

**PREVALENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS DEL EJE I EN LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL
DURANTE EL AÑO 2010**

**ÁNGELA MILENA CASTILLO RANGEL
CAROLINA MARIA CRISTANCHO CORREDOR
OSCAR MAURICIO MONROY FLORIAN**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
BOGOTÁ
2010**

**PREVALENCIA DE COMORBILIDADES PSIQUIÁTRICAS DEL EJE I EN LOS
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL DURANTE EL AÑO 2010**

**ÁNGELA MILENA CASTILLO RANGEL
CAROLINA MARIA CRISTANCHO CORREDOR
OSCAR MAURICIO MONROY FLORIAN**

**Proyecto de Investigación
Como Requisito Para Optar
al Título de Especialidades Médicas**

**Coinvestigadores
Adriana María Serrano Castro
Danilo Augusto Ortiz Jerez**

**Asesor Metodológico:
Dra. Adriana Bohórquez**

**Asesor Temático:
Dr. Gabriel Hernández**

**UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL
BOGOTÁ
2010**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág
INTRODUCCIÓN	5
1. RESUMEN	6
2. JUSTIFICACIÓN	7
3. OBJETIVOS	9
4. MARCO TEÓRICO	10
5. METODOLOGÍA	17
5.1. DISEÑO	17
5.2. POBLACIÓN	17
5.2.1. POBLACIÓN REFERENCIA	17
5.2.2. POBLACIÓN BLANCO	17
5.2.3. POBLACIÓN ELEGIBLE	17
5.2.4. POBLACIÓN ESTUDIO	17
5.3. MUESTRA	18
5.4. CRITERIOS INCLUSIÓN	18
5.5. CRITERIOS EXCLUSIÓN	18
5.6. VARIABLES	18
5.7. INSTRUMENTOS	19
5.8. RECOLECCIÓN DATOS	24
5.9. PLAN DE ANÁLISIS	25
5.10. DIVULGACIÓN	25
6. CRONOGRAMA	26
7. PRESUPUESTO	27
8. ASPECTOS ÉTICOS	28
9. RESULTADOS	29
10. CONCLUSIONES	30
11. BIBLIOGRAFÍA	31

12. ANEXO A FICHA DE INFORMACIÓN GENERAL	36
13. ANEXO B ESCALA MINIMENTAL	37
14. ANEXO C CONSENTIMIENTO INFORMADO	38
15. ANEXO D ENTREVISTA MINI	39
16. ANEXO E ESCALA CAPS	49

INTRODUCCIÓN

Al ser la población militar el objeto de atención del Hospital Militar Central, se ha observado que dentro de las enfermedades psiquiátricas mas frecuentes está el Trastorno por Estrés Postraumático, encontrándose con una frecuencia del 16-18% y cuyo principal antecedente es la exposición a un evento traumático operacional.

En este tipo de pacientes se observó que presentaban un difícil manejo, pudiendo esto corresponder a que cursaban con alguna otra comorbilidad psiquiátrica. Se continuará con el proyecto que se inicio en el servicio de psiquiatría del Hospital Militar Central en enero de 2008, el cual abordaba las comorbilidades psiquiátricas del Eje I en los pacientes con estrés postraumático³¹. Dado que en el estudio piloto se evidenciaron falencias, estas llevaron a la realización de cambios metodológicos en beneficio de la investigación.

Se estudiarán los pacientes del servicio de psiquiatría del HOMIC y que presenten el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático. Se llevará a cabo la recolección de datos socio demográficos y se investigarán las comorbilidades asociadas al diagnóstico de estrés postraumático.

1. RESUMEN

El objetivo del proyecto es describir la prevalencia de las comorbilidades psiquiátricas en pacientes con trastorno de estrés postraumático atendidos en el servicio de psiquiatría del Hospital Militar Central (HOMIC). Se continuará con el proyecto que se inicio en enero de 2008 con un estudio piloto ³¹.

A partir de este estudio se realizaron modificaciones metodológicas, las cuales incluyen: cálculo de tamaño de muestra, cambio de los instrumentos de medición, cambios en los criterios de inclusión (se incluirán todos los pacientes que al ingresar a la hospitalización reporten el antecedente de TEPT diagnosticado por un psiquiatra). El diseño es de un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en la población de pacientes hospitalizados por el servicio de psiquiatría del Hospital Militar Central con esta enfermedad. El tamaño de la muestra es de 88 pacientes, los cuales se seleccionaran por un muestreo consecutivo y se incluirán aquellos que acepten participar.

Se realizará un tamizaje de memoria y de confirmación del diagnóstico de TEPT y se aplicará la entrevista neuropsiquiátrica internacional MINI aplicando todos los módulos, excepto D, H, I, L, M, N y P; para establecer los diagnósticos de comorbilidad del EJE I del DMS IV. Para el análisis de los datos se calcularán las prevalencias de los trastornos mentales y como medidas de resumen, se realizarán análisis de frecuencia y proporciones para las variables cualitativas, y se calcularán medias y desviaciones estándar para las variables cuantitativas, se establecerán intervalos de confianza del 95%.

2. JUSTIFICACIÓN

El trastorno por estrés postraumático es un trastorno psiquiátrico frecuente en la población militar atendida por el servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central. Se ha considerado que la presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas influye de manera importante en las decisiones acerca de las opciones terapéuticas en el TEPT¹. En la literatura se ha reportado la asociación entre Trastorno por estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos del eje I, como los trastornos del estado de ánimo, trastornos psicóticos, otros trastornos de ansiedad o trastornos disociativos.

En el estudio piloto llevado a cabo en el 2008 ³¹, se encontró que los trastornos comórbidos del TEPT más frecuentes eran los trastornos depresivos 63,6% (7 sujetos) con un IC 95% (30,8% - 89,1), de los cuales dos pacientes tuvieron un episodio moderado y cinco un episodio grave sin psicosis. En segundo lugar se encontraron los trastornos de ansiedad, que por subtipo fueron del 45,5% (5 sujetos) con un IC 95% (16,7% - 76,6%) para agorafobia, el 18,2% (2 sujetos) IC 95% (2,3% - 51,8%) para fobia social, el 36,4% (4 sujetos) IC 95% (10,9% - 69,2%) para fobia específica a animales, el 36,4% (4 sujetos) IC 95% (10,9% - 69,2%) para fobia específica a fenómenos naturales, el 45,5% (5 sujetos) IC 95% (16,7% - 76,6%) para fobia específica a la sangre y el 45,5% (5 sujetos) IC 95% (16,7% - 76,6%) para fobia específica situacional.

No se encontraron diagnósticos positivos para trastornos por sustancias, lo que difiere de lo descrito en la literatura, pudiendo deberse esto al sesgo en el diagnóstico de los pacientes con TEPT y trastorno por uso de sustancias, en quienes los síntomas son atribuidos a la segunda condición.

La muestra del estudio fue pequeña, por lo que se decidió realizar el cálculo del tamaño de muestra. Teniendo en cuenta las falencias del estudio piloto ³¹, se

incluirán todos los paciente que al ingresar a la hospitalización reportaren el antecedente de TEPT diagnosticado por un psiquiatra, ya que se observó que durante la realización del estudio piloto ³¹, pacientes con el antecedente de Trastorno por estrés postraumático y consumo de sustancias psicoactivas, solo tuvieron el diagnóstico de Trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias psicoactivas, por lo cual no cumplían el criterio de inclusión de ese estudio, disminuyendo así de una manera considerable el número de pacientes; siendo esto posiblemente una de las diferencias con los resultados encontrados en la literatura mundial.

Surge la necesidad de conocer con exactitud cuáles son los trastornos psiquiátricos del EJE I mas frecuentemente asociados con el trastorno de estrés postraumático, determinar su prevalencia y las características socio demográficas de los pacientes según cada comorbilidad.

Al tener estos datos se podrá hacer una mejor orientación terapéutica del estrés postraumático, según la comorbilidad que presenten en el EJE I los pacientes.

3. OBJETIVOS

General

- Determinar la prevalencia de los siguientes trastornos comórbidos del EJE I según el DSM IV: trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad (ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social), y trastornos relacionados con el alcohol y otras sustancias, en los pacientes con diagnóstico de TEPT pertenecientes a las fuerzas militares activos, pensionados o retirados, del servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central.

Específicos

- Determinar las características socio demográficas de los pacientes con trastorno por estrés postraumático.
- Determinar la prevalencia de trastorno depresivo en los pacientes con TEPT.
- Determinar la prevalencia de trastorno de ansiedad (ansiedad generalizada, agorafobia, fobia social) en los pacientes con TEPT.
- Determinar la prevalencia de trastornos relacionados con el alcohol y otras sustancias en los pacientes con TEPT.

4. MARCO TEORICO

Actualmente esta bien establecido que el TEPT se desarrolla en una significativa minoría de individuos expuestos a una experiencia traumática². Sin embargo el TEPT no es la única condición psiquiátrica que puede aparecer posterior al trauma. Por el contrario, la comorbilidad es la norma más que la excepción³. En niños y adolescentes con TEPT las comorbilidades comunes incluyen trastornos en el apego, habilidades sociales deterioradas, problemas en el control de impulsos, ansiedad, depresión, somatización y uso de sustancias⁴.

El TEPT en el adulto se asocia con frecuencia a otros trastornos psiquiátricos comórbidos, como el trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por uso de sustancias, principalmente con alcohol, trastornos de personalidad y los trastornos disociativos^{5,6}.

El TEPT es un cuadro clínico que presenta una alta comorbilidad; la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta un 80%^{7,8}. Específicamente en veteranos de Vietnam se ha llegado a encontrar que el 66% presentan otro trastorno afectivo o bien un trastorno de ansiedad, y el 39% tiene abuso o dependencia de alcohol⁹. De acuerdo con la extensa investigación sobre comorbilidad en población general, dirigida por Kessler, se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres. En cifras decrecientes el TEPT se asoció con abuso de alcohol en hombres (51,9%), depresión mayor (48%), trastornos de conducta en hombres (43,3%), fobia simple (30%), fobia social (28%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%); los otros diagnósticos tuvieron menores frecuencias de presentación⁶. Un estudio Australiano comparable, encontró que otro diagnóstico del EJE I estaba presente en los últimos 12 meses en el 85% de los hombres y en el 80% de las mujeres.

La contribución del género al desarrollo del TEPT ha sido evaluada por varios

autores. Encontrándose diferencias en el tipo de exposición; siendo las mujeres mas frecuentemente expuestas a violación, y los hombres a combates, accidentes y ataques físicos; así mismo tienen una más alta prevalencia de exposición que la población general. La probabilidad de desarrollar TEPT posterior a la exposición se ha encontrado más alta en las mujeres¹⁰.

La comorbilidad incide en la forma de presentación del cuadro de TEPT, ya que en ocasiones al existir una sobreposición de algunos síntomas, se dificulta el diagnóstico. Por otra parte, durante la evolución, con frecuencia se van agregando otros síntomas al TEPT y se configura uno o más diagnósticos comórbidos. Además es importante investigar un TEPT en cualquier otra patología psiquiátrica, especialmente si existe el dato de algún hecho traumático en el pasado¹¹.

El abuso y dependencia de sustancias puede aparecer en algunos pacientes como una autoterapia para controlar ciertos síntomas del TEPT como son los síntomas ansiosos, los trastornos del sueño y el hiperalertamiento¹¹.

En la evaluación clínica, debe prestarse especial atención a la exploración de antecedentes de trauma en el pasado y a su correcta evaluación, para así no sub diagnosticar el TEPT.

En los centros de atención primaria, debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de las patologías médicas el TEPT, ya que por una parte es un cuadro clínico que con alta frecuencia se halla asociado a otras patologías médicas, y por otra, las molestias físicas y el dolor pueden encubrir un TEPT.

Es llamativo que en atención primaria cuando se ha investigado sistemáticamente, se ha encontrado una frecuencia de presentación del 9%; sin embargo, los médicos sólo llegan a diagnosticar el TEPT en el 2% de esos pacientes¹².

Los trastornos comórbidos pueden llevar a un aumento de las vulnerabilidades para la instauración de un TEPT. Se ha estudiado la comorbilidad de los trastornos de personalidad con el trastorno de estrés postraumático, encontrándose que estos son marcadores de vulnerabilidad para desarrollar trastorno por estrés postraumático. Así mismo, el trastorno de estrés

postraumático aumenta el riesgo de presentar otras patologías psiquiátricas¹³.

Depresión

Los estudios han demostrado que el TEPT tiene a menudo una presentación comórbida con otros trastornos, especialmente con el trastorno depresivo mayor. El estudio nacional de reajuste de los veteranos de Vietnam, que muestreó a los veteranos tratados en la comunidad, encontró que el 26% de los sujetos con TEPT tenían Trastorno Depresivo Mayor (TDM) como comorbilidad. Altas tasas han sido reportadas en los estudios que se ha llevado a cabo en los veteranos que buscaban tratamiento. Sierles y colegas en dos estudios separados, encontraron que el 72% de los pacientes hospitalizados con TEPT y el 84% de pacientes no internados con TEPT, presentaron una historia de depresión. Resultados similares fueron reportados a través de numerosos otros estudios de veteranos con TEPT, a pesar de el uso de los instrumentos diversos de medición y de varias eras de los veteranos de guerra²⁰.

Estudios de poblaciones de no veteranos, también han encontrado altos índices del comorbilidad entre TEPT y TDM. Breslau y colegas, encontraron que el 39.6% de los adultos jóvenes urbanos con TEPT, también tenían depresión mayor.

El estudio Nacional de Comorbilidad en Estados Unidos, encontró que el 48% de la población general que reportaba TEPT a través del curso de su vida, también presentó depresión mayor; estas tasas eran similares tanto para hombres, como para mujeres. Green et al, examinarón esta comorbilidad en una muestra de participantes expuestos a una inundación. El 32% de su muestra total tenían TEPT y TDM y el 53% de participantes con TEPT tenían TDM comórbido²⁰.

Se han sugerido varias razones para el diagnóstico comorbido de TEPT y de TDM en múltiples ocasiones, a lo largo de la literatura. Estas incluyen el hecho que ambas entidades, son reacciones a acontecimientos traumáticos, el TDM es una reacción a la severidad y a la cronicidad de TEPT, y el traslapamiento de los síntomas, puede ser una explicación para la co-ocurrencia de los trastornos²⁰.

La co - ocurrencia de depresión y TEPT (actual: superior al 56% y a lo largo de la vida: 95%) excede la expectativa del efecto de una simple coincidencia. Explicaciones alternativas incluyen la similitud en los síntomas, una causa común, una causa secuencial en la cual la depresión es asumida por ser secundaria al TEPT prolongado. Los atributos específicos de los efectos adversos pueden contribuir a la ocurrencia de cualquiera, TEPT o depresión.

Los síntomas de depresión son frecuentemente observados entre los sobrevivientes, pero son vistos de manera más intensa en aquellos con TEPT. Por ejemplo, los sobrevivientes del Holocausto con TEPT, reportaron más síntomas depresivos que aquellos sin TEPT. Los veteranos de Vietnam hospitalizados por TEPT, tenían puntajes mas altos en la Escala de depresión de Hamilton que los veteranos admitidos por depresión mayor. La presencia comórbida de depresión, se ha visto que puede llegar a predecir la cronicidad del TEPT. Los estudios que evalúan el inicio del TEPT y la depresión mayor posterior a un trauma, asociaban un orden cronológico con la causalidad. En el estudio Nacional de Comorbilidad, el 78.4% de los sujetos con depresión mayor comórbida y TEPT, reportaron que el inicio de su trastorno afectivo siguió al de TEPT. Los veteranos de combate de Vietnam, de igual forma reportaron que el inicio de las fobias, la depresión mayor y el trastorno de pánico, siguieron al de TEPT¹⁰.

Tanto el TEPT como el trastorno depresivo mayor, están asociados con un mayor riesgo para comportamientos suicidas. La prevalencia a lo largo de la vida para intentos de suicidio en el TDM es aproximadamente del 11%. En un estudio de comunidad, los pacientes con TEPT presentaron 14.9 veces mas posibilidad de realizar intentos suicidas que los sujetos sin TEPT²¹.

En refugiados que han sufrido situaciones traumáticas severas, se ha encontrado una comorbilidad entre TEPT y suicidio que alcanza el 95%, y los pacientes con comorbilidad TEPT-depresión, presentan mayor ideación suicida que aquéllos con TEPT sin depresión. El diagnóstico exclusivo de TEPT, constituye en sí mismo un alto riesgo para intentos suicidas²².

Algunos, pero no todos los estudios realizados acerca de ideación e intento

suicida en sujetos con TEPT y TDM, encontrarón que estas dos entidades interactúan incrementando el nivel de ideación suicida y comportamientos suicidas, en comparación con sujetos que presentaban solamente el TEPT o un TDM.

Sin embargo la relación entre TDM, TEPT y comportamiento suicida probablemente este influenciada por otros factores. Por ejemplo, el abuso en la infancia, incrementa el riesgo para TEPT, TDM y conducta suicida. Cerca de la tercera parte de aquellos pacientes que han sido abusados durante la infancia, desarrollará TEPT; una historia de abuso, aumenta a más del doble, la probabilidad de desarrollar un TDM. El trauma temprano en la infancia, incluyendo el abuso, también se ha asociado posteriormente con conductas auto destructivas y suicidas. Tanto la conducta suicida, como una historia de abuso y trauma, se encuentran asociadas con el trastorno de personalidad límite. Adicionalmente, este trastorno es frecuentemente comórbido con la depresión mayor. Así, la influencia de TEPT en la conducta e ideación suicida requiere de la atención de una constelación de factores de riesgo, incluyendo el TDM, trastorno de personalidad, historia de abuso en la infancia, así como de la presencia concomitante de impulsividad y agresión, las cuales con frecuencia hacen parte de la descripción clínica de los trastornos de personalidad del cluster B y se asocian a actos suicidas²¹. En el estudio piloto llevado a cabo en el 2008 ³¹, se encontró que los trastornos comórbidos del TEPT más frecuentes eran los trastornos depresivos 63,6% (7 sujetos) con un IC 95% (30,8% - 89,1), de los cuales dos pacientes tuvieron un episodio moderado y cinco un episodio grave sin psicosis, lo que se correlaciona con lo evidenciado en la literatura.

Trastornos por abuso de sustancias

Los trastornos por abuso de sustancias, particularmente el abuso y dependencia de depresores del sistema nervioso central, son comunes en los pacientes con TEPT²³. Existe diversa literatura acerca de la prevalencia de dependencia del alcohol en veteranos de combate, informando que cerca del 60-80% de los

pacientes con TEPT, presentaban de manera concomitantemente abuso o adicción a drogas, o al alcohol; mostrando cómo la dependencia al alcohol es el codiagnóstico más común en el TEPT²⁴.

Los pacientes con esta comorbilidad presentan mayores tasas de trastornos comórbidos en los EJES I y II, además de problemas médicos y psicosociales, admisiones hospitalarias relacionadas con el alcohol o las sustancias, recaídas al uso de sustancias, en comparación con los pacientes en quienes el uso de sustancias no se encuentra complicado por la presencia del TEPT.

Estos pacientes tienden a sufrir síntomas más severos, particularmente en las categorías de evitación e hiperalertamiento, que los pacientes con TEPT solo. De manera inversa, un estudio longitudinal, encontró en un seguimiento a los 6 meses post tratamiento, que los pacientes en quienes los síntomas del TEPT habían remitido, reportaban menor uso de sustancias, que los pacientes que no presentaban remisión del TEPT²³. No se encontraron diagnósticos positivos para trastornos por sustancias en el estudio piloto ³¹, lo que difiere de lo descrito en la literatura, pudiendo deberse esto al sesgo en el diagnóstico de los pacientes con TEPT y trastorno por uso de sustancias, en quienes los síntomas son atribuidos a la segunda condición.

Trastornos de Ansiedad

En diversos estudios realizados a nivel mundial, se ha encontrado que gran cantidad de pacientes con trastorno de estrés postraumático mostraban correlación con la presencia de ansiedad generalizada comórbida³².

Los hallazgos en los estudios sugieren que muchos pacientes que sufren trastorno de estrés postraumático también podrían llegar a manifestar trastornos de ansiedad; siendo el trastorno de estrés postraumático más constante sobre el tiempo respecto al primero. Sin embargo estos patrones de medida de la relación entre trastorno de ansiedad y trastorno de estrés postraumático revelan que en casos de comorbilidad, los trastornos de ansiedad son secundarios al trastorno de

estrés postraumático. Esto sugiere, que esta patología puede llegar a predecir la aparición subsecuente de un trastorno de ansiedad, mientras la ansiedad en sí, no cambia la instauración del trastorno de estrés postraumático³².

En el estudio piloto se encontró que los trastornos de ansiedad son la segunda comorbilidad, que por subtipo fueron del 45,5% para agorafobia, el 18,2% para fobia social, el 36,4%.

La complejidad del diagnóstico en el trastorno de estrés postraumático, ha llevado a algunos autores a categorizar el trastorno de estrés postraumático en espectro de estrés postraumático, más que una entidad nosológica única. De acuerdo a esta sugerencia, esta categorización podría incluir diversos subtipos, entre los cuales se encontraría el trastorno de estrés postraumático con síntomas de ansiedad.

5. METODOLOGÍA

5.1 Diseño

Se realizará un estudio observacional descriptivo de corte transversal, en los pacientes del servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central, con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, realizado por un psiquiatra. Se estudiarán a los pacientes que acepten participar en esta investigación.

5.2 Población

5.2.1 Población referencia

Todos los miembros de las Fuerzas Militares de Colombia activos, retirados o pensionados.

5.2.2 Población blanco

Los miembros de las Fuerzas Militares de Colombia activos, retirados o pensionados que tengan diagnóstico de Trastorno por estrés postraumático con antecedente de evento traumático operacional, vivenciado o relatado.

5.2.3 Población elegible

Pacientes de las fuerzas armadas activos o pensionados que tengan el grado de soldado profesional, suboficial u oficial del servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central, con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático, con antecedente de evento traumático operacional, vivenciado o relatado.

5.2.4 Población estudio

Los miembros de las Fuerzas Militares de Colombia activos, retirados o pensionados que tengan diagnóstico confirmado mediante la aplicación de la escala CAPS de Trastorno por estrés postraumático con antecedente de evento traumático operacional, vivenciado o relatado, que acepten participar.

5.3 Muestra

El tamaño de la muestra es de 88 pacientes, los cuales se seleccionaran por un muestreo consecutivo y se incluirán aquellos que acepten participar.

Cálculo del tamaño de muestra				
	Error Tipo I	Proporción	% Proporción	A 2 Colas
Trastorno Depresivo	0,05	0,65	0,1	88 sujetos
Trastornos de Ansiedad	0,05	0,18	0,1	57 sujetos
Trastornos por sustancias	0,05		0,5	80 sujetos

5.4 Criterios de Inclusión

Como criterios de inclusión se tendrán en cuenta:

Diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (Según criterios DSM IV-TR) confirmado por un psiquiatra del servicio y la escala CAPS; antecedente de al menos un evento traumático operacional, vivenciado o relatado.

5.5 Criterios de exclusión

Los pacientes se incluirán en el estudio sólo una vez, es decir, no se tendrán en cuenta hospitalizaciones posteriores. Se excluirán los pacientes con deterioro cognitivo (Determinado por un mini mental menor al rango esperado para su grado de escolaridad) secundario a trauma craneoencefálico, por lesiones o daño en el sistema nervioso central.

5.6 Variables

- **Edad:** Edad cronológica en años cumplidos según fecha de nacimiento registrada en el documento de identidad (variable cuantitativa tipo continua).

- **Estado civil:** Reportado por el paciente considerando si es soltero, casado, viudo, unión libre, separado, divorciado (variable cualitativa nominal).
- **Fuerza armada:** A la cual pertenece (variable cualitativa nominal).
- **Estado laboral:** Se refiere a la vinculación actual del paciente con las fuerzas armadas, especificando si se encuentra activo, pensionado o retirado (variable cualitativa nominal).
- **Grado militar:** Profesional, suboficial u oficial (variable cualitativa nominal)
- **Tiempo de servicio:** En meses de vinculación a las fuerzas militares (variable cuantitativa de razón).
- **Escolaridad:** En años escolares aprobados (variable cuantitativa de razón)
- **Nivel de escolaridad:** Especificando si corresponden a primaria, secundaria y estudios técnicos o superiores (variable cualitativa nominal).
- **Antecedentes psiquiátricos:** Diagnósticos psiquiátricos y hospitalizaciones previas por enfermedad mental reportados por el paciente o por la historia clínica (variable cualitativa nominal).
- **Comorbilidades:** Corresponde a trastornos de ansiedad con agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada, trastornos depresivo y trastornos por abuso y dependencia de sustancia según criterios diagnósticos del DSM IV (variable cualitativa nominal).

5.7 Instrumentos

Se diseñó un formato para la recolección de los datos de información (Ficha de información general), en donde se registrarán los datos sociodemográficos como: edad, estado civil, grado militar, tiempo de servicio. Estos datos serán sometidos a análisis.

El presente estudio constituye una investigación con riesgo mínimo, por lo cual acogidos en la resolución 8430 de octubre 4 de 1993 del Ministerio de la Protección Social, en su artículo 14, en el que define el consentimiento informado en la investigación, se llevó a cabo el diseño de dicho documento ³³. Todos los sujetos deberán firmar el consentimiento informado antes de aplicarles cualquier instrumento del presente estudio.

En el presente estudio se aplicará como tamización el examen mental abreviado (*Mini-Mental State Examination*), en su versión validada para la población colombiana por Roselli y col ²⁸ en el año 2000. La cual es una prueba válida de la función cognitiva. Esta prueba discrimina a los pacientes con alteraciones cognitivas de aquellos que no la presentan. El mini mental fue validado por Taussig y cols ³⁰ para la comunidad de habla hispana en 1996, tomando como punto de corte un puntaje menor de 25 para considerar deterioro cognitivo. Sin embargo, la necesidad de establecer un instrumento de tamización del deterioro cognoscitivo específico para la población de Colombia, que redujera las dificultades inherentes de la traducción de una prueba extranjera, sumado a las características innatas culturales y demográficas y la baja escolaridad en los sujetos mayores de 50 años, fue lo que llevo a la validación del mini mental para nuestra población ²⁸. Roselli y col, realizaron un análisis estadístico de los componentes más sensibles de las variables demográficas como edad, sexo y escolaridad de la versión en inglés del mini mental diseñado por Folstein en 1975.

Esta prueba evalúa cálculo, evocación, denominación, orientación espacial y temporal, memoria, atención y lenguaje. Asigna como puntos de corte (para

valoración neurológica por posible deterioro cognoscitivo) según el nivel educativo, de 0-5 años si la puntuación es inferior o igual a 21; 6-12 años si la puntuación es inferior o igual a 24; más de 12 años si la puntuación es inferior o igual a 26. A los individuos mayores de 65 años les sumaron un punto adicional en su puntuación total y a los mayores de 75 les sumaron dos puntos adicionales ²⁸.

Según el resultado de los estudios realizados por Roselli y col, concluyeron que para la población colombiana el punto de corte del mini mental, se debe ajustar por los años de escolaridad formal y no por los años de edad cumplidos. Los reportes existentes en otros estudios llevados a cabo en Iberoamérica, concuerdan con lo evidenciado en la población colombiana; sugiriendo que el examen mental abreviado, es adecuado como un instrumento fácil, de aplicación corta, en sujetos con niveles altos de escolaridad (más de cinco años) y en casos de defectos cognoscitivos importantes, pero es inapropiada para la evaluación de sujetos con niveles educativos limitados (menos de 4 años de escolaridad) o con presencia de deterioro cognoscitivo leve ³⁰. Esta escala se aplicará con el fin de determinar si los pacientes se encuentran en capacidad de responder el cuestionario CAPS.

Se usará la escala confirmatoria para Estrés Postraumático CAPS, del inglés "Clinician Administered PTSD Scales" ²⁵. La versión en español de este instrumento es la "escala para valoración del TEPT, la cual es administrada por un clínico". Han sido desarrolladas dos tipos de escalas en el Centro Nacional para el TEPT de la llamada "Veterans Administration" de los EE.UU. Las escalas CAPS, se concibieron para dar respuesta tanto a necesidades relacionadas con la investigación como con la clínica. Las primeras versiones de las escalas CAPS 1 y 2, junto con un manual de instrucciones, fueron publicadas en Octubre de 1990 y desarrolladas para ser usadas por clínicos e investigadores que tuvieran un conocimiento práctico del TEPT. Las preguntas de la escala evalúan los 17 síntomas del DSM- III-R, así como los 8 síntomas asociados al mismo (extraídos del DSM - III - R y de la literatura de investigación clínica al respecto). También se

puntúan ítems relacionados con el funcionamiento social y laboral, con el estado del trastorno en relación con una evaluación anterior, una estimación global de la validez de la evaluación, así como la severidad global del trastorno. Las dos versiones actualmente existentes, producto de una revisión para el DSM IV realizada en 1997, se denominan CAPS - DX (antes CAPS 1) y CAPS - SX (antes CAPS 2). La primera se utiliza para evaluar la presencia de un TEPT actual (es decir durante el mes previo a la fecha de evaluación) y/o de curso vital (es decir, a lo largo de la vida), mientras que la segunda se aplica para valorar semanalmente la evolución sintomatológica del trastorno. Ésta se aplica especialmente para evaluar tratamientos y, por tanto, no debe ser usada en la práctica pericial.

La característica principal que diferencia las escalas CAPS de otros interviús para la evaluación del TEPT, es que evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas. La división de la severidad de los síntomas en estas dos dimensiones, permite un análisis más fino de la fenomenología del TEPT. Por ejemplo, un paciente puede experimentar síntomas frecuentes pero moderadamente intensos de TEPT, mientras que otro puede experimentar síntomas ocasionalmente, pero de gran intensidad. Una segunda característica de las escalas CAPS es que se puntúa en todos los casos en una escala de 5 puntos tipo Likert. Esta convención da lugar a una estratificación más fina de los valores frecuencia e intensidad, así como del trastorno en su globalidad. Además de la determinación presente/ausente para cada síntoma, la escala ofrece una serie de opciones de puntuación sobre la severidad del trastorno. La puntuación total de la escala puede extenderse desde cero a 136. La escala está provista de opciones de evaluación basadas en manifestaciones conductuales tanto para frecuencia como intensidad de los síntomas.

En tercer lugar, la escala ofrece para cada ítem preguntas estándar rápidas, sugiriéndose otras para el seguimiento. Esta característica provee de una guía explícita para el entrevistador que pregunta en primer lugar estos puntos estándar y aplica a continuación preguntas sobre el seguimiento, según las va necesitando.

Una guía de uso para la exploración y cuestionamiento del seguimiento se ofrece en el manual de instrucciones que acompaña a la escala.

En dicho manual se explica cómo el entrevistador debe codificar las valoraciones de frecuencia e intensidad de los síntomas tanto para el momento actual (último mes) como a lo largo de la vida (curso vital). Estas puntuaciones se inscriben en una columna específicamente a la derecha de cada ítem.

También puede codificarse un apartado denominado “Validez cuestionable” creado para señalar la veracidad de las afirmaciones del paciente si existieran motivos para la duda (debido a una pobre comprensión por diversas razones, simulación, etc).

Para la confirmación de las comorbilidades del Eje I se utilizará la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW), en su versión en Español 5.0.0 DSM-IV, la cual es una entrevista 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, la cual fue la herramienta usada en el estudio anterior). Este instrumento diagnóstico fue desarrollado inicialmente en los Estados Unidos por Sheehan, J. Janavs, Baker, Harnett-Sheehan, E.Knapp, M. Sheehan de la Universidad del Sur de la Florida; en Francia fue desarrollada por Y. Lecrubier, E.Weiller, T.Hergueta, P.Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine, del Hospital de la Salpêtrière, en Paris. La versión en español fue desarrollada por L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert, del Instituto IAP, en Madrid, España y por M. Soto,O. Soto de la Universidad del Sur de la Florida.

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, con una media de 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.

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, se informará 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.

La entrevista se estructura 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. Esta entrevista abarca los trastornos somatomorfos, de ansiedad, depresivos, psicóticos, de la conducta alimentaria, alteraciones cognitivas, abuso de sustancias y manía.

Como en la mayoría de entrevistas diagnósticas estructuradas, el número de estudios de validez es pequeño, basado en esto se concluyó que la validez es aceptable. Los estudios de las propiedades psicométricas del MINI muestran que la versión administrada por el entrevistador tiene una confiabilidad adecuada test—retest en las muestras clínicas.

5.8 Recolección de datos

Después de que el paciente firme el consentimiento informado, se iniciará con la recolección de datos e información general que incluye información sociodemográfica y se revisará la historia clínica actual para verificar criterios de inclusión y exclusión.

Se aplicará el mini mental validado para la población de Colombia y la entrevista MINI, versión en español y en papel, a todos los pacientes que hayan sido hospitalizados con el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión. Esta entrevista se realizará una vez el paciente se encuentre estable y en condiciones de responderla, siendo aplicada por los investigadores.

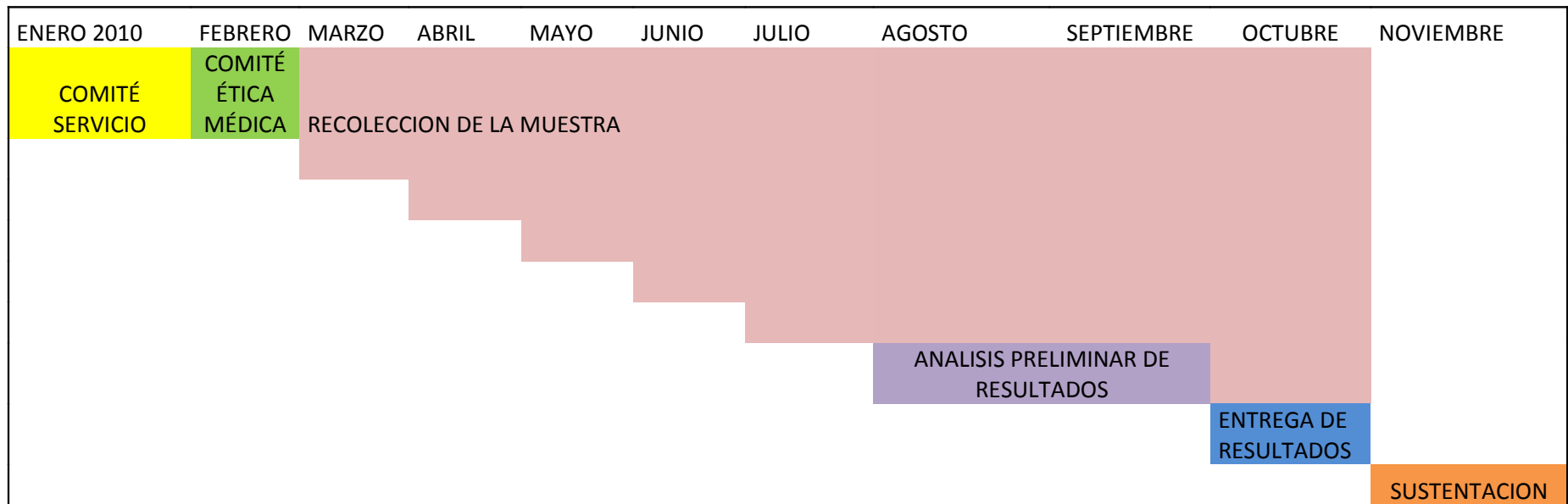
5.9 Plan de Análisis

Se realizará medición de frecuencias y análisis bivariados y de frecuencias simples. Los datos provenientes de las entrevistas serán ingresados en una base de datos.

5.10 Divulgación

Con los datos obtenidos del estudio se escribirá un artículo donde se resuman las características de la población estudiada y las conclusiones realizadas, el cual se enviará para publicación a la revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada. Se propondrá para ser presentado en el Congreso Nacional de Psiquiatría.

6. CRONOGRAMA



7. PRESUPUESTO

El recurso humano serán los investigadores principales del proyecto. Se hará un presupuesto de los materiales que se utilizarán para la recolección y análisis de los datos.

8. ASPECTOS ÉTICOS

La investigación será llevada a cabo siguiendo las normas científicas, técnicas y administrativas estipuladas en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social. De acuerdo a las características de esta investigación, ésta se categoriza como una **investigación de riesgo mínimo**, por cuanto se realizarán entrevistas y pruebas psiquiátricas en las que no se manipulará la conducta del sujeto y en las que se tratará información sensible.

Este instrumento, debe ser suscrito por el investigador principal y por el sujeto de investigación o su representante legal. Si el sujeto de investigación no sabe firmar, se colocará su huella digital, y en su nombre firmará otra persona; será suscrito por dos testigos, con indicación de sus nombres, direcciones y la relación que tengan con el sujeto de investigación. Se preparará en original y copia, para que esta última quede en poder del sujeto de investigación o de su representante legal³³. En el caso que llegase a existir algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación del sujeto de investigación hacia el investigador que le impida otorgar libremente su consentimiento, este será obtenido por otro miembro del equipo de investigación del Hospital Militar Central (lugar donde se realizará la investigación), completamente independiente de la relación investigador-sujeto.

El sujeto de investigación contará con la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio. Se garantizará la seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su intimidad.

Los investigadores tendrán el compromiso de proporcionarle al sujeto de investigación, información actualizada, aunque esta pudiese afectar la voluntad del sujeto para continuar participando en el estudio.

Se le informará a cada sujeto participante acerca de los posibles riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios derivados como los siguientes: exacerbación de la sintomatología, recordar información que es estresante para el

sujeto, cambio en el enfoque terapéutico. Se informará al psiquiatra tratante situaciones de riesgo que pudieran ser encontradas durante la entrevista.

A cada participante se le solicitará que firme un Consentimiento informado, mediante el cual cada sujeto autoriza su participación en la investigación, con previo conocimiento de la naturaleza de las intervenciones, beneficios y riesgos y con la capacidad de elegir libremente y sin coacción alguna. Este consentimiento informado será sometido a aprobación por el comité de ética de la institución en donde se llevará a cabo la investigación (HOMIC). En caso de que el paciente presente síntomas psicóticos o se encuentre en fase aguda de la enfermedad; se esperará a que estos remitan para la aplicación de la entrevista.

RESULTADOS PARCIALES

ANALISIS PARCIAL DE DATOS:

Tabla 1. Características de los pacientes participantes:

Edad	Media	31.3 años
	Rango	20-50 años
Estado civil (en número)	Soltero	5
	Casado	11
	Unión Libre	7
	Separado	1
Fuerza (en número)	Ejercito	23
Años de servicio	Media	9.2 años
Ocupación (número)	Activo	12
	Retirado	1
	Pensionados	10
Escolaridad (en número)	Primaria	4
	secundaria	17
	Superior	2

RESULTADOS PARCIALES ENTREVISTA NEUROPSIQUIATRÍA INTERNACIONAL MINI:

La prevalencia para los trastornos depresivos por subtipos fue de Trastorno depresivo Mayor, episodio único: 21% (4 pacientes), Trastorno Depresivo Mayor, recidivante: 65% (14 pacientes).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad por subtipos fue trastorno de angustia sin agorafobia 56% (12 pacientes), Trastorno de angustia con agorafobia 52% (12 pacientes), Fobia social 47.8% (11 pacientes), trastorno de ansiedad generalizada 43.4% (10 pacientes).

La prevalencia de los trastornos relacionados con sustancias por subtipos fue Trastornos relacionados con el alcohol (abuso y dependencia): 21% (5 pacientes), trastornos relacionados con otras sustancias 21% (4 pacientes) distribuidos así: benzodiazepinas 13% (3 pacientes), inhalantes 4,34% (1 paciente), Marihuana 4,34% (1 paciente).

CONCLUSIONES PARCIALES

En el presente estudio los trastornos depresivos fueron los más prevalentes. Esto se asemeja a lo reportado en la literatura en cuanto a la co-morbilidad de depresión y TEPT, la cual llega a ser entre el 26 y el 72%. En estos casos la presencia de síntomas depresivos se correlaciona con un desencadenante común al TEPT y ambas condiciones se perpetúan en el tiempo. Los síntomas depresivos más severos fueron frecuentes y se limitaban a un periodo de tiempo (episodios depresivos), sin embargo en algunos casos los síntomas perduraban en el tiempo, llegando a conformar un trastorno depresivo recurrente.

Los trastornos de ansiedad ocupan el segundo lugar en frecuencia (no explicados por la presencia de TEPT). En este grupo se encontró que algunos pacientes presentaron síntomas para los trastornos de angustia sin agorafobia y con agorafobia. Se evidenciaron resultados para fobia social y ansiedad generalizada, lo que podría llegar a sugerir que el complejo sintomático de estas patologías en este grupo no se debió a la presencia del TEPT.

Está bien descrita la sobre posición de síntomas que dificulta el diagnóstico de una u otra patologías, y según estos resultados, la presencia de un complejo sintomático correspondiente a otro trastorno de ansiedad puede considerarse independiente del conjunto de síntomas del TEPT, es decir, como una co-morbilidad aparte. Esto difiere de los hallazgos encontrados en el estudio piloto.

La presencia de otros síntomas ansiosos diferentes a los del TEPT supone un enfoque terapéutico dirigido al manejo de estos síntomas distinto al manejo que se hace hacia los síntomas de TEPT, por ejemplo, en psicoterapia.

Podría pensarse que los síntomas fóbicos serían equivalentes a los síntomas de evitación del TEPT, pero clínicamente es difícil determinar en estos casos que el síntoma se haya producido por la presencia del TEPT; esto es más relevante en el caso de la agorafobia.

Se han encontrado diagnósticos positivos para trastornos por sustancias, probablemente por un mayor tamaño de la muestra y el cambio en la herramienta diagnóstica, respecto al estudio piloto.

La fortaleza de esta investigación radica en ser una aproximación al estudio de las co-morbilidades psiquiátricas en una población de especial interés para las fuerzas armadas de Colombia y en particular sanidad y el Hospital Militar, debido a que se han corregido las limitaciones del estudio piloto.

Las limitaciones y hallazgos promueven el desarrollo de continuar esta investigación para completar el tamaño de la muestra, y así controlar los sesgos y obtener una información más completa y precisa de la situación real de los pacientes con TEPT.

BIBLIOGRAFIA

1. Yehuda R, Wong Ch: Etiology and biology of posttraumatic stress disorder: Implications for treatment. *Psychiatric Clin North America*, 2001; 8: 109-134.
2. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:626–632.
3. O'Donnell M, Creamer M, Pattison P. Posttraumatic Stress Disorder and Depression Following Trauma: Understanding Comorbidity. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1390–1396.
4. Kessler RC, Borges B, Walters EE: Prevalence and risk factors of lifetime suicide attempts in the Nacional Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 1999 56: 617-626.
5. Brady K, Killeent T, Brewerton T, Lucerini S: Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder, *J Clin Psychiatry*; 2000 61 (supl 7): 22-32.
6. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E y cols.: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*; 1995, 52: 1048-1060.
7. Solomon SD, Davidson JR. Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (supl 9):5-11;
8. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry* 1997;58 (supl 9):12-5).
9. Center for Disease Control. Vietnam Experience Study: Psychological and Neuropsychological Evaluation. Atlanta,Ga: Center for Disease Control.1988.

10. Shalev AY, Freedman S, Peri T, Brandes D, Sahar T, Orr SP, Pitman RK. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry*; 1998,155:630–637.
11. Carvajal C. Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2002; 40 (Suplemento 2): 20-34.
12. Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. Post-traumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physicians' detection. *Psychol Med* 2001;31:555-60.
13. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). 4th ed. Barcelona: Masson; 1995.
14. Hamner MB. Psychotic features and combat-associated PTSD. *Depress Anxiety*; 1997, 5:34–38.
15. David D, Kutcher GS, Jackson EI, Mellman TA. Psychotic symptoms in combat-related posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*; 1999, 60:29–32.
16. Butler RW, Mueser KT, Sprock J, Braff DL. Positive symptoms of psychosis in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*; 1996 39:839–844.
17. Mueser KT, Butler RW (1987) Auditory hallucinations in combat-related chronic posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*; 1987 144:299–302.
18. Frueh BC, Hamner MB, Bernat JA, Turner SM, Keane TM, Arana GW. Racial differences in psychotic symptoms among combat veterans with PTSD. *Depress Anxiety*; 2002 16:157–161.

19. Seedat S, Stein M, et al., Linking Posttraumatic Stress Disorder and Psychosis A Look at Epidemiology, Phenomenology, and Treatment. *J Nerv Ment Dis* 2003;191: 675–681
20. Franklin L, Zimmerman M, Posttraumatic Stress Disorder and Major Depressive Disorder: Investigating the Role of Overlapping Symptoms in Diagnostic Comorbidity. *J Nerv Ment Dis*; 2001, 189:548 –551.
21. Oquendo M, Brent D, Birmaher B, et al. Posttraumatic Stress Disorder Comorbid With Major Depression: Factors Mediating the Association With Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry* 2005; 162:560–566.
22. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessment of suicidal behavior. *J Trauma Stress* 1998;11:103-12.
23. Jacobsen L, Southwick S, Kosten T. Substance Use Disorders in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Review of the Literature. *Am J Psychiatry* 2001; 158 (8):1184-1190.
24. Zoricic Z, Buljan D, Thaller V, Karlovic D. Agresión en el Trastorno de Estrés Postraumático comórbido con Dependencia Alcohólica. *Eur J Psychiat* 2001; 17 (4): 231-235.
25. CAPS 1 y 2, Blake et al., 1990; Nagy et al., 1991
26. Andrews G, L. Peters. The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33: 80-88.

27. Folstein M, Folstein S, McHugh P. "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975; 12: 189-198.
28. Rosselli D, Ardila A, Pradilla G, Morillo L, Bautista L, Rey O, *et al.* El examen mental abreviado (mini-mental state examination) como prueba de tamización para el diagnóstico de demencia: estudio poblacional colombiano. *Rev Neurol* 2000; 30: 428-432.
29. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI), Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.
30. Taussig M, Mack W, Henderson V. Cocurrent validity of Spanish language versions of the Mini-Mental State Examination Mental Status Questionnaire. Information-Memory-Concentration Test: Alzheimer's disease patients and nondemented elderly comparison subjects. *J Int Neuropsychol Soc.* 1996; 2:286-298.
31. Bohórquez, Serrano, Ortiz, Frecuencia de co-morbilidades psiquiátricas del eje I en los pacientes con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático hospitalizados en el servicio de psiquiatría del Hospital Militar Central. Estudio piloto. En prensa revista MED.
32. Karni Ginzburg, Tsachi Ein-Dor, Zahava Solomon, Comorbidity of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression: A 20-year longitudinal study of war veterans, *Journal of Affective Disorders*, 11 August 2009.
33. Ministerio de la protección Social, Resolución número 8430 de 1993 (octubre 4), por la cual se establecen las Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, www.minproteccionsocial.gov.co

ANEXO A:
FICHA DE INFORMACION GENERAL

Ficha número _____

1. Nombres y apellidos (Iniciales)		
2. Número de Identificación		
3. Fecha de nacimiento	1. D _____ 2. M _____ 3. A _____	
4. Edad		
5. Estado civil	1. Soltero ___ 2. Casado ___ 3. Viudo ___ 4. U. Libre ___ 5. Sep-Div	
6. Fuerza	1. EJC ___ 2. ARC ___ 3. FAC ___	
7. Estado laboral	1. Activo ___ 2. Retirado ___ 3. Pensionado ___	
8. Grado	1. Oficial ___ 2. Suboficial ___ 3. Sol/IM Profesional ___	
9. Tiempo de servicio en FFMM	1. Años _____ 2. Meses _____	
10. Nivel de escolaridad	1. Primaria ___ 2. Secundaria ___ 3. Superiores o técnicos ___	
11. Años aprobados	1. Primaria ___ 2. Secundaria ___ 3. Superiores o técnicos ___ 4. Total _____	
12. Natural		
13. Procedencia y residencia.		
14. Antecedentes personales	Patológicos _____ Quirúrgicos _____ Farmacológicos _____ Toxico alérgicos _____	
15. Psiquiátricos		
16. Familiares	Patológicos _____ Psiquiátricos _____	
Registró	Firma y sello	

ANEXO B:
Versión en castellano del Mini-Mental State Examination, validez para Colombia

1. ¿En qué año estamos? (Año)	12. Reste 7 a 100 sucesivamente durante 5 veces (93-96-79-72-65) (Cálculo)
2. ¿En qué mes del año estamos? (Mes)	13. Pedir que repita las palabras dadas anteriormente (Evocación)
3. ¿Qué día de la semana es hoy? (Día)	14. Mostrar un lápiz y un reloj y preguntar el nombre de los objetos (Denominación)
4. ¿Qué fecha es hoy? (Fecha)	15. Pedir que repita 'Si no bajo, entonces usted suba' (Frase)
5. ¿Qué hora es? (Hora)	16. A continuación le voy a dar una orden, escúchela toda y realícela: 'Tome este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso (Seguir una orden)
6. ¿En qué departamento estamos? (Departamento)	17. Pedir que haga lo que dice la tarjeta 'Cierre los ojos' (Lectura)
7. ¿En qué país estamos? (País)	18. Pedir que escriba una frase (Escritura)
8. ¿En qué ciudad estamos? (Ciudad)	19. Copie el diseño (dos pentágonos cruzados en un ángulo) (Dibujo)
9. ¿En qué sitio estamos ahora? (Sitio)	
10. ¿En qué piso/barrio/vereda estamos? (Barrio)	
11. Repita después de mí las siguientes palabras: casa, árbol, perro (Repetición)	

Sumar 2 puntos si tiene alteración visual evidente. Sumar 1 punto si es mayor de 65 y 2 si es mayor de 75 años. Las preguntas 1 a 5 se agrupan bajo 'orientación temporal' y las preguntas 6 a 10 bajo 'orientación espacial'. Puntos de corte: 0-5 años de educación remitir si la puntuación es inferior o igual a 21; 6-12 años remitir si la puntuación es inferior o igual a 24; más de 12 años remitir si la puntuación es inferior o igual a 26.

ANEXO C: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha _____ Número _____

Se me ha solicitado participar en el Estudio **“Prevalencia de Comorbilidades Psiquiátricas del EJE I en los Pacientes con Diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático del Servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central durante el año 2010”**.

Se me explicó que el objetivo del estudio es describir la presentación clínica del estrés postraumático y de las comorbilidades (es decir otras enfermedades psiquiátricas) que lo acompañan en pacientes del servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aportar datos relacionados con mi enfermedad contestando una serie de preguntas que los investigadores me harán en varios cuestionarios y a través de entrevistas clínicas.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias, y beneficios derivados que son los siguientes: exacerbación de la sintomatología, recordar información que es estresante para mi, cambio en el enfoque terapéutico.

Los investigadores responsables se han comprometido a darme información oportuna y a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que les plantee acerca los procedimientos que se llevarán a cabo (aplicación de cuestionarios, entrevistas clínicas), los riesgos, beneficios, o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Se le informará a mi médico tratante cualquier situación de riesgo.

Entiendo que conservo el derecho de rehusarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo por parte del servicio de Psiquiatría del Hospital Militar Central.

Los investigadores responsables me han dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que derivan de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Me han informado que no recibiré remuneración alguna por mi participación en el estudio y lo acepto.

Habiendo entendido lo arriba explicado, acepto participar en este estudio

Nombres y apellidos del paciente: _____

Identificación del paciente: _____

Firma o huella (en caso de no saber firmar): _____

Testigo 1: Nombres y apellidos: _____

Dirección y teléfono: _____

Relación con el sujeto de investigación: _____

Testigo 2: Nombres y apellidos: _____

Dirección y teléfono: _____

Relación con el sujeto de investigación: _____

Nombre, firma y sello del Presidente de Comité de Ética Médica del HMC:

Nombre, firma y sello del Investigador:

ANEXO D: MINI- ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA

Módulos

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: _____		

Módulo	Periodo explorado	Cumple los criterios	DSM-IV	CIE-10
A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) EDM CON SÍNTOMAS MELANCOLÍCOS (opcional)	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	299.20-296.26 episodio único	F32.x
	Recurrente	<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recurrente	F33.x
	Actual (2 semanas)	<input type="checkbox"/>	296.20-296.26 episodio único	F32.x
		<input type="checkbox"/>	296.30-296.36 recurrente	F33.x
B TRASTORNO DISTÍMICO	Actual (últimos 2 años)	<input type="checkbox"/>		
C RIESGO DE SUICIDIO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.4	F34.1
	Riesgo: <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/>		
D EPISODIO MANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.00-296.06	F30.x-F31.9
	Pasado	<input type="checkbox"/>		
EPISODIO HIPOMANÍACO	Actual	<input type="checkbox"/>	296.80-296.89	F31.8-F31.9/F34.0
	Pasado	<input type="checkbox"/>	300.01/300.21	F40.01-F41.0
E TRASTORNO DE 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 (Trastorno de ansiedad social)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.23	F40.1
H TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	300.3	F42.8
I ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)	Actual (último mes)	<input type="checkbox"/>	309.81	F43.1
		<input type="checkbox"/>		
J DEPENDENCIA DE ALCOHOL	Últimos 12 meses	<input type="checkbox"/>	303.9	F10.2x
	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
	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	
		<input type="checkbox"/>	293.89/298.8/298.9	
TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANIMO 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	<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

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

A. Episodio depresivo mayor

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

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTIESTÓ SÍ EN ALGUNAS.	NO	SÍ	3
b	¿Tiene dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	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 periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE	

RIESGO DE SUICIDIO

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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"/>

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

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

Q1	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

Q2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	+	NO	SÍ	4
----	--	--	---	----	----	---

Q3 **CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASCOS 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 Q3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

TRASTORNO DE ANGUSTIA

(→ SIGNIFICA: RODIAR 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 ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las crisis a su alrededor eran irrazonables, 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 ALCUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

AGORAFOBIA

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataques, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dependería 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
		<i>Agorafobia actual</i>		
¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?		NO	SÍ	
Y		TRASTORNO DE ANGIUSTIA sin agorafobia ACTUAL		
CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGIUSTIA ACTUAL)?				
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?		NO	SÍ	
Y		TRASTORNO DE ANGIUSTIA con agorafobia ACTUAL		
CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGIUSTIA ACTUAL)?				
¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?		NO	SÍ	
Y		AGORAFOBIA ACTUAL sin historia de trastorno de angustia		
CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGIUSTIA DE POR VIDA)?				

FOBIA 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 similitud 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		

DEPENDENCIA Y ABUSO DE ALCOHOL

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

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	→ NO	SÍ	1
----	---	---------	----	---

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	→ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE USTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

(← SIGNIFICA: DE LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODIAR 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**

RODIAR CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, speed, cristal, desoxirina, 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, *pease pot*), psilocybin, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
Inhalantes: pegamento, éter, óxido nítrico (laughing gas), amyl o butyl nitrate (poppers).
Marihuana: hachís, THC, pasito, hierba, mota, reser.
Tranquilizantes: Quaalud, Seconal (erots), Valium, Xanax, Librium, Alivan, Dalmene, Halcion, 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 CONCLUSIVAMENTE 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 SECCIÓN SI ES 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	¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? ¿Usó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALCUNA				
c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿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 involucrado o con riesgo a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado involucrado 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

ANEXO E: ESCALA CAPS- DX

<p>Criterio A: La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el cual las dos características siguientes estaban presentes:</p> <p>(1) La persona experimentó, fue testigo o se enfrentó a un acontecimiento o acontecimientos que supusieron la presencia real de peligro de muerte o de lesiones graves o amenazas a la integridad física de sí misma o de otras.</p> <p>(2) Las respuestas de la persona incluyeron miedo intenso, indefensión o terror. Nota: en niños, puede ser expresado mediante una conducta desorganizada o agitada.</p>	
<p>Le voy a preguntar sobre algunas cosas difíciles o estresantes que algunas veces les ocurren a las personas. Algunos ejemplos de esto son: haber estado en algún tipo de accidente grave, en un incendio, huracán, terremotos; haber sido asaltado, golpeado o atacado con un arma; o bien haber sido forzado sexualmente. Comenzaré por pedirle que mire una lista de experiencias como éstas y marque alguna que le haya afectado a usted. Entonces, si alguna de ellas le afectó, le pediré que describa brevemente qué sucedió y cómo se sintió en ese momento.</p> <p>Algunas de estas experiencias pueden ser dadas de recordar, o pueden traer recuerdos o sentimientos desagradables. Las personas con frecuencia encuentran que hablar sobre ellos puede ayudarles, pero usted decidirá cuánto le quiere decir. A medida que avancemos, si se siente incómodo/a, hágamele saber y podremos ir más despacio y hablar sobre ello. También, si tiene alguna pregunta o no entiende algo, por favor, dígamele. ¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?</p> <p>Entregue la lista, después revise y pregunte sobre tres acontecimientos. Si señala más de tres, determine sobre qué tres va a preguntar (p. ej., el primero, el peor y el más reciente; o los tres acontecimientos peores; o el trauma de interés y los otros dos peores, etc.)</p> <p>Si no se han identificado acontecimientos en la lista: (¿Ha habido alguna situación en la cual su vida ha estado en peligro o ha sido herido o lesionado gravemente?)</p> <p>Si no: ¿Ha habido alguna situación en la que estuvo amenazado/a de muerte o con daño grave, aun cuando no haya sido directamente herido/a o lesionado/a?</p> <p>Si no: ¿Ha presenciado algún hecho similar, ocurrido a otra persona, o ha tenido conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted?</p> <p>Si no: ¿Cuáles cree que han sido las experiencias más estresantes que ha tenido en su vida?</p>	
<p>ACONTECIMIENTO N.º 1</p>	
<p>¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligro su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)</p> <p>¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba atardido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento ¿cómo respondió emocionalmente?)</p> <p>Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>A (1)</p> <p>¿Amenaza vital?</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (Sujeo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>)</p> <p>¿Lesión grave?</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (Sujeo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>)</p> <p>¿Amenaza de la integridad física?</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (Sujeo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>)</p> <p>A (2)</p> <p>¿Miedo intenso/Indefensión/horror?</p> <p>No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> (Durante <input type="checkbox"/> Después <input type="checkbox"/>)</p> <p>Criterio A</p> <p>¿Se cumple? No <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>

ACONTECIMIENTO N° 2

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)

¿Amenaza vital?

No Sí (Sujeto Otro)

¿Lesión grave?

No Sí (Sujeto Otro)

¿Amenaza de la integridad física?

No Sí (Sujeto Otro)

B (2)

¿Miedo intenso/Indefensión/horror?

No Sí (Durante Después)

Criterio A

¿Se cumple? No Probable Sí

ACONTECIMIENTO N° 3

¿Qué sucedió? (¿Qué edad tenía? ¿Quién más estuvo implicado? ¿Cuántas veces le ocurrió? ¿Peligró su vida? ¿Sufrió alguna lesión grave?)

¿Cómo respondió usted emocionalmente? (¿Estaba muy ansioso/a o asustado/a? ¿Horrorizado/a? ¿Indefenso? ¿Cómo fue? ¿Estaba aturdido/a, o en un estado de shock tal que no sentía nada en absoluto? ¿A qué se parecía? ¿Cómo fue? ¿Qué notaron otras personas sobre su respuesta emocional? Y después del acontecimiento, ¿cómo respondió emocionalmente?)

Describa (p. ej., tipo de acontecimiento, víctima, causante, edad, frecuencia): _____

A (1)

¿Amenaza vital?

No Sí (Sujeto Otro)

¿Lesión grave?

No Sí (Sujeto Otro)

¿Amenaza de la integridad física?

No Sí (Sujeto Otro)

C (2)

¿Miedo intenso/Indefensión/horror?

No Sí (Durante Después)

Criterio A

¿Se cumple? No Probable Sí

Durante el resto de la entrevista, quiero que mantenga en la mente (los acontecimientos) cuando le pregunte cómo pueden haberle afectado.

Le voy a hacer 25 preguntas. La mayoría de ellas tienen dos partes. Primero, le preguntaré si alguna vez ha tenido un problema en particular, y en ese caso, con qué frecuencia en el mes pasado. Entonces le preguntaré cuánto malestar o molestia le ha causado ese problema.

Criterio B. El acontecimiento traumático es revivido persistentemente en una o más de las siguientes formas.

1. (B-1) Recuerdos molestos e intrusos del acontecimiento, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones. *Nota:* en niños pequeños puede ocurrir juego repetitivo en el cual son expresados temas o aspectos del trauma.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido alguna vez recuerdos no deseados (del acontecimiento)? ¿Cómo fueron? (¿Qué recuerda usted?) (Si no está claro) ¿Estos recuerdos ocurrieron mientras estaba usted despierto o solamente en sueños? <i>(Excluir en el caso de que los recuerdos sólo aparecieran durante el sueño)</i> ¿Con qué frecuencia ocurrieron durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Puede capaz de quitárselos de la mente y de pensar en otra cosa? ¿Cuánto esfuerzo tuvo que hacer? ¿Cuánto interfirieron estos recuerdos en su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderada: angustia presente claramente, pero controlable. Alguna interrupción de actividades 3. Grave: angustia considerable. Dificultad para quitar de la memoria los recuerdos. Marcada interferencia con las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante, no puede quitar de la memoria los recuerdos, incapaz de continuar con las actividades</p> <p>Validez cuestionable (VC) (especificar) _____</p>	<p>Actual F _____ I _____ Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

2. (B-2) Sueños con el acontecimiento, angustiosos y recurrentes. *Nota:* en niños pueden ocurrir pesadillas sin un contenido que pueda ser reconocido.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido alguna vez sueños desagradables acerca del acontecimiento? Describa un sueño típico (¿qué sucedió?) ¿Con qué frecuencia ha tenido estos sueños en el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta angustia o molestia le han causado estos sueños? ¿Le despertaron estos sueños? (si la respuesta es sí) ¿Qué pasó cuando se despertó? ¿Cuánto tardó en volverse a dormir? <i>(Prestar atención al nivel de ansiedad, comentarios tales como despertarse gritando, acuciando en las pesadillas, etc.)</i> ¿Han afectado estos sueños a alguna otra persona? ¿Cómo?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia, puede que no se haya despertado 2. Moderada: se despertó angustiado pero se volvió a dormir rápidamente 3. Grave: considerable angustia. Dificultad en volver a dormirse 4. Extrema: angustia incapacitante, no volvió a dormir</p> <p>VC (especificar) _____</p>	<p>Actual F _____ I _____ Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

<p>3. (B-3) Actuando o sintiendo como si el acontecimiento traumático estuviera sucediendo de nuevo. (Incluyendo sensaciones de revivir la experiencia), ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos (flashbacks). Incluyendo aquellos que ocurren al despertar o cuando se está intoxicado. Nota: en los niños pequeños puede ocurrir la representación del acontecimiento traumático específico.</p>		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Alguna vez, de repente, ha actuado usted o sentido como que el acontecimiento estaba sucediendo de nuevo? ¿Ha experimentado imágenes del acontecimiento? Si no está claro: ¿Esto sucedió cuando estaba despierto o sólo en sueños? ¡Excluya si sólo ocurrió durante los sueños!. Dígame más sobre eso. ¿Con cuánta frecuencia le ocurrió en el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Con qué intensidad le pareció que el acontecimiento estaba pasando otra vez? (estaba confundido acerca de dónde estaba realmente o qué estaba haciendo en ese momento). ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo mientras estaba ocurriendo? ¿Se dio cuenta otra gente de su conducta? ¿Qué le dijeron?</p> <p>0. No ha revivido el acontecimiento. 3. Leve: algo más real que pensar en el acontecimiento 4. Moderada: consciente pero próximo a disociación transitoria. Todavía consciente de lo que pasa a su alrededor, como soñar despierto 5. Grave: disociación intensa (comunica imágenes, sonidos, olores) pero tiene alguna conciencia de lo que pasa a su alrededor 6. Extrema: disociación completa («flashbacks» (imágenes). No se da cuenta de lo que pasa a su alrededor. Puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna)</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>4. (B-4) Malestar psicológico intenso, al verse expuesto a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.</p>		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Alguna vez se ha disgustado cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (Algo le ha desencadenado malestar relacionado con el acontecimiento) ¿Qué clase de recuerdos le han disgustado? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto malestar o molestia le han causado estos recuerdos? ¿Cuánto tiempo duró y cuánto interirió con su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínima angustia o interrupción de las actividades 2. Moderado: angustia claramente presente pero todavía controlable. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: angustia considerable. Marcada interrupción de las actividades 4. Extrema: angustia incapacitante. Incapaz de continuar con las actividades</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

5. (B-5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido alguna vez alguna reacción física cuando algo le ha recordado el acontecimiento? (¿Su cuerpo ha reaccionado de alguna manera cuando algo le ha recordado el acontecimiento?) ¿Puede dar algunos ejemplos? ¿Se aceleró su corazón o cambió su ritmo respiratorio? ¿Sudó, o se sintió tenso o tembloroso? ¿Qué clase de recuerdos le provocaron estas reacciones? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta intensidad tuvieron (reacciones físicas)? ¿Cuánto duraron? (¿Duraron aun después de la situación?)</p> <p>0. Sin respuesta física 1. Leve: respuesta mínima. Puede mantenerse si la exposición continúa 2. Moderada: respuesta física claramente presente. 3. Grave: respuesta física marcada. Mantenido durante la exposición 4. Extrema: respuesta física sostenida. Puede mantenerse incluso después que la exposición haya terminado</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
<p>Criterio C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas.</p>		
<p>6. (C-1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.</p>		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tratado usted alguna vez de evitar pensamientos o sentimientos acerca del acontecimiento? (¿Qué clase de pensamientos o sentimientos trató de evitar?) ¿Intentó evitar hablar con otras personas acerca de ello? (¿por qué?) ¿Con qué frecuencia durante el último mes?</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto esfuerzo hizo para evitar pensamientos, sentimientos, conversaciones? ¿Qué clase de cosas hizo? ¿Bebió o usó medicación o drogas? (Considere todos los intentos de evitación, incluyendo distracción, supresión y uso de alcohol o drogas) ¿Cuánto interfirió esto en su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, evitación claramente presente. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de las actividades, o participación en ciertas actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, o involucrarse intensamente en ciertas actividades como estrategia de evitación.</p> <p>Especifique _____</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

7. (B-5) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que producen recuerdos del trauma.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tratado alguna vez de evitar ciertas actividades, lugares o personas que le recuerdan el acontecimiento? (¿Qué clase de cosas evitó? ¿Por qué? ¿Con qué frecuencia durante el último mes?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>Cuánto esfuerzo realizó para evitar actividades, lugares, personas? (¿Qué hizo en su lugar?) ¿Cuánto interfirió con su vida?</p> <p>0. Nada 1. Leve: mínimo esfuerzo, mínima o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderada: algún esfuerzo, definitiva presencia de conducta de evitación. Alguna interrupción de las actividades 3. Grave: esfuerzo considerable, evitación marcada, marcada interrupción de actividades como estrategia de evitación 4. Extrema: intentos drásticos de evitación. Incapaz de continuar con las actividades, excesivo involucramiento en ciertas actividades como estrategia escapatoria</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
8. (C-3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Alguna vez ha tenido dificultad para recordar algunas partes importantes del acontecimiento? Dígame un poco más sobre esto. (¿Cree que debería ser capaz de recordar estas cosas? ¿Por qué piensa que no puede?) En el último mes, de las partes importantes del acontecimiento, ¿cuánto tuvo dificultad de recordar? (¿Qué partes recuerda todavía?)</p> <p>0. Nada. Memoria clara 1. Pocos aspectos no son recordados (menos del 10%) 2. Algunos aspectos no son recordados (aproximadamente el 20-30%) 3. Muchos aspectos no son recordados (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de los aspectos no se recuerdan (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánta dificultad tenía para recordar partes importantes del acontecimiento? (¿Puede recordar más si lo intentó?)</p> <p>0. Nada 1. Leve: dificultad mínima 2. Moderada: alguna dificultad. Puede recordar con esfuerzo 3. Grave: dificultad considerable, incluso con esfuerzo 4. Extrema: completamente incapaz de recordar aspectos importantes del acontecimiento</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

9. (C-4) Marcada disminución del interés o la participación en actividades significativas.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido menos interesado/a en actividades con las que disfrutaba? (¿En qué tipo de cosas ha perdido el interés? ¿Hay algunas cosas que ya no hace? ¿Por qué?) / <i>Excluya si es debido a falta de oportunidades, si no es capaz físicamente, si no es apropiado desde el punto de vista de la maduración o debido a cambios en preferencias</i> / En el último mes, ¿en cuántas actividades ha estado menos interesado/a? ¿Qué clase de cosas todavía disfruta? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Ninguna 1. Pocas actividades (menos del 10%) 2. Algunas actividades (20-30%) 3. Muchas actividades (aproximadamente el 50-60%) 4. La mayoría de las actividades (más del 80%)</p>	<p>¿Puede fuerte su pérdida del interés? (¿Disfrutaba de las actividades una vez que las comenzaba?)</p> <p>0. No hay pérdida del interés 1. Leve: leve pérdida del interés 2. Moderada: clara pérdida del interés, pero todavía puede disfrutar de algunas cosas 3. Grave: pérdida marcada del interés en las actividades 4. Extrema: completa pérdida del interés, ya no participa en ninguna actividad</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p> <p>¿Está relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
10. (C-5) Sensación de desapego o aislamiento de los demás.		
Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido distante o aislado de otras personas? ¿Cómo fue? Durante el último mes, ¿cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a sentirse de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%)</p>	<p>¿Puede fuerte su sentimiento de estar distanciado/a o aislado/a de otras personas? (¿A quién siente más cerca?) ¿Con cuánta gente se siente usted cómodo hablando sobre cosas personales?</p> <p>0. Ningún sentimiento de distanciamiento o aislamiento 1. Leve: puede sentirse apartado de las otras personas 2. Moderada: sentimientos de distanciamiento claramente presentes, pero todavía siente alguna conexión interpersonal 3. Grave: sentimientos marcados de distanciamiento o enajenación de la mayoría de la gente. Puede que se sienta cerca de sólo una o dos personas. 4. Extrema: se siente completamente aislado o enajenado de los demás, no se siente cerca de ninguna persona.</p> <p>Especifique _____ _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

11. (C-6) Restricción de la vida afectiva (p. ej., incapaz de tener sentimientos de amor).

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido momentos en los que se sintió emocionalmente embotado o tuvo problemas experimentando sentimientos como amor o felicidad? ¿Cómo fue eso? (¿Qué clase de sentimientos le causaron problemas?) ¿Con cuánta frecuencia? ¿Cuándo comenzó a tener problema para sentir las emociones? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10% del tiempo) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayoría del tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto problema tuvo sintiendo emociones? (¿Qué clase de sentimientos es capaz de experimentar todavía?) (Incluya observaciones de la variación del afecto durante la entrevista)</p> <p>0. No ha habido reducción para experimentar emociones 1. Leve: mínima reducción de la experiencia emocional 2. Moderada: reducción clara de la experiencia emocional, pero todavía es capaz de experimentar la mayoría de las emociones 3. Grave: reducción marcada de la experiencia de por lo menos dos de las emociones primarias (p. ej., amor y felicidad) 4. Extrema: No puede experimentar emociones</p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

12. (C-7) Sensación de un futuro acortado (p. ej., no espera tener obtener un empleo, casarse, tener hijos o, en definitiva, llevar una vida normal).

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido veces en las que ha sentido que no había necesidad de planear el futuro? ¿Que de alguna manera su futuro se va a acortar? ¿Por qué? (Descartar riesgos tal como condiciones médicas que pueden afectar el transcurso de la vida) ¿Con cuánta frecuencia en el último mes? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. En ningún momento 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Casi todo el tiempo (más del 80%).</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Qué intensidad tenía este sentimiento de que su futuro se va a acortar? (¿Cuánto tiempo piensa que va a vivir? ¿Hasta qué punto está convencido/a de que se va a morir prematuramente?)</p> <p>0. No hay sentimientos de que el futuro se ha acortado 1. Leve: sentimientos leves de un futuro interrumpido 2. Moderado: sentimientos de que el futuro se ha acortado están claramente presentes, pero no hay una predicción específica sobre la longevidad 3. Grave: sentimiento marcado de un futuro interrumpido, puede hacer predicciones específicas sobre la longevidad 4. Extrema: sentimiento abrumador de un futuro interrumpido, completamente convencido/a de una muerte prematura</p> <p>Especifique _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

Criterio D. Síntomas persistentes de aumento de la activación (arousal) (ausente antes del trauma), tal como indican dos (o más) de los siguientes síntomas.

13. (D-1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha tenido algún problema para iniciar o mantener el sueño? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de sueño? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro veces 4. Todas o casi todas las noches</p> <p>Problemas al iniciar el sueño Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Despertar durante la noche Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Despertar temprano por la mañana Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Número total de horas de sueño/noche _____</p> <p>Número deseado de horas de sueño/noche _____</p>	<p>¿Cuánto problema ha tenido con el sueño? (¿Cuánto tiempo tardó en quedarse dormido? ¿Con qué frecuencia se despertó durante la noche? ¿Se despertó antes de lo que quería? ¿Cuántas horas durmió en total?)</p> <p>0. Ningún problema con el sueño</p> <p>1. Leve: prolongación leve de la latencia o dificultad leve para mantener el sueño (hasta 30 minutos de pérdida de sueño)</p> <p>2. Moderado: alteración clara del sueño, latencia prolongada o dificultades para mantener el sueño (30-90 minutos de pérdida de sueño)</p> <p>3. Grave: latencia más prolongada, dificultad marcada para mantener el sueño (de 90 minutos a 3 horas de pérdida de sueño)</p> <p>4. Extrema: latencia muy larga o dificultad profunda para mantener el sueño (más de 3 horas de pérdida de sueño)</p> <p>VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

14. (D-2) Irritabilidad o ataques de ira.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Se ha sentido especialmente irritable o mostrado sentimientos de ira? ¿Podría darme algunos ejemplos? ¿Con qué frecuencia durante el último mes? ¿Cuándo se comenzó a sentir de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces por semana 3. Varias veces por semana 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplo: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Qué intensidad tenía su rabia? (¿Cómo la mostró)? Si muestra inhibición (¿Qué dificultad tuvo para no mostrar su ira? ¿Cuánto tiempo tardó en calmarse? ¿Su rabia le causó algún problema?)</p> <p>0. Ninguna irritabilidad o ira</p> <p>1. Leve: irritabilidad mínima, puede haber levantado la voz</p> <p>2. Moderada: irritabilidad clara o intentos para reprimir la ira. Puede recuperarse rápidamente</p> <p>3. Grave: irritabilidad marcada o intentos marcados para reprimir la ira, puede ponerse agresivo verbal o físicamente cuando está enfadado</p> <p>4. Extrema: rabia intensa o intentos drásticos para reprimir la ira, puede tener episodios de violencia física</p> <p>VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

15. (D-3) Dificultades para concentrarse.		
Prevalencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Le ha sido difícil concentrarse en las cosas que estaba haciendo, o en las cosas que estaban ocurriendo a su alrededor? ¿Cómo fue eso? ¿Cuánto tiempo? ¿Cuándo comenzó a tener problemas de concentración? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto dificultad tuvo para concentrarse? (Incluya observaciones de atención y concentración durante la entrevista) ¿Cuánto ha interferido con su vida?</p> <p>0. No dificultades con concentración 1. Leve: sólo necesita un ligero esfuerzo para concentrarse. Ligera o ninguna interrupción de las actividades 2. Moderado: pérdida de concentración, pero se puede concentrar con esfuerzo, alguna interrupción de las actividades 3. Grave: pérdida marcada de la concentración, incluso con esfuerzo. Interrupción marcada de las actividades 4. Extrema: dificultad completa para concentrarse. Incapaz de concentrarse en las actividades VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>
16. (D-4) Hipervigilancia.		
Prevalencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha estado especialmente alerta o vigilante, aun cuando no había necesidad real? ¿Se ha sentido como si estuviese constantemente en guardia? ¿Por qué? ¿Cuánto tiempo durante el último mes? ¿Cuándo comenzó a actuar así? (Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Muy poco (menos del 10%) 2. Algo (aproximadamente el 20-30%) 3. Mucho tiempo (aproximadamente el 50-60%) 4. Todo o casi todo el tiempo (más del 60%)</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cuánto esfuerzo le costó estar pendiente de las cosas que pasaban a su alrededor? (Incluya hipervigilancia durante la entrevista) ¿Estar hipervigilante le causó algún problema?</p> <p>0. No hipervigilancia 1. Leve: mínima hipervigilancia, leve aumento de la vigilancia 2. Moderado: hipervigilancia claramente presente, alerta con público (escoge un lugar seguro donde sentarse en el restaurante o cine) 3. Grave: hipervigilancia marcada, muy alerta, examina con cuidado los peligros del entorno, preocupación exagerada por la seguridad personal/familiar y de la casa 4. Extrema: hipervigilancia excesiva, esfuerzos para sentirse seguro/a, ocupan una gran parte del tiempo y de la energía en medidas de seguridad excesivas, conductas de comprobación, y marcada hipervigilancia durante la entrevista</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

17. (D-6) Respuesta exagerada de sobresalto.			
<i>Frecuencia (F)</i>		<i>Intensidad (I)</i>	
<p>¿Ha tenido reacciones de sobresalto? ¿Cuándo ocurrió? ¿Qué tipo de cosas le hicieron sobresaltarse? ¿Con qué frecuencia en el último mes? ¿Cuándo fue la primera vez que tuvo estas reacciones? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una vez 2. Dos o tres veces 3. Cuatro o cinco veces 4. Diariamente o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>		<p>¿Cómo fueron estas reacciones? ¿Qué fuertes fueron, comparadas con la reacción de la mayoría de las personas? ¿Cuánto duraron?</p> <p>0. No reacción de sobresalto 1. Leve: reacción mínima 2. Moderada: clara reacción de sobresalto, se siente asustadizo 3. Grave: reacciones marcadas de sobresalto, alerta mantenida tras la reacción inicial 4. Extrema: reacción de sobresalto excesiva, claras conductas de afrontamiento (p. ej., veterano de guerra que se tira al suelo)</p> <p>VC (especifique) _____ _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/></p>	
		<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>	
Criterio E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D) se prolongan más de un mes.			
18. Aparición de los síntomas.			
<p>(Si no está claro todavía) ¿Cuándo fue la primera vez que comenzó a tener (los síntomas de TEPT) que me dijo? (¿Cuánto tiempo después del trauma comenzaron? ¿Más de 6 meses?)</p>		<p>_____ n° total de meses de demora en la aparición de los síntomas Demora en la aparición de los síntomas (≥ 6 meses)? No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p>	
19. Duración de los síntomas.			
<p>Actual. ¿Cuánto tiempo (síntomas de TEPT) duraron en total?</p> <p>En la vida. ¿Cuánto tiempo estos (síntomas de TEPT) duraron en total?</p>	<p>¿Duración de más de un mes? N° total de meses de duración</p> <p>Agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)?</p>	<p>Actual No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/></p>	<p>Alguna vez en la vida No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/></p> <p>Agudo <input type="checkbox"/> Crónico <input type="checkbox"/></p>
Criterio F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.			
20. Malestar subjetivo.			
<p>Actual. Sobre todo, ¿cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? (Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores)</p> <p>A lo largo de la vida. ¿Cuánto le han molestado estos síntomas que me ha estado diciendo (síntomas de TEPT)? (Considere el malestar manifestado en las preguntas anteriores)</p>		<p>0. Ninguno 1. Leve, malestar mínimo 2. Malestar moderado claramente presente, pero todavía controlable 3. Grave: malestar considerable 4. Extremo: ansiedad incapacitante</p>	
		<p>Actual <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida <input type="checkbox"/></p>	

21. Deterioro social.		
<p>Actual. ¿Estos síntomas (síntomas de TEPT) le han afectado en su relación con otras personas? ¿Cómo? (Considere deterioro en el funcionamiento social manifestado en las preguntas anteriores)</p> <p>A lo largo de la vida. ¿Estos síntomas de TEPT afectan su vida social? ¿Cómo? (Considere el deterioro social referido en los ítems anteriores)</p>	<p>0. Ausencia de impacto adverso</p> <p>1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento social</p> <p>2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos</p> <p>3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento social permanecen intactos</p> <p>4. Extremo: poco o ningún funcionamiento social</p>	<p>Actual</p> <input type="checkbox"/> <p>Alguna vez en la vida</p> <input type="checkbox"/>
22. Deterioro laboral o otras áreas importantes de la actividad del individuo.		
<p>Actual. (Si no está ya claro.) ¿Está trabajando?</p> <p>Si: ¿Han afectado estos (síntomas de TEPT) su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? (Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta)</p> <p>No: ¿Le han afectado estos (síntomas de TEPT) otra área importante de su vida? (Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.) ¿Cómo?</p> <p>En toda su vida. (Si ante no está claro) ¿Estaba usted trabajando entonces?</p> <p>Si: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT su trabajo o habilidad para trabajar? ¿Cómo? (Considere la historia laboral manifestada, incluyendo número y duración de los trabajos, también la calidad de las relaciones laborales. Si el funcionamiento premórbido no está claro, pregunte sobre las experiencias laborales anteriores al trauma. Para traumas ocurridos durante la niñez o la adolescencia, evalúe el funcionamiento escolar antes del trauma y la presencia de posibles problemas de conducta)</p> <p>No: ¿Afectaron estos síntomas de TEPT otra área importante de su vida? (Si es apropiado de ejemplos tales como rol paterno, trabajo en la casa, funcionamiento en la escuela, trabajo voluntario, etc.) ¿Cómo?</p>	<p>0. Ausencia de impacto adverso</p> <p>1. Leve: mínimo deterioro en el funcionamiento laboral/otra área</p> <p>2. Moderado: deterioro claro, pero muchos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos</p> <p>3. Grave: marcado deterioro, pocos aspectos del funcionamiento laboral/otra área permanecen intactos</p> <p>4. Extremo: poco o ningún funcionamiento laboral/otra área</p>	<p>Actual</p> <input type="checkbox"/> <p>Alguna vez en la vida</p> <input type="checkbox"/>
CALIFICACIONES GLOBALES		
23. Validez global.		
<p>Estime la validez general de las respuestas considerando factores tales como colaboración con el examinador, estado mental (p. ej., problemas de concentración, comprensión de los ítems, disociación), y evidencias de esfuerzos para exagerar o minimizar los síntomas</p>	<p>0. Excelente, no hay razón para sospechar que las respuestas no sean válidas</p> <p>1. Buena: hay factores presentes que pueden afectar negativamente la validez</p> <p>2. Adecuada: hay factores presentes que disminuyen en la validez</p> <p>3. Pobre: validez reducida sustancialmente</p> <p>4. Respuestas no válidas, estado mental gravemente afectado, o posible simulación o disimulación</p>	

24. Gravedad global.		
Estime la gravedad global de los síntomas de TEPT. Considere el grado de malestar subjetivo, el grado de deterioro funcional, observaciones de la conducta durante la entrevista, y juicio con respecto al estilo de relato	0. Sin síntomas clínicamente significativos, ni de malestar o deterioro funcional 1. Leve: malestar mínimo o escaso deterioro funcional 2. Moderada: malestar o deterioro funcional claro, pero funciona satisfactoriamente con esfuerzo 3. Grave: malestar o deterioro funcional marcado, funcionamiento limitado aun con esfuerzo 4. Extremo: malestar o impedimento funcional importante en dos o más áreas de funcionamiento	Actual <input type="checkbox"/> Alguna vez en la vida <input type="checkbox"/>
25. Mejoría global.		
Califique la mejoría total presente desde la calificación inicial. Si no ha habido una calificación inicial, pregunte cómo los síntomas han cambiado durante los últimos seis meses. Califique el grado de cambio sea o no, a su juicio, debido al tratamiento	0. Asintomático 1. Mejoría considerable 2. Mejoría moderada 3. Mejoría leve 4. Sin mejoría 5. No hay suficiente información	
SÍNTOMAS ACTUALES DE TEPT		
Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio B	_____ nº de síntomas (≥ 1)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ nº de síntomas (≥ 3)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ nº de síntomas (≥ 2)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio E	¿Cumple (duración ≥ 1 mes)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
TEPT ACTUAL. ¿Cumple (criterio A-F)?		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
<p><i>Si cumple el criterio para TEPT actual, vaya directamente a las características asociadas.</i></p> <p><i>Si el criterio para TEPT actual no se ha cumplido, evalúe TEPT a lo largo de la vida. Identifique un periodo, de por lo menos un mes, desde el momento del acontecimiento traumático en el cual tuvo los peores síntomas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Desde el acontecimiento ¿ha habido algún momento en el que estos síntomas de TEPT fueron peores que lo que han sido en el mes pasado? ¿Cuándo? ¿Cuánto duró? (¿Por lo menos un mes?) • Si ha habido múltiples episodios en el pasado: ¿Cuándo le molestaron más estos síntomas de TEPT? • Si por lo menos ha habido un periodo, pregunte Items 1-17, cambiando la connotación de las preguntas de frecuencia para referirse al periodo peor. ¿Durante ese tiempo experimentó síntomas? ¿Con qué frecuencia? 		
SÍNTOMAS DE TEPT A LO LARGO DE LA VIDA		
Criterio A	¿Cumple (acontecimiento traumático)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio B	_____ nº de síntomas (≥ 1)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio C	_____ nº de síntomas (≥ 3)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio D	_____ nº de síntomas (≥ 2)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio E	¿Cumple (duración ≥ 1 mes)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
Criterio F	¿Cumple (malestar/deterioro)?	NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>
TEPT a lo largo de la vida. ¿Cumple (criterio A-F)?		NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/>

CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS

26. Culpa sobre actos de comisión u omisión.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Se ha sentido culpable por alguna cosa que hizo o dejó de hacer durante el acontecimiento? Dígame algo más: ¿Sobre qué se sintió culpable? ¿Cuánto tiempo durante el último mes se sintió así? 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____	¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? 0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa claramente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, malestar considerable 4. Extrema: sentimientos generalizados de culpa, autocondenación con respecto a la conducta, malestar incapacitante VC (especifique) _____ _____ _____	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

27. Culpa del superviviente (aplicable solamente si hubo múltiples víctimas).

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
¿Se ha sentido culpable por haber sobrevivido al acontecimiento cuando los otros no? Dígame algo más: ¿De qué se siente culpable? ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado se sintió así? 0. Nunca 1. Muy pocas veces (menos del 10%) 2. Algunas veces (aproximadamente el 20-30%) 3. La mayor parte del tiempo (50-60%) 4. Mucho o todo el tiempo (más del 80%) 5. NA (no aplicable) Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____	¿Cómo de fuertes fueron esos sentimientos de culpa? ¿Cuánto malestar o molestia le causaron? 0. Sin sentimientos de culpa 1. Leve: sentimientos leves de culpa 2. Moderada: sentimientos de culpa definitivamente presentes, algún malestar pero todavía controlable 3. Grave: sentimientos marcados de culpa, considerable malestar 4. Extrema, sentimientos generalizados de culpa, autocondenación por haber sobrevivido, malestar incapacitante VC (especifique) _____ _____ _____	Actual F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

28. Reducción de la conciencia de lo que le rodea (p. ej., «estar como en una nube»).

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido momentos en los que se sintió fuera de contacto con lo que estaba sucediendo a su alrededor, como si estuviera aturdido? ¿Cómo fue? (Distingalo de las memorias repetitivas disociativas (flashbacks) del episodio) ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el mes pasado? (Si no está claro) ¿Puede ser debido a una enfermedad o al efecto de drogas o del alcohol? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuerte fue ese sentimiento de estar fuera de contacto o aturdido? (¿Estaba confundido en relación con donde estaba realmente, o con lo que estaba haciendo en ese momento?) ¿Cuánto tiempo duró? ¿Qué hizo usted mientras esto estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0. No reducción de la capacidad de darse cuenta 1. Leve: reducción ligera en la capacidad de darse cuenta 2. Moderada: reducción clara pero transitoria de la capacidad de darse cuenta, puede manifestar sentirse como despistado 3. Grave: reducción marcada en la capacidad de darse cuenta, puede durar varias horas 4. Extrema: pérdida completa de la capacidad de darse cuenta de lo que pasa en el entorno, puede ser que no responda, posible amnesia del episodio (laguna) VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

29. Sensación de falta de realidad.

Frecuencia (F)	Intensidad (I)	
<p>¿Ha habido veces que las cosas que estaban pasando a su alrededor parecían irreales o muy extrañas y no familiares? (Si no) ¿Ha habido veces que las personas que conocía de repente no le parecían familiares? ¿Cómo fue? ¿Con qué frecuencia ha sucedido durante el último mes? (Si no está claro) ¿Puede ser debido a una enfermedad o al efecto del alcohol o las drogas? ¿Cuándo comenzó a sentirse así? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuerte fue (la sensación de falta de realidad)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo cuando esto estaba ocurriendo? (¿Otras personas se dieron cuenta? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0. No sensación de falta de realidad 1. Leve: sensación ligera de falta de realidad 2. Moderada: sensación clara pero transitoria de falta de realidad 3. Grave: considerable sensación de falta de realidad, confusión marcada sobre qué es real, puede durar varias horas 4. Extrema: profunda sensación de falta de realidad, pérdida dramática del sentido de realidad o familiaridad VC (especifique) _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____ Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>

30. Despersonalización						
Frecuencia (F)	Intensidad (I)					
<p>¿Ha habido momentos en los que se ha sentido como si estuviera fuera de su cuerpo, mirándose a usted mismo/a como si fuera otra persona? (Sí/no) (¿Ha habido momentos en los que sintió extraño su cuerpo, no familiar, como si hubiera cambiado de alguna manera?) (¿Cómo fue eso? ¿Con qué frecuencia ha ocurrido durante el mes pasado? (Si no está claro) (¿Pae debido a enfermedad o al uso de alcohol o drogas?) ¿Cuándo fue la primera vez que se sintió de esa manera? (¿Después del acontecimiento?)</p> <p>0. Nunca 1. Una o dos veces 2. Una o dos veces a la semana 3. Varias veces a la semana 4. Diariamente, o casi todos los días</p> <p>Descripción/Ejemplos: _____ _____ _____ _____</p>	<p>¿Cómo de fuerte fue (la despersonalización)? ¿Cuánto duró? ¿Qué hizo usted cuando estaba sucediendo? (¿Otras personas notaron su conducta? ¿Qué dijeron?)</p> <p>0. Sin despersonalización 1. Leve: despersonalización ligera 2. Moderada: despersonalización clara pero transitoria 3. Grave: despersonalización considerable, sentimiento marcado de separación de la propia persona, puede persistir varias horas 4. Extrema: despersonalización profunda, sensación dramática de separación de la persona misma</p> <p>VC (especifique) _____ _____</p> <p>¿Relacionado con el trauma? Seguro <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Posiblemente no <input type="checkbox"/> Actual <input type="checkbox"/> A lo largo de la vida <input type="checkbox"/></p>	<p>Actual F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Alguna vez en la vida F _____ I _____</p> <p>Síntomas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p>				
HOJA RESUMEN DEL CAPS-DIAGNÓSTICO						
Nombre: _____ N° de ID: _____ Entrevistador: _____ Fecha: _____						
A. Suceso traumático:						
B. Síntomas reexperimentuales						
	Actual		Curso vital			
	F	I	F+I	F	I	F+I
(1) Recuerdos intrusivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2) Sueños angustiantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3) Actuar o sentir como si el suceso volviera a ocurrir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4) Angustia psicológica ante hechos que le recuerdan el suceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(5) Reacción fisiológica al exponerse a hechos que le recuerdan el suceso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio B (se necesita uno)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C. Síntomas de evitación y paralización						
(6) Evitación de pensamientos, sentimientos o conversaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(7) Evitación de actividades, lugares o personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(8) Incapacidad para recordar aspectos importantes del trauma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(9) Disminución del interés o de la participación en actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(10) Sensación de desapego o alejamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(11) Afecto restringido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(12) Sensación de un porvenir acortado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio C (se necesitan tres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>D. Síntomas de hipervigilancia</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F + I</i>	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F + I</i>
(13) Dificultad para conciliar o mantener el sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(14) Irritabilidad o accesos de cólera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(15) Dificultad para concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(16) Hipervigilancia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(17) Sobresalto ante estímulos normales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D subtotales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número de síntomas del criterio D (se necesitan dos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>						
<i>E. Duración de la molestia</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
(19) Duración de la molestia de, al menos, un mes	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
<hr/>						
<i>F. Angustia importante o interferencia con el funcionamiento</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
(20) Angustia subjetiva	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(21) Interferencia con el funcionamiento social	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(22) Interferencia con el funcionamiento laboral	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
¿Hay al menos uno ≥ 2 ?	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
<hr/>						
<i>Diagnóstico del TEPT</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
¿Existe TEPT-se cumplen todos los criterios (A \rightarrow F)?	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
Especificar:						
(18) Instauración diferida (≥ 6 meses de retraso)	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>
(19) Agudo (< 3 meses) o crónico (≥ 3 meses)	Agudo crónico			Agudo crónico		
<hr/>						
<i>Valoraciones globales</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
(23) Validez global	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(24) Gravedad global	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
(25) Mejoría global	Agudo crónico			Agudo crónico		
<hr/>						
<i>Características asociadas</i>	<i>Actual</i>			<i>Curso vital</i>		
	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F + I</i>	<i>F</i>	<i>I</i>	<i>F + I</i>
(26) Culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(27) Culpabilidad del superviviente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(28) Reducción de la conciencia de lo que le rodea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(29) Desrealización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(30) Despersonalización	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>