estructurada por la Organización Mundial de la Salud. El tiempo aproximado de administración es de 18,7 minutos \pm 11,6 minutos, media 15 minutos” (26). Cuestionario del Eje IV del DSM IV TR (American Psychiatric Association, 2002) (ver anexo # 5) evalúa las dificultades psicosociales y ambientales, evalúa los problemas relativos al grupo



primario, al ambiente social, a la enseñanza, al trabajo, a la vivienda, la economía, accesos a los servicios de asistencia sanitaria y otros (10) (27).

4.1.7 Procedimientos para garantizar aspectos éticos en las investigaciones con sujetos humanos

Aprobación por parte del comité de bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. Los pacientes seleccionados fueron informados de los objetivos del estudio y su garantía de anonimato; cada uno de ellos firmó un consentimiento informado, en caso de aceptar participar en el mismo. Los Datos obtenidos son confidenciales y de único acceso al investigador; los nombres de los participantes no fueron nombrados en ninguno de los reportes y publicaciones. (Ver Anexo # 6)

4.1.8 Plan de análisis de los resultados

4.1.8.1 Métodos y modelos de análisis de los datos según tipo de variables

En el análisis de los datos tenemos: Los datos sociodemográficos fueron solamente descritos en número (n), frecuencia (F) y porcentaje (%) (Ver anexo # 7). Mientras que, en la medición del factor de riesgo, se usó las siguientes medidas: prevalencia total (PT); razón de prevalencia (RP); estimación de la razón de prevalencia: Intervalo de confianza (IC) del 95%, chi cuadrado (X^2), y el p – valor con un nivel de significancia del 0,05 (Ver anexo # 8).

4.1.8.2 Programas utilizados para análisis de datos

Para el análisis de datos, se utilizó el programa SPSS V15.0, Excel 2010 y el programa Epi info 3.5.1.



CAPÍTULO V

5.1 RESULTADOS

La presente investigación, contó con la participación de 133 personas con problemas relacionados con el consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA) en la ciudad de Cuenca, entre el mes de abril a diciembre del 2016. El sexo de los participantes fue predominantemente masculino con el 97%, siendo solamente un 3% de sexo femenino. En lo que respecta a edad tenemos que 62,4% está en el rango de los 30 a 65 años, mientras que, el 37,6% estaban entre los 18 a 29 años. Con respecto a los años escolares, tenemos que el 41,4% de participantes había cursado entre 10 a 12 años de estudio, seguido por el 32,3% entre los 7 a 9 años y con porcentaje similar más de 12 años de estudio, quedando finalmente un 8,3% que están entre 0 a 6 años de estudio. El mayor porcentaje de participantes eran solteros con el 36,8% y casados con el 35,3%, los divorciados ocupaban el tercer lugar con el 12%; mientras que, el desconocer su estado civil, viudez, estar separado, y la unión libre, el rango de frecuencia bordean entre el 0,8 al 8,3%, respectivamente. La mayor parte de participantes contaban con una situación laboral de empleados con el 51,9%, el 34,6% desempleados, el 10,5%, auto empleados, y entre el 0,28 al 2,4% encontramos a los subempleados y los que desconocen, respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

Sexo	N= 133	% =100
Masculino	129	97
Femenino	4	3
Edad	N= 133	% =100
18 a 29 años	50	37,6
30 a 65 años	83	62,4
Escolaridad	N= 133	% =100
0 a 6 años	11	8,3
7 a 9 años	24	32,3
10 a 12 años	55	41,4
Más de 12 años	43	32,2
Estado Civil	N= 133	% =100
Casado	47	35,3
Unión libre	11	8,3
Separado	8	6
Divorciado	16	12
Viudo	1	0,8
Soltero	49	36,8
Desconocido	1	0,8
Situación Laboral	N= 133	% =100
Empleado	69	51,9
Auto empleado	14	10,5
Subempleado	1	0,8
Desempleado	46	34,6
Desconocido	3	2,3

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

De los 133 participantes en el estudio, 122 tenían trastorno por consumo de alcohol, con una prevalencia del 91,7%; y 73 con un trastorno por consumo de sustancias – no alcohol, con una prevalencia del 54,9%, de manera independiente; sin embargo, el consumo comórbido entre sustancias (alcohol y no - alcohol) estaba presente en 62 con una prevalencia del 46,6%. La dependencia por consumo de alcohol con el 75,2% es más prevalente que el abuso que tiene el 16,5%; lo mismo sucede con la dependencia de sustancias donde la prevalencia es el 51% comparado con el 3,8% de abuso. Hay que tomar en cuenta, que el 100% de participantes en el estudio, contaban diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias como parte de los criterios de inclusión, y los valores anteriormente expuestos, son la prevalencia de los



diferentes tipos de trastornos por consumo presentes en dicho grupo. Es importante, tener claro que cada uno de los participantes podría encasillarse solamente en trastorno por consumo de alcohol o trastorno por consumo de sustancias – no alcohol, sin embargo, hay que destacar que la mayoría tienen un consumo combinado, que es adecuado tomarlo en cuenta, pues el trastorno es más bien mixto (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia de los tipos de trastorno por consumo de sustancias; abuso y dependencia, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

	18 A 29 AÑOS		30 A 65 AÑOS		TOTAL	
	N=50	% =100	N= 83	% =100	N=133	% =100
TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL	44	88	78	94	122	91,7
Dependencia	32	64	68	81,9	100	75,2
Abuso	12	24	10	12	22	16,5
TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS – NO ALCOHOL	39	78	34	41	73	54,9
Dependencia	37	74	31	37,3	68	51,1
Abuso	2	4	3	3,6	5	3,8
TRASTORNO POR CONSUMO DE MÚLTIPLES SUSTANCIAS	33	66	29	34,9	62	46,6%

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

La prevalencia de patología dual, se reportó en el 74,4 % de los participantes; entre los tres tipos más prevalentes de trastornos psiquiátricos podemos evidenciar que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes con el 56,4 %, seguidos de los trastornos del estado de ánimo con el 51,9% y el trastorno antisocial de personalidad con el 37,6%, siendo el menos prevalente el trastorno psicótico con el 21,1% (Tabla 3).

Tabla 3. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos: trastornos del estado ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, y trastorno de personalidad antisocial, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

	18 A 29 AÑOS		30 A 65 AÑOS		TOTAL	
	N=50	% =100	N= 83	% =100	N=133	% =100
Patología Dual	44	88	55	66,3	99	74,4
T. de ansiedad	34	68	41	49,4	75	56,4
T. del estado de ánimo	32	64	37	44,6	69	51,9
T. Antisocial de personalidad	27	54	23	27,7	50	37,6
T. Psicótico	12	24	16	19,3	28	21,1

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

En cuanto al número de trastornos psiquiátricos comórbidos con los trastornos por consumo de sustancias; encontramos entre uno a cuatro trastornos comórbidos presentes en los participantes, el rango varía entre el 25,6% al 74,5% de participantes, el porcentaje acumulado se incrementa conforme van incrementando el número de trastornos adjuntos, El 45,9% tienen entre 2 a 3 trastornos comórbidos. Es más frecuente encontrar un solo trastorno comórbido con el 25,6%, y menos frecuente encontrar cuatro con el 3%; sin embargo, en lo que respecta a dos y tres trastornos comórbidos acompañantes, sus valores porcentuales son muy cercanos al valor más prevalentes, 23,3% para dos trastornos y 22,6% para tres (Tabla 4).

Tabla 4. Número de trastornos psiquiátricos comórbidos con los trastornos por consumo de sustancias, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

	18 A 29 AÑOS		30 A 65 AÑOS		TOTAL		
	N=50	%	N=83	%	N=133	%	%
	=100		=100		=100		
	acumulado						
Sin comorbilidad	6	12	28	33,7	34	25,6	
1 comorbilidad	13	26	21	25,3	34	25,6	25,6
2 comorbilidades	12	24	19	22,9	31	23,3	48,9
3 comorbilidades	16	32	14	16,9	30	22,6	71,5
4 comorbilidades	3	6	1	1,2	4	3	74,5

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

Con respecto a los factores de riesgo psicosocial y ambiental asociados a los trastornos psiquiátricos, encontramos que los problemas laborales RP: 1,38 (IC 95%: 1,14-1,68, p: 0,001) y económicos RP: 1,39 (IC 95%: 1,18-1,65, p: 0,001), están asociados en mayor intensidad a los trastornos psiquiátricos. En orden de intensidad de asociación, se describirán el resto de los factores de riesgo también asociados: Problemas relativos al grupo primario de apoyo, ambiente social y enseñanza (Tabla 5).

Tabla 5. Factores psicosociales y ambientales asociados a los trastornos psiquiátricos, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

Factor de riesgo	RP	IC 95%	P
Grupo de apoyo primario	1,27	1,03-1,58	0,01*
Ambiente social	1,25	1,02-1,5	0,02*
Enseñanza	1,23	1,03-1,4	0,04*
Laborales	1,38	1,14-1,68	0,001*
Vivienda	1,22	1,01-1,47	0,08
Económicos	1,39	1,18-1,65	0,001*
Asistencia sanitaria	1,18	0,94-1,49	0,24
Legal	1,17	0,96-1,43	0,18
Otros	1,38	1,2-1,54	0,053

***Asociación estadística, p valor <0,05**

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

Entre los factores de riesgo psicosociales y ambientales más asociados a los trastornos del estado de ánimo están los factores relacionados al grupo primario de apoyo RP: 1,5 (IC 95%: 1,04-2,13, p: 0,02) y los de índole laboral RP: 1,5 (IC 95%: 1,04-2,01, p: 0,02) (Tabla 6).

Tabla 6. Factores psicosociales y ambientales asociados a los trastornos del estado de ánimo, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

Factor de riesgo	RP	IC 95%	P
Grupo primario	1,5	1,04-2,13	0,02*
Ambiente social	1,1	0,82-1,15	0,4
Enseñanza	1,3	0,93-1,79	0,14
Laborales	1,5	1,04-2,01	0,02*
Vivienda	1,4	1,01-1,9	0,06
Económicos	1,3	0,99-1,81	49
Asistencia sanitaria	1,3	0,89-1,99	0,22
Legal	1,2	0,86-1,77	0,27
Otros	1,2	0,68-1,99	0,59

***Asociación estadística, p valor <0,05**

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

Lo que se ha podido determinar, es que todos los factores psicosociales y ambientales se encuentran asociados con los trastornos de ansiedad. Los tres problemas con mayor fuerza de asociación son: primero problemas laborales RP: 1,78 (IC 95%: 1,3-2,41, p: <0,001), en segundo lugar, los problemas económicos RP: 1,66 (IC 95%: 1,27-2,19, p: <0,001), y en tercer lugar problemas relacionados con el grupo primario de apoyo RP: 1,69 (IC 95%: 1,2-2,39, p: 0,001). Los factores subsecuentes se enumeran en orden de intensidad de asociación: vivienda, enseñanza, legal, ambiente social, otros y asistencia sanitaria (Tabla 7).

Tabla 7. Factores psicosociales y ambientales asociados a los trastornos de ansiedad, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

Factor de riesgo	RP	IC 95%	P
Grupo primario	1,69	1,2-2,39	0,001*
Ambiente social	1,42	1,05-1,92	0,02*
Enseñanza	1,45	1,1-1,9	0,01*
Laborales	1,78	1,3-2,41	0,0001*
Vivienda	1,51	1,15-1,99	0,01*
Económicos	1,66	1,27-2,19	0,0007*
Asistencia sanitaria	1,49	1,1-2,03	0,05*
Legal	1,49	1,13-1,97	0,018*
Otros	1,67	1,28-2,18	0,025*

***Asociación estadística, p valor <0,05**

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

Son cuatro los factores de riesgo que estadísticamente se encuentran más asociados a los trastornos psicóticos; la asociación más fuerte está relacionada en primer lugar con los problemas de enseñanza RP: 2,59 (IC 95%: 1,37-4,9, p: 0,003); seguido en intensidad de asociación los problemas relacionados a la vivienda RP: 2,22 (IC 95%: 1,17-4,21, p: 0,01); en tercer lugar los problemas relacionados al grupo primario de apoyo RP: 2,39 (IC 95%: 1,09-5,23, p: 0,02); y finalmente los problemas laborales, RP: 1,93 (IC 95%: 0,98 -3,81, p: 0,04), en este el valor de p es menor a 0,05, sin embargo, su intervalo de confianza contiene valores que incluyen al 1, lo que indicaría que no habría asociación de este factor de riesgo con los trastornos psicóticos (Tabla 8).

Tabla 8. Factores psicosociales y ambientales asociados los trastornos psicóticos, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

Factor de riesgo	RP	IC 95%	P
Grupo primario	2,39	1,09-5,23	0,02*
Ambiente social	1,36	0,7-2,63	0,35
Enseñanza	2,59	1,37-4,9	0,003*
Laborales	1,93	0,98-3,81	0,04*
Vivienda	2,22	1,17-4,21	0,01*
Económicos	1,24	0,63-2,46	0,52
Asistencia sanitaria	2,14	1,03-4,43	0,056
Legal	1,64	0,81-3,31	0,17
Otros	0,94	0,26-3,42	0,93

***Asociación estadística, p valor <0,05**

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

Los tres factores de riesgo más asociados con el trastorno antisocial de personalidad son problemas relacionados con la enseñanza RP: 2 (IC 95%: 1,35-3,07, p: 0,001) , económicos RP: 2,1 (IC 95%: 1,36-3,13, p: 0,001) y laborales RP: 1,9 (IC 95%: 1,19-2,95, p: 0,005); son seguidos en orden de intensidad de asociación: los problemas de índole legal y de vivienda (Tabla 9).

Tabla 9. Factores psicosociales y ambientales asociados los al trastorno antisocial de personalidad, de 133 participantes entre los 18 a 65 años con problemas relacionados al consumo de sustancias en el Centro de Reposo y Adicciones (CRA), en la ciudad de Cuenca, entre abril a diciembre del 2016.

Factor de riesgo	RP	IC 95%	P
Grupo primario	1,5	0,96-2,49	0,06
Ambiente social	1,5	0,96-2,33	0,07
Enseñanza	2	1,35-3,07	0,001*
Laborales	1,9	1,19-2,95	0,005*
Vivienda	1,6	1,04-2,49	0,04*
Económicos	2,1	1,36-3,13	0,001*
Asistencia sanitaria	1,5	0,88-2,55	0,18
Legal	1,8	1,15-2,7	0,02*
Otros	1,1	0,48-2,36	0,87

*Asociación estadística, p valor <0,05

Fuente: Base de datos Elaborado: Autor

5.2 CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS:

La prevalencia de trastornos psiquiátricos entre las personas con trastornos por consumo de sustancias que acuden al CRA es del 74,5%; los factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados, son los problemas laborales con una RP: 1,38 (IC 95%: 1,14-1,68, p: 0,001), económicos con una RP: 1,39 (IC 95%: 1,18-1,65, p: 0,001), grupo de apoyo primario RP: 1,27 (IC 95%:1,03-1,58, p: 0,01), problemas del ambiente social RP: 1,25 (IC 95%: 1,02-1,5 , p: 0,02) y económicos RP: 1,39 (IC 95%: 1,18 -1,65 , p: 0,04) . Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Hay que tomar en cuenta que la intensidad de asociación de los factores de riesgo es mayor en los problemas laborales y económicos, sin embargo, no deja



de ser importante la asociación existente con los problemas del grupo de apoyo primario, ambiente social y económico.



CAPÍTULO VI

6.1 DISCUSIÓN

En 133 pacientes estudiados en la presente investigación, se ha detectado que el 74,5% cuenta con un diagnóstico de patología dual; este resultado, es parecido al encontrado en el estudio realizado por Marín – Navarrete y cols. (2013), quien a diferencia de nuestro estudio, aplicó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (WMH – CIDI) demostrando que el 75,72% de 535 participantes de centros residenciales y de ayuda para atención de adicciones, contaban con un trastorno psiquiátrico comórbido (7); mientras que, en otra investigación realizada por Arias y cols. (2013), aplicó la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) a 837 personas de la red de salud mental y red de drogodependencias, evidenciando que el 61,8% contaban con un diagnóstico de patología dual (28); el mismo autor, en otro estudio, reporta que el 73,4% de adictos a la cocaína contaban con un diagnóstico de patología dual (29); si bien, el porcentaje de patología dual del último estudio reportado se parece al nuestro, es importante considerar que la población estudiada difiere, ya que, está focalizada a un solo tipo de sustancia, en este caso la cocaína.

Nuestros resultados difieren de los encontrados por Casares – López y cols. (2002), que reportaron una prevalencia de patología dual del 35 % de 143 reclusos con trastorno por consumo de sustancias de un centro penitenciario de Villabona (Asturias); la principal diferencia, es que en esta investigación se hizo uso del “Índice de Gravedad de la adicción (ASI -6)” como instrumento(17).

La presente investigación determina una prevalencia del 91,7 % de trastorno por consumo de alcohol, el 51,1% un trastorno por consumo de sustancias – no alcohol, y el consumo mixto (ingesta de alcohol y drogas) del 46,6%; no se han encontrado estudios que hablen acerca de la comorbilidad entre trastornos por



consumo de sustancias; sin embargo, de acuerdo a los datos obtenidos la prevalencia es alta para el consumo mixto; es importante prestar atención a este detalle, puesto que implica que el consumo de una sustancia, podría tener como comorbilidad otra sustancia.

En un estudio realizado por Torres y cols. (2010), a 3.896 adultos entre 28 a 54 años en la población Colombiana en 2010, donde se aplicó el CIDI – WHO, se encontró que existe una alta comorbilidad con el trastorno bipolar, la manía y trastorno de pánico (75%) y depresión mayor (51,1%) (30). Otra investigación realizada por Marín-Navarrete y cols. (2013), que uso el CIDI – WHO, indica que los desórdenes más prevalentes fueron trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador, trastornos de ansiedad, trastornos por separación, trastornos del humor, trastorno de control de los impulsos y en menor intensidad trastornos de la conducta alimentaria (7).

Arias y cols. (2013), usaron la entrevista MINI, indicaron que las patologías más frecuentes eran el trastorno bipolar, agorafobia, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático, riesgo de suicidio y distintos trastornos de personalidad(28); el mismo autor en otra investigación, reporta que el trastorno antisocial de personalidad, la agorafobia y el trastorno de estrés postraumático son la patología dual más frecuente en personas consumidoras de cocaína (29).

Nuestra investigación reportó que el 45,9% de esta población tiene entre dos a tres trastornos comórbidos adjuntos, no se ha encontrado datos sobre el tema en otros estudios. Las patología duales más diagnosticada fueron: los trastornos de ansiedad (56,4%), trastornos del estado de ánimo (51,9%), trastorno antisocial de personalidad (37,6%) y los trastornos psicóticos (21,1%).



Torres y cols. (2010), en su investigación establece la intensidad de asociación entre el trastorno psiquiátrico y el consumo de sustancias, los datos más relevantes fueron: trastornos de ansiedad OR: 8,5 (IC: 2,3 – 31,7); trastornos del estado de ánimo OR: 7,3 (IC: 1,8 -29,6) y cualquier trastorno impulsivo OR: 38,0 (IC: 7,6 -190,8). Los datos anteriormente expuestos, no son comparables con ninguno de los datos obtenidos en nuestra investigación, ni tampoco ha sido su propósito obtenerlos, sin embargo, es importante entender que la asociación entre los trastornos psiquiátricos y el consumo de sustancias, es muy frecuentes y se encuentran íntimamente relacionados.

Por lo tanto, la prevalencia de patología dual, es alta, los diferentes estudios apoyan los datos obtenidos, aunque los reportes sobre la prevalencia varían entre el 24% al 74,4% (30) (31)(32)(33) (34)(35)(36)(37)(38)(28). Los trastornos del humor (trastorno bipolar, manía, depresión mayor (30)(32)(33)(38)(28)), los trastornos de ansiedad (trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático (30)(32)(33)(38)(28)), los trastorno de personalidad (antisocial y límite (31)(32)(38) (28)), trastornos psicóticos (esquizofrenia (35)(36)), trastornos adaptativos (32) y trastornos alimentarios (33) , son nombrados con mayor frecuencia como desordenes comórbidos más frecuentes; estos datos coinciden con nuestra investigación.

La explicación para entender porque existe variabilidad entre nuestros resultados y la de los otros estudios, radica en: 1) la población de estudio en la que se realizó la investigación (consumidores, recuperados, población general, estudiantes, reos, etc.); 2) el tipo de servicio de atención (grupos de alcohólicos-narcóticos anónimos, instituciones psiquiátricas, centros de tratamiento de adictos, cárceles, colegios y población general); 3) tipo/s de sustancia consumida y efectos farmacológicos en el sistema nervioso central (sustancias sedativas, ansiolíticas, psicodélicas, estimulantes, analgésicas); 4) disponibilidad legal de la sustancia (la facilidad de acceso, puede favorecer el consumo en personas “sanas”); 5) Problemas al realizar el diagnóstico, la



variabilidad de la sintomatología que pone en duda si el diagnóstico psiquiátrico fue previo, durante o después del consumo; 6) los diferentes tipos de instrumentos usados para realizar el diagnóstico de la patología dual (34).

Al explorar los factores psicosociales y ambientales asociados con los trastornos psiquiátricos conocidos como estresores, se puede inferir de alguna manera el nivel de impacto que podrían tener sobre la vulnerabilidad, concomitancia o perpetuación del problema psiquiátrico en pacientes con patología dual; de esta manera se podría caracterizar ciertas “condiciones de vida y trabajo” que se involucran en el detrimento de la salud mental, para posteriormente construir propuestas que den respuesta a esta problemática social (39) (40).

Los resultados de nuestra investigación muestran que la asociación de los factores de riesgo con la patología dual, sin especificar ningún trastorno en particular, son: los problemas laborales, económicos, del grupo de apoyo primario, ambiente social y enseñanza. Jurado y cols. (2016) encontró que “los migrantes viudos, separados o divorciados presentan peor salud mental que los casados o los nunca casados” (42).

Los problemas laborales hacen referencia al desempleo, estrés laboral, riesgo de pérdida de empleo, incomodidad laboral, conflictos de liderazgo, abuso laboral, conflicto compañeros (41). Este se asoció con los trastornos de ansiedad, trastornos del humor, y trastorno antisocial de personalidad. Londoño y cols. (2010) indica que lo laboral está más relacionado con la fobia social y depresión. Rosario y cols. (2016) concluyó que el acoso psicológico laboral podría estar muy relacionado con el trastorno por estrés postraumático (43).

Jurado y cols. (2016), refiere que el desempleo tiende a generar nivel de malestar psicológico más alto, al igual que el contar con un estatus de cualificación para trabajar en comparación con los no cualificados ; resalta el hecho de contar conflictos interpersonales, insatisfacción laboral y condiciones laborales, como factores a tomar en cuenta con la presencia de los problemas relacionados con la salud mental(42). Castillo Fernández y cols. (2009), resalta



la relación de la personalidad, con las conductas violentas, y consumo de drogas o alcohol; el consumo disminuye la posibilidad de controlar la violencia, disminuye el miedo y sentimientos de culpa, y por lo tanto mayor posibilidad de cometer delitos (44).

Por lo tanto, los problemas laborales de acuerdo a las investigaciones realizadas podrían estar más relacionadas con cuadros de trastornos por ansiedad (trastorno por estrés postraumático y fobia social), trastornos del humor como (depresión), nivel de malestar psicológico más alto; en lo que respecta al trastorno antisocial de personalidad, se tendría que esperar mayores posibilidades de desavenencias laborales, conductas delictivas, conflictos interpersonales laborales, maltrato y ausentismo laboral, incrementada por la comorbilidad con el consumo de sustancias.

Por problemas económicos, entendemos a la pobreza, insolvencia, inestabilidad laboral, economía insuficiente, inseguridad económica (41); que se encuentra más asociada a los trastornos de ansiedad, y trastorno antisocial de personalidad. Londoño y cols. (2010) indica que los problemas están muy relacionados con los problemas laborales. Jurado y cols. (2016) indica que la posición socioeconómica baja se encuentra asociada con “peor salud mental en poblaciones migrantes (42). Castillo Fernández y cols. (2009), (44). En consecuencia, los problemas económicos se podrían relacionar con problemas de índole laboral, social e incluso familiar; así tendríamos que tomar en cuenta a factores ya comentados anteriormente en los problemas laborales, también tenemos que recalcar que la personalidad antisocial por sus problemas de conducta podrían generar problemas de conducta, consecuente pérdida laboral y por lo tanto conflictos económicos; también podría percibirse el fenómeno contrario, donde la parte económica estaría relacionada con actos ilícitos. La migración, los problemas adaptativos, la jubilación, también son factores importantes a tomar en cuenta, y serán abordadas mayormente en los problemas del ambiente social.



Por problemas relacionados al grupo de apoyo primario o familia , se entiende al fallecimiento de un miembro familiar, problemas de salud en el entorno familiar, separación, divorcio, cambio de hogar, abuso sexual, violencia, abandono, conflictos entre parientes y hermanos (41); está más relacionado a los trastornos del estado del ánimo, trastornos de ansiedad , y trastornos psicóticos. Londoño y cols. (2010) relacionó los problemas familiares con la depresión mayor (41). Goicochea y cols. (2004) resalta como variables a tomar en cuenta, la presencia de antecedentes familiares de cuadros depresivos; la importancia de la separación, divorcio o muerte con la presencia de cuadros afectivos, la importancia del duelo (45). Guerra y cols. (2011) resalta a la familia como base la sociedad, como un punto importante a tomar en cuenta como parte del problema relacionado con el consumo de sustancias; además, de la importancia de tomar en cuenta los factores relacionados con la violencia, en todas sus maneras de presentarse (discriminación, violencia sexual, violencia de pareja, violencia autoinflingida, violencia juvenil, maltrato a menores por las personas) (46). Por lo tanto, la familia como parte importante de la sociedad, se encuentra plenamente relacionada con la salud mental de la población, los trastornos del humor van de la mano con los trastornos de ansiedad, más si abordamos problemas que generan gran estrés vital como un duelo, fallecimiento de un ser querido, o divorcio; la violencia en todos sus niveles afecta la condición mental del individuo y por tanto son capaces de desencadenar ansiedad, depresión e incluso la psicosis.

Por ambiente social, se entiende muerte de un amigo, vivir solo, pobre apoyo social, problemas adaptativos culturales, discriminación, pobre adaptación al ciclo vital, jubilación (41); más relacionado con los trastornos de ansiedad. Londoño y cols. (2010) indicó que los problemas relativos al medio social, se relacionaron con depresión, fobia social y trastornos de angustia, señala que el apoyo social y pertenecer a una red social funcionan como un factor de protección (41). Guerra y cols. (2011) indica que la discriminación , la falta de oportunidades laborales, la inseguridad, la falta de oportunidades, deben ser tomados en cuenta como factores relacionados con el consumo de sustancias



(46). Jurado y cols. (2016) refiere que la aculturación, que es un proceso de adaptación -choque entre dos culturas diferentes- , el nivel de estrés estará relacionado con la capacidad de receptividad, edad, personalidad, voluntariedad del viaje, postura socioeconómica, nivel de hostilidad percibida, esto podría provocar muchísimo estrés y asociarse con ansiedad, trastornos del humor y abuso o dependencia de drogas; así mismo es importante determinar el nivel de apoyo social como el número de amigos, familia, “eficacia colectiva del vecindario” , grado de discriminación percibida, ya que, todos estos factores están relacionados de manera inversa a la depresión si son favorables (42).

Se puede observar que los problemas del ambiente social, se encuentra íntimamente relacionado con los problemas laborales, económicos y del grupo de apoyo primario; aquí se puede evidenciar que los niveles sociales cargados de intenso estrés y pobre capacidad de adaptación son capaces de relacionarse con los trastornos de ansiedad, ánimo y consumo de sustancias.

Por enseñanza, se abarca, el analfabetismo, la dificultad en los estudios, los conflictos escolares, el ambiente educacional poco apropiado, pobre auto concepto educativo y académico, identidad, rechazo (41); más relacionado con los trastornos psicóticos, y el trastorno antisocial de personalidad. Londoño y cols. (2010) reporta que la fobia y ansiedad generalizada se relacionaron más a los factores relativos a los problemas de enseñanza (41). Goicochea y cols. (2004) indica como variable de cuadro depresivo los problemas de índole académico (45). De acuerdo a las revisiones realizadas, no se ha podido relacionar a los trastornos psicóticos con los problemas de enseñanza, sin embargo si tomamos en cuenta la psicopatología del trastorno, nos daríamos cuenta que la presencia de dicha sintomatología repercutiría indiscutiblemente en la capacidad cognitiva del individuo y por lo tanto en su capacidad de aprender y adaptación en el ámbito educacional; en lo que respecta al trastorno antisocial, retornamos a la violencia, delincuencia, baja capacidad empática y consumo de sustancias, que irían en desmedro de la mejora académica del individuo y su capacidad de adaptarse al medio.



Los problemas de vivienda, se refiere a la falta de hogar, vivienda inadecuada, insalubridad, conflictos con vecindad o dueños del inmueble, pago de arriendo e hipoteca (26); más asociados a los trastornos psicóticos. Londoño y cols. (2010) indica que los problemas de vivienda están más relacionados con la depresión. Por lo tanto, sería de investigar y determinar cuál de los trastornos psicóticos estaría más relacionada, podría ser la esquizofrenia, por el gran deterioro cognitivo, la posibilidad de generar desorganización conductual que podría llevar a la mendicidad, callejerización y por tanto más consumo de sustancia; también este problema se encuentra muy relacionado con todos los estresores anteriormente mencionados.

No se ha podido ubicar estudios que aborden la temática, de manera exacta comparada con este estudio, sin embargo, se cuenta con un trabajo similar elaborado por Londoño y cols. (2010), quienes trabajaron con 490 participantes, e identificaron los “factores de riesgo psicosocial y ambiental de los trastornos mentales, en los usuarios de los servicios de psicología de Colombia”, usaron como instrumentos el MINI, y el eje IV del DSM IV – TR, es así, como obtuvieron resultados que destaca a los problemas de vivienda, sanitarios, grupo de apoyo primario, económico y educativo como factores de riesgo para sufrir depresión, en tanto que los trastornos de pánico se relacionaron con ambiente social; y para fobia social, los problemas de enseñanza, trabajo y ambiente social (41). Los datos aquí expuestos difieren parcialmente a los obtenidos, que reporta que los trastornos del estado de ánimo están más asociados a los problemas de grupo de apoyo primario- dato que coincide con Londoño, seguido por los problemas laborales, dato que no coincide; cabe indicar que estamos hablando de una categoría diferente. Londoño toma solamente el dato de depresión, mientras que en nuestra investigación es la categoría trastorno del estado de ánimo, englobando así a todos los trastornos del ánimo, incluido la depresión; en cuanto a los trastornos de ansiedad, se puede decir que los datos coinciden.

Para concluir, es de suma importancia conocer la prevalencia de patología dual y los factores de riesgo asociados, es de gran importancia porque envuelve una serie de actores para la toma de decisiones en la intervención de la patología dual; estos actores van desde el ámbito familiar, social, político, económico,



laboral, sanitario, y legal; es decir, compromete al sistema, entender el problema del trastorno psiquiátrico y consumo de sustancias desde los diferentes contextos y complejos. Esto debería generar una serie de planes y proyectos que tengan en cuenta la dinámica del problema, y por lo tanto derivar en programas de prevención y atención en salud mental más efectivos. En conclusión, nuestra función como profesionales en la salud mental, es adecuarnos a los cambios y empezar a investigar y buscar soluciones para favorecer a una población globalizada, más inestable y limitada cada vez más en recursos.

CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

El presente estudio, reporta que el 91,7% de los participantes fueron diagnosticados de trastorno por consumo de alcohol (dependencia 75,2%, abuso 16,5%), el 51,1% con un trastorno por consumo de sustancias – no alcohol (dependencia 51,1%, abuso 3,8%), y el consumo combinado de alcohol y sustancias con el 46,6%. La prevalencia de patología dual presente fue del 74,5%; el 45,9% de esta población cuenta con dos a tres trastornos comórbidos adjuntos y 3% cuatro; mientras que, los trastornos psiquiátricos más frecuentes adjuntos al trastorno de consumo de sustancias fueron: los trastornos de ansiedad 56,4%, seguidos por los trastornos del estado de ánimo con el 51,9%, el trastorno antisocial de personalidad con el 37,6%, y los trastornos psicóticos el 21,1%. Los problemas laborales, económicos, del grupo de apoyo primario, ambiente social y enseñanza, son los factores de riesgo más asociados a la patología dual; los trastornos de ansiedad están asociados principalmente a los problemas laborales, económicos, y del grupo primario de apoyo; los trastornos del estado de ánimo se relacionan a problemas del grupo primario de apoyo y laborales; el trastorno antisocial de personalidad se asocia a problemas de enseñanza, asistencia sanitaria, y laboral; y los trastornos psicóticos están relacionados con problemas de enseñanza, vivienda y grupo de apoyo primario.

7.2 RECOMENDACIONES

Entre las limitaciones del estudio, encontramos que no es posible extrapolar los datos al sexo femenino, puesto que la población que participó mayoritariamente es del sexo masculino, por lo tanto, sería importante realizar un estudio similar en población de sexo femenino; el estudio no tiene por finalidad determinar factores causales, sino más bien solamente resaltar la intensidad de asociación entre los factores asociados y una variable de supervisión; la investigación, no diferencia entre áreas de toma de muestra, es decir hospitalización psiquiatría, hospitalización adicciones, consulta externa y grupo



de apoyo, ya que la muestra en caso de hacerlo hubiera resultado insuficiente; finalmente, los resultados aquí obtenidos no son generalizables y resultan útiles para el centro en el que se realizó esta investigación, por lo que es recomendable, realizar futuros estudios con datos entre los diferentes centros de tratamiento de adicciones y con aleatorización, para poder obtener con claridad cuál sería la prevalencia de la patología dual en nuestro medio.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yolanda T de G, Posada Villa J, Bareño Silva J, Berbesí Fernández DY. Substance Use Disorders in Colombia: Prevalence and Comorbidity with other Mental Disorders. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2010;39:14s–35s.
2. Mateu G, Astals M, Torrens M. Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones.* 2 de diciembre de 2005;17:111-21.
3. Gorbea CP, de Madrid C. Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2012;40(3):129–35.
4. Madoz-Gúrpide A, García Vicent V, Luque Fuentes E, Ochoa Mangado E. Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Predict Ther Disch Patients Dual Pathol Admit Ther Community Psychiatr Unit.* diciembre de 2013;25(4):300-8.
5. Machorro MS. El tratamiento de los trastornos comórbidos en adicciones. *Treat Comorbid Disord Addict.* 11 de diciembre de 2009;10(6):446-8.
6. Morant C, Ochoa E, Poyo F, Babin F. Abuso o dependencia al cannabis y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre prevalencia de patología dual. *Actas Esp Psiquiatr.* 2013;41(2):122–9.
7. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment.* 2013;36(6):471–479.
8. Torrens Melich M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. En: *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol* [Internet]. 2008 [citado 15 de noviembre de 2015]. p. 0315–320. Disponible en: <http://ddd.uab.cat/record/69374/>
9. Saavedra CA. Comorbilidad en dependencia a sustancias. *Psicoactiva.* 2001;2004(19):63–103.
10. Juárez F, Palacio J. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica.* 2010;17(1):59–68.
11. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013 - 2017 [Internet]. Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Dirección de Inteligencia de la Salud; 2013. Disponible en: http://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017-1.pdf
12. Cadavid JDÁ, Córdoba FE, Úrzola HLC. Prevalencia de ansiedad y depresión en alcohólicos hospitalizados para desintoxicación en Bogotá. *Rev Fac Med.* 2005;53(4):219-25.
13. Sáiz Martínez PA, Jimenez Treviño L, Díaz Mesa EM, García-Portilla González MP, Marina González P, Al-Halabí S, et al. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Dual Diagn Anxiety Disord Pharmacol Treat Recomm.* julio de 2014;26(3):254-74.



14. Trastorno de consumo de drogas: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [citado 23 de noviembre de 2015]. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001522.htm>
15. Wagner FA, González-Forteza C, Sánchez-García S, García-Peña C, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Ment.* 1 de febrero de 2012;35(1):3-11.
16. Cueva G. Violencia Y Adicciones: Problemas De Salud Pública. *VIOLENCE Addict PUBLIC Health Probl.* enero de 2012;29(1):99-103.
17. Casares-López MJ, González-Menéndez A, Villagrà P, Hoffman S, Reinhard I. PATOLOGÍA DUAL Y TRASTORNOS MENTALES EN RECLUSOS CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS/Dual pathology and mental disorders in substance-using prisoners. *Rev Psicopatología Psicol Clin.* 2011;16(2):135-44.
18. Souza y Machorro M. Trastornos por ansiedad y comórbidos del consumo de psicotrópicos y otras sustancias de abuso. *Anxiety Disord Co-Morb Consum Psychotr Subst Abuse.* 5 de junio de 2008;9(3):215-26.
19. Haro Cortés G, Baquero Escribano A, Traver Toras F, Real Lopéz M. The importance of socio-legal interventions in the case management of a severe dual pathology program: our 6 years' experience. *Importancia Las Interv Socio-Leg En Un Programa Basado En Gest Casos Patol Dual Grave 6 Años Exp.* octubre de 2014;26(4):371-2.
20. Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *Eur Psychiatry.* 1997;12(5):224–231.
21. Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrum Detección Orientación Diagnóstica* [Internet]. 2000 [citado 19 de marzo de 2017]; Disponible en: <http://www.academia.cat/files/425-9112-DOCUMENT/MinientrevistaNeuropsiquatribaInternacional.pdf>
22. Galli Silva E, Feijóo Llontop L, Roig Rojas I, Romero Elmore S. Aplicación del« MINI» como orientación diagnóstica psiquiátrica en estudiantes de medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia: informe preliminar epidemiológico. *Rev Médica Hered.* 2002;13(1):19–25.
23. Galli Cambiaso A. Prevalencia de trastornos psicopatológicos en alumnos de psicología. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan.* junio de 2005;VI(1):55-66.
24. Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Rev Bras Psiquiatr.* 2000;22(3):106–115.
25. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona [etc.: Masson; 1998.
26. Ferrando L, Bobes J, Gibert J, Soto M, Soto O. 1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI). *Instrum Detección*



Orientación Diagnóstica [Internet]. 2000 [citado 16 de noviembre de 2015]; Disponible en: http://www.academia.cat/files/425-5332-DOCUMENT/MINI%205%20Entrevista_Neuropsiquiatrica_Internacional.pdf

27. Pichot P, López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1995.
28. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Estudio Madrid sobre prevalencia y características de los pacientes con patología dual en tratamiento en las redes de salud mental y de atención al drogodependiente. *Adicciones*. 2013;25(2):118–127.
29. Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I, Morant C, et al. Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. julio de 2013;6(3):121-8.
30. de Galvis YT, Villa JP, Silva JB, Fernández DYB. Trastornos por abuso y dependencia de sustancias en población colombiana: su prevalencia y comorbilidad con otros trastornos mentales seleccionados. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2010;39:14S–35S.
31. Madoz-Gúrpide A, Vicent VG, Fuentes EL, Mangado EO. Variables predictivas del alta terapéutica entre pacientes con patología dual grave atendidos en una comunidad terapéutica de drogodependencias con unidad psiquiátrica. *Adicciones*. 2013;25(4):300–308.
32. Gorbea CP, de Madrid C. Trastornos psiquiátricos asociados a alcoholismo: seguimiento a 2 años de tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(3):129–35.
33. Marín-Navarrete R, Benjet C, Borges G, Eliosa-Hernández A, Nanni-Alvarado R, Ayala-Ledesma M, et al. Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Ment*. 2013;36(6):471–479.
34. Mèlich MT. Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*. 2008;20(4):315–320.
35. Bolotner NS, Horcajadas FA, Astudillo PV, Vich FB, Perez BM, Villamor IB, et al. Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*. 2011;23(3):249–255.
36. Rodríguez-Jiménes R, Arangües M, Ponce, Muñoz A, Bágney A, Hoenicka J, et al. Patología dual en pacientes psiquiátricos hospitalizados: prevalencia y características generales. *Rev Investig Clínica*. 2008;49(2):295-205.
37. Casares-López MJ, González-Menéndez A, Villagrà P, Hoffman S, Reinhard I. Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2011;16(2):135–144.
38. Ruibal FJO, López AB, Alba JV, Mahía M del CG, Machado IC, González N, et al. Patología dual en unidad de asistencia a alcohólicos en el área sanitaria de A Coruña. *Rev Gallega Psiquiatr Neurocienc*. 2013;(12):35–37.



39. Giráldez S. La psicopatología de la infancia y la adolescencia: consideraciones básicas para su estudio. *Papeles Psicólogo*. 2003;24(85):19–28.
40. Mendoza ZU. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2007;36(2):307–319.
41. Londoño NH, Marín CA, Juárez F, Palacio J, Muñiz O, Escobar B, et al. Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*. junio de 2010;17(1):59-68.
42. Jurado D, Alarcón RD, Martínez-Ortega JM, Mendieta-Marichal Y, Gutiérrez-Rojas L, Gurpegui M. Factores asociados a malestar psicológico o trastornos mentales comunes en poblaciones migrantes a lo largo del mundo. *Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]*. junio de 2016 [citado 29 de enero de 2017]; Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1888989116300209>
43. Rosario E, Millán LVR, Madera JP, Rodríguez M, Cordero A. Acoso psicológico en el ambiente laboral y el trastorno de estrés postraumático. *Rev Interam Psicol Ocupacional*. 2016;28(2):133–148.
44. Castillo Fernández E, Gómez Sánchez EJ, Mata-Martín JL, Ramírez Ucles I, López Torrecillas F. Perfil diferencial de trastornos de personalidad en el consumo de drogas y maltrato [Personality disorder profiles in drug abuse and abuse]. *Acción Psicológica*. 9 de mayo de 2016;13(1):31.
45. GOICOCHEA JIMÉNEZ T, ORTIZ L. Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Univ Psychol Bogotá Colomb*. 2004;3(1):17–26.
46. Guerra JCG. EL ABUSO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN GESTANTES. *Rev Umbral Científico [Internet]*. 2011 [citado 29 de enero de 2017];(18). Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&profile=ehost&scope=site&authType=crawler&jrnl=16923375&AN=90027605&h=hqMmTJJlpX4oUDb3aBeS63Z6hoyA%2BsUsuTWzJg0DqRQLywoLgn1TqPzfe50ZxZsZqKN5gFqxq0Ihrf8%2BkJetcaA%3D%3D&crl=c>



ANEXOS

Anexo # 1

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	1er MESES	2o MESES	3º MESES	4o MESES	5o MESES	6o MESES	7º MESES	8o MESES	9o MESES	10o MESES	11o MESES
Revisión final del protocolo y presentación											
Aprobación del protocolo											
Aprobación de la realización del estudio por parte del CRA											
Recolección de datos											
Procesamiento y análisis de datos											
Elaboración del informe final											
Informe final											



Anexo # 2

PRESUPUESTO

RUBRO	CANTIDAD	DETALLE	TOTAL
Salarios:			
Director del proyecto	1		
Asesor del proyecto	1		
Colaboradores	4		
Viajes:			
Transporte local	##	\$200	\$200
Material y equipo:			
Impresión e instrumentos:	1	\$400	\$400
Computadora:	impresora	\$900	\$ 900
Gastos de teléfono:	1comp	\$100	\$ 100
Gastos en fotocopias:	##	\$0.02	\$ 140
Reproducción del informe:	7000	\$ 40	\$ 120
	3		
Imprevistos:		\$ 300	\$ 300
GRAN TOTAL= \$ 2160			



Anexo # 3

Variables	Definición Conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala
Datos sociodemográficos				
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	Tiempo	Intervalos en años: 18 a 29 años 30 a 65 años	Nominal
Sexo	Características visibles de un individuo que presenta en su relación entre el ambiente y su genotipo.	Fenotipo	Fenotipo , encuesta	Masculino Femenino
Escolaridad	Período de tiempo que la persona asistió para aprender y estudiar.	Número de años estudiados	Estudios realizados en un período de tiempo	Años
Estado Civil	Circunstancia de una persona, respecto a un estado legal que le liga con una pareja o no.	Situación legal	Su estado civil	Casado Unión libre Separado Divorciado Viudo Soltero
Situación laboral	Es la manera de cumplir un trabajo determinado, o la situación en la que se encuentra una persona para poder mantenerse económicamente.	Estatus de relación entre trabajador y empleador	Situación actual de empleo	Empleado Autoempleado Subempleado Desempleado



TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS				
Trastornos por consumo de sustancias	Son una serie de perturbaciones cognitivas, comportamentales y fisiológicas, generadas por la ingesta repetida de alcohol y/o drogas, que afectan la calidad de vida de las personas que la consumen, generándoles abuso y/o dependencia.	Dependencia al alcohol (últimos 12 meses) Abuso de alcohol (últimos 12 meses)	Criterios diagnósticos para abuso y dependencia de alcohol. Item. J (MINI)	NO: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo SI: De acuerdo, Totalmente de acuerdo
		Dependencia a sustancias - no alcohol (últimos 12 meses) Abuso de sustancias - no alcohol (últimos 12 meses)	Criterios diagnósticos para trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas. Item. K (MINI)	
Trastornos del estado de ánimo	Son un conjunto de signos o síntomas que están afectando el humor o el afecto del individuo durante un período determinado.	Episodio depresivo mayor actual (2 semanas) Episodio depresivo mayor recidivante Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos	Criterios diagnósticos para episodio depresivo mayor. Item. A (MINI)	

		Trastorno Distímico (últimos 2 años)	Criterios diagnósticos para distimia. Item. B (MINI)
		Episodio maníaco actual Episodio maníaco pasado	Criterios diagnósticos para episodio (hipo)maníaco. Item.D (MINI)
		Episodio hipomaniaco actual Episodio hipomaniaco pasado	
		Riesgo de suicidio actual (último mes)	Criterios diagnósticos para Riesgo de suicidio. Item. C (MINI)
Trastornos de ansiedad	Es un conjunto de estados psíquicos, fisiológicos y comportamentales caracterizados por la presencia de inquietud, miedo y ansiedad anormal o patológica.	Trastorno de ansiedad generalizada actual (últimos 6 meses)	Criterios diagnósticos para Trastornos de ansiedad generalizada Item. O (MINI)
		Trastorno de angustia actual (último mes) Trastorno de angustia de por vida	Criterios diagnósticos para Trastornos de angustia. Item. E (MINI)
		Agorafobia actual (último mes)	Criterios diagnósticos para agorafobia. Item. F (MINI)

		Fobia social actual (último mes)	Criterios diagnósticos para fobia social. Item. G (MINI)
		Trastorno obsesivo compulsivo actual (último mes)	Criterios diagnósticos para Trastorno obsesivo compulsivo. Item. H (MINI)
		Estado de estrés postraumático actual (último mes)	Criterios diagnósticos para Estado por estrés postraumático. Item. I (MINI)
Trastornos psicóticos	Son un conjunto de trastornos que se caracterizan por la presencia de alteraciones sensorio-perceptivas como alucinaciones y/o alteraciones del pensamiento como las ideas delirantes, la presencia de una sola o las dos son parte del síndrome psicótico.	Trastornos psicóticos de por vida	Criterios diagnósticos para trastornos psicóticos. Item. L (MINI)
		Trastornos psicóticos actual	Entrevista estructurada
		Trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos actual	Entrevista estructurada
Trastorno de personalidad	Son un grupo de patrones comportamentales, emocionales y de pensamiento que interfieren en la manera como el individuo se relaciona con otras	Trastorno antisocial de personalidad (de por vida)	Criterios diagnósticos para Trastorno antisocial de personalidad. Item. P (MINI)



	personas y su ambiente social.			
Factores de riesgo psicosocial y ambiental	Son problemas tanto ambientales, psicológicos y sociales, estos pueden ser acontecimientos negativos, conflictos o dificultades que predisponen a una persona a padecer un trastorno mental.	Problemas relativos al grupo primario de apoyo	Fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.	Si/NO
		Problemas relativos al ambiente social	Fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal	



			como la jubilación).
		Problemas relativos a la enseñanza:	Analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado
		Problemas laborales:	Desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo
		Problemas de vivienda:	Falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos analfabetismoo propietarios.
		Problemas económicos	Pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.



		Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	Servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
		Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen:	Arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
		Otros problemas psicosociales y ambientales:	Exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

Anexo # 4

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

1

MINI**MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW****Versión en Español 5.0.0
DSM-IV****EE.UU.: D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**
University of South Florida, Tampa**FRANCIA: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**
Hôpital de la Salpêtrière, Paris**Versión en español:****L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert**
Instituto IAP – Madrid – España**M. Soto, O. Soto**
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

2

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

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

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 período 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 leerse al paciente. Estas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

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

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

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
E 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: mson0619@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. e.), variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR sí, si CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ	
		EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL		
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:				
A4	a ¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b ¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11
		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: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

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: IRA LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

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 período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
----	---	--	----	----	---

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.

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
→	
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	¿Hablaban 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
→	
NO	SÍ

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

9

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

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?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASARA 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 donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ 19

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

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

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	

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.	→ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	→ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	→ NO	SÍ	3
G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

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, MARGAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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	→ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ 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?	→ 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?	→ 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 período de 3 horas en tres o más ocasiones? → NO SÍ 1

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	→ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

- Estimulantes:** anfetaminas, *speed*, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.
 - Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.
 - Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.
 - Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
 - Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).
 - Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.
 - Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.
 - Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
- ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTE O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUÉ DROGA/CLASE DE DROGA VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A CONTINUACIÓN:
- SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.
 - SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.
 - CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

- K2 **Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:**
- a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1
 - b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA
- c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3
 - d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

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: _____		NO	SÍ	
		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
		ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL		
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)				

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, INCOMPENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA.

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

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

EXTRAÑOS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ → L6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE: Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?	NO	SÍ	SÍ	11
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ → L8b	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»?	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?	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 período/s en el que se sintió (deprimido [a]/ exaltado [a]/ particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido (a)/ exaltado (a)/ irritable?	NO	SÍ	
			NO SÍ		
			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)

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

<i>Traducciones</i>	<i>MINI 4.4 o versiones previas</i>	<i>MINI 4.6/5.0, MINI Plus 4.6/5.0 y MINI Screen 5.0</i>
Africano		R. Emsley
Alemán	I. v. Denffer, M. Ackenheil, R. Dietz-Bauer	G. Stotz, R. Dietz-Bauer, M. Ackenheil
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Bengalí		H. Banerjee, A. Banerjee
Búlgaro		L.G. Hranov
Checo		P. Zvlosky
Chino		L. Carroll, K-d Juang
Coreano		En preparación
Croata		En preparación
Danés	P. Bech	P. Bech, T. Schütze
Eslveno	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. Ornek, A. Keskiner, I. Vahip	T. Ornek, A. Keskiner
Urdú		A. Taj, S. Gambhir

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)



Anexo # 5

Cuestionario de Problemas psicosociales y ambientales del Eje IV del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002)

- **Problemas relativos al grupo primario de apoyo:** por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
4. **De acuerdo**
5. **Totalmente de acuerdo**

- **Problemas relativos al ambiente social:** por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales (tal como la jubilación).

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
4. **De acuerdo**
5. **Totalmente de acuerdo**

- **Problemas relativos a la enseñanza:** por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
4. **De acuerdo**
5. **Totalmente de acuerdo**

- **Problemas laborales:** por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**



3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

• **Problemas de vivienda:** por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

• **Problemas económicos:** por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

• **Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria:** por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo

• **Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen:** por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.

1. Totalmente en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
4. De acuerdo
5. Totalmente de acuerdo



• **Otros problemas psicosociales y ambientales:** por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

1. **Totalmente en desacuerdo**
2. **En desacuerdo**
3. **Ni de acuerdo ni en desacuerdo**
4. **De acuerdo**
5. **Totalmente de acuerdo**



Anexo # 6

Formulario Consentimiento Informado

Investigación:

PREVALENCIA DE PATOLOGÍA DUAL Y FACTORES ASOCIADOS EN TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, CUENCA, 2016

Universidad de Cuenca

Nombre del investigador principal: José Marcelo Ordóñez Mancheno

Datos de localización del investigador principal: Tlf: 4117201, 2820044. Celular: 0999019472. Correo electrónico: josehipnosis@tahoo.es

Co-investigadores:

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Introducción	
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.</p> <p>Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre frecuencia de trastornos psiquiátricos y sus factores de riesgo que pueden presentarse en personas con problemas por el consumo de alcohol y drogas en los centros de tratamiento para adicciones en la ciudad de Cuenca; porque se encuentra internado y/o acudiendo a controles o consultas en un centro de tratamiento para adicciones, ha cursado 4 semanas que no consume ninguna sustancia y se encuentra en proceso de recuperación por un problema debido al consumo de alcohol y drogas.</p>	
Propósito del estudio	
<p>Se trata de un estudio que pretende aplicar un cuestionario anónimo, que tiene como objetivo determinar la presencia de problemas de salud mental que pueden estar asociados al consumo de alcohol y/o drogas y los factores de riesgo que podrían acompañarlo.</p>	
Descripción de los procedimientos	
<p>Este proyecto, en primer lugar tuvo que ser autorizado por el comité de ética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca; también ha sido socializado con el Centro de Tratamiento y hemos recibido la autorización para poder aplicar la encuesta; requerimos obtener su autorización voluntaria para poder aplicar una entrevista anónima denominada MINI (Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional), además del Cuestionario de Problemas psicosociales y ambientales; el primero sirve para explorar los posibles diagnósticos de enfermedades mentales que podrían acompañar a su problema de consumo de alcohol y/o drogas; mientras que el segundo evalúa los factores psicosociales y ambientales; esta entrevista podrá ser aplicada en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos.</p>	
<p>Riesgos y beneficios: no existen riesgos ni físicos, psicológicos y/o emocionales por la aplicación de la entrevista; sin embargo, los encuestadores están capacitados para realizarla. La entrevista, tiene por objeto solamente obtener información, motivo por lo que el informante no recibirá ningún tipo de beneficio, el estudio socialmente puede ser útil para proponer nuevas políticas de salud y estructuras de tratamiento que sirvan</p>	



<p>para beneficiar y abordar de mejor manera la presencia de la enfermedad mental combinada con el consumo de alcohol y drogas.</p>	
Confidencialidad de los datos	
<p>Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:</p> <ol style="list-style-type: none">1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.2) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.3) El Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.	
Derechos y opciones del participante	
<p>Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decirselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse de la entrevista cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.</p> <p>Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.</p> <p>Información de contacto</p> <p>Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0999019472 que pertenece a José Marcelo Ordóñez o envíe un correo electrónico a josehipnosis@yahoo.es</p>	
Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, Escuela de Postgrado, Maestría en Investigación de Salud.	
Consentimiento informado	
<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (si aplica)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha



Anexo # 7

Cuadros variables demográficas:

Variables demográficas		
	F	%
SEXO		
Masculino		
Femenino		
EDAD		
18 a 29 años		
30 a 65 años		
ESCOLARIDAD		
0 a 6 años		
7 a 9 años		
10 a 12 años		
Más de 12 años		
ESTADO CIVIL		
Casado		
Unión libre		
Separado		
Divorciado		
Viudo		
Soltero		
Desconocido		
SITUACIÓN LABORAL		
Empleado		
Autoempleado		
Subempleado		
Desempleado		
Desconocido		



Anexo # 8

Cuadros variables de análisis:

TRASTORNOS	18 A 29 AÑOS (n=)		30 A 65 AÑOS (n=)		TOTAL (n=)	
	F	%	F	%	F	%
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO						
TRASTORNOS DE ANSIEDAD						
Trastorno obsesivo compulsivo						
Trastorno por estrés postraumático						
TRASTORNOS PSICÓTICOS						
Trastorno antisocial de personalidad						



PREVALENCIA DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS						
TRASTORNOS	18 A 29 AÑOS (n=)		30 A 65 AÑOS (n=)		TOTAL (n=)	
	F	%	F	%	F	%
TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS						
Trastorno por consumo de alcohol						
Dependencia al alcohol						
Abuso de alcohol						
Trastorno por consumo de sustancias - no alcohol						
Dependencia a sustancias- no alcohol						
Abuso a sustancias - no alcohol						
Trastorno antisocial de personalidad						

NÚMERO DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS COMORBIDOS DEL EJE I CON CUALQUIER TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS							
	18 A 29 AÑOS (n=)		30 A 65 AÑOS (n=)		TOTAL (n=)		
	F	%	F	%	F	%	% acumulado
Sin comorbilidad							
1							
2							
3							
4							
5 o más							



Asociación Factores de Riesgo con T. Psiquiátricos, Trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático y trastornos psicóticos.

Factores de riesgo	RP	IC 95%	P
Grupo primario			
Ambiente social			
Enseñanza			
Laborales			
Vivienda			
Económicos			
Asistencia sanitaria			
Legal			
Otros			