

Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica  
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal  
Facultat de Medicina  
Universitat Autònoma de Barcelona

## **Tesis Doctoral**

**Evaluación de una entrevista de cribado para la  
detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos  
consumidores de sustancias de abuso**

*Directoras: Dra. M. Torrens Mèlich y Dra. A. Domingo-Salvany*

Doctorando Juan Ignacio Mestre Pintó  
Grupo de Investigación en Trastornos por Uso de Sustancias del Programa de  
Neurociencias del IMIM-Hospital del Mar, Parc de Salut Mar.  
Barcelona, Julio de 2011



Doctorat en Psiquiatria i Psicologia Mèdica  
Departament de Psiquiatria i Medicina Legal  
Facultat de Medicina  
Universitat Autònoma de Barcelona

## **Tesis Doctoral**

**Evaluación de una entrevista de cribado para la  
detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos  
consumidores de sustancias de abuso**

*Directoras: Dra. M. Torrens Mèlich y Dra. A. Domingo-Salvany*

Doctorando Juan Ignacio. Mestre Pintó  
Grupo de Investigación en Trastornos por Uso de Sustancias del Programa de  
Neurociencias del IMIM-Hospital del Mar, Parc de Salut Mar.  
Barcelona, Julio de 2011





Universitat Autònoma de Barcelona

## DEPARTAMENT DE PSIQUIATRIA I MEDICINA LEGAL

### **“Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso”**

Memoria presentada por Juan Ignacio Mestre Pintó para optar al título de Doctor por la Universidad Autònoma de Barcelona. Trabajo realizado bajo la dirección de la Dra. Marta Torrens Mèlich y la Dra. Antònia Domingo Salvany, en el Grupo de Investigación en Trastornos por Uso de Sustancias del Programa de Neurociencias del IMIM-Hospital del Mar, Parc de Salut Mar. Programa de Doctorado en Psiquiatría y Psicología Médica de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Dra. Marta Torrens Mèlich  
(Co-directoras de tesis)

Dra. Antònia Domingo Salvany

(Co-directoras de tesis)

Juan Ignacio Mestre Pintó  
(Doctorando)



## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>1- RESUMEN</b>	13
<b>2- ANTECEDENTES</b>	15
<b>2.1.- Patología dual</b>	15
2.1.1. Definición y relevancia clínica	15
2.1.2. Epidemiología	15
2.1.3 Epidemiología de la patología dual en España	17
<b>2.2.- Diagnóstico de la Patología Dual</b>	19
2.2.1. Evolución de los conceptos diagnósticos sobre comorbilidad entre TUS y otras patologías psiquiátricas	21
2.2.1.1. Evolución en las clasificaciones de EEUU	21
2.2.1.2. Evolución en la clasificación de la OMS	25
<b>2.3. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas para diagnósticos Psiquiátricos</b>	28
2.3.1 Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID-IV)	29
2.3.2. Schedules for Clinical Assessment of Neuropsychiatry (SCAN)	30
2.3.3. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV)	31
2.3.4. Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS-IV)	38
2.3.5. Diagnostic Interview Schedule (DIS)	39
2.3.6. Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)	40
<b>2.4. Entrevistas de cribado para la detección de trastornos psiquiátricos</b>	44
2.4.1. MINI International Neuropsychiatric Interview	46

2.4.2. PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders)	46
2.4.3. PHQ (Patient Health Questionnaire)	47
2.4.4. Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC)	47
2.4.5. Boston Consortium of Services for Families in Recovery Screening (BCSFR-S)	48
2.4.6. Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ)	48
2.4.7. Cribado de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	50
<b>3- OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	53
3.1. Objetivos	53
3.2. Hipótesis	53
<b>4- SUJETOS Y MÉTODO</b>	55
4.1. Sujetos	55
4.2. El cálculo del tamaño de la muestra	55
4.3. Variables	56
4.4. Instrumentos	58
4.4.1. Cuestionario “Ad hoc”	58
4.4.2. Versión española de la PRISM	58
4.4.3. Entrevista de cribado de Diagnóstico Dual (ECDD)	59
4.4.3.1. Modificaciones de la C-CIDI a la ECDD	59
4.4.3.2. Descripción de la ECDD	67
4.5. Procedimiento	68
4.6. Análisis	68
4.7. Aspectos éticos	69
<b>5- RESULTADOS</b>	71
5.1. Características sociodemográficas	71
5.2. Diagnósticos de trastornos de abuso y dependencia de Sustancias	72
5.3. Diagnósticos de otros trastornos psiquiátricos	73
5.4. Sensibilidad de la entrevista ECDD	74
5.5. Especificidad de la entrevista ECDD	75

5.6. Valor predictivo positivo y negativo de la entrevista ECDD	76
6- DISCUSIÓN	77
7-CONCLUSIONES	81
8- BIBLIOGRAFÍA	83
9-ANEXOS	93
ANEXO I. Entrevista de cribado CIDI	93
ANEXO II. Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos e historia toxicológica	107
ANEXO III. Entrevista Informatizada ECDD	111
ANEXO IV. Manual de la entrevista ECDD	145
ANEXO V. Consentimiento informado	171



## Agradecimientos

Este trabajo es el resultado de un largo proceso en el que han participado muchas personas.

Quiero agradecer especialmente su colaboración desinteresada a los pacientes que han hecho posible este proyecto. A todos los que han participado en la recogida y análisis de datos (Francina, Laura, Alicia, Gail, Chus, Joan, Aída, Mònica, Gerard, Jimena), a los equipos de enfermería del CAS Barceloneta (Pilar, Gaudi, Lluïsa) y su “lunático” administrativo Chus, y del Grup de Farmacología del PRBB (Esther y Marta), a los compañeros y amigos de dentro y fuera del IMIM, gracias por todo. Especialmente gracias por su paciencia, consejo y sabiduría a Marta Torrens, Antònia Domingo, Rocío Martín-Santos y Magí Farré. Y por último, gracias a Lluïsa y Broko por empujarme al vacío y darme la oportunidad de disfrutar de estos seis años.

*Con todo mi cariño para los incondicionales de siempre:*

*Mamá, Papá, Marta y Rodri.*

*Y para la resistencia numantina,  
que colmó de felicidad a una ameba obstinada.*



## 1- RESUMEN

### Antecedentes:

La prevalencia de trastornos psiquiátricos es elevada entre los consumidores de sustancias de abuso, esto tiene importantes consecuencias en el pronóstico y, además, su diagnóstico es problemático. La Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM para DSM-IV) es un instrumento útil, válido y fiable para el diagnóstico psiquiátrico entre los consumidores de sustancias de abuso. Sin embargo, su administración puede durar 2-3 horas y requiere de un especialista en salud mental entrenado. Este estudio evaluó la sensibilidad y la especificidad de un nuevo instrumento de cribado, la Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD) para la detección de comorbilidad psiquiátrica entre los consumidores de sustancias de abuso, en centros asistenciales y no asistenciales.

### Sujetos y métodos:

Se evaluaron un total de 827 consumidores de sustancias (66,4% varones, edad media de  $28,55 \pm 9,87$  años) con la PRISM y una versión modificada de la sección de cribado de la CIDI (Composite International Diagnostic Interview) S-CIDI para obtener el nuevo instrumento de cribado. La ECDD fue administrada de manera ciega a los resultados de la PRISM. Los diagnósticos obtenidos con la ECDD se compararon con los diagnósticos a lo largo de la vida obtenidos con el PRISM. También se analizaron la sensibilidad, especificidad, valores predictivos negativos y positivos de la nueva entrevista.

#### Resultados:

La ECDD mostró una alta sensibilidad y especificidad (iguales o superiores al 80%) en todos los diagnósticos. Se necesitan 20 minutos para administrar la ECDD después de un corto entrenamiento en su administración.

#### Conclusiones:

La ECDD es una entrevista de cribado válida para la detección de comorbilidad psiquiátrica en consumidores de drogas.

## **2. ANTECEDENTES**

### **2.1. Patología dual**

#### **2.1.1. Definición y relevancia clínica**

La denominada patología dual, es decir, la coexistencia en un mismo sujeto de Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) con otras patologías psiquiátricas (trastornos depresivos, esquizofrenia, etc.), constituye un importante problema sanitario. Estos "pacientes duales" o "drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica" constituyen un grupo de riesgo elevado desde la perspectiva clínica y social. Clínicamente son muy frecuentadores de los servicios de urgencias (Curran et al., 2003), requieren más ingresos psiquiátricos (Lambert et al., 2003), presentan una elevada prevalencia de suicidio (Oyefeso et al., 1999; Appleby, 2000; Aharonovich et al., 2002), tienen un elevado riesgo de infecciones como la del VIH, virus de la hepatitis B y C (King et al., 2000; Carey et al., 2001; Rosenberg et al., 2001) y responden mal al tratamiento (Torrens et al., 2005). Desde la perspectiva social presentan elevada conflictividad social con tasas elevadas de desempleo y marginalidad (Caton et al., 1994; Vázquez et al., 1997), así como de conductas criminales y violentas (Abram et al., 1991; Cuffel et al., 1994;).

#### **2.1.2 Epidemiología**

Muchos estudios epidemiológicos y clínicos han revelado un alto grado de asociación entre TUS y otros trastornos psiquiátricos (ver revisión en el

Consenso de la SEP de Patología Dual., 2004) con diferencias que deben tener en cuenta los siguientes factores:

a)- *¿Qué tipo de poblaciones ha evaluado?:* si el estudio se ha llevado a cabo en población general, en pacientes que acuden a tratamiento en centros de salud mental, en pacientes que acuden a tratamiento en centros de drogodependencias, o en sujetos consumidores que no acuden a centros de tratamiento, así como cuales son las sustancias principales consumidas.

b)- *¿Qué periodo de tiempo se ha considerado en la evaluación?:* las prevalencias aportadas se refieren a coexistencia de patología el día de la evaluación, el último mes, los últimos 6 meses, el último año, o a lo largo de la vida.

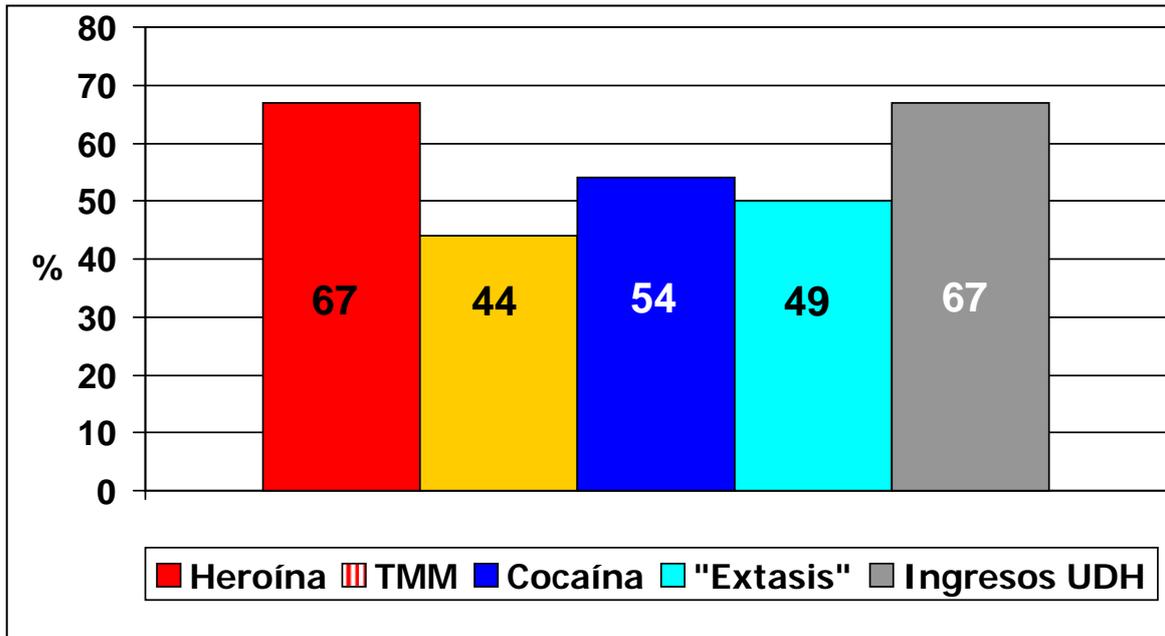
c)- *¿Cómo se ha evaluado?:* qué criterios diagnósticos y qué instrumentos se han utilizado. Como ya se ha comentado anteriormente, las diferencias en los criterios diagnósticos y en los instrumentos utilizados pueden originar diferencias en los resultados encontrados.

d)- *¿Cuándo se llevó a cabo el estudio?:* en el campo de las adicciones hay tendencias temporales en la población relacionadas con ciertos cambios en la disponibilidad y precio de las drogas, preferencias culturales, políticas terapéuticas sobre el tratamiento de las drogodependencias, o presencia de otras enfermedades intercurrentes (p.ej. infección por VIH) que pueden modificar los hallazgos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior y en resumen, los estudios han demostrado que es frecuente la coexistencia entre Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad y Trastornos de Personalidad (Antisocial y Límite) y los TUS, siendo más frecuente la comorbilidad con trastornos afectivos y, con mayor riesgo, si hay dependencia que abuso de sustancias o consumos no patológicos. Además las mujeres presentan mayor comorbilidad que los hombres. Finalmente también se ha observado que la comorbilidad es transcultural.

### **2.1.3 Epidemiología de la patología dual en España**

Los estudios realizados en población española siguiendo criterios DSM-IV, han detectado una prevalencia vida de comorbilidad psiquiátrica del 67% en la población de jóvenes consumidores de heroína reclutados fuera del contexto sanitario (Rodríguez-Llera et al., 2006) o en policonsumidores ingresados en la unidad de desintoxicación hospitalaria (Nocon et al., 2007). En dependientes de opiáceos que inician un tratamiento de mantenimiento con metadona la prevalencia es del 44%, (Astals et al., 2008) y en jóvenes consumidores de cocaína captados fuera del contexto sanitario es del 54% (Herrero et al., 2008). También en consumidores recreativos de “éxtasis”, reclutados en unidades de investigación, se ha observado una elevada frecuencia de comorbilidad psiquiátrica (49%) (Martín-Santos et al. 2010). (Figura 1)



**Figura 1- Prevalencia vida de otra comorbilidad psiquiátrica en distintas poblaciones de consumidores de drogas en España**

En la Tabla 1 se describen las prevalencias vida de los principales grupos de trastornos de comorbilidad psiquiátrica determinados en diferentes poblaciones de consumidores de sustancias en nuestro país.

Así mismo, en otro estudio realizado sobre los 1.227 ingresos atendidos en un servicio de urgencias psiquiátricas integrado en un servicio de urgencias generales de un hospital general, en un periodo de 6 meses, se observó que el 17% de los casos tenían patología dual. Estos casos presentaban mayor gravedad clínica y social respecto de los que sólo presentaban un TUS o sólo presentaban otro diagnóstico psiquiátrico (Martín-Santos et al., 2006).

**Tabla 1.- Prevalencias vida de los principales grupos de trastornos de comorbilidad psiquiátrica (criterios DSM-IV) en distintas poblaciones de consumidores de sustancias españolas**

Estudio	Droga principal	n	% trastornos				
			Afectivos	Psicóticos	Ansiedad	Alimentación	Personalidad
Rodríguez-Llera et al., 2006	Heroína	149	26	12	17	3	40
Astals et al., 2008	TMM*	189	18	6	15	2	15
Herrero et al., 2008	Cocaína	120	28	5	15	5	12
Martín-Santos et al., 2010	"Éxtasis"	40	40	0	14	17	8
Nocon et al., 2007	En UHD**	115	41	6	17	2	33

\*TMM: Tratamiento de mantenimiento con metadona; \*\*UHD: Unidad hospitalaria de desintoxicación

## 2.2.- Diagnóstico de la Patología Dual

Como se ha comentado previamente, las diferencias en los criterios diagnósticos y en los instrumentos utilizados pueden originar diferencias en los resultados encontrados. Así pues, la identificación de forma fiable y válida de la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante en sujetos consumidores de drogas es un punto especialmente relevante para los clínicos que necesitan tener criterios diagnósticos y entrevistas adecuadas para decidir cuándo hay que iniciar un tratamiento específico para los trastornos psiquiátricos en pacientes drogodependientes. También en los estudios epidemiológicos es imprescindible poder realizar los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica para poder planificar los recursos asistenciales necesarios para atender a esta

población. Así mismo, para avanzar en el conocimiento de los factores etiopatogénicos implicados en las adicciones y los trastornos mentales es importante disponer de criterios e instrumentos diagnósticos que ayuden a una mejor caracterización clínica de los sujetos.

La realización de un diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos que están consumiendo sustancias psicoactivas plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente. Por otro lado, el hecho de que los trastornos psiquiátricos son más bien “síndromes” (patrones de síntomas con algunas pruebas de validez clínica) que “enfermedades” con una fisiopatología conocida y con unos marcadores biológicos claros (Nunes y Hasin, 1998). A pesar de que en las últimas décadas se ha profundizado mucho en el conocimiento de la fisiopatología de las enfermedades mentales, todavía no disponemos de marcadores con suficiente sensibilidad y especificidad que sirvan como “patrón oro” para comparar las medidas de las entidades diagnósticas basadas en conjuntos de criterios y entrevistas clínicas estructuradas. A falta de pruebas de laboratorio o de otros procedimientos directos para la validación de los diagnósticos psiquiátricos, el método del “Longitudinal Expert with All Data” (LEAD) se considera como el “patrón oro” contra el que podrían evaluarse las entrevistas diagnósticas (Spitzer, 1983). LEAD es un acrónimo que implica tres conceptos esenciales: evaluación Longitudinal, realizada por Expertos y utilizando Todos los Datos disponibles.

“Longitudinal” quiere decir que el diagnóstico no está limitado a una única exploración. Los síntomas que aparecen o desaparecen tras una evaluación inicial también se consideran al diagnosticar un episodio de enfermedad. La duración del período longitudinal puede ser breve o de años. “Experto” indica que los diagnósticos son realizados por clínicos expertos. “Todos los Datos” se refiere a que los expertos clínicos no sólo evalúan sistemáticamente en el tiempo, sino que también entrevistan a otros informantes tales como familiares y allegados y tienen acceso a los datos que provienen de otras fuentes como el personal de la sala, terapeutas, análisis de laboratorio e historias clínicas.

A continuación se presenta una revisión de la evolución en las últimas décadas de los criterios diagnósticos y los instrumentos utilizados para el diagnóstico de los síndromes psiquiátricos cuando aparecen de forma concomitante con los Trastornos por Uso de Sustancias, con especial énfasis en los criterios DSM-IV y las entrevistas diagnósticas basadas en estos criterios.

## **2.2.1. Evolución de los conceptos diagnósticos sobre comorbilidad entre TUS y otras patologías psiquiátricas**

### **2.2.1.1. Evolución en las clasificaciones de EEUU**

A lo largo de los años, los criterios diagnósticos para las enfermedades mentales han ido cambiando, y estos cambios también se han producido con respecto a la relación entre el consumo de sustancias y la presencia de otros

síntomas psiquiátricos concurrentes (Torrens et al., 2006). En la Tabla 2 se describen los principales cambios en los criterios diagnósticos.

**Tabla 2.- Evolución de los criterios diagnósticos para los síndromes psiquiátricos cuando co-ocurren con Trastornos por Uso de Sustancias y entrevistas diagnósticas correspondientes en las distintas clasificaciones americanas.**

<b>Distinción</b>	<b>Criterios</b>	<b>Entrevistas</b>
Primario-Secundario	Feighner	_____
Orgánico- No orgánico	RDC (Research Diagnostic Criteria)	“Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” (SADS)
	DSM-III	“Diagnostic Interview Schedule” (DIS)
	DSM-III-R	“Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID)
Primario – Inducido por sustancias	DSM-IV	“Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID)
	DSM-IV-TR	“Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders” (PRISM) “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule” (AUDADIS)

En los *Criterios de Feighner* (Feighner et al., 1972) se utilizaban los términos “Primario-Secundario” según la edad de inicio en el trastorno. En este caso, el trastorno que aparecía antes se denominaba primario. Esta aproximación sugería que el primer trastorno era independiente de trastornos posteriores, pero no era útil para distinguir si el segundo trastorno era independiente del primero o cómo se relacionaban ambos trastornos. Esta

distinción no tenía en cuenta que los trastornos psiquiátricos tienden a tener unas edades de inicio características. Así, por ejemplo, los trastornos de conducta empiezan en la infancia, los TUS en la adolescencia y los Trastornos del estado de ánimo en la edad adulta. Por tanto, de acuerdo con la historia natural, el Trastorno de Personalidad Antisocial se consideraría un “Trastorno primario” y el Trastorno del estado de ánimo, un “Trastorno secundario”. Se observó que esta definición tenía una validez muy limitada para predecir la respuesta al tratamiento.

Posteriormente, en los *Research Diagnostic Criteria (RDC)* (Spitzer et al., 1978), *DSM-III* (American Psychiatric Association [APA], 1980) y *DSM-III-R* (APA, 1987), el diagnóstico de la comorbilidad psiquiátrica en Trastornos por Uso de Sustancias se basaba fundamentalmente en el criterio de si la etiología del trastorno psiquiátrico era “orgánica” o “no-orgánica”. El término “orgánico” derivaba de la psicopatología clásica e indicaba un trastorno mental causado por algún problema físico conocido tal como una enfermedad médica, neurológica o una toxina. Estas clasificaciones no facilitaban criterios específicos para distinguir entre trastornos orgánicos y no orgánicos. Los estudios que se realizaron usando estos criterios diagnósticos, incluso mediante la utilización de entrevistas diagnósticas estructuradas adecuadas como la “Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia” (SADS-L) (Endicott and Spitzer, 1978), la Diagnostic Interview Schedule (DIS) y la “Structured Clinical Interview for DSM-III-R” (SCID) (Spitzer et al., 1992), mostraron escasa fiabilidad (Rounsaville et al., 1991; Bryant et al., 1992; Williams et al., 1992; Ross et al., 1995) y validez (Kadden et al., 1995; Kranzler et al., 1996; 1997) para la mayor parte de diagnósticos psiquiátricos

(principalmente Trastornos Afectivos y de Ansiedad) cuando se estudiaban sujetos con Trastornos por Uso de Sustancias. Observándose un escaso acuerdo entre grupos de investigadores incluso cuando utilizaban los mismos instrumentos (Weiss et al., 1992).

En respuesta al reconocimiento cada vez mayor de la relevancia de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de los pacientes consumidores de drogas, tanto los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) como los *CIE-10* (OMS, 1993) profundizaron más en la clarificación del diagnóstico de trastornos psiquiátricos en consumidores de alcohol y otras sustancias.

#### *DSM-IV, DSM-IV-TR*

Los criterios DSM-IV (APA, 1994) sustituyeron la dicotomía "orgánico" versus "no orgánico" por tres categorías: "primario", cuando los trastornos mentales no son inducidos por sustancias ni debidos a una enfermedad médica, "efectos esperados" en referencia a los síntomas considerados habituales que aparecen como consecuencia del consumo o la abstinencia de una sustancia e "inducido por sustancias" cuando los síntomas se consideran excesivos en relación con los que suelen aparecer en los síndromes de intoxicación o por abstinencia de una sustancia, con la finalidad de poder facilitar un diagnóstico más preciso. El DSM-IV revisado (DSM-IV-TR, APA, 2000) aportó guías más específicas para establecer esta diferenciación.

### **2.2.1.2. Evolución en la clasificación de la O.M.S**

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recogidos en diferentes países o áreas y en diferentes épocas. Se utiliza para convertir los términos diagnósticos y otros problemas de salud de palabras a códigos numéricos que permitan su fácil almacenamiento y recuperación posterior para el análisis y comparación de la información entre territorios y diferentes períodos. En la práctica, la CIE se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

#### *Origen de la CIE*

La historia de la Clasificación Estadística data desde el siglo XVIII en que al eminente estadístico australiano Francois Bessier de Lacroix (1706-1777), se le concede el mérito de haber realizado el primer ensayo de clasificación sistemática de enfermedades. Posteriormente, William Farr (1803-1883), mejoró las clasificaciones de enfermedades disponibles para que fueran uniformes desde el punto de vista internacional. Su clasificación fue objeto de varias revisiones en: 1874, 1880 y 1886, y ha perdurado hasta nuestros días como la base de la Lista Internacional de Causas de Defunción. En 1898, Jacques Bertillon (1851-1922) publicó la Lista Internacional de Causas de Defunción de Bertillon que fue aplicada por la Asociación Estadounidense de Salud Pública. La primera revisión de esta lista fue en 1900, y pasó a

denominarse Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-1). Desde entonces se han realizado 10 revisiones de la Clasificación Internacional de Enfermedades con el propósito de facilitar el proceso de comparabilidad global. La Organización Mundial de la Salud viene coordinando la revisión periódica de la CIE desde 1948. Como resultado de un proceso iniciado en 1983, los tres volúmenes de las versiones en inglés y francés de la Décima y más reciente Revisión de la CIE se publicaron entre en 1992 y 1994. La traducción a otros idiomas fue preparada por centros colaboradores de la OMS y otras instituciones en todo el mundo. En particular, la versión en español fue publicada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1995.

Los cambios en la CIE varían en su naturaleza y van desde correcciones menores, que se actualizan en la lista tabular de la clasificación cada año, hasta alteraciones mayores que se incorporan cada tres años. *Los cambios menores* incluyen la corrección o aclaración de un término del índice alfabético existente, mejoras de la lista tabular o del índice, el cambio en una descripción del código que mejora la descripción y no el concepto, el cambio en una regla o norma que no afecta a la integridad de la recolección de los datos de morbilidad o mortalidad y, por último, las correcciones de errores tipográficos. *Los cambios mayores* incluyen la agregación o supresión de un código, el movimiento de un código a otra categoría o capítulo, el cambio en un término del índice alfabético existente que cambia la asignación del código de una categoría de tres caracteres a otra categoría de tres caracteres (movimiento de términos), el cambio en una regla o norma que afecta a la integridad de la recolección de datos de morbilidad o mortalidad y, por último la introducción de un nuevo término en el índice.

Todas las actualizaciones se incorporan anualmente en el índice de la CIE si no tienen un impacto en la estructura de la lista tabular. Las actualizaciones oficiales a los volúmenes publicados de CIE-10 se publican en dos formatos: 1) una lista acumulativa de todos los cambios aportados a la CIE-10 a partir de 1996, y 2) una lista anual de los cambios aportados a la CIE-10 desde 1996. También en el caso de la CIE en español, las correcciones acumulativas y las actualizaciones hasta enero de 2003 se han incorporado en una nueva Edición (2003) de la CIE-10.

### *CIE-10*

La CIE-10 proporciona criterios específicos para diferenciar entre trastornos primarios y trastornos resultantes del consumo de sustancias, pero solo para los Trastornos Psicóticos. Al igual que en el DSM-IV, la CIE-10 excluye los episodios psicóticos que pueden atribuirse al consumo de sustancias de la clasificación de primario. En la CIE-10, la Psicosis puede atribuirse al consumo de sustancias cuando se dan tres condiciones: 1) el inicio de los síntomas deben ocurrir durante o en las 2 semanas del consumo de sustancias, 2) los síntomas psicóticos deben persistir más de 48 horas y 3) la duración del trastorno no debe exceder los 6 meses. Un Trastorno Psicótico atribuido al consumo de una sustancia psicoactiva puede ser especificado como predominantemente depresivo o predominantemente maníaco. Sin embargo, a diferencia del DSM-IV, la CIE-10 no proporciona una categoría diferenciada relacionada con las sustancias para ningún otro trastorno psiquiátrico. Por definición, en la CIE-10, el "Trastorno mental orgánico" excluye los trastornos relacionados con el alcohol y otras drogas. En la CIE-10, no

pueden usarse las categorías Trastorno del estado de ánimo orgánico y Trastorno delirante orgánico para diagnosticar los episodios que ocurren en los consumos importantes de sustancias psicoactivas. Además, el concepto del DSM-IV de síntomas que son excesivos respecto de los efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia no está incluido en la CIE-10.

### **2.3. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas para diagnósticos psiquiátricos**

En la actualidad, disponemos de distintas entrevistas diagnósticas estructuradas basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV o de la CIE-10 para estudios clínicos y de investigación. Las más utilizadas son: la “Structured Clinical Interview” para Eje I del DSM-IV (SCID-I) (First et al., 1999a), la “Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry” (SCAN) (OMS, 1998), la “Composite International Diagnostic Interview” (CIDI) (OMS, 1998), (Janca et al., 1998) y la “Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders” for DSM-IV (PRISM-IV) (Hasin et al., 2001). Además hay otros instrumentos diseñados para estudios comunitarios como el “Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV version” (AUDADIS) (Grant et al., 2001).

### **2.3.1. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I diagnoses (SCID-IV)**

La SCID-IV es una entrevista semiestructurada que requiere ser utilizada por clínicos con experiencia y es la más utilizada en psiquiatría general. Permite realizar los diagnósticos de trastorno primario o inducido por sustancias pero con la desventaja de que no proporciona unas guías específicas para la valoración de los criterios psicopatológicos propuestos por el DSM-IV. El tiempo de administración se sitúa entre una y dos horas.

Existen dos entrevistas clínicas distintas, una para la valoración de los Trastornos del eje I (SCID) (First et al., 1999a) y otra para los Trastornos del eje II (SCID-II) (First et al., 1999b). Las versiones españolas de la entrevista SCID para eje I y de los Trastornos de la Personalidad Antisocial y Límite han sido validadas recientemente comparando los diagnósticos obtenidos con la SCID con respecto a los obtenidos mediante el sistema LEAD como “patrón oro” (Torrens et al., 2004). En este estudio se demostró que los diagnósticos obtenidos mediante la SCID de Depresión mayor primaria e inducida, Psicosis inducida y Trastornos de Personalidad Antisocial y Límite, tenían unos índices kappas pobres y significativamente inferiores a los índices kappas (buenos) obtenidos mediante la versión española de la entrevista PRISM (Torrens et al., 2002) (Tabla 3). Respecto a la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista SCID en sujetos con uso de sustancias, actualmente todavía no se dispone de datos que demuestren la fiabilidad de los diagnósticos realizados en este subgrupo de pacientes.

**Tabla 3.- Concordancia diagnóstica de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos DSM-IV actuales y previos obtenidos mediante las entrevistas PRISM-IV, SCID-IV y el método LEAD**

Trastorno	Diagnósticos actuales		Diagnósticos previos	
	Concordancia		Concordancia	
	PRISM-IV vs LEAD	SCID-IV vs LEAD	PRISM-IV vs LEAD	SCID-IV vs LEAD
	Kappa (95% CI)	Kappa (95% CI)	Kappa (95% CI)	Kappa (95% CI)
<b>Afectivos</b>				
Depresión Mayor	0,68 (0,47-0,89)*	0,28 (0,07-0,49)	0,66 (0,55-0,81)	0,54 (0,39-0,69)
Depresión Inducida	0,33 (0,07-0,59)	0,29 (0,00-0,63)	0,40 (0,14-0,66)*	0,08 (0,00-0,34)
<b>Cualquier</b>				
Depresión (Mayor + Inducida)	0,56 (0,38-0,74)*	0,37 (0,18-0,56)	0,61 (0,46-0,76)	0,50 (0,34-0,66)
<b>Cualquier</b>				
diagnóstico afectivo	0,53 (0,35-0,71)*	0,36 (0,18-0,54)	0,63 (0,49-0,77)	0,53 (0,38-0,68)
<b>Psicosis</b>				
Psicosis Inducida	-	-	0,68 (0,42-0,94)	0,60 (0,34-0,86)
<b>Cualquier</b>				
diagnóstico psicótico	0,85 (0,64-1,00)*	0,33 (0,02-0,60)	0,74 (0,52-0,96)*	0,60 (0,37-0,83)
<b>Ansiedad</b>				
Pánico con/sin Agorafobia	0,81 (0,61-1,00)	0,76 (0,54-0,98)	0,74 (0,52-0,96)	0,70 (0,48-0,92)
<b>Cualquier</b>				
diagnóstico Ansiedad	0,67 (0,49-0,85)	0,58 (0,37-0,79)	0,68 (0,50-0,86)	0,56 (0,36-0,76)
<b>Personalidad</b>				
Antisocial	0,66 (0,43-0,89)	0,40 (0,07-0,73)		
Límite	0,63 (0,38-0,88)*	0,32 (0,00-0,64)		

\* Bootstrap no paramétrico  $p < 0.05$

### **2.3.2. Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)**

El SCAN (OMS, 1998) es un conjunto de instrumentos para evaluar distintos fenómenos clínicos. El Instrumento básico del SCAN es el Present

State Examination (PSE-10). El PSE cubre el “estado actual”, el mes previo a la exploración, y el “previo a lo largo de la vida”. Las escales del PSE están codificadas en puntuaciones y, basándose en estas puntuaciones, un programa informático genera diagnósticos CIE-10 y DSM-IV. El PSE es un examen clínico semi-estructurado en el que el entrevistador usa el juicio clínico para adscribir las definiciones específicas a los fenómenos clínicos usando el Glosario del SCAN. El Glosario es una lista de definiciones de síntomas y experiencias clínicas. El entrevistador pregunta al sujeto de forma detallada, busca las respuestas según las descripciones del Glosario, y entonces decide si un síntoma está presente, y si lo está, cuál es su gravedad. Después de la descripción del sujeto del síntoma, el entrevistador lo marca en la definición del Glosario y codifica una escala atributiva para el ítem. El alcohol y las otras sustancias psicoactivas están entre las atribuciones de elección así como los traumatismos, la medicación no-psiquiátrica y las toxinas. La decisión de atribuir a una sustancia psicoactiva depende del juicio del clínico basándose en la información proporcionada por el entrevistador. El SCAN no proporciona guías específicas para diferenciar entre los trastornos independientes y los relacionados con sustancias. En la actualidad no conocemos estudios publicados sobre datos de fiabilidad y validez de los diagnósticos psiquiátricos obtenidos mediante el SCAN en consumidores de drogas.

### ***2.3.3. Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM-IV)***

La PRISM-IV es una entrevista estructurada basada en los criterios diagnósticos DSM-IV y diseñada específicamente para diferenciar los

trastornos mentales primarios de: los trastornos inducidos por sustancias, los efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia en sujetos con consumo elevado de alcohol y otras sustancias. Las características más importantes que hacen que la PRISM sea un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad en sujetos drogodependientes son: 1) añade pautas específicas de evaluación/clasificación a lo largo de la entrevista tales como, la estipulación de frecuencia y duración de los síntomas, los criterios explícitos de exclusión y las guías de resolución en caso de dudas; 2) sitúa las secciones sobre el alcohol y las otras drogas casi al principio de la entrevista, previamente a las secciones de trastornos mentales y 3) mediante una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y las otras drogas, proporciona un contexto más adecuado para el seguimiento de la comorbilidad psiquiátrica.

La PRISM evalúa 20 Trastornos del Eje I y 2 Trastornos del Eje II según el DSM-IV. Estos son: Trastorno por Uso de Sustancias incluyendo el abuso y la dependencia para cada una de las sustancias (alcohol, cannabis, alucinógenos, opiáceos y estimulantes); Trastorno afectivo primario (Depresión mayor, Episodio Maníaco, Trastorno Bipolar I, Trastorno Afectivo con síntomas Psicóticos, Episodio Hipomaniaco, Trastorno Bipolar II, Distimia y Trastorno Ciclotímico); Trastorno de Ansiedad primario (Trastorno de Pánico, Fobia Simple, Fobia Social, Agorafobia, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno por Estrés Post Traumático); Trastorno Psicótico primario (Esquizofrenia, Trastorno Esquizofreniforme, Trastorno Esquizoafectivo, Trastorno Delirante, Trastorno Psicótico breve, Trastorno Psicótico no especificado); Trastornos de la Alimentación (Anorexia, Bulimia y Trastorno por atracones); Trastornos de la Personalidad (Trastorno Antisocial y

Límite de la Personalidad) y Trastornos Inducidos por Sustancias (Depresión mayor, Manía, Distimia, Psicosis, Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada). Con el objetivo de facilitar la recogida de información, la entrevista está estructurada en distintos apartados. En primer lugar, se recoge información general sobre los tratamientos psiquiátricos recibidos durante toda la vida, la historia del consumo de sustancias y alcohol, así como, los períodos de consumo intenso y de abstinencia de sustancias a lo largo de la vida, recogidos mediante una Tabla temporal. En segundo lugar, se evalúan los diferentes apartados diagnósticos del Eje I y Eje II donde se valora la presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos actuales (durante los últimos 12 meses) y previos. La entrevista proporciona pautas que permiten diferenciar entre síntomas inducidos por la sustancia y síntomas primarios. Al mismo tiempo, ayuda a determinar la relación temporal entre los síntomas psiquiátricos y el consumo de sustancias para finalmente realizar los diagnósticos. Para aumentar la fiabilidad de los diagnósticos obtenidos a lo largo de toda la entrevista, se ofrecen pautas específicas para puntuar, incluyendo requisitos de frecuencia, duración y exclusión, así como reglas de decisión. Aparecen también preguntas estandarizadas para explorar las respuestas del sujeto. Los conceptos diagnósticos operativos de la PRISM son:

*Efectos esperados de la intoxicación y la abstinencia:* Este concepto hace referencia a los efectos fisiológicos que cabe esperar del abuso y la dependencia de sustancias. Estos efectos están recogidos en los síntomas de la intoxicación y abstinencia descritos para cada una de las principales sustancias (p.e., anfetaminas, alucinógenos), de acuerdo con los criterios DSM-IV. Los efectos de la intoxicación y la abstinencia de sustancias en ocasiones

son idénticos a los síntomas de los trastornos mentales primarios como son, por ejemplo, el insomnio, la disminución de la capacidad para concentrarse y las alucinaciones.

*Trastorno inducido por sustancias:* Se realiza un diagnóstico de "Trastorno inducido por sustancias" cuando: 1) se cumplen todos los criterios para el Trastorno según el DSM-IV; 2) el episodio ocurre totalmente durante un período de consumo de sustancias excesivo o en las cuatro semanas posteriores a la interrupción del consumo; 3) la sustancia consumida es "relevante" para el Trastorno (es decir, sus efectos pueden provocar síntomas que son idénticos a los del Trastorno que se está evaluando) y 4) los síntomas son claramente excesivos respecto a los efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia. Para diferenciar los síntomas de una Depresión mayor de los efectos esperados de la intoxicación/abstinencia, el evaluador debe determinar si ha habido un cambio importante en el consumo, es decir, un claro incremento o disminución desde la aparición de los síntomas. La PRISM proporciona pautas para efectuar esta diferenciación las cuales hacen referencia al momento en que se produjeron cambios en los síntomas con respecto al consumo inicial de la sustancia. Por ejemplo, en un consumidor excesivo de sustancias se pueden identificar los síntomas que corresponden más a un estado de ánimo depresivo que al uso de la sustancia. Para diferenciar entre un síntoma psicótico relacionado con un Trastorno Psicótico primario de los efectos de la intoxicación/abstinencia, la PRISM evalúa la posibilidad de que el sujeto reconozca que las alucinaciones psicóticas estaban causadas por el consumo de la sustancia. La entrevista proporciona pautas de codificación y preguntas para llevar a cabo esta diferenciación.

*Trastorno mental primario:* Se diagnostica un Trastorno mental primario cuando el episodio (por ejemplo, una Depresión mayor) se produce durante un período de abstinencia o con el consumo ocasional de la sustancia. Cabe señalar que una proporción importante del episodio debe producirse cuando el sujeto no consume ninguna sustancia, o cuando la cantidad de la misma no es suficiente para provocar intoxicación o abstinencia. En la PRISM, los trastornos mentales primarios pueden producirse en tres circunstancias diferentes: 1) el episodio se produce durante un período prolongado de abstinencia o de consumo ocasional de la sustancia; 2) el episodio comienza por lo menos 2 semanas antes del inicio de un período de consumo excesivo de sustancias y 3) el episodio comienza durante el consumo excesivo de la sustancia y continúa por lo menos durante 4 semanas o más después de que finalice el consumo. Por tanto, al menos una proporción importante del episodio se produce sin que aparezcan los efectos esperados de la intoxicación o la abstinencia.

La PRISM se utiliza en estudios clínicos y de respuesta terapéutica, a la vez que se puede emplear para hacer el seguimiento de los sujetos en estudios longitudinales. Una vez que el entrevistador se ha familiarizado con la entrevista, se necesitan aproximadamente dos horas para administrarla, aunque el tiempo requerido depende de la complejidad del consumo de sustancias y de la historia psiquiátrica del sujeto.

En un primer estudio de fiabilidad test-retest llevado a cabo con la primera versión de la entrevista, basada en los criterios DSM-III-R, la PRISM mostró una buena fiabilidad en el diagnóstico de los Trastornos por Uso de Sustancias, los Trastornos Afectivos primarios, los Trastornos de Alimentación,

parte de los Trastornos de Ansiedad y los síntomas psicóticos obtenidos a través de esta entrevista, en una muestra de 172 pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (Hasin et al., 1996). Con la aparición del DSM-IV, que como se ha mencionado previamente, introdujo cambios en los criterios diagnósticos para la detección de la comorbilidad psiquiátrica en el grupo de pacientes consumidores de sustancias, se llevó a cabo una revisión y actualización de la PRISM permitiendo así la diferenciación entre diagnóstico “primario”, “secundario” y “efectos esperados de la intoxicación y/o abstinencia”. En un segundo estudio de fiabilidad de la entrevista revisada, basada en los criterios DSM-IV, realizado con una población de 285 pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias, se confirmó la fiabilidad test-retest de la PRISM para la mayoría de los diagnósticos de Trastorno por Dependencia de sustancias (incluidos alcohol, cocaína, heroína, cannabis y sedantes), para el Trastorno Depresivo Mayor primario e inducido actual y previo, para algunos de los Trastornos primarios de Ansiedad actuales y previos, para el Trastorno Psicótico primario y para los inducidos por sustancias aparecidos en los últimos 12 meses, así como para los Trastornos Antisocial y Límite de la personalidad y los Trastornos de la Alimentación. Para el resto de diagnósticos que evalúa la PRISM (Trastorno por abuso de sustancias, Distimia, parte de los Trastornos de Ansiedad primarios e inducidos), se obtuvo una fiabilidad test-retest pobre (Tabla 4). (Hasin et al., 2006).

El estudio de validación de los diagnósticos obtenidos mediante la entrevista PRISM se realizó considerando como “patrón oro” los diagnósticos obtenidos a través del método LEAD (Torrens et la, 2004). En este estudio, llevado a cabo en 105 pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias, se

observó una buena correlación (mediante los índices estadísticos kappa) entre los diagnósticos obtenidos mediante la PRISM-IV y el sistema LEAD en Depresión Mayor Primaria, Psicosis Inducida, Trastornos de Pánico con y sin Agorafobia, y Trastornos de Personalidad Antisocial y Límite (Tabla 4).

**Tabla 4.- Fiabilidad de los diagnósticos DSM-IV (actuales) obtenidos mediante la entrevista PRISM (n=285) (modificada de Torrens et al., 2006)**

<b>Trastorno</b>	<b>Kappa (SE)</b>	<b>Prevalencia tiempo 1 / tiempo 2</b>
<b>Afectivo</b>		
Depresión Mayor, Primaria	0,75 (0,06)	0,12/0,10
Depresión Mayor, Inducida	0,66 (0,09)	0,08/0,05
Cualquier Depresión Mayor, Primaria o Inducida	0,69 (0,06)	0,20/0,15
Cualquier Distimia, Primaria o Inducida	0,36 (0,12)	0,05/0,04
Manía, Inducida	1,00	
Manía, Primaria o Inducida	0,67 (0,32)	0,004/0,01
<b>Psicosis</b>		
Esquizofrenia	0,86 (0,08)	0,04/0,04
T, Psicótico Primario	0,86 (0,08)	0,04/0,04
T, Psicótico Inducido	0,75 (0,17)	0,01/0,01
T, Psicótico Primario o Inducido	0,83 (0,07)	0,06/0,05
<b>Ansiedad</b>		
T, de Pánico, Primario	0,56 (0,16)	0,02/0,02
Ansiedad Generalizada, Primaria	0,24 (2,0)	0,02/0,01
Fobia Simple	0,31 (0,13)	0,03/0,05
Fobia Social	0,61 (0,10)	0,07/0,06
T, Obsesivo-Compulsivo	0,66 (0,18)	0,02/0,01
T, Estrés Post- Traumático	0,44 (0,12)	0,05/0,04
Cualquier Ansiedad, Primaria o Inducida	0,57(0,07)	0,15/0,13
<b>Personalidad</b>		
Antisocial	0,69 (0,05)	0,23/0,20
Límite	0,67 (0,06)	0,21/0,18

#### **2.3.4. Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule (AUDADIS-IV)**

La AUDADIS-IV (Grant et al., 2001) es una entrevista estructurada, utilizada en estudios comunitarios. Permite ser administrada por investigadores poco expertos que pueden demorarse entre una y dos horas en la realización de la entrevista. Los diagnósticos del DSM-IV que evalúa la AUDADIS-IV son: los Trastornos por abuso y dependencia del alcohol, sedantes, tranquilizantes, opiáceos –excepto heroína y metadona-, estimulantes, alucinógenos, cannabis, cocaína e inhalantes; el Trastorno Depresivo Mayor; el Trastorno Distímico; el Trastorno Maníaco; el Trastorno Hipomaniaco; el Trastorno de Pánico con/sin Agorafobia; el Trastorno de Fobia Social; el Trastorno de Fobia Específica y el Trastorno por Ansiedad Generalizada. En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, la AUDADIS-IV permite hacer la distinción entre Trastorno independiente, cuando el episodio aparece de forma aislada del consumo, y Trastorno inducido por sustancias cuando lo hace vinculado a un periodo de intoxicación o abstinencia de la droga.

Los estudios de fiabilidad test-retest de la AUDADIS- IV han mostrado unos índices buenos para realizar diagnósticos de abuso y dependencia del Trastorno por uso de alcohol, Depresión Mayor y Trastorno Distímico y pobres para los Trastornos de Ansiedad (Grant et al., 2003). La validez de los diagnósticos afectivos y de Ansiedad actuales realizados mediante la entrevista, se realizó comparando las puntuaciones en la escala mental del cuestionario sobre Calidad de Vida SF-12. Excepto para el Trastorno de Hipomanía, se observó una buena correlación entre la presencia de cualquier Trastorno Afectivo o de Ansiedad y puntuaciones peores en la escala mental

del SF-12, de manera que los sujetos con un trastorno psiquiátrico de esta categoría referían mayor malestar y disfunción social o laboral que aquellos sin ningún diagnóstico en la AUDADIS.

### **2.3.5. Diagnostic Interview Schedule (DIS)**

La “Diagnostic Interview Schedule” (DIS) fue la primera entrevista estructurada de diagnóstico psiquiátrico que fue administrada por entrevistadores entrenados para estudios epidemiológicos. Fue desarrollada por Robins y cols. (1981) de la Universidad de Washington con el apoyo del “National Institute of Mental Health” (NIMH), para utilizarla en el “Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study” (Robins and Regier, 1991). La DIS es una entrevista que puede ser administrada por entrevistadores sin experiencia en diagnóstico psicopatológico. En la actualidad se dispone de una versión informatizada (Robins et al., 2000), pero aún así la duración de su administración en sujetos consumidores de sustancias es de alrededor de 90-120 min. Hasta la actualidad no se disponen de estudios de fiabilidad y validez para diagnosticar otros trastornos psiquiátricos en población de sujetos consumidores de sustancias.

### **2.3.6. Composite Internacional Diagnostic Interview (CIDI)**

La Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (OMS, 1998) es una expansión de la DIS que fue desarrollada bajo el auspicio de la OMS por un grupo de expertos bajo la supervisión de Lee Robins para solventar el problema de que los diagnósticos de la DIS estaban basados exclusivamente en las definiciones y criterios del DSM III. La OMS quería la expansión de la DIS para generar diagnósticos basados en sus definiciones y criterios de la CIE, ya que era y es especialmente importante para poder realizar estudios internacionales comparativos. La OMS creó en 1997 el “International Consistorium in Psychiatric Epidemiology” (ICPE) para recoger y analizar los datos de estas grandes encuestas.

La CIDI es una entrevista estructurada diseñada para ser usada por entrevistadores de encuestas que leen las cuestiones tal y como están escritas sin interpretarlas (Robins et al., 1988). Para la diferenciación primaria-inducida por sustancias, la CIDI delega ampliamente en la opinión del sujeto. El concepto del DSM-IV de “efecto esperado” de la intoxicación o la abstinencia vs. los síntomas excesivos de estos efectos no está explorado en la CIDI. La CIDI genera diagnósticos DSM-IV y CIE-10. En la CIDI los síntomas atribuidos al alcohol, drogas o enfermedad física no se toman en consideración cuando se realiza el diagnóstico psiquiátrico. Generalmente, la presencia de factores relacionados con las sustancias se evalúan para todo el periodo del trastorno una vez se ha establecido, en lugar de una evaluación síntoma a síntoma antes de determinar si ha tenido lugar el episodio. Las dificultades de comparación diagnóstica debidas a la falta de módulos en la CIDI que evaluaran los factores de riesgo, las consecuencias, los patrones y correlatos de los tratamientos,

llevaron a la ICPE a crear en 1998 el “WHO WMH Survey Initiative” para coordinar todo el trabajo. Desde entonces el número de países implicados ha ascendido a 28 y el número de entrevistas realizadas a más de 200.000.

El ICPE y el WMH Survey Initiative realizaron la expansión de la WHO-CIDI para utilizarla en sus estudios y la llamaron WMH-CIDI. Se incluyeron diversos módulos para aumentar el número de datos comparativos y hacer los módulos diagnósticos más operacionales. Se ampliaron las preguntas para eliminar los criterios críticos, incluyendo la significación clínica requerida en el DSM-IV, y se expandieron las secciones diagnósticas para incluir informaciones dimensionales además de las categoriales incluidas en las anteriores versiones. La versión final consta de 41 secciones listadas en la Tabla 5.

La primera sección es un cribado que determina los módulos a preguntar al entrevistado de entre las 22 secciones diagnósticas que valoran los siguientes trastornos: Trastornos de Ánimo (Depresión Mayor y Manía), Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Pánico, Fobia Específica, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno por Estrés Post-traumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo, y Fobia Social), Trastornos por Uso de Sustancias (abuso y dependencia de alcohol, nicotina y otras drogas), Trastornos de inicio en la infancia (THDA, Trastorno oposicional-desafiante, Desórdenes de la Conducta y Trastorno de Angustia por Separación) y, por último, otros Trastornos (Trastorno Explosivo Intermitente, Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastorno Pre-menstrual., Juego Patológico, Neurastenia, Trastornos de la Personalidad y Trastornos Psicóticos). (Kessler, 2004a y 2004b)

**Tabla 5.- Secciones de la WMH-CIDI**

Secciones	Módulos
I. Cribado y estudio de vida	
II. Trastornos	
Humor	Depresión Mayor, Manía
Ansiedad	Trastorno de Pánico, Fobia Específica, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno Estrés post-traumático, Trastorno Obsesivo Compulsivo, Fobia Social
Abuso de sustancias	Abuso de Alcohol, Dependencia de Alcohol, Abuso de Drogas, Dependencia de Drogas, Dependencia de Nicotina
Infancia	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Trastorno Oposicional Desafiante, Trastorno de la conducta, Trastorno por Ansiedad de Separación
Otros	Trastorno Explosivo Intermitente, Trastornos Alimentarios, Trastorno Pre-menstrual., Cribado de Psicosis no Afectivas, Juego Patológico, Neurastenia, Cribado de Trastornos de la Personalidad
III. Trastornos físicos y del funcionamiento	Suicidalidad, Funcionamiento a 30 días, Estrés Psicológico 30 días, Comorbilidad Física.
IV. Tratamientos	Servicios, Farmacoepidemiología
V. Factores de Riesgo	Personalidad, Redes sociales, Experiencias en la infancia, Cargas familiares
VI. Sociodemografía	Empleo, Economía, Estado civil, Hijos, durante la infancia y la edad adulta
VII. Metodológicos	Partes I – II Selección y Observaciones del Entrevistador

Además hay cinco secciones adicionales que valoran aspectos importantes del sujeto evaluado:

- La primera (III. Trastornos físicos y del funcionamiento) se divide en cuatro subsecciones adicionales que valoran diferentes clases de funcionamiento y Trastornos físicos (Tendencia Suicida, Funcionamiento 30 días, Angustia Psicológica, Comorbilidad Física)

- La segunda (IV. Tratamientos) consta de dos subsecciones que valoran los tratamientos recibidos por Trastornos Mentales. (Servicios y Farmacoepidemiología)

- La tercera (V. Factores de riesgo) se compone de cuatro subsecciones que valoran los factores de riesgo (Personalidad, Redes Sociales, Experiencias en la Infancia y Cargas Familiares)

- La cuarta (VI. Sociodemografía) evalúa la situación sociodemográfica del sujeto evaluado (Empleo, economía, estado civil, hijos,...)

- Y la última (VII. Metodológicos) se divide en dos subsecciones metodológicas que se utilizan para apuntar las observaciones del entrevistador.

Para completar el programa de la entrevista se han realizado la versión computerizada (Computer-assisted interview CAI) y la versión de entrada directa de datos (versión de papel y lápiz). También se ha desarrollado un programa para generar los diagnósticos con los criterios DSM-IV o ICE-10.

En 2000 se inició el estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) incluido en el WHO Surveys Initiative, Project, cuyo objetivo, entre otros fue la estimación y la comparación entre seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Países Bajos y España) de

las tasas de prevalencia a 1 mes, 12 meses y vida de los principales trastornos mentales. Para este estudio se utilizó un cuestionario estructurado que incluía una versión revisada de la CIDI, la WMH-CIDI desarrollada y adaptada por el Coordinating Committee of the WHO-WMH 2000 Initiative. La WMH-CIDI incluyó preguntas estructuradas para detectar la presencia, persistencia e intensidad de los clusters de los síntomas psiquiátricos evaluados por edad de inicio y curso vital. La WMH-CIDI fue producida inicialmente en inglés y después fue sometida a un riguroso proceso de adaptación conceptual y transcultural para obtener versiones comparables entre países y lenguas. (ESEMED/MHEDEA-2000, 2004)

#### **2.4. Entrevistas de cribado para la detección de trastornos psiquiátricos**

Como se ha referido previamente, la disponibilidad de la versión española de la entrevista PRISM ha permitido realizar estudios de comorbilidad en distintas poblaciones de sujetos consumidores de drogas y avanzar en el conocimiento de las características de la patología dual en nuestro país. Sin embargo, la necesidad de ser administrada por un entrevistador entrenado con formación clínica y su larga duración (se necesitan entre 2 y 3 horas para administrarla, según la complejidad del consumo de sustancias y de la historia psiquiátrica del sujeto) limita su uso en los centros de tratamiento de drogodependencias. Los otros instrumentos, también adaptados a los criterios DSM-IV para poder discriminar entre trastornos inducidos y trastornos independientes en consumidores de sustancias, que pueden ser administrados por entrevistadores no expertos y clínicos sin conocimientos psiquiátricos tras ser entrenados, como la DIS y la CIDI, siguen teniendo una

larga duración (2-3 horas) dificultando su utilización en la clínica diaria en los centros asistenciales comunitarios.

Por ello actualmente se reconoce la necesidad de disponer de instrumentos de cribado ágiles que permitan detectar la presencia de patología psiquiátrica en sujetos consumidores de drogas y que puedan aplicarse en la clínica habitual para seleccionar aquellos casos que, a posteriori, necesiten ser entrevistados por un psiquiatra que confirme la presencia de un Trastorno psiquiátrico comórbido y decidir el plan terapéutico más adecuado. En la actualidad se dispone de algunos instrumentos de cribado para su uso en población psiquiátrica general ver Tabla 6.

**Tabla 6.- Entrevistas de cribado disponibles para la evaluación de trastornos psiquiátricos**

<b>Instrumentos de cribado</b>	<b>Población</b>	<b>Administración</b>
<i>MINI</i> <sup>1</sup>	General	Entrevistador entrenado
<i>PRIME-MD</i> <sup>2</sup>	General	PQ parte autoadministrada CEG parte administrada por el clínico
<i>PHQ</i> <sup>3</sup>	General	Autoadministrado
<i>SDDS-PC</i> <sup>4</sup>	General	Autoadministrado
<i>BCSFR</i> <sup>5</sup>	Consumidores	Entrevistador
<i>PDSQ</i> <sup>6</sup>	General y consumidores	Autoadministrado
<i>CIDI</i> <sup>7</sup>	General	Entrevistador entrenado

<sup>1</sup>MINI International Neuropsychiatric Interview <sup>2</sup>Primary Care Evaluation of Mental Disorders

<sup>3</sup>Patient Health Questionnaire <sup>4</sup>Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care <sup>5</sup>Boston

Consortium of Services for Families in Recovery <sup>6</sup>Psychiatric Diagnostic Screening

Questionnaire <sup>7</sup>Composite International Diagnostic Interview

#### **2.4.1. MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI)**

La MINI (Sheehan et al., 1998) es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve (15 minutos aproximadamente) muy utilizada en la práctica clínica para la detección y orientación diagnóstica, que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 y el Trastorno Antisocial de la personalidad del Eje II. Al inicio de cada módulo dispone de una o varias preguntas «filtro» correspondientes a los principales criterios diagnósticos del Trastorno que permiten determinar la necesidad de continuar con la exploración. Así mismo, dichos módulos, al final, también disponen de una o varias casillas diagnósticas que permiten al entrevistador indicar si se cumplen los criterios diagnósticos para cada trastorno. La MINI fue diseñada para ser administrada en contextos clínicos y de investigación por entrevistadores legos después de un breve proceso de estandarización. No se ha encontrado evidencia publicada de su validación en población de sujetos consumidores de sustancias.

#### **2.4.2. Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD)**

La entrevista PRIME-MD (Spitzer et al., 1994) evalúa los cuatro grupos de trastornos mentales (Estado de Ánimo, Ansiedad, Somatoforme y alcohol) más comunes en la población general y en atención primaria, además de los Trastornos Alimentarios. Tiene dos partes diferenciadas. La primera (PQ) se compone de 26 preguntas dicotómicas (sí/no) y sirve de cribado de síntomas para la segunda parte (CEG), en la que el clínico evalúa los módulos correspondientes a los síntomas respondidos afirmativamente. El tiempo de administración medio es de 10 minutos y requiere una sesión de entrenamiento

del clínico de entre una y tres horas. En la muestra descrita en la validación de la entrevista (N=1000) la prevalencia de los Trastornos por abuso/dependencia de alcohol era del 5%, sin hacer referencia al consumo o los Trastornos de abuso/dependencia de otras sustancias.

#### **2.4.3. Patient Health Questionnaire (PHQ)**

El PHQ (Spitzer et al., 1999) es una versión autoadministrada del “Primary Care Evaluation of Mental Disorders” (PRIME-MD) (Spitzer et al., 1994), que evalúa cuatro diagnósticos DSM-IV: Depresión mayor, Pánico y otros Trastornos de Ansiedad, Bulimia y cuatro síndromes subumbrales: otros Trastornos depresivos, probable abuso/dependencia del alcohol, Trastornos somatoformes y de la alimentación en atracones. Si bien disponemos de una versión en castellano de este cuestionario, (Diez-Quevedo et al., 2001), el PHQ tampoco ha sido validado en población de sujetos consumidores de sustancias.

#### **2.4.4. Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (SDDS-PC)**

La SDDS-PC (Broadhead et al., 1995) es una entrevista breve (16 preguntas) que evalúa el Trastorno por abuso/dependencia de alcohol, el Trastorno de Ansiedad Generalizada, la Depresión mayor, el Trastorno de Pánico, el Trastorno Obsesivo Compulsivo y la ideación suicida. En el proceso de validación se eliminaron 46 preguntas que evaluaban otros trastornos como el abuso de sustancias, por sus pobres propiedades psicométricas. En la descripción de la muestra no se aportaron datos sobre el consumo de sustancias de los sujetos.

#### **2.4.5. Boston Consortium of Services for Families in Recovery Screen (BCSFR-S)**

El BCSFR-S (Lincoln et al., 2006) es una entrevista de cribado para la detección de patología psiquiátrica validada en mujeres consumidoras de drogas que entraron en tratamiento por consumo de sustancias en cinco centros americanos. Los resultados se obtuvieron después de entrevistar a 88 mujeres blancas, negras e hispanas con la versión en inglés o en español, según su idioma nativo. La conclusión fue que el BCSFR-S era una buena entrevista para la detección del Trastorno por Estrés Post Traumático, pero no para otros trastornos mentales. Las particularidades de esta entrevista y sus pobres resultados psicométricos no permiten la generalización de su uso en la población de consumidores de sustancias.

#### **2.4.6. Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ)**

El PDSQ (Zimmerman et al., 2001a y 2001b) consiste en 126 preguntas que evalúan los síntomas de 13 diagnósticos DSM-IV en cinco áreas: T. de la alimentación, T. afectivos, T. Ansiedad, T. por uso de sustancias y T. somatización y tiene además seis ítems de cribado de Psicosis. Se ha realizado un estudio sobre el rendimiento del PDSQ para realizar diagnóstico de comorbilidad en sujetos consumidores de drogas (Zimmerman et al., 2004). En este estudio, llevado a cabo en una submuestra de 133 sujetos con Trastorno por uso de sustancias, de los 1000 sujetos que acudieron en demanda de tratamiento en centros privados de psiquiatría general, se observó que, respecto a los diagnósticos DSM-IV obtenidos mediante la SCID-IV, el PDSQ obtenía una sensibilidad media del 92% y una especificidad media del

63%. En la Tabla 7 se describe la sensibilidad y especificidad del PDSQ respecto de la SCID.

**Tabla 7.- Sensibilidad y especificidad del PDSQ respecto del SCID en sujetos con Trastorno por Uso de Sustancias.**

<b>Trastornos (DSM-IV)</b>	<b>Sensibilidad (%)</b>	<b>Especificidad (%)</b>
Depresión	96	64
Psicóticos	-	-
Pánico	94	73
Agorafobia	85	81
T. Ansiedad Generalizada	90	55
T. Obsesivo Compulsivo	90	53
Fobia Social	90	58

El hecho de que la muestra en este estudio proviniera de sujetos que solicitaban tratamiento en centros privados de psiquiatría general y no en centros públicos, con nivel de escolaridad elevado (el 90% tenían por lo menos el equivalente a la Enseñanza Secundaria Obligatoria), y un predominio de los problemas relacionados con el alcohol (74%), limitan la generalización de sus resultados a su aplicabilidad en el contexto de centros de asistencia de drogodependencias públicos.

En el año 2010 se realizó una validación de la PDSQ en una muestra de pacientes alcohólicos españoles (Pérez et al., 2010), obteniendo buenas propiedades psicométricas al cambiar los puntos de corte propuestos por

Zimmerman en diez subescalas para adaptarlas a la población de consumidores de alcohol. Castel (2007) había encontrado problemas similares al evaluar el PDSQ en una muestra de 76 pacientes que habían recibido tratamiento por Trastornos por Uso de Sustancias, concluyendo que se necesitaban estudios de validación más extensos que proporcionaran datos concluyentes sobre las propiedades psicométricas de este instrumento en la población de consumidores de sustancias.

#### **2.4.7. Cribado de la Composite Internacional Diagnostic Interview (C-CIDI)**

En 2001, Torrens y cols. llevaron a cabo un estudio preliminar de validación de la versión española de la sección de cribado de la CIDI (C-CIDI) (Anexo I) utilizada para el Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders “ESEMeD”) (ESEMeD/MHEDEA-2000, 2004) para detectar comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de drogas.

Esta versión española de la C-CIDI contenía 27 ítems para evaluar Trastornos de Ansiedad y del estado de ánimo y a los que se añadieron el módulo de evaluación inicial de Psicosis (16 ítems), y el módulo de cribado de Trastornos de la Personalidad (34 ítems).

Se estudiaron 175 pacientes dependientes de opiáceos que iniciaban un tratamiento de mantenimiento con metadona en tres Centros de Atención y Seguimiento de toxicomanías (CAS) de Barcelona. Estos centros están en la red de atención pública de drogodependencias y cubren áreas de grave deprivación social de la ciudad. En este estudio este instrumento de cribado (C-CIDI) fue administrado por personal de enfermería, tras una sola sesión informativa. Se observó que la media de tiempo requerido por el personal de

enfermería de los centros asistenciales implicados en el estudio era de 10-20 minutos según la complejidad del caso. Por otra parte todos los pacientes fueron a su vez evaluados mediante la entrevista psiquiátrica PRISM por un psicólogo entrenado, independiente y ciego respecto de los diagnósticos obtenidos mediante el instrumento de cribado. Los resultados llevados a cabo en 175 sujetos mostraron una alta sensibilidad en la mayoría de los diagnósticos pero una baja especificidad en diagnósticos tan prevalentes en la población de drogodependientes como es la Depresión (Torrens et al., 2006). En la Tabla 8 se describen los resultados de sensibilidad y especificidad obtenidos en este estudio preliminar.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, se decidió iniciar un nuevo estudio con una versión modificada del instrumento denominado “C-CIDI-Tox”, con el fin de incrementar la especificidad del instrumento y poder ser usado en el cribado de patología psiquiátrica en los centros asistenciales de drogodependencias.

Así pues, el estudio que se presenta es la continuación de la línea de investigación en la búsqueda de un instrumento de cribado válido y fácil de administrar para ser usado en la clínica diaria.

**Tabla 8.- Sensibilidad y especificidad del instrumento de cribado de la CIDI respecto de la PRISM.**

<b>Trastornos (DSM-IV)</b>	<b>Sensibilidad (%)</b>	<b>Especificidad (%)</b>
Afectivos	100	11
Psicóticos	50	74
Pánico	100	26
Fobia Social	78	66
Fobia Simple	100	32

### **3- OBJETIVOS E HIPOTESIS**

#### **3.1. Objetivos**

##### **3.1.1. Objetivo Principal**

Adaptar la entrevista de cribado de la CIDI para su utilización en la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso, con una adecuada sensibilidad y especificidad, que denominaremos Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD).

##### **3.1.2. Objetivos Secundarios**

1. Modificar la entrevista C-CIDI para obtener la entrevista ECDD.
2. Determinar la sensibilidad de la ECDD.
3. Determinar la especificidad de la ECDD.
4. Determinar el valor predictivo positivo de la ECDD.
5. Determinar el valor predictivo negativo de la ECDD.
6. Elaborar una versión en castellano, catalán e inglés de la ECDD.
7. Elaborar una versión informatizada de la ECDD para facilitar su administración y corrección inmediata.

#### **3.2. Hipótesis**

La adaptación de la entrevista de cribado de la CIDI modificando algunos de los ítems (p.e. criterios temporales, intensidad de los síntomas), incluyendo nuevos ítems (p.e. que permitan discriminar si las experiencias psicóticas aparecen bajo los efectos del consumo agudo o de la abstinencia de

sustancias) y modificando los criterios de corrección, permitirá detectar la presencia de comorbilidad psiquiátrica con una sensibilidad del 85% y una especificidad del 70% cuando se administre a una población de sujetos consumidores de sustancias de abuso.

## **4- SUJETOS Y MÉTODO**

### **4.1. Sujetos**

Se estudiaron sujetos consumidores de sustancias de abuso, reclutados en centros asistenciales de atención a adicciones en régimen ambulatorio (centros de tratamiento ambulatorio de drogodependencias), y de ingreso (unidad de desintoxicación hospitalaria y unidad de patología dual); en unidades de patologías psiquiátricas específicas (ej. Trastorno por Estrés Post Traumático y Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad) y no asistenciales (unidades de investigación epidemiológicas y farmacológicas de las drogas de abuso).

Los resultados de estudios previos llevados a cabo por nuestro grupo en los que se observó que las prevalencias de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de drogas captados fuera de los recursos asistenciales pueden ser incluso mayores que la de los sujetos que acuden a tratamiento (Rodríguez-Llera et al; 2006; Martín-Santos et al., 2010; Astals et al., 2008), justifican la inclusión de muestras no asistenciales. Así se incluirán sujetos que no acuden a demanda de tratamiento, por ejemplo: consumidores recreativos de “éxtasis” o de cannabis.

### **4.2. El cálculo del tamaño de la muestra**

El cálculo del tamaño de la muestra se ha realizado de acuerdo con datos previos obtenidos en los estudios mencionados en población española en función de los siguientes parámetros: prevalencia vida de Trastornos Afectivos del 30%; sensibilidad deseada 85%; amplitud del intervalo de confianza de la sensibilidad del 10% (+ 5%); error alfa del 95% (  $N = 196/0.30 = 653$  sujetos).

Como la especificidad que se desea es del 70%, dado que de entre la población estudiada una mayor proporción serán “no enfermos” (70%, 457 personas) la precisión obtenida para la especificidad será inferior al  $\pm 5\%$ . Para otros trastornos, como los Psicóticos, donde se espera una prevalencia más baja, la “n” determinada para los Trastornos Afectivos (los más prevalentes) es suficiente para valores de sensibilidad y amplitud de IC escogidos más arriba para éstos.

### **4.3. Variables**

Las variables principales del estudio son los diagnósticos de comorbilidad psiquiátrica según criterios DSM-IV, obtenidos mediante la ECDD y mediante la versión castellana de la Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). En la Tabla 9 se muestran las equivalencias diagnósticas establecidas para el estudio de las propiedades psicométricas de la entrevista ECDD.

**Tabla 9.- Equivalencias diagnósticas establecidas entre las entrevistas PRISM y ECDD.**

PRISM	ECDD
Depresión	Depresión
Depresión inducida	
Distimia	Distimia
Episodio Maníaco	
Trastorno bipolar I	Manía
Episodio Hipomaníaco	
Esquizofrenia	
Trastorno esquizofreniforme	
Trastorno esquizoafectivo	
Trastorno delirante	Psicosis
Trastorno Psicótico breve	
Trastorno Psicótico no especificado	
Psicosis inducida	
Trastorno de Pánico con o sin Agorafobia	Trastorno de Pánico
Agorafobia	Agorafobia
Fobia Simple	Fobia Simple
Fobia Social	Fobia Social
Trastorno de Ansiedad Generalizada	Trastorno de Ansiedad Generalizada
Trastorno por Estrés Post Traumático	Trastorno por Estrés Post Traumático
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

## **4.4. Instrumentos**

### **4.4.1- Cuestionario “ad hoc”**

A todos los sujetos participantes se les administró un cuestionario de recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, situación familiar, nivel de educación alcanzado, situación laboral, antecedentes legales, número de detenciones e ingresos en prisión) y de historia toxicológica (edad de inicio del consumo regular, días de consumo durante los últimos 30 días, vía de consumo inicial y actual, y cantidad media de consumo/día) (Anexo-II).

### **4.4.2- Versión española de la PRISM**

Los trastornos psiquiátricos se diagnosticaron según criterios DSM-IV-TR mediante la versión española de la PRISM. La PRISM, como ya se ha comentado previamente, es una entrevista estructurada específicamente diseñada para realizar diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en consumidores de sustancias de abuso. La PRISM evalúa los diagnósticos de abuso y dependencia de cada una de las sustancias, los Trastornos del estado de ánimo primarios, los Trastornos de Ansiedad primarios, los Trastornos Psicóticos primarios, Trastornos de la Conducta Alimentaria, el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y los Trastornos Inducidos por Sustancias (Depresión mayor, Manía, Distimia, Psicosis, Trastorno de Pánico y Trastorno de Ansiedad Generalizada). Los diagnósticos se evalúan en dos periodos de tiempo: “actual” (últimos 12 meses) y “pasado” (12 meses previos).

#### **4.4.3- Entrevista de Cribado para Diagnóstico Dual: ECDD**

A partir de una adaptación de la entrevista de cribado de la CIDI se ha desarrollado la ECDD (Anexo III). Para ello se han realizado diversos cambios con la intención de reforzar los criterios de evaluación y adaptarlos a las características de los sujetos consumidores de sustancias. El objetivo fue mejorar la especificidad sin perder la sensibilidad de la entrevista original ya que en el estudio preliminar que llevamos a cabo en consumidores de sustancias, se observó que con respecto a los resultados de Depresión diagnosticados con la PRISM, la especificidad era del 100% pero la sensibilidad era sólo del 11% (Torrens et al., 2006). Para conseguir estas mejoras se añadieron algunas preguntas, cuando se consideró necesario, y se modificaron los criterios temporales de otras, intentando, a la vez, mantener su brevedad y facilidad de administración. Así mismo, se introdujeron algunos cambios en relación a los saltos lógicos y los algoritmos diagnósticos de la entrevista para adaptarlos a su nuevo formato.

##### **4.4.3.1 Modificaciones de la C-CIDI a la ECDD**

###### **A- Apartado de los Trastornos de Ansiedad:**

- 1- En la sección dedicada a las crisis de angustia se introdujo una pregunta (F\*SC21a) para valorar el miedo/preocupación del entrevistado a padecer una de estas crisis y, así, mejorar la especificidad de los resultados.

<b>Crisis de angustia</b>
<b>F*SC20</b> ¿Alguna vez en su vida ha tenido una crisis de miedo o Ansiedad en que de repente se sintió muy asustado(a), ansioso(a) o intranquilo(a)?
<b>F*SC21</b> ¿Alguna vez ha tenido una crisis en que de repente se sintió muy incómodo(a) o tuvo sensación de falta de aire, se sintió mareado(a), tuvo náuseas, o tuvo latidos fuertes del corazón o pensó que podría perder el control, morir o volverse loco(a)?
<b>F*SC21a</b> ¿Ha tenido <u>miedo de tener una crisis</u> de este tipo?

2- Para evitar los falsos positivos en las secciones de Fobia Simple y Fobia Social, se añadió la misma pregunta (F\*SC28a y F\*SC29a) para evaluar la existencia de una interferencia significativa en la vida del entrevistado debido a estas fobias.

<b>Fobia Simple</b>
Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar que saben que no hay peligro real. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a alguna de las siguientes cosas?
<b>F*SC27a</b> ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a insectos, serpientes, perros, o cualquier otro animal?
<b>F*SC27b</b> ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a estar en aguas tranquilas como una piscina, un lago o a fenómenos atmosféricos como tormentas, truenos o relámpagos?

**F\*SC27c** ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a ir al dentista o al médico, ponerse una inyección, ver sangre o heridas, estar en un hospital o una consulta de un médico?

**F\*SC27d** ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a espacios cerrados, como cuevas, túneles, armarios, o ascensores?

**F\*SC27e** ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a alturas como tejados, balcones, puentes o escaleras altas?

**F\*SC27f** ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a volar, a viajar en avión o a los aviones?

**F\*SC28a** ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes para usted debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?

### **Fobia Social**

**F\*SC29** ¿Ha habido alguna vez en su vida en que tuvo mucho miedo a situaciones sociales o actuaciones en público como dar una conferencia, conocer personas nuevas, ir a fiestas, hablar en público en una reunión, tener una cita para salir con alguien, o utilizar baños públicos?

**F\*SC29a** ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes para usted debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?

### **B- Apartado de los Trastornos del Estado de Ánimo:**

1- En las preguntas referentes a los Trastornos del estado de ánimo se introdujeron cuatro síntomas clásicos de los estados depresivos no

relacionados con el consumo de sustancias de abuso (F\*SC230: cansancio, F\*SC231: dificultad para concentrarse, F\*SC232: pérdida de confianza y F\*SC233: pensamientos acerca de la muerte) para describir mejor la sintomatología subyacente a los ítems principales (F\*SC21: sensación de vacío, F\*SC22: sensación de marcado desánimo y F\*SC23: pérdida de interés general). Éstos últimos ítems fueron modificados para explicitar más la duración de la sintomatología (*marcadamente durante dos semanas o más*)

<b>Depresión</b>
<p><b>F*SC21</b> ¿Alguna vez en su vida ha tenido un periodo en que se encontraba triste, vacío(a) o deprimido(a) la mayor parte del día, <u>casi todos los días, durante dos semanas o más</u>?</p>
<p><b>F*SC22</b> ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que se encontraba muy desanimado(a) por cómo iban las cosas en su vida, la mayor parte del día, <u>casi todos los días, durante dos semanas o más</u>?</p>
<p><b>F*SC23</b> ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que perdió el interés en la mayoría de las cosas de las que generalmente disfrutaba como el trabajo, aficiones y las relaciones personales, <u>casi todos los días, durante dos semanas o más</u>?</p>
<p><b>F*SC230.</b> Durante ese período ¿se sintió cansado(a) o bajo(a) de energía casi todos los días a pesar de no haber trabajado mucho?</p>
<p><b>F*SC231.</b> Durante ese período ¿tuvo casi todos los días mucha más dificultad para concentrarse de lo que le es habitual?</p>

**F\*SC232.** Durante ese período ¿perdió la confianza en sí mismo(a) o, casi todos los días, se sentía totalmente inútil o que no era tan capaz como otras personas?

**F\*SC233.** Durante ese período ¿pensaba con frecuencia en la muerte, ya fuera su propia muerte, la de otros, o en la muerte en general?

2- Las preguntas relacionadas con la sintomatología Maníaca (F\*SC24, F\*SC25 y F\*SC25a) eran demasiado amplias y muchos de los entrevistados daban respuestas afirmativas sin haber cumplido nunca los criterios de episodios Maníacos o hipoManíacos. Para clarificar la duración y gravedad de la sintomatología se introdujo la misma pregunta (F\*SC24a y F\*SC25b) después de evaluar la euforia y la agresividad. También se modificaron los saltos lógicos de la entrevista con el objetivo de preguntar todos los ítems propuestos sin excepción, para tener una visión más clara de la experiencia del sujeto y de su gravedad e interferencia real.

### **Manía**

**F\*SC24.** ¿Alguna vez ha tenido un periodo de cuatro días o más en que estaba tan contento(a) o excitado(a) que se metió en problemas, que otras personas se preocupaban por usted, o que un médico le dijo que estaba Maníaco(a) o eufórico(a)?

**F\*SC24a.** Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

**F\*SC25.** ¿Alguna vez en su vida ha tenido usted un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba muy irritable, gruñón/a o de mal humor?

**F\*SC25a.** ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba tan irritable que discutía con otras personas, chillaba mucho o llegó a pegar a alguien?

**F\*SC25b.** Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

### **C- Apartado de Psicosis:**

En el apartado de evaluación de la Psicosis se añadieron dos preguntas para cada síntoma (G\*PS1a visiones, G\*PS1b voces, G\*PS1c control de la mente, G\*PS1d posesión por fuerzas extrañas, G\*PS1e comunicación por parte de fuerzas extrañas, G\*PS1f complot para dañarle) con el objetivo de discriminar más claramente el estado del sujeto en el momento de la sintomatología psicótica (abstinente, bajo los efectos de alguna droga y determinar si continuaron los síntomas una vez había desaparecido el efecto de las drogas):

**G\*PS1a1.** Alguna vez cuando tuvo visiones, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?

SÍ, todas las veces (1)

SÍ, alguna vez (3)

NO (5)

**G\*PS1a2.** Al desaparecer los efectos del alcohol o las drogas, ¿continuaron las visiones?

En las preguntas G\*PS1x1 se añadió la respuesta “Sí, alguna vez” codificada como (3) para evitar hacer preguntas innecesarias y pasar a preguntar sobre el siguiente síntoma.

Las preguntas G\*PS5, G\*PS6 y G\*PS10a fueron eliminadas debido a la dificultad que tenían los entrevistados en concretar sus respuestas y su irrelevancia para obtener una orientación diagnóstica de estos Trastornos.

<b>G*PS5.</b> Aproximadamente, ¿Cuántos días ha tenido (esto/estas cosas/alguna de estas cosas) en los últimos 12 meses?
<b>G*PS6.</b> Aproximadamente, ¿Cuántas veces ha tenido (esto/estas cosas/alguna de estas cosas) a lo largo de su vida?
<b>G*PS10a.</b> ¿Alguna vez tomó medicamentos de estos en los últimos 12 meses?

#### **D- Apartado del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.**

Se eliminó la pregunta F\*SC31 por los pobres resultados psicométricos que obtenía para evaluar el TDAH en los sujetos consumidores de sustancias. Se llevó a cabo una adaptación de las preguntas de la versión original del cuestionario autoinformado de cribado del TDAH del adulto-V1.1 (ASRS-V1.1) (Kessler et al., 2007). Además se añadió una introducción para confirmar que los síntomas descritos no estaban relacionados con el consumo de drogas y que eran rasgos característicos de los sujetos a lo largo de su vida.

TDAH
Las siguientes preguntas definen diferentes conductas que muchas personas han podido tener a lo largo de la vida. Nos interesa saber si a usted le ocurren con más frecuencia que a otras personas en sus mismas circunstancias, y si le ocurren desde pequeño, le ocurren independientemente de su consumo de drogas o alcohol.
1- Tengo problemas para acabar las cosas que empiezo
2- Me cuesta mucho organizarme cuando tengo que preparar algo
3- Olvido con facilidad mis obligaciones y compromisos
4- Intento evitar hacer cosas en las que me tenga que concentrar
5- No puedo estar sentado sin mover mis pies y mis manos
6- Siento como si tuviera un motor dentro y no puedo estar quieto

### **E- Apartado Trastorno por Estrés Post Traumático**

Este apartado de la entrevista fue añadido dada la elevada frecuencia de este Trastorno en la población de consumidores de sustancias (especialmente las mujeres) (Gilchrist et al., 2011). Las preguntas se construyeron a través de la reformulación de las preguntas de la MINI para este Trastorno.

Post traumático
1. Las siguientes preguntas se refieren a acontecimientos muy estresantes como accidentes graves, atracos, violaciones, atentados terroristas, ser tomado como rehén, secuestros, incendios, descubrir un cadáver, muerte

súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe. ¿Ha vivido o ha sido testigo de alguno de estos acontecimientos?

2. En algún momento después de este acontecimiento ¿ha revivido la experiencia de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

#### **4.4.3.2. Descripción de la ECDD**

La entrevista consta de 66 preguntas subdivididas en cinco apartados diagnósticos y uno de observaciones siguiendo la siguiente estructura: El Apartado A (Ansiedad) se divide en crisis de angustia/Pánico (tres preguntas), Ansiedad Generalizada (tres preguntas), Fobia Simple (siete preguntas), Fobia Social (dos preguntas), Agorafobia (dos preguntas). El Apartado B se divide en Depresión (siete preguntas), Distimia (dos preguntas), Manía (cinco preguntas). El Apartado C (Psicosis) es el más largo y consta de 24 preguntas. El Apartado D (TDAH) consta de seis preguntas y, por último, el Apartado E (Post traumático) consta de dos preguntas más. Una vez finalizada la entrevista el entrevistador debe contestar a tres preguntas en relación al estado del entrevistado durante la entrevista y su nivel de colaboración. Además, puede realizar comentarios sobre el desarrollo de la entrevista, la actitud del entrevistado o lo que crea oportuno remarcar en el Apartado de observaciones específicamente creado con este objetivo.

La ECDD ha sido informatizada. Este programa se puede instalar en entorno Windows (Microsoft®) y Mac (Apple®) siguiendo las instrucciones de instalación anexadas (Anexo IV). Una vez concluida la instalación aparece el

acceso directo en el escritorio para su ejecución. En la primera pantalla de la entrevista se recogen los datos del entrevistado así como los números identificativos del mismo.

Una vez finalizada la entrevista, programa genera la orientación diagnóstica creando un archivo PDF (Adobe® Acrobat® X) con toda la información registrada y, a su vez, archiva los datos de la entrevista en una hoja Excel (Microsoft®) junto con los datos ya almacenados de otras entrevista, para facilitar el manejo de la información y la creación de bases de datos. Junto con el programa informático se adjunta un archivo de sintaxis del programa SPSS para Windows a partir de la versión 12 (Chicago, SPSS Inc.) lo cual permite exportar toda la información almacenada en el archivo Excel a este programa.

#### **4.5. Procedimientos**

A todos los sujetos, tras firmar el consentimiento informado, se les administró la ECDD y la PRISM por separado por entrevistadores entrenados independientes. Los entrevistadores eran ciegos al diagnóstico obtenido con cada instrumento. Todos los entrevistadores recibieron el mismo entrenamiento. El intervalo de tiempo entre las dos administraciones fue de 0 a 5 días.

#### **4.6. Análisis**

Se analizó la sensibilidad y especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo de cada uno de los diagnósticos psiquiátricos obtenidos mediante la entrevista ECDD respecto a los diagnósticos obtenidos con la

PRISM, que se consideraron el "patrón oro". Los diagnósticos con una prevalencia menor de 10 casos utilizando la PRISM no se analizaron.

Los datos se procesaron en un ordenador PC y para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS.

#### **4.7. Aspectos éticos**

Este estudio se realizó manteniendo las directrices de la Declaración de Helsinki y la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]). El estudio fue aprobado por el Comité Ético y de Investigación Clínica del IMAS (nº 2005/2148/I). A todos los sujetos candidatos a participar en el estudio, tras una explicación amplia de los objetivos y del alcance del estudio se les solicitó que firmaran el consentimiento informado para participar en el estudio (Anexo V).



## 5- RESULTADOS

### 5.1. Características sociodemográficas

Se evaluaron un total de 827 sujetos cuyas características sociodemográficas se describen en la Tabla 10.

**Tabla 10. Características sociodemográficas de los 827 sujetos evaluados en el estudio.**

<b>Características sociodemográficas</b>		<b>Sujetos</b>
		<b>N=827</b>
Edad (años, media $\pm$ DE)		28,56 $\pm$ 9,87
Sexo (%)		
Hombres		66,5
Mujeres		33,5
Estado Civil (%)		
Solteros		69,3
Casados-en pareja		17,8
Separados-Divorciados-Viudos		12,9
Escolarización (años, media $\pm$ DE)		13 $\pm$ 3,34
Prisión (%)		
Alguna vez		15
Situación laboral (%)		
Trabajando		36,9
En paro		27,9
Estudiando/Invalidez/Retirado		35,2

## 5.2. Diagnósticos de Trastornos de abuso y dependencia de sustancias

La muestra estudiada presentó los siguientes diagnósticos de abuso y dependencia (actual y pasado) de sustancias según criterios DSM-IV (Ver Tabla 11). Obsérvese que un mismo sujeto puede presentar más de un diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias.

**Tabla 11.- Diagnósticos a lo largo de la vida de Trastorno por abuso y dependencia de sustancias en los 827 sujetos evaluados.**

DSM-IV-TR Diagnostico	Abuso		Dependencia	
	Actual N (%)	Pasado N (%)	Actual N (%)	Pasado N (%)
Alcohol	194 (23,46)	267 (32,28)	133 (16,08)	163 (19,71)
Cannabis	185 (22,37)	280 (33,86)	114 (13,78)	164 (19,83)
Cocaína	138 (16,69)	218 (26,36)	177 (21,40)	252 (30,47)
Alucinógenos	6 (0,72)	59 (7,13)	5 (0,60)	17 (2,06)
Heroína	28 (3,38)	69 (8,34)	85 (10,28)	143 (17,29)
Metadona	2 (0,24)	5 (0,60)	5 (0,60)	7 (0,85)
Opiáceos	9 (1,08)	7 (0,85)	13 (1,57)	16 (1,93)
Sedantes	39 (4,71)	46 (5,56)	42 (5,08)	47 (5,68)
Estimulantes	18 (2,18)	58 (7,01)	17 (2,06)	40 (4,84)

### 5.3. Diagnósticos de otros trastornos psiquiátricos

En la Tabla 12 se muestran los diagnósticos de otros trastornos psiquiátricos no TUS (Trastorno por Uso de Sustancias) en los 827 sujetos. También en este caso, un mismo sujeto podía presentar más de un diagnóstico psiquiátrico no TUS.

**Tabla 12.- Otros trastornos psiquiátricos (actual y pasado) según criterios DSM-IV en los 827.**

<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>N</b>	<b>Dx PRISM N (%)</b>
Depresión	632	159 (25,16)
Manía	636	13 (2,04)
Pánico	632	20 (3,16)
Fobia Social	827	13 (1,57)
Fobia Simple	434	11 (2,53)
Psicosis	827	65 (7,86)
TDAH	56	15 (26,78)
TEPT	61	14 (22,95)
Distimia	802	10 (1,25)
Agorafobia	802	4 (0,50)
Ansiedad Generalizada	802	1 (0,12)

#### 5.4. Sensibilidad de la entrevista ECDD

La sensibilidad de la entrevista ECDD para detectar los distintos diagnósticos no TUS se describe en la Tabla 13.

Tabla 13.- Sensibilidad de la entrevista ECDD

<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>N</b>	<b>Dx PRISM N (%)</b>	<b>Dx ECDD N (%)</b>	<b>Sensibilidad (IC 95%)</b>
Depresión	632	159 (25,16)	217 (34,33)	0,82 (0,76-0,88)
Manía	636	13 (2,04)	51 (8,02)	0,85 (0,65-1)
Pánico	632	20 (3,16)	66 (10,44)	0,80 (0,62-0,98)
Fobia Social	827	13 (1,57)	94 (11,37)	0,92 (0,78-1)
Fobia Simple	434	11 (2,53)	21 (4,84)	0,91 (0,74-1)
Psicosis	827	65 (7,86)	112 (13,54)	0,80 (0,7-0,9)
TDAH	56	15 (26,78)	19 (33,93)	0,87 (0,69-1)
TEPT	61	14 (22,95)	21 (34,43)	0,86 (0,67-1)

Dx: Diagnósticos. PRISM: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders; ECDD: Entrevista de Cribado para Diagnóstico Dual; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEPT: Trastorno de Estrés Post Traumático

## 5.5. Especificidad de la entrevista ECDD

La especificidad de la entrevista ECDD se describe en la Tabla 14.

**Tabla 14.- Especificidad de la entrevista ECDD**

<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>N</b>	<b>Dx PRISM N (%)</b>	<b>Dx ECDD N (%)</b>	<b>Especificidad (IC 95%)</b>
Depresión	632	159 (25,16)	217 (34,33)	0,82 (0,78-0,85)
Manía	636	13 (2,04)	51 (8,02)	0,94 (0,92-0,96)
Pánico	632	20 (3,16)	66 (10,44)	0,92 (0,90-0,94)
Fobia Social	827	13 (1,57)	94 (11,37)	0,9 (0,88-0,92)
Fobia Simple	434	11 (2,53)	21 (4,84)	0,97 (0,96-0,99)
Psicosis	827	65 (7,86)	112 (13,54)	0,92 (0,9-0,94)
TDAH	56	15 (26,78)	19 (33,93)	0,85 (0,75-0,96)
TEPT	61	14 (22,95)	21 (34,43)	0,79 (0,66-1)

Dx: Diagnósticos. PRISM: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders; ECDD: Entrevista de Cribado para Diagnóstico Dual; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEPT: Trastorno de Estrés Post Traumático

## 5.6. Valor predictivo positivo y Valor predictivo negativo de la ECDD

Los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) de la ECDD se describen en la Tabla 15.

**Tabla 15.- Valores predictivos positivos (VPP) y Valores predictivos negativos (VPN) de la entrevista ECDD**

<b>Categoría Diagnóstica</b>	<b>N</b>	<b>Dx PRISM N (%)</b>	<b>Dx ECDD N (%)</b>	<b>VPP (IC 95%)</b>	<b>VPN (IC 95%)</b>
<b>Depresión</b>	632	159 (25,16)	217 (34,33)	0,6 (0,54-0,67)	0,93 (0,91-0,96)
<b>Manía</b>	636	13 (2,04)	51 (8,02)	0,22 (0,1-0,33)	1 (0,99-1)
<b>Pánico</b>	632	20 (3,16)	66 (10,44)	0,24 (0,14-0,35)	0,99 (0,99-1)
<b>Fobias social</b>	827	13 (1,57)	94 (11,37)	0,13 (0,06-0,2)	1
<b>Fobia Simple</b>	434	11 (2,53)	21 (4,84)	0,48 (0,26-0,69)	1 (0,99-1)
<b>Psicosis</b>	827	65 (7,86)	112 (13,54)	0,46 (0,37-0,56)	0,98 (0,97-0,99)
<b>TDAH</b>	56	15 (26,78)	19 (33,93)	0,68 (0,48-0,89)	0,95 (0,87-1)
<b>TEPT</b>	61	14 (22,95)	21 (34,43)	0,57 (0,36-0,78)	0,94 (0,87-1)

Dx: Diagnósticos. PRISM: Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders; ECDD: Entrevista de Cribado para Diagnóstico Dual; TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad; TEPT: Trastorno de Estrés Post Traumático

## 6- DISCUSION

La ECDD es una entrevista de cribado válida para la detección de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en los consumidores de sustancias de abuso. Sus características psicométricas, junto con la brevedad que requiere su entrenamiento y su administración convierten la ECDD en un instrumento adecuado para el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso en la práctica clínica. Además la disponibilidad de la versión informatizada facilita su administración y el manejo de la información que genera.

La capacidad de la ECDD de identificar los diagnósticos, a lo largo de la vida, de Depresión, crisis de angustia, déficit de atención e hiperactividad, Fobia Social y Fobia Simple, en una amplia muestra de consumidores de distintas sustancias de abuso, la distingue de las otras entrevistas de cribado disponibles, que están más centradas en sólo un tipo de sustancia de abuso (por ejemplo alcohol) o en un único diagnóstico psiquiátrico (por ejemplo Trastorno de Estrés Post Traumático) (Zimmermann et al., 2008; Lincoln et al., 2006). Además, los estudios previos de instrumentos de cribado que se han validado en población de consumidores de sustancias (Hides et al., 2006; Zimmerman et al., 2004) se han llevado a cabo en muestras de tamaño pequeño lo cual limita su validez. Por otra parte, instrumentos de cribado ampliamente utilizados, como el PHQ, no se han validado en población de consumidores de sustancias (Spitzer et al., 1999).

La ECDD ha mostrado poseer unas excelentes propiedades psicométricas para la mayoría de diagnósticos, con una sensibilidad igual o superior al 80% y una especificidad igual o superior al 79%. Así mismo, los valores predictivos negativos han sido excelentes para todos los diagnósticos. Por el contrario, sólo han sido buenos algunos valores predictivos positivos, aunque han sido en diagnósticos muy relevantes como la Depresión y la Psicosis. Es importante subrayar que en los diagnósticos en los que el valor predictivo positivo fue menor, la mayoría de los sujetos presentaban síntomas para el trastorno, aunque sin llegar a alcanzar el diagnóstico del trastorno utilizando criterios DSM-IV mediante la PRISM. Esto podría explicarse por el hecho de que puede haber una sintomatología subumbral en los trastornos por consumo de sustancias. Si no se consideran sólo los diagnósticos categoriales y se tienen en cuenta también “subdiagnósticos”, esta psicopatología subumbral puede revelar síntomas que quizás también requieren abordaje clínico. Alternativamente, tal y como sugieren otros investigadores, estos síntomas podrían corresponder al cuadro clínico propio de la enfermedad adictiva (Pani et al., 2010). Se requiere más investigación en esta área.

La ECDD proporciona diagnósticos a lo largo de la vida. Aunque aparentemente esto podría ser una desventaja para la asistencia clínica inmediata, en realidad tiene la ventaja de que facilita una información más completa del sujeto, y puede alertar al clínico sobre los trastornos que el sujeto podría padecer. Esta información podría ser muy útil para los clínicos que trabajan en centros no especializados.

Los puntos fuertes del estudio son los siguientes: 1) la amplia muestra de sujetos para la mayoría de los diagnósticos; 2) la inclusión de población clínica (hospitalizados y ambulatorios en centros de atención comunitarios) y no clínica (sujetos que no solicitan tratamiento); 3) el rango amplio de sustancias de abuso incluidas (heroína, cocaína, éxtasis, cannabis, alcohol); 4) el foco en los trastornos psiquiátricos comórbidos más prevalentes en los consumidores de sustancias de abuso (Trastornos del estado de ánimo, Ansiedad y Psicóticos); y 5) el uso de criterios DSM-IV-TR obtenidos mediante la entrevista PRISM como patrón oro.

Las principales limitaciones a considerar son: 1) La ECDD no diferencia entre trastornos primarios y trastornos inducidos por sustancias, 2) no se evalúan los Trastornos de personalidad, que es una patología frecuente entre los consumidores de sustancias (van den Bosch et al., 2007); 3) no se han podido evaluar otros diagnósticos menos frecuentes como la Distimia, la Agorafobia y el Trastorno de Ansiedad generalizada, debido a los pocos casos encontrados en la muestra que cumplieren los diagnósticos DSM-IV-TR según la PRISM; 4) aunque la mayoría de los sujetos de la muestra eran consumidores de tabaco, no se ha analizado el Trastorno por dependencia de nicotina. Finalmente, 5) no se ha llevado a cabo la fiabilidad test-retest, que será necesario realizar en un futuro.

Así pues, la ECDD es un instrumento de cribado válido y fácil de administrar para detectar comorbilidad psiquiátrica en consumidores de sustancias. El cribado adecuado de otros trastornos psiquiátricos en los

consumidores de sustancias de abuso facilitará su identificación temprana y la implementación de los tratamientos adecuados, mejorando el pronóstico tanto de los Trastornos por Uso de Sustancias como de los otros trastornos psiquiátricos concomitantes.

## **7. Conclusiones**

- 1- La Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD) es un instrumento de cribado válido para la detección de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en los consumidores de sustancias: Depresión, Psicosis, Pánico, Manía, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, Fobia Social, Fobia Simple y Trastorno por Estrés Post Traumático.
- 2- La ECDD muestra una sensibilidad y especificidad igual o superior al 80% en todos los diagnósticos evaluados.
- 3- La ECDD se administra en 20 minutos o menos en la mayoría de los consumidores de sustancias.
- 4- La ECDD puede ser administrada por personal no especializado tras un curso de entrenamiento breve (90 minutos).
- 5- La disponibilidad de la versión informatizada de la ECDD facilita su administración y el manejo de la información que genera.
- 6- Las características psicométricas y la facilidad de administración convierten la ECDD en un instrumento adecuado para el diagnóstico de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias en la práctica clínica habitual.



## 8- Bibliografía

Abram KM and Teplin LA. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees: implications for public policy. *Am Psychologist*, 4, 1036-1045.

Aharonovich E, Liu X, Nunes E, and Hasin DS. (2002). Suicide attempts in substance abusers: effects of major depression in relation to substance use disorders. *Am J Psychiatry*, 159,1600-1602.

American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed. (Washington, DC: American Psychiatric Press).

American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3rd ed, rev. (Washington, DC: American Psychiatric Press).

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. (Washington, DC: American Psychiatric Press).

American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed -TR. (Washington, DC: American Psychiatric Press).

Appleby L. (2000). Drug misuse and suicide: A tale of two services. *Addiction*, 95,175-177.

Astals M, Domingo-Salvany A, Buenaventura CC, Tato J, Vazquez JM, Martín-Santos R, Torrens M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroin users seeking treatment. *Subst Use Misuse*, 43, 612-632.

Broadhead WE, Leon AC, Weissman MM, Barrett JE, Blacklow RS, Gilbert TT, Keller MB, Olfson M, Higgins ES. (1995). Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. *Arch Fam Med*, 4, 211-219.

Bryant KJ, Rounsaville BJ, Spitzer RL and Williams JBW. (1992). Reliability of dual diagnosis: substance dependence and psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*, 180, 251–257.

Carey MP, Carey KB, Maisto SA, Gordon CM and Vanable PA. (2001). Prevalence and correlates of sexual activity and HIV-related risk behavior among psychiatric outpatients. *J Consult Clin Psychol*, 69, 846-850.

Castel S, Rush B, Kennedy S, Fulton K, Toneatto T. (2007). Screening for mental health problems among patients with substance use disorders: preliminary findings on the validation of a self-assessment instrument. *Can J Psychiatry*, 52, 22-27.

Caton CL, Shrout PE, Eagle PF, Opler LA, Felix A and Dominguez B. (1994). Risk factors for homelessness among schizophrenic men: a case-control study. *Am J Public Health*, 84, 265-270.

Cuffel B, Shumway M and Chouljian T. (1994). A longitudinal study of substance use and community violence in schizophrenia. *J Nerv Mental Dis*, 182, 704-708.

Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J and Kotrla KJ. (2003). Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Ann Emerg Med*, 41, 659-667.

Diez-Quevedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RI. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1.003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Med*, 63, 679-686.

Endicott J and Spitzer RL. (1978). A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 35, 837-844.

ESEMeD/MHEDEA-2000 investigators. (2004). Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders /ESEMeD Project). *Acta Psychiatr Scand*, 109 (Suppl. 420), 8-20.

Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA Jr, Winokur G, and Munoz R (1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry*, 26, 57-63.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1999a). Entrevista clínica estructurada para los Trastornos del eje I del DSM-IV. Versión clínica. Barcelona: Masson.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. (1999b). Entrevista clínica estructurada para los Trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV. Barcelona: Masson.

Gilchrist G, Blazquez A, Torrens M. (2011). Psychiatric, Behavioural and Social Risk Factors for HIV Infection Among Female Drug Users. *AIDS Behav.* [Epub ahead of print]

Grant BF, Dawson DA and Hasin DS. (2001). The Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-DSM-IV Version. Bethesda, Md: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Grant DF, Dawson DA, Stinson FS, Chou PS, Kay W, Pickering R. (2003). The alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-IV (AUDADIS-IV): reliability of alcohol consumption, tobacco use, family history of depression and psychiatric diagnostic modules in a general population sample. *Drug Alcohol Depend*, 71, 7-16.

Hasin D, Trautman K, Miele G, Endicott J. (2001). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM). New York: New York State Psychiatric Institute/Columbia University.

Hasin DS, Trautman KD, Miele GM, Samet S, Smith M, Endicott J. (1996). Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders (PRISM): reliability for substance abusers. *Am J Psychiatry* 1996, 153,1195-1201.

Hasin DS, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K and Waxman R. (2006). Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 163, 689-696.

Herrero MJ, Domingo-Salvany A, Torrens M, Brugal MT, Gutiérrez F; Itinere Investigators. (2008). Personality profile in young current regular users of cocaine. *Subst Use Misuse*, 43, 1378-1394.

Hides L, Lubman DI, Elkins K, Catania LS, Rogers N. (2007). Feasibility and acceptability of a mental health screening tool and training programme in the youth alcohol and other drug (AOD) sector. *Drug Alcohol Rev*, 26, 509-15.

Janca A, Ustun TB, and Sartorius N. (1994). New versions of World Health Organization instruments for the assessment of mental disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 90, 73-83.

Kadden R, Kranzler H and Rounsaville B. (1995). Validity of the distinction between “substance-induced” and “independent” depression and anxiety disorders. *Am J Addict*, 4, 107–117.

Kessler RC, Abelson J, Demler O, Escobar JI, Gibbon M, Guyer ME, Howes MJ, Jin R, Vega WA, Walters EE, Wang P, Zaslavsky A, Zheng H. (2004a) Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Mental Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (WMHCIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 13(2),122-139.

Kessler RC, Ustun TB. (2004b). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*, 13(2), 93-121.

Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res*, 16, 52-65.

King VL, Kidorf MS, Stoller KB and Brooner RK. (2000). Influence of psychiatric comorbidity on HIV risk behaviors: changes during drug abuse treatment. *J Addict Dis*, 19, 65-83.

Kranzler HR, Kadden RM, Babor TF, Tenne H and Rounsaville BJ. (1996). Validity of the SCID in substance abuse patients. *Addiction* 91, 859–868.

Kranzler HR, Tennen H, Babor TF, Kadden RM and Rounsaville BJ. (1997). Validity of the longitudinal, expert, all data procedure for psychiatric diagnosis in patients with psychoactive substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 45, 93–104

- Lambert MT, LePage JM and Schmitt AL. (2003). Five-year outcomes following psychiatric consultation to a tertiary care emergency room. *Am J Psychiatry*. 160, 1350-1353.
- Lincoln AK, Liebschutz JM, Chernoff M, Nguyen D, Amaro H. (2006). Brief screening for co-occurring disorders among women entering substance abuse treatment. *Subst Abuse Treat Prev Policy*; 1: 26.
- Martín-Santos R, Torrens M, Poudevida S, Langohr K, Cuyás E, Pacifici R, Farré M, Pichini S, de la Torre R. (2010) 5-HTTLPR polymorphism, mood disorders and MDMA use in a 3-year follow-up study. *Addict Biol*,15(1), 15-22.
- Martín-Santos R, Fonseca F, Domingo-Salvany A, Ginés JM, Imaz ML, Navinés R, Pascual JC, Torrens M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *European Journal Psychiatry*, 20,147-156.
- Nocon A, Bergé D, Astals M, Martín-Santos R, Torrens M. (2007). Dual diagnosis in an inpatient drug-abuse detoxification unit. *Eur Addict Res*,13,192-200.
- Nunes EV, Hasin DS (1998) Overview of diagnostic methods: diagnostic criteria. Structured and semistructured interviews, and biological markers. En: Kranzler HR, Rounsaville BJ, editores. *Dual diagnosis and treatment*. New York: Marcel Dekker, Inc; 55-85.
- Organización Mundial de la Salud (1992) *Classification of Mental and Behavioral Disorders-Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*, (WHO, Geneva).
- Organización Mundial de la Salud (1998) *Composite International Diagnostic Interview (CIDI): Core, Version 2.1* (WHO, Geneva).
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), Version 2.1*. Geneva: Author
- Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C and Corkery J (1999) Suicide among drug addicts in the United Kingdom. *Br J Psychiatry*, 175, 277-282.

Pani PP, Maremmani I, Trogu E, Gessa GL, Ruiz P, Akiskal HS. (2010). Delineating the psychic structure of substance abuse and addictions: should anxiety, mood and impulse-control dysregulation be included? *J Affect Disord*, 122, 185-197.

Pérez B, García L, de Vicente MP, Oliveras MA. (2010). Validación del Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) en una muestra de pacientes alcohólicos españoles. (Validation of the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ) in a Spanish sample of alcoholic patients.). *Adicciones*, 22, 199-206.

Robins LN, HelzerJE, Croughan JL, Ratcliff KS. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history, characteristics and validity. *Arch Gen Psychiatry*, 38,381-9.

Robins LN, Regier DA (1991) *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiologic Catchment Area Study*. New York: The Free Press.

Robins LN, Cottler LB, Bucholz KK, Compton WM, North CS, and Rourke KM (2000). *Diagnostic Interview Schedule for the DSM-IV (DIS-IV)*.

<http://epi.wustl.edu/DIS/DIShome.HTM>

Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J. (1988). The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry*, 45, 1069-1077.

Rodríguez-Llera MC, Domingo-Salvany A, Brugal MT, Silva TC, Sánchez-Nubió A, Torrens M & ITINERE Investigators. (2006). Psychiatric comorbidity in young heroin users. *Drug Alcohol Depend*, 84, 48-55.

Rosenberg SD, Goodman LA, Osher FC, Swartz MS, Essock SM, Butterfield MI, Constantine NT, Wolford GL and Salyers MP. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *Am J Public Health*, 91, 31-37.

Ross H, Swinson R, Doumani S and Larkin E. (1995). Diagnosing comorbidity in substance abusers. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 21, 176–185.

Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, Budde D, Prusoff B and Gawin F. (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 43–51.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J.Clin.Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33.

Sociedad Española de Psiquiatría. (2004) Consenso de patología dual. Barcelona, Psiquiatría Editores SL, 2004; pp: 53-64.

Spitzer RL. (1983). Psychiatric diagnosis: Are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry*, 24, 399-411.

Spitzer RL, Endicott J and Robins E. (1978). Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 35, 773–782.

Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M and First MB. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), I: history, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 624–629.

Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV 3rd, Hahn SR, Brody D, Johnson JG. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA*, 272, 1749-1756.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW. (1999). Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD: the PHQ primary care study. *JAMA*, 282, 1737-1744.

Torrens M, Fonseca F, Mateu G and Farre M. (2005). Efficacy of antidepressants in substance use disorders with and without comorbid depression. A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 78,1-22.

Torrens M, Martin-Santos R, Samet S. (2006). Importance of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotox Res*, 10, 253-261.

Torrens M, Serrano D, Astals M, Perez-Dominguez G, Martin-Santos R. (2004). Diagnosing comorbid psychiatric disorders in substance abusers: validity of the Spanish versions of the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders & the Structured Clinical Interview for DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 161, 1231-1237.

Torrens M, Serrano D, Martín-Santos R, Castillo C. (2002). *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders*. Versión en Español 3.1., Barcelona.

van den Bosch LM, Verheul R. (2007). Patients with addiction and personality disorder: Treatment outcomes and clinical implications. *Curr Opin Psychiatry*, 20, 67-71.

Vazquez C, Munoz M and Sanz J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatr Scand*, 95, 523-530.

Weiss RD, Mirin SM and Griffin ML. (1992). Methodological considerations in the diagnosis of coexisting psychiatric disorders in substance abusers. *Br J Addict*, 87,179-187.

Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B and Wittchen H-U. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 49, 630–636.

Zimmerman M, Mattia JI. (2001a). A self-report scale to help make psychiatric diagnosis: the Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 787-794.

Zimmerman M, Mattia JI. (2001b). The Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire: development, reliability and validity. *Compr Psychiatry*, 42, 175-189.

Zimmerman M, Sheeran T, Chelminski I, Young D. (2004). Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 26,181-188.

Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, Posternak MA. (2008). A clinically useful depression outcome scale. *Compr Psychiatry*, 49, 131-140.

Zimmerman M, Sheeran T, Chelminski I, Young D. (2004). Screening for psychiatric disorders in outpatients with DSM-IV substance use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 26,181-188.



## 9- ANEXOS

### ANEXO I. Sección Cribado (SC) de la entrevista CIDI v3.0.

**F\*SC8.** Las siguientes preguntas son sobre su salud en general., incluyendo a la vez su salud física y su salud mental.

En general., ¿diría usted que su salud es excelente, muy buena, buena, regular, o mala?

EXCELENTE.....	1
MUY BUENA.....	2
BUENA .....	3
REGULAR.....	4
MALA .....	5
NO SABE.....	8
REHUSA .....	9

---

**F\*SC9.** ¿Cómo diría usted que es su salud actual., comparada con la de hace un año?,  
¿Mucho mejor ahora que hace un año, algo mejor ahora que hace un año, algo peor ahora que hace un año, mucho peor ahora que hace un año?

MUCHO MEJOR AHORA .....	1
ALGO MEJOR AHORA .....	2
(SI ESPONT) MÁS O MENOS IGUAL	3
ALGO PEOR AHORA.....	4
MUCHO PEOR AHORA .....	5
NO SABE .....	8
REHUSA .....	9

	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
F*SC10. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	1	5	8	9
F*SC11. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	1	5	8	9
F*SC12. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional., como estar triste, deprimido(a) o nervioso(a)?	1	5	8	9
F*SC13. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre a causa de algún problema emocional., como estar triste, deprimido(a) o nervioso(a)?	1	5	8	9

F\*SC14. Durante las cuatro últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual., incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas – nada, un poco, regular, bastante, mucho?

NADA ..... 1  
UN POCO..... 2  
REGULAR..... 3  
BASTANTE..... 4  
MUCHO ..... 5  
NO SABE ..... 8  
REHUSA ..... 9

---

F\*SC15. ¿Cuánto le limita su salud actual para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora – mucho, un poco, o nada?

MUCHO ..... 1  
UN POCO..... 2  
NADA..... 3  
NO SABE ..... 8  
REHUSA ..... 9

---

F\*SC16. ¿Cuánto le limita su salud actual para subir varios pisos por la escalera – mucho, un poco, o nada?

MUCHO ..... 1  
UN POCO..... 2  
NAD A..... 3  
NO SABE ..... 8

F\*SC17.

	(Siempre, casi siempre, muchas veces, algunas veces, solo alguna vez, o nunca?)							
	SIEMPRE (1)	CASI SIEMPRE (2)	MUCHAS VECES (3)	ALGUNAS VECES (4)	SOLO ALGUNA VEZ (5)	NUNCA (6)	NS (8)	RH (9)
F*SC17a. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió calmado(a) y tranquilo(a)?	1	2	3	4	5	6	8	9
F*SC17b. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6	8	9
F*SC17c. Durante las <u>cuatro últimas semanas</u> , ¿cuánto tiempo se sintió desanimado(a) y triste?	1	2	3	4	5	6	8	9

F\*SC18. Durante las cuatro últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales, como visitar a los amigos o familiares – siempre, casi siempre, algunas veces, sólo alguna vez, o nunca?

- SIEMPRE ..... 1
- CASI SIEMPRE ..... 2
- ALGUNAS VECES ..... 3
- SOLO ALGUNA VEZ ..... 4
- NUNCA ..... 5
- NO SABE ..... 8
- REHUSA ..... 9

---

F\*SC19. Las siguientes preguntas son sobre problemas de salud que usted puede haber tenido en algún momento de su vida. Es importante para este estudio que usted se tome su tiempo para pensar antes de contestar. ¿Esta listo(a) para empezar?

ENTREVISTADOR: LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DESPACIO	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
F*SC20.¿Alguna vez en su vida ha tenido una <u>crisis de miedo o Ansiedad</u> en que de repente se sintió muy asustado(a), ansioso(a) o intranquilo(a)?	1 PASE A F*SC21	5	8	9
F*SC20a.¿Alguna vez ha tenido una crisis en que de repente <ul style="list-style-type: none"> <li>• se sintió muy incómodo(a),</li> <li>• tuvo sensación de falta de aire, se sintió mareado(a), tuvo náuseas, o tuvo latidos fuertes del corazón,</li> <li>• o pensó que podría perder el control, morir o volverse loco(a)?</li> </ul>	1	5	8	9
F*SC21.¿Alguna vez en su vida ha tenido un periodo de varios días o más en que se encontraba <u>triste, vacío(a) o deprimido(a)</u> la mayor parte del día?	1	5 PASE A F*SC22	8 PASE A F*SC22	9 PASE A F*SC22
F*SC21a.¿Alguna vez en su vida ha tenido un periodo que durara dos años o más en que la mayoría de los días se sentía triste o deprimido(a) o desanimado(a) acerca de cómo iban las cosas en su vida?	1 PASE A F*SC24	5 PASE A F*SC24	8 PASE A F*SC24	9 PASE A F*SC24
F*SC22. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días o más en que la mayor parte del día se encontraba <u>muy desanimado(a)</u> por como iban las cosas en su vida?	1	5 PASE A F*SC23	8 PASE A F*SC23	9 PASE A F*SC23
F*SC22a.¿Alguna vez ha tenido un periodo de dos años o más en que la mayoría de los días se sentía muy desanimado(a) acerca de cómo iban las cosas en su vida?	1 PASE A F*SC24	5 PASE A F*SC24	8 PASE A F*SC24	9 PASE A F*SC24
F*SC23. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días o más en que <u>perdió el interés</u> en la mayoría de las cosas de las que generalmente disfrutaba como el trabajo, aficiones y las relaciones personales?	1	5	8	9
F*SC24. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de cuatro días o más en que estaba tan <u>contento(a) o excitado(a)</u> que se metió en problemas, que otras personas se preocupaban por usted, o que un médico le dijo que estaba Maníaco(a) o eufórico(a)?	1	5	8	9
F*SC25. ¿Alguna vez en su vida ha tenido usted un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba muy <u>irritable, gruñón/a</u> o de <u>mal humor</u> ?	1	5 PASE A F*SC26	8	9

	<b>SI (1)</b>	<b>NO (5)</b>	<b>NS (8)</b>	<b>RH (9)</b>
F*SC25a. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba tan irritable que discutía con otras personas, chillaba mucho o llegó a pegar a alguien?	1	5	8	9
<b>F*SC26.</b> ¿Alguna vez ha tenido un periodo en su vida en que se preocupaba mucho más por las cosas que otras personas que tenían los mismos problemas que usted?	1 <b>PASE A F*SC27</b>	5	8	9
F*SC26a.¿Alguna vez ha tenido un periodo en su vida en que estaba mucho más <u>nervioso(a) o ansioso(a)</u> que la mayoría de las otras personas con los mismos problemas que usted?	1 <b>PASE A F*SC27</b>	5	8	9
F*SC26b. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de seis meses o más en que estaba ansioso(a) o preocupado(a) la mayoría de los días?	1	5	8	9

**ENTREVISTADOR: LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DESPACIO**

**F\*SC27.** (LÁMINAS) Mire en esta lámina que le doy. Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar que saben que no hay peligro real. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a alguna de las siguientes cosas?

	<b>SI (1)</b>	<b>NO (5)</b>	<b>NS (8)</b>	<b>RH (9)</b>
F*SC27a. Primero, insectos, serpientes, perros, o cualquier otro animal	1	5	8	9
F*SC27b. Segundo, <u>estar en aguas tranquilas</u> , como una <u>piscina</u> o un <u>lago</u> , o fenómenos atmosféricos, como <u>tormentas</u> , <u>truenos</u> o <u>relámpagos</u>	1	5	8	9
F*SC27c. Tercero, ir al <u>dentista</u> o al <u>médico</u> , ponerse una <u>inyección</u> , ver <u>sangre</u> o <u>heridas</u> , o estar en un hospital o una consulta de un médico	1	5	8	9
F*SC27d. Cuarto, <u>espacios cerrados</u> , como <u>cuevas</u> , <u>túneles</u> , <u>armarios</u> , o <u>ascensores</u>	1	5	8	9
F*SC27e. Quinto, <u>alturas</u> como <u>tejados</u> , <u>balcones</u> , <u>puentes</u> , o <u>escaleras altas</u>	1	5	8	9
F*SC27f. Sexto, a <u>volar</u> o a <u>viajar en avión</u> o a los <u>aviones</u>	1	5	8	9

**F\*SC28.** CONTROL ENTREVISTADOR (VER SERIES **F\*SC27a - 27f**):

AL MENOS UNA RESPUESTA 'SI' EN SERIES **F\*SC27a - F\*SC27f** .... 1

ENTREVISTADOR: LEA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DESPACIO	SI (1)	NO (5)	NS (8)	RH (9)
<b>F*SC29.</b> (LÁMINAS) Ahora mire en esta otra lámina. ¿Ha habido alguna vez en su vida en que tuvo mucho miedo a situaciones sociales o actuaciones en público como dar una conferencia, conocer personas nuevas, ir a fiestas, hablar en público en una reunión, tener una cita para salir con alguien, o utilizar baños públicos?	1	5	8	9
<b>F*SC30.</b> (LÁMINAS) Ahora el otro lado de la lámina ¿Ha habido alguna vez en su vida en que tuvo mucho miedo de estar entre <u>multitudes</u> , ir a <u>lugares públicos</u> , viajar <u>solo(a)</u> , o viajar <u>lejos de casa</u> ?	1	5	8	9

F\*SC31. Las siguientes preguntas son sobre problemas que generalmente empiezan en la niñez o la adolescencia. Durante los primeros años en la escuela– digamos entre los 6 y los 10 años -- ¿hubo alguna vez un periodo de seis meses o más en que tuvo muchos más problemas que la mayoría de los otros niños en concentrarse o mantener la atención – como ser incapaz de concentrarse o mantener la atención en lo que estuviera haciendo, perder rápidamente el interés en los juegos o el trabajo, tener dificultades en terminar lo que había empezado sin distraerse, o no escuchar cuando otras personas le hablaban?

- SI.....1
- NO..... 5
- NO SABE..... 8
- REHUSA ..... 9

F\*SC32. Algunos niños(as) son muy inquietos(as) e intranquilos(as) y tan impacientes que con frecuencia interrumpen a las personas y tienen dificultades para esperar su turno. ¿Ha tenido un periodo de seis meses o más en su niñez en que fuera así?

- SI..... 1
- NO..... 5
- NO SABE..... 8
- REHUSA ..... 9

---

F\*SC33. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de seis meses o más durante su niñez o adolescencia en que con frecuencia hizo cosas que provocaron que otras personas se enfadaran con usted como tener pataletas o perder la paciencia, discutir o “contestar de mala manera” a los adultos, desobedecer las órdenes de los profesores o padres, molestar a otras personas a propósito, u ofenderse con facilidad o estar muy irritable?

- SI..... 1
- NO..... 5
- NO SABE..... 8
- REHUSA..... 9

F\*SC34. Algunos niños(as) tienen dificultades para separarse de sus padres u otros familiares. Por ejemplo, se alteran mucho cuando están lejos de estas personas, se preocupan mucho de que alguna cosa mala pudiera ocurrir que les separaría de estas personas, o quieren quedarse en casa y no ir a la escuela o algún otro lugar sin estas personas. ¿Alguna vez tuvo problemas como éstos durante un mes o más en su niñez?

- SI..... 1
- NO..... 5
- NO SABE..... 8
- REHUSA..... 9

---

F\*SC35. ENTREVISTADOR: ESTA PREGUNTA, A DIFERENCIA DE LAS ANTERIORES, SE REFIERE A LA EDAD ADULTA. Algunas personas tienen dificultades para separarse de un familiar, de su pareja o de un amigo(a) íntimo(a). Por ejemplo, se alteran mucho cuando están lejos de esta persona, temen que esta persona los abandone, y son demasiado dependientes o “se pegan” mucho a ellas. ¿Alguna vez tuvo un periodo de un mes o más en que tuvo problemas de este tipo?

- SI..... 1
- NO..... 5
- NO SABE..... 8
- REHUSA..... 9

## G- EVALUACIÓN INICIAL DE PSICOSIS (PS)

<b>G*PS1.</b> Las siguientes preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.	<b>SI (1)</b>	<b>NO (5)</b>	<b>NS (8)</b>	<b>RH (9)</b>
<p><b>G*PS1a.</b> La primera experiencia es tener una visión -- es decir, ver algo que no estaba realmente allí y que otras personas no podían ver. Por favor no incluya las veces que esto sucedió cuando usted estaba soñando o medio dormido(a) o bajo la influencia del alcohol o drogas. Teniendo en cuenta que estas situaciones no se incluyen, ¿alguna vez ha tenido una visión que otras personas no pudieran ver?</p> <p>[Frase clave: <b>VIÓ VISIONES</b>]</p>	1	5	8	9
<p><b>G*PS1b.</b> La segunda experiencia es oír voces que otras personas no podían oír. No me refiero a tener buen oído, sino a oír cosas que otras personas decían que no existían, como voces extrañas que venían de dentro de su cabeza hablándole o diciendo cosas acerca de usted, o voces que venían de fuera cuando no había nadie alrededor. Por favor, no incluya las veces que esto sucedió cuando usted estaba soñando o medio dormido(a) o bajo la influencia del alcohol o drogas. Teniendo en cuenta que estas situaciones no se incluyen, ¿alguna vez ha oído voces?</p> <p>[Frase clave: <b>OYÓ VOCES</b>]</p>	1	5	8	9
<p><b>G*PS1c.</b> La tercera experiencia tiene que ver con el control de la mente. Por ejemplo, creer que alguna fuerza misteriosa le estaba introduciendo directamente a su cabeza a través de rayos- x o rayos láser u otros métodos muchos pensamientos extraños – que claramente no eran sus propios pensamientos –. Otro ejemplo es creer que sus propios pensamientos estaban siendo robados de su mente por alguna fuerza extraña. ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas experiencias de control de la mente?</p> <p>[Frase clave: <b>EXPERIMENTÓ CONTROL DE LA MENTE</b>]</p>	1	5	8	9
<p><b>G*PS1d.</b> La cuarta experiencia es sentir que su mente había sido poseída por fuerzas extrañas, con rayos láser o de otras maneras, que le obligaban a hacer cosas que usted no quería hacer. Tampoco incluya las veces que esto sucedió cuando usted estaba soñando o medio dormido(a) o bajo la influencia de alcohol o drogas. Teniendo en cuenta que estas situaciones no se incluyen, ¿alguna vez ha pasado un periodo en que sentía que su mente estaba dominada por fuerzas extrañas?</p> <p>[Frase clave: <b>SINTIÓ QUE LA MENTE ESTABA POSEÍDA POR FUERZAS EXTRAÑAS</b>]</p>	1	5	8	9

	<b>SI (1)</b>	<b>NO (5)</b>	<b>NS (8)</b>	<b>RH (9)</b>
<p><b>G*PS1e.</b> La quinta experiencia es creer que alguna fuerza extraña estaba intentado comunicarse directamente con usted enviándole signos o señales especiales que usted podía entender pero que nadie más podía entender. Algunas veces esto ocurre a través de señales especiales que vienen a través de la radio o televisión. ¿Alguna vez ha experimentado estos tipos de intentos de comunicación por parte de fuerzas extrañas?</p> <p>[Frase clave: <b>EXPERIMENTÓ INTENTOS DE COMUNICACIÓN POR PARTE DE FUERZAS EXTRAÑAS</b>]</p>	1	5	8	9
<p><b>G*PS1f.</b> Sexto, ¿alguna vez pensó que había una conspiración para hacerle daño o para perseguirle, que su familia y amigos no creyeran que existiera?</p> <p>[Frase clave: <b>PENSÓ QUE HABÍA UN COMLOT PARA HACERLE DAÑO</b>]</p>	1	5	8	9

**G\*PS2. CONTROL ENTREVISTADOR: VER G\*PS1a - G\*PS1f**

1 O MÁS RESPUESTAS “SI” EN PS1a-PS1f.....1  
 TODAS LAS DEMÁS..... 2 **PASE A LA SECCIÓN SIGUIENTE (H).**

**G\*PS3.** Permítame que revise. Usted (FRASE CLAVE PARA TODAS LAS MENCIONADAS EN **G\*PS1a - G\*PS1f**). ¿Cuántos años tenía la primera vez que tuvo (esto/estas cosas/alguna de estas cosas)?

\_\_\_\_\_ AÑOS

**G\*PS4.** ¿Ha tenido (esto/estas cosas/alguna de estas cosas) en algún momento durante los últimos 12 meses?

SI..... 1  
 NO..... 5 **PASE A G\*PS7.**  
 NO SABE..... 8 **PASE A G\*PS7.**  
 REHUSA..... 9 **PASE A G\*PS7.**

**G\*PS5.** Aproximadamente, ¿cuántos días ha tenido (esto/estas cosas/alguna de estas cosas) en los últimos 12 meses?

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE VECES

**G\*PS6.** Aproximadamente, ¿cuántas veces ha tenido (esto/estas cosas/alguna de estas cosas) en toda su vida?.

\_\_\_\_\_ NÚMERO DE VECES

ENTREVISTADOR: ANOTE UN NÚMERO ENTRE 1 Y 999.

**G\*PS7.** ¿Alguna vez ha consultado a un médico o un profesional de la salud mental para pedir ayuda para (esta/estas) experiencia(s)?

- SI..... 1  
NO..... 5 **PASE A LA PAG 15, SECCIÓN SIGUIENTE (H)**  
NO SABE..... 8 **PASE A LA PAG 15, SECCIÓN SIGUIENTE (H)**  
REHUSA..... 9 **PASE A LA PAG 15, SECCIÓN SIGUIENTE (H)**

---

**G\*PS8.** ¿Cuál le dijo el médico que era la causa de (esta/estas) experiencia(s)?

ENTREVISTADOR: MARQUE TODAS LAS MENCIONADAS

- ESQUIZOFRENIA/PSICOSIS*..... 1  
*TR. MANÍACO-DEPRESIVO/MANÍA*..... 2  
*EMOCIONES/NERVIOS/SALUD MENTAL* ..... 3  
*ENFERMEDAD FÍSICA/ DAÑO FÍSICO/LESIÓN* ..... 4  
*MEDICACIÓN/DROGAS/ALCOHOL* ..... 5  
*OTRAS (ESPECIFICAR)* ..... 6  
*NO SABE* ..... 8  
*REHUSA*..... 9

---

**G\*PS9.** ¿Alguna vez ha sido hospitalizado(a) debido a (esta/estas) experiencia(s)?

- SI..... 1  
NO..... 5  
NO SABE..... 8  
REHUSA..... 9

---

**G\*PS10.** ¿Alguna vez tomó medicamentos para esta/estas experiencias?

- SI..... 1  
NO..... 5 **PASE A LA PAG 15, SECCIÓN SIGUIENTE (H)**  
NO SABE..... 8 **PASE A LA PAG 15, SECCIÓN SIGUIENTE (H)**  
REHUSA..... 9 **PASE A LA PAG 15, SECCIÓN SIGUIENTE (H)**

**G\*PS10a.** ¿Ha tomado algún medicamento de estos en los últimos 12 meses?

SI.....1  
NO .....5  
NO SABE.....8  
REHUSA.....9

## **H- CRIBAJE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD**

H\*P1. Ahora, voy a leerle una serie de frases que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Responda verdadero o falso a cada frase. La respuesta mejor generalmente es la que primero le viene a la mente, por lo tanto no se tome mucho tiempo para pensar antes de responder. Aquí viene la primera frase.

<b>(SI NEC: ¿Diría que esto es VERDADERO o FALSO en usted?)</b>	<b>V (1)</b>	<b>FALSO (5)</b>	<b>NS (8)</b>	<b>RH (9)</b>
<b>H*P1. Muestro mis sentimientos a todo el mundo. ¿Diría que esto es VERDADERO o FALSO en usted?</b>	1	5	8	9
<b>H*P2. Tengo relaciones muy intensas que no duran mucho tiempo.</b>	1	5	8	9
<b>H*P3. Con frecuencia me siento “vacío(a)” por dentro.</b>	1	5	8	9
<b>H*P4. Mi estado de ánimo es muy variable.</b>	1	5	8	9
<b>H*P5. Dar rienda suelta a mis impulsos me trae problemas.</b>	1	5	8	9
<b>H*P6. Tengo rabietas o explosiones de cólera.</b>	1	5	8	9
<b>H*P7. Cuando estoy estresado, las cosas a mi alrededor no parecen reales.</b>	1	5	8	9
<b>H*P8. Me voy a extremos para intentar evitar que las personas me dejen.</b>	1	5	8	9
<b>H*P9. No puedo decidir que tipo de persona me gustaría ser.</b>	1	5	8	9
<b>H*P10. No he sido arrestado(a).</b>	1	5	8	9
<b>H*P11. A veces he hecho cosas que podrían hacer arrestar a una persona</b>	1	5	8	9
<b>H*P12. Habitualmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien.</b>	1	5	8	9
<b>H*P13. A veces no he mantenido un trabajo, incluso cuando se esperaba que lo hiciera</b>	1	5	8	9
<b>H*P14. Mentiré o engañaré a alguien si me es útil para mis objetivos.</b>	1	5	8	9
<b>H*P15. Pierdo el control y me meto en peleas físicas</b>	1	5	8	9

(SI NEC: ¿Diría que esta frase es VERDADERA o FALSA en usted?)	V (1)	FALSO (5)	NS (8)	RH (9)
H*P16. Corro riesgos y hago cosas temerarias.	1	5	8	9
H*P17. Me es difícil no meterme en problemas	1	5	8	9
H*P18. A veces no cubro mis obligaciones económicas.	1	5	8	9
H*P19. A veces he hecho daño a cosas que no eran mías intencionadamente.	1	5	8	9
H*P20. Daría información falsa sobre mí mismo(a) si esto me ayudase o encontrar un trabajo o a impresionar a alguien	1	5	8	9
H*P21. Discuto o me peleo cuando las personas intentan evitar que haga alguna cosa que quiero.	1	5	8	9
H*P22. Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando.	1	5	8	9
H*P23. A veces me enfado tanto que rompo o destrozó cosas.	1	5	8	9
H*P24. Dejo a otros que tomen decisiones importantes en mi lugar.	1	5	8	9
H*P25. Habitualmente me siento incómodo(a) o desvalido(a) cuando estoy solo(a).	1	5	8	9
H*P26. A menudo busco consejo o que me tranquilicen en las decisiones diarias.	1	5	8	9
H*P27. Me encierro en mí mismo(a), incluso cuando hay otras personas alrededor.	1	5	8	9
H*P28. Las personas creen que soy demasiado estricto(a) con las normas y reglamentos.	1	5	8	9
H*P29. Las personas creen que soy muy estirado(a) o formal	1	5	8	9
H*P30. Me siento incómodo(a) o fuera de lugar en situaciones sociales.	1	5	8	9
H*P31. Las personas con frecuencia se ríen de mí a mis espaldas	1	5	8	9
H*P32. Prefiero las actividades que puedo hacer solo(a)	1	5	8	9
H*P33. He guardado rencor a algunas personas durante años.	1	5	8	9
H*P34. Estoy convencido(a) que hay un complot detrás de muchas cosas que pasan en el mundo.	1	5	8	9



## ANEXO II. Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos e historia toxicològica

Inicials del subjecte		Etiqueta pacient	
Data recollida informació			
<b><u>A- DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES</u></b>			
<b>A7. Nivell d'instrucció</b>			
	No sap llegir ni escriure	1	
	Estudis primaris incomplets, 5 primers cursos d'EGB o d'Educació Primària.	2	
	Estudis primaris, Certificat d'Escolaritat o Educació Primària	3	
	Batxillerat Elemental., Graduat Escolar o Educació Secundària Obligatòria (LOGSE)	4	
	Batxillerat Superior, BUP, COU; Batxillerat LOGSE, Formació Professional de 1r o 2n grau, FP de grau mitjà (LOGSE)	5	
	Altres titulacions per les quals es requereix Graduat Escolar, Educació Secundària Obligatòria o equivalents	6	
	Títol universitari de grau mitjà, 3 cursos aprovats d'una llicenciatura, FP de grau superior (LOGSE)	7	
	Títol universitari de grau superior	8	
	Altres titulacions per a les quals es requereix Batxillerat Superior, BUP o Batxillerat LOGSE	9	
	Desconegut	99	
<b>A8. Quants mesos ha treballat en els darrers 6 mesos?</b>			
<b>A10. N° de tencions darrers 6 mesos</b>			
<b>A11. N° d'ingressos a presó darrers 6 mesos</b>			
<b>A12. N° Mesos totals a pressó</b>			
<b>A5. Situació de residència</b>			
	Viu sol	1	
	Viu amb la família	2	
	Viu amb amics	3	
	Viu amb company/a	4	
	Viu en una institució	5	
	Especifiqueu: _____		
	Provisional / Sense domicili	6	
	Especifiqueu: _____		
	Altres	7	

**B- HISTÒRIA TOXICOLÒGICA****Alcohol**

B1. Edat d'inici de consum no problemàtic	
B2. Edat de consum problemàtic <sup>1</sup>	
B3. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B4. Consum diari en grams, actualment els dies que consumeix	
B4a. Període d'abstinència màxima (mesos)	
B4b. Període d'abstinència total (mesos)	

**Benzodiacepines**

B5. Edat d'inici de consum no problemàtic <sup>1</sup>	
B6. Edat de consum problemàtic	
B7. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B8. Consum diari en grams, actualment els dies que consumeix	
B9. Forma d'obtenció:	
Prescripció mèdica.	1
Il·legal	2
Ambdues	3
B9a. Període d'abstinència màxima (mesos)	
B9b. Període d'abstinència total (mesos)	

**Opiacis analgèsics (dextropropoxifè, buprenorfina, codeïna, morfina)**

B10. Edat d'inici de consum no problemàtic	
B11. Edat de consum problemàtic <sup>1</sup>	
B12. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B13. Consum diari en grams, actualment Els dies que consumeix	
B14. Via actual de consum	
Oral	1
Fumada	2
Inhalada.	3
Esnifada	4
Injectada	5
Altres	6
Desconegut	7
B14a. Període d'abstinència màxima (mesos)	

<sup>1</sup> Consum problemàtic = consum de la substància 4 dies a la setmana durant un mes o 3 dies seguits

B14b. Període d'abstinència total (mesos)	
---	--

<b>Estimulants (amfetamínic)</b>	
B15. Edat d'inici de consum no problemàtic	
B16. Edat de consum problemàtic <sup>1</sup>	
B17. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B18. Consum diari en grams, actualment Els dies que consumeix	
B19. Via actual de consum	
Oral	1
Fumada	2
Inhalada	3
Esnifada	4
Injectada	5
Altres	6
Desconegut	7
B19a. Període d'abstinència màxima (mesos)	
B19b. Període d'abstinència total (mesos)	
B19c. Via d'inici consum (codi igual que B19)	

<b>Cannabis</b>	
B20. Edat d'inici de consum no problemàtic	
B21. Edat de consum problemàtic <sup>1</sup>	
B23. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B24. Consum diari en grams, actualment Els dies que consumeix	
B24a. Període d'abstinència màxima (mesos)	
B24b. Període d'abstinència total (mesos)	
B24c. Via actual consum (codi igual que B19)	
B24d. Via d'inici consum (codi igual que B19)	

<b>Cocaïna</b>	
B25. Edat d'inici de consum no problemàtic	
B26. Via d'inici	
Oral	1
Fumada	2
Inhalada	3
Esnifada	4
Injectada	5
Altres	6
Desconegut	7
B27. Edat de consum problemàtic <sup>1</sup>	

B28. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B29. Consum diari en grams, actualment Els dies que consumeix	
B30. Via actual de consum (codi igual B26.)	
B30a. Període d'abstinència màxima (mesos)	
B30b. Període d'abstinència total (mesos)	

### Heroïna

B31. Edat d'inici de consum no problemàtic	
B32. Via d'inici	
Oral	1
Fumada	2
Inhalada	3
Esnifada	4
Injectada	5
Altres	6
Desconegut	7
B32b. Via actual consum (codi igual que B32)	
B33. Edat de consum problemàtic <sup>21</sup>	
B34. Dies de consum en els darrers 30 dies	
B35. Consum diari en grams, actualment Els dies que consumeix	
B35a. Període d'abstinència màxima (mesos)	
B35b. Període d'abstinència total (mesos)	

### B36. Droga principal (actual)

Alcohol	1
Cocaïna	2
Heroïna	3
Metadona	4
Benzodiazepines	5
Cànnabis	6
Estimulants (anfetamines)	7
Opiacis analgèsics	6
Estimulants (anfetamines)	7

<sup>1</sup> Consum problemàtic = consum de la substància 4 dies a la setmana durant un mes o 3 dies seguits

### ANEXO III. Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD).



The screenshot shows the data entry form titled 'Introduzca los datos de la entrevista:'. The form contains the following fields and values:

Número de entrevista	1
Número de historial	
Iniciales del paciente	
Fecha de nacimiento	/ /
Sexo	Hombre
Código Interno propio	
Fecha de la entrevista	28/07/2011

At the bottom of the form is an 'Aceptar' button.

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

**Introduzca los datos de la entrevista:**

Número de entrevista

Número de historial

Iniciales del paciente

Fecha de nacimiento

Sexo

Código interno propio

Fecha de la entrevista

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Alguna vez en su vida ha tenido una crisis de miedo o ansiedad en que de repente se sintió muy asustado, ansioso o intranquilo?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido una crisis en que de repente: - se sintió muy incómodo - tuvo sensación de falta de aire, se sintió mareado, tuvo náuseas, tuvo latidos fuertes del corazón - o pensó que podría perder el control, morir o volverse loco?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha tenido miedo de tener una crisis de este tipo?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo en su vida en que se preocupaba mucho más por las cosas que otras personas que tenían los mismos problemas que usted?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo en su vida en que estaba mucho más nervioso o ansioso que la mayoría de personas con los mismos problemas que usted?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo de seis meses o más en que estaba ansioso o preocupado la mayoría de los días?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA: Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar que saben que no hay peligro real.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a insectos, serpientes, perros o cualquier otro animal?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a estar en aguas tranquilas, como una piscina o un lago, o a fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos o relámpagos?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a ir al dentista o al médico, ponerse una inyección, ver sangre o heridas, o estar en un hospital o en una consulta de un médico?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a espacios cerrados, como cuevas, túneles, armarios o ascensores?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a las alturas como tejados, balcones, puentes o escaleras altas?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Las siguientes preguntas son sobre cosas que dan miedo a algunas personas a pesar de que saben que no hay peligro real.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a volar, a viajar en avión o a los aviones?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehusa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR PARA RESPONDER AFIRMATIVAMENTE DEBE HABER UNA INTERFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA RUTINA HABITUAL DEL ENTREVISTADO DEBIDA A ESTOS MIEDOS.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes para usted debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?

- Insectos, serpientes, perros, o cualquier otro animal.
- Estar en aguas tranquilas, como una piscina o un lago, fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos o relámpagos.
- Ir al dentista o al médico, ponerse una inyección, ver sangre o heridas, o estar en un hospital o una consulta de un médico.
- Espacios cerrados, como cuevas, túneles, armarios, o ascensores.
- Alturas como tejados, balcones, puentes, o escaleras altas.
- A volar o a viajar en avión o a los aviones.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehusa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Ha habido alguna vez en su vida en que tuvo mucho miedo a situaciones sociales o actuaciones en público como dar una conferencia, conocer personas nuevas, ir a fiestas, hablar en público en una reunión, tener una cita para salir con alguien o utilizar baños públicos?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR PARA RESPONDER AFIRMATIVAMENTE DEBE HABER UNA INTERFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA RUTINA HABITUAL DEL ENTREVISTADO DEBIDA A ESTOS MIEDOS.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha habido alguna vez en su vida en que tuvo mucho miedo de estar entre multitudes, ir a lugares públicos, viajar solo o viajar lejos de casa?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

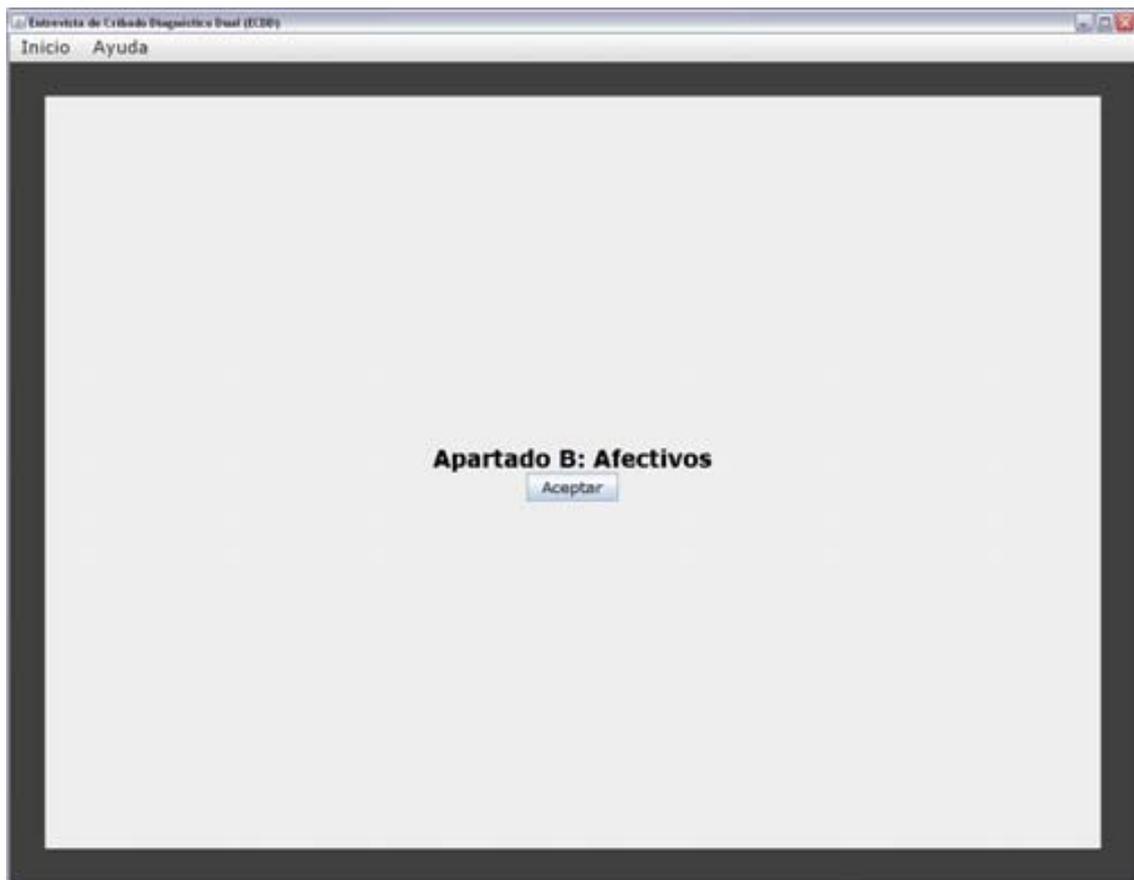
ENTREVISTADOR PARA RESPONDER AFIRMATIVAMENTE DEBE HABER UNA INTERFERENCIA SIGNIFICATIVA EN LA RUTINA HABITUAL DEL ENTREVISTADO DEBIDA A ESTOS MIEDOS.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:



Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

Área de pregunta

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

¿Alguna vez en su vida ha tenido un período que durara dos años o más en que la mayoría de los días se sentía triste o deprimido acerca de cómo iban las cosas en su vida?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehúsa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE DEL TEXTO SUBRAYADA ES CLAVE PARA UNA RESPUESTA AFIRMATIVA.

Área de pregunta

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

¿Alguna vez ha tenido un período en que se encontraba muy desanimado por cómo iban las cosas en su vida, la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos semanas o más?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehúsa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo de dos años o más en que la mayoría de los días se sentía muy desanimado acerca de cómo iban las cosas en su vida?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE DEL TEXTO SUBRAYADA ES CLAVE PARA UNA RESPUESTA AFIRMATIVA.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo en que perdió el interés en la mayoría de las cosas de las que generalmente disfrutaba como el trabajo, aficiones y las relaciones personales, casi todos los días, durante dos semanas o más?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR ESTAS PREGUNTAS SE CENTRAN EN EL PERIODO EN QUE EL ENTREVISTADO SE SINTIÓ TRISTE, DEPRIMIDO, DESANIMADO Y/O CON PÉRDIDA DE INTERÉS QUE HA MENCIONAD OANTES, REMARQUE QUE SE CENTRE EN ESE PERIODO.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

Durante ese período ¿se sintió cansado o bajo de energía casi todos los días a pesar de no haber trabajado mucho?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR ESTAS PREGUNTAS SE CENTRAN EN EL PERIODO EN QUE EL ENTREVISTADO SE SINTIÓ TRISTE, DEPRIMIDO, DESANIMADO Y/O CON PÉRDIDA DE INTERÉS QUE HA MENCIONAD OANTES, REMARQUE QUE SE CENTRE EN ESE PERIODO.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

Durante ese período ¿tuvo casi todos los días mucha más dificultad de lo que le es habitual para concentrarse?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR ESTAS PREGUNTAS SE CENTRAN EN EL PERIODO EN QUE EL ENTREVISTADO SE SINTIÓ TRISTE, DEPRIMIDO, DESANIMADO Y/O CON PÉRDIDA DE INTERÉS QUE HA MENCIONAD OANTES, REMARQUE QUE SE CENTRE EN ESE PERIODO.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

Durante ese período ¿perdió la confianza en sí mismo, se sentía totalmente inútil o que no era tan capaz como otras personas casi todos los días?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR ESTAS PREGUNTAS SE CENTRAN EN EL PERIODO EN QUE EL ENTREVISTADO SE SINTIÓ TRISTE, DEPRIMIDO, DESANIMADO Y/O CON PÉRDIDA DE INTERÉS QUE HA MENCIONAD OANTES, REMARQUE QUE SE CENTRE EN ESE PERIODO.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

Durante ese período ¿pensaba con frecuencia en la muerte, ya fuera su propia muerte, la de otros o en la muerte en general?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE DEL TEXTO SUBRAYADA ES CLAVE PARA UNA RESPUESTA AFIRMATIVA.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días en que estaba tan contento o excitado que se metió en problemas, que otras personas se preocuparon por usted, o que un médico le dijo que estaba maniaco o eufórico?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE DEL TEXTO SUBRAYADA ES CLAVE PARA UNA RESPUESTA AFIRMATIVA.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez en su vida ha tenido usted un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba muy irritable, gruñón o de mal humor?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE SUBRAYADA ES CLAVE PARA LA RESPUESTA, LEA LAS PREGUNTAS DESPACIO Y - EN CASO DE DUDA- REPITA LA PREGUNTA ENTERA

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba tan irritable que discutía con otras personas, chillaba mucho o llegó a pegar a alguien?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR RECUERDE: LA PARTE DEL TEXTO SUBRAYADA ES CLAVE PARA UNA RESPUESTA AFIRMATIVA.

Área de pregunta

Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

**Apartado C: Psicosis**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA: Las siguientes preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

La primera experiencia es tener una visión, es decir, ver algo que no está realmente presente y que otras personas no ven. Por favor no incluya las veces en que esto le sucedió soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha tenido una visión que otras personas no pudieran ver?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehusa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

Alguna vez cuando tuvo visiones, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Si, todas las veces Si, alguna vez No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehusa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD) Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

Al desaparecer los efectos del alcohol o las drogas, ¿continuaron las visiones?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD) Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR: SI EL ENTREVISTADO RESPONDE A SONIDOS, RUIDOS DE PISADAS, RISAS, SILBIDOS,... QUE NO EXISTEN RESPONDER AFIRMATIVAMENTE A LA PREGUNTA. LEA SI ES NECESARIO: Estas preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

La segunda experiencia es oír voces que otras personas no oyen. No se trata de tener buen oído, sino de oír cosas que otras personas dicen que no existen como voces extrañas que hablan o dicen cosas sobre usted viniendo desde dentro de su cabeza, o voces que vienen de fuera sin haber nadie alrededor. Por favor, no incluya las que oyó soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha oído voces de este tipo?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Estas preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

La tercera experiencia tiene que ver con el control de la mente. Por ejemplo, creer que una fuerza misteriosa, algo o alguien le está introduciendo en su cabeza pensamientos extraños que claramente no son los suyos o que le está robando sus propios pensamientos. ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas experiencias?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Estas preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

La cuarta experiencia es sentir su mente poseída por fuerzas extrañas, algo o alguien que le obliga a hacer cosas que no desea. No incluya las veces en que esto le sucedió soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha pasado un periodo en que sentía que su mente estaba dominada por fuerzas extrañas?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Estas preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

La quinta experiencia es creer que alguna fuerza extraña, algo o alguien intenta comunicarse directamente con usted enviándole signos o señales especiales que sólo usted entiende. A veces estas señales vienen por radio o televisión. ¿Alguna vez alguna fuerza extraña, algo o alguien ha intentado comunicarse con usted de esta forma?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

ENTREVISTADOR, EN EL CASO DE QUE EL ENTREVISTADO SE HAYA SENTIDO PERSEGUIDO SIN QUE NADIE MÁS LO CREYERA ASÍ LA RESPUESTA SERA AFIRMATIVA. ENTREVISTADOR LEA SI ES NECESARIO: Las siguientes preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

Sexto, ¿alguna vez pensó que había una conspiración para hacerle daño o perseguirle, que su familia y amigos no creían que existiera?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES APARECERÁN LISTADAS DEBAJO DE LA PREGUNTA, LÉALAS EN VOZ ALTA AL ENTREVISTADO SI ES NECESARIO: "Permítame que le recuerde, me ha dicho que sus experiencias incluyeron..."

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Cuántos años tenía la primera vez que...?  
-Vió visiones.

Introduzca años :

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES APARECERÁN LISTADAS DEBAJO DE LA PREGUNTA, LÉALAS EN VOZ ALTA AL ENTREVISTADO SI ES NECESARIO: "Permítame que le recuerde, me ha dicho que sus experiencias incluyeron..."

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Ha tenido esta experiencia en algún momento durante los últimos 12 meses?  
-Vió visiones.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES APARECERÁN LISTADAS DEBAJO DE LA PREGUNTA, LÉALAS EN VOZ ALTA AL ENTREVISTADO SI ES NECESARIO: "Permítame que le recuerde, me ha dicho que sus experiencias incluyeron..."

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Alguna vez ha consultado a un médico o un profesional de la salud mental para pedir ayuda para esta experiencia?  
-Vió visiones.

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rehusa

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: SELECCIONE LAS CASILLAS CORRESPONDIENTES Y PULSE ACEPTAR. DEBE SELECCIONAR AL MENOS UNA.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿Cuál le dijo el médico que era la causa de esta experiencia?  
-Vió visiones.

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Esquizofrenia/Psicosis:

Trastorno maníaco-depresivo/Manía:

Emociones/Nervios/Salud Mental:

Enfermedad física/Daño Físico/Lesión:

Medicación/Drogas/Alcohol:

Otras:

No sabe:

Rehusa:

Aceptar

Volver a la pregunta anterior

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES APARECERÁN LISTADAS DEBAJO DE LA PREGUNTA, LÉALAS EN VOZ ALTA AL ENTREVISTADO SI ES NECESARIO: "Permítame que le recuerde, me ha dicho que sus experiencias incluyeron..."

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Alguna vez ha sido hospitalizado debido a esta experiencia?  
-Vió visiones.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

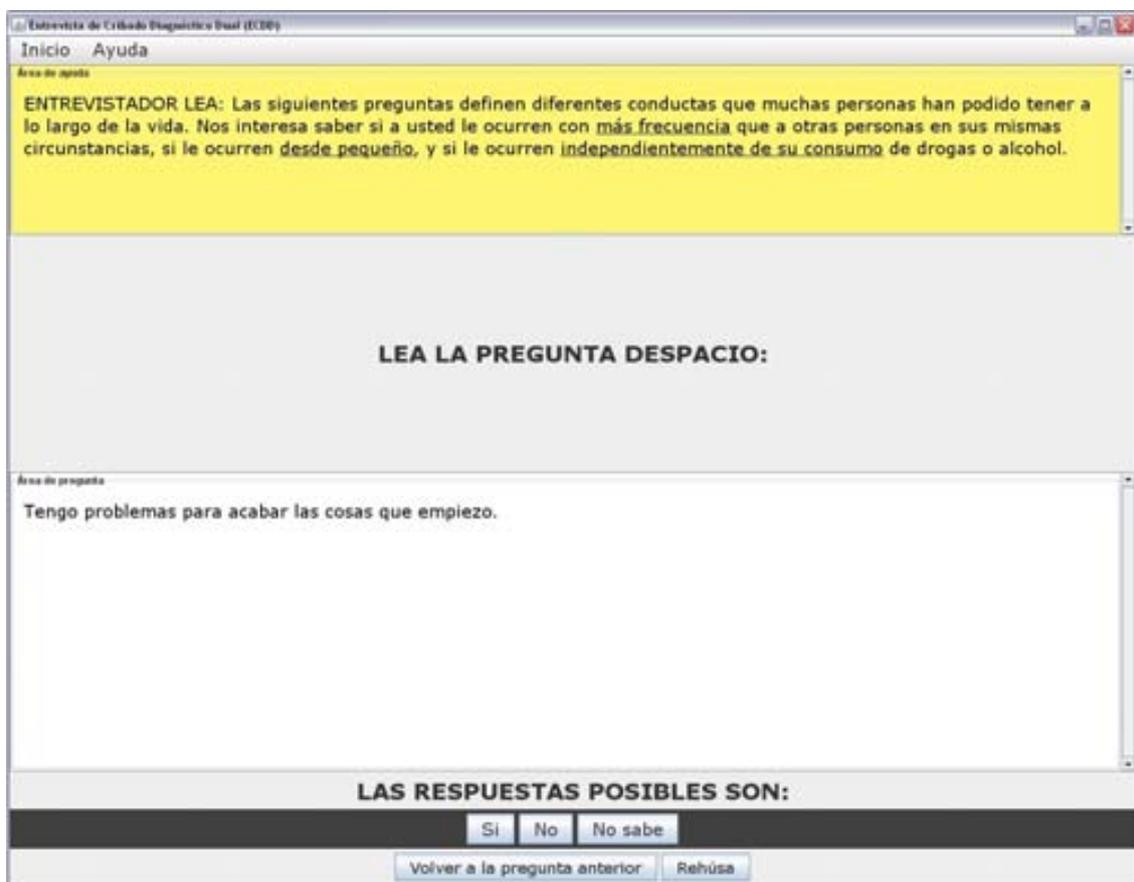
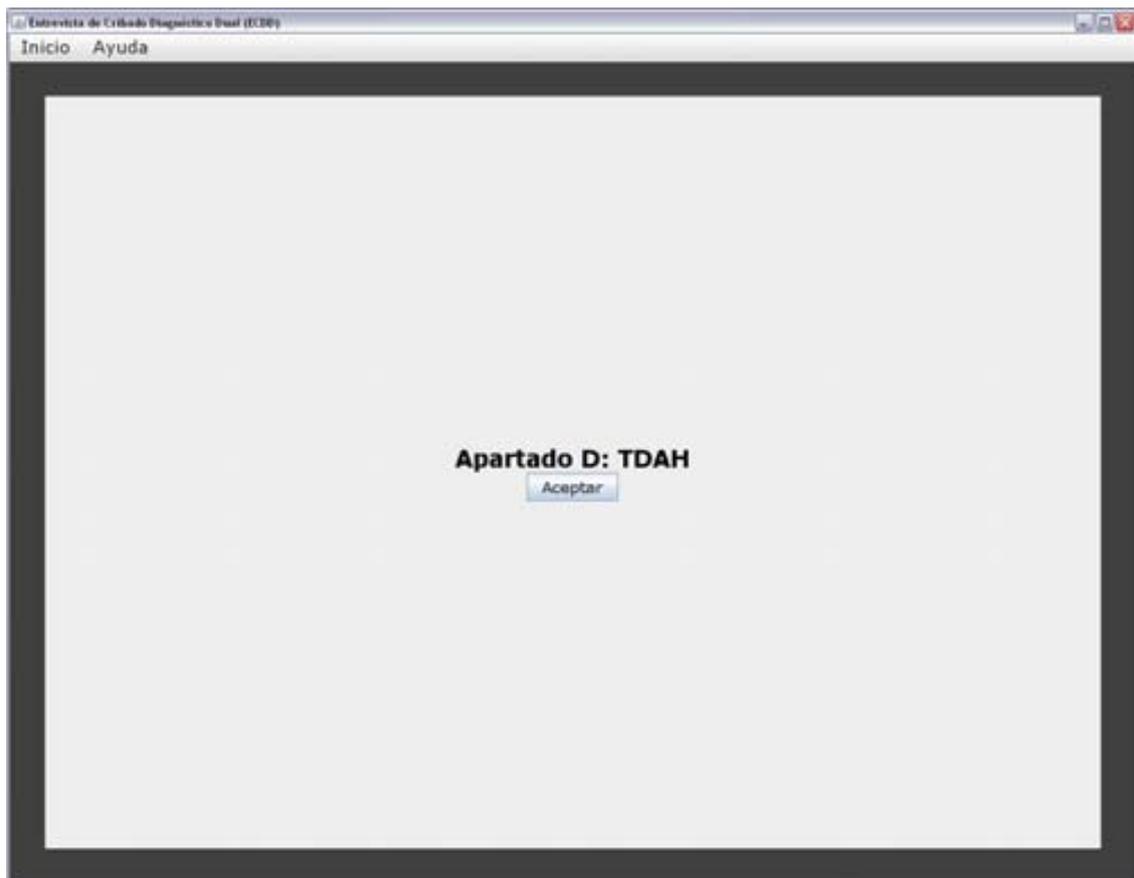
INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR: LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS EN LAS PREGUNTAS ANTERIORES APARECERÁN LISTADAS DEBAJO DE LA PREGUNTA, LÉALAS EN VOZ ALTA AL ENTREVISTADO SI ES NECESARIO: "Permítame que le recuerde, me ha dicho que sus experiencias incluyeron..."

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Alguna vez tomó medicamentos para esta experiencia?  
-Vió visiones.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**



Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

SI ES NECESARIO RECUERDE AL ENTREVISTADO QUE ESTA EXPERIENCIA LE DEBE OCURRIR: desde pequeño, independiente al consumo y con más frecuencia que sus iguales.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

Me cuesta mucho organizarme cuando tengo que preparar algo.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

SI ES NECESARIO RECUERDE AL ENTREVISTADO QUE ESTA EXPERIENCIA LE DEBE OCURRIR: desde pequeño, independiente al consumo y con más frecuencia que sus iguales.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

Olvido con facilidad mis obligaciones y compromisos.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

SI ES NECESARIO RECUERDE AL ENTREVISTADO QUE ESTA EXPERIENCIA LE DEBE OCURRIR: desde pequeño, independiente al consumo y con más frecuencia que sus iguales.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

Intento evitar hacer cosas en las que me tenga que concentrar.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

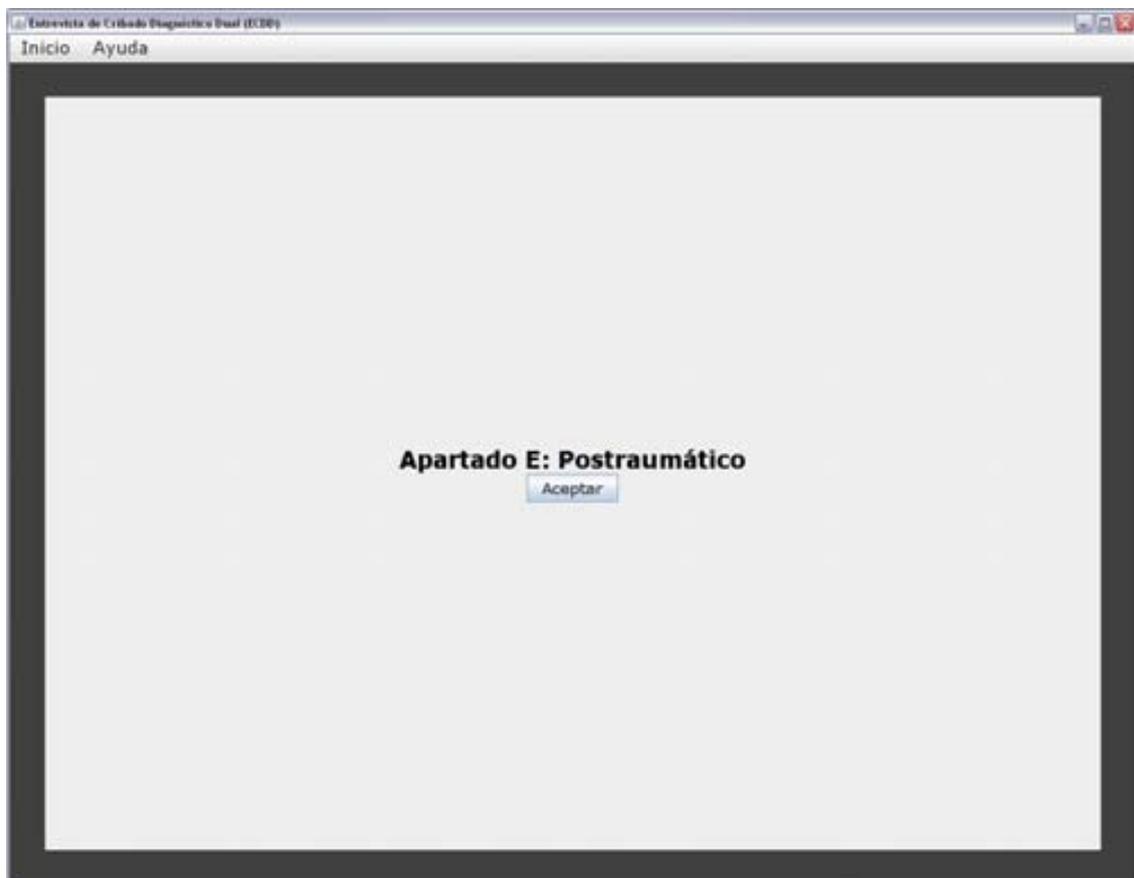
SI ES NECESARIO RECUERDE AL ENTREVISTADO QUE ESTA EXPERIENCIA LE DEBE OCURRIR: desde pequeño, independiente al consumo y con más frecuencia que sus iguales.

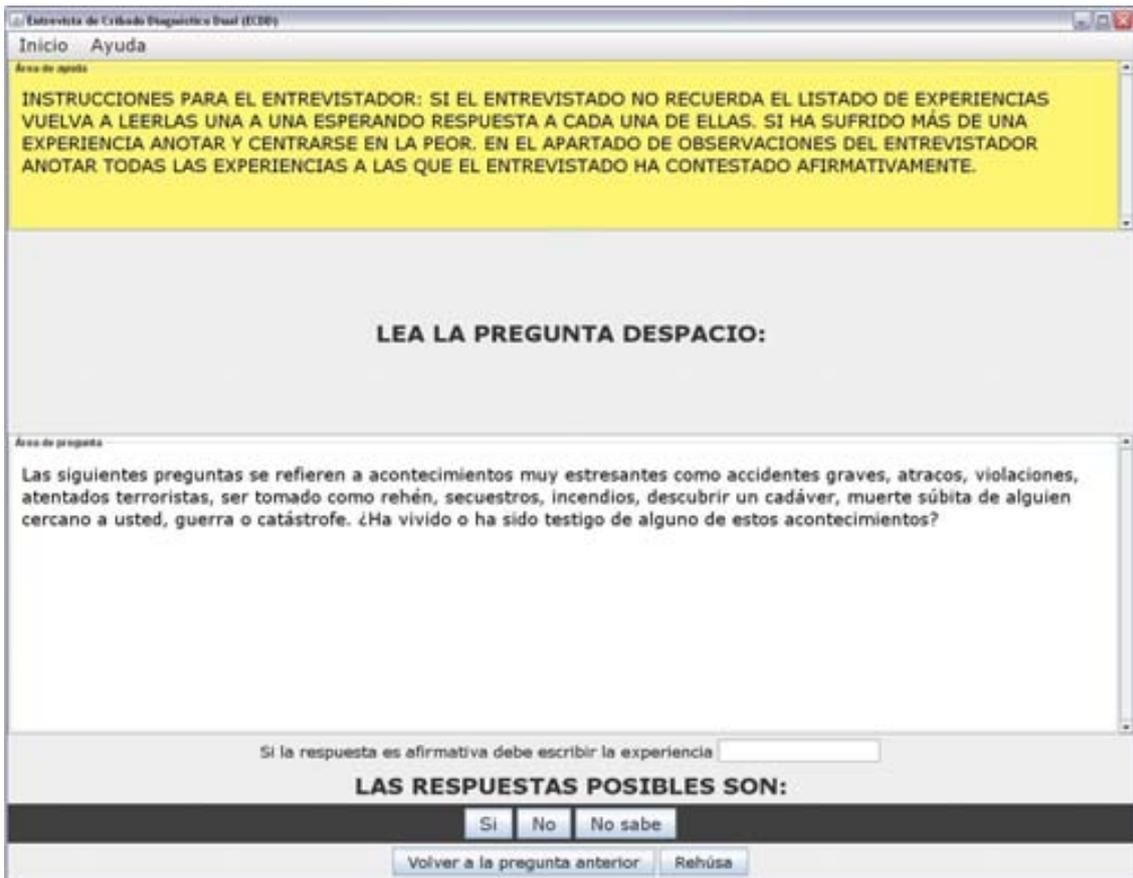
**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

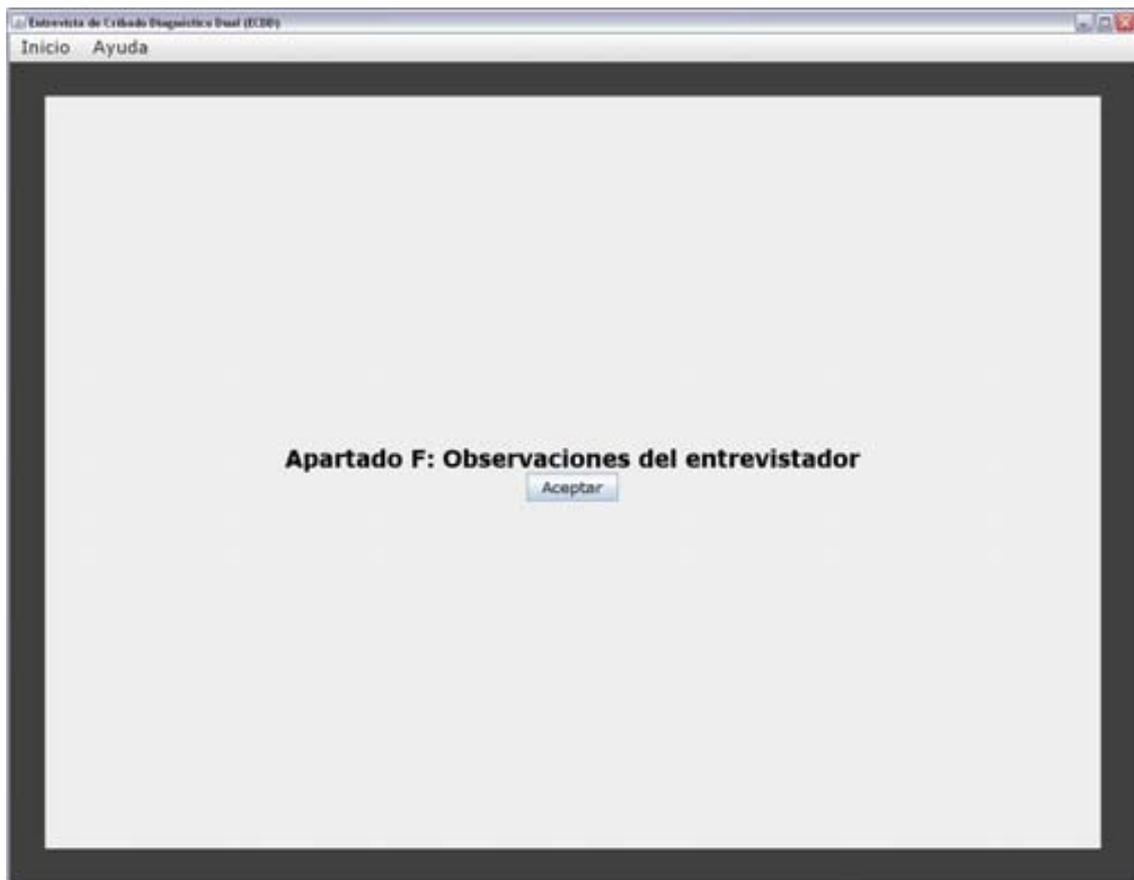
Área de pregunta

No puedo estar sentado sin mover mis pies y mis manos.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**







Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

PREGUNTAS SOLO PARA EL ENTREVISTADOR: NO LEER AL ENTREVISTADO.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿El sujeto parecía desorientado o confuso en algún momento de la entrevista?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECD)

Inicio Ayuda

Área de ayuda

PREGUNTAS SOLO PARA EL ENTREVISTADOR: NO LEER AL ENTREVISTADO.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de pregunta

¿El sujeto estaba colaborador?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Entrevista de Cribado Diagnóstico Basal (ECDB)

Inicio Ayuda

### ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Posible pánico	NS: 0 R: 0 SI
Posible ansiedad generalizada	NS: 0 R: 0 SI
Posible fobia simple	NS: 0 R: 0 SI
Posible fobia social	NS: 0 R: 0 SI
Posible agorafobia	NS: 0 R: 0 SI
Posible distimia	NS: 0 R: 0 SI
Posible manía	NS: 0 R: 0 SI
Posible depresión	NS: 0 R: 0 SI
Posible psicosis	NS: 0 R: 0 SI
Posible TDAH	NS: 0 R: 0 No
Posible estrés posttraumático	NS: 0 R: 0 SI

El entrevistado consultó las siguientes experiencias con un médico:  
 -Vio visiones.  
 La primera vez que tuvo esta experiencia, tenía 23 años.

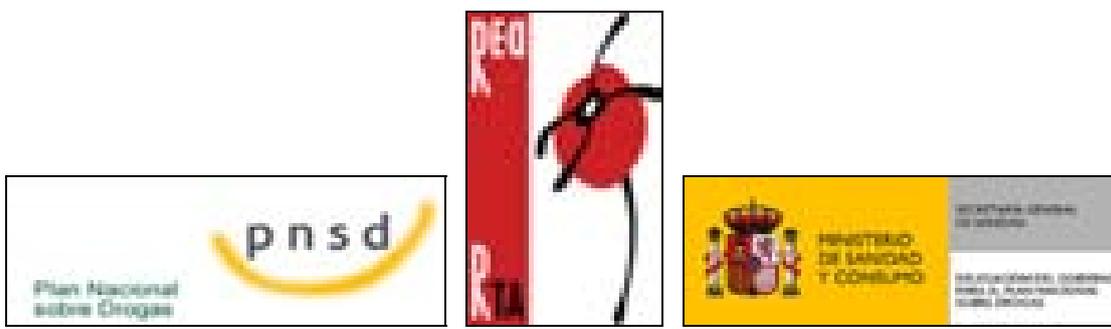
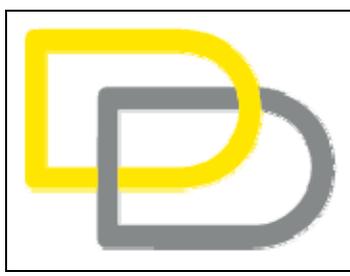
Área de observaciones



**ANEXO IV. Manual de la Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual  
ECDD**



**Manual de la Entrevista de Cribado  
de Diagnóstico Dual  
ECDD**



# Índice

PRIMERA PARTE: INSTALACIÓN	3
SEGUNDA PARTE: USO DE LA ENTREVISTA	8
Descripción de la entrevista:	10
Instrucciones generales:	11
INSTRUCCIONES POR APARTADOS	12
Apartado Ansiedad	12
Apartado Afectivos	13
Apartado Psicosis	14
Apartado TDAH	17
Apartado Postraumático	18
Apartado Observaciones del entrevistador	19
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA	20
FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	21
TERCERA PARTE: EXPORTAR DATOS	22

## Manual de la Entrevista de Cribado de Diagnóstico Dual (ECDD):

### PRIMERA PARTE: INSTALACIÓN

- 1- Para instalar la entrevista necesitaremos el archivo ejecutable  
setup\_ECDD\_es.msi



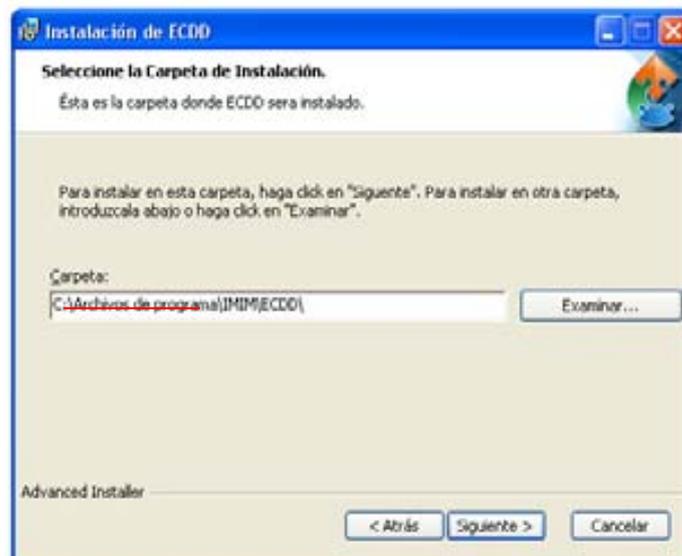
- 2- Una vez hagamos doble click en el archivo seguiremos las instrucciones de instalación como se describe en las estas pantallas:
  - a. Ejecutamos para continuar la instalación.



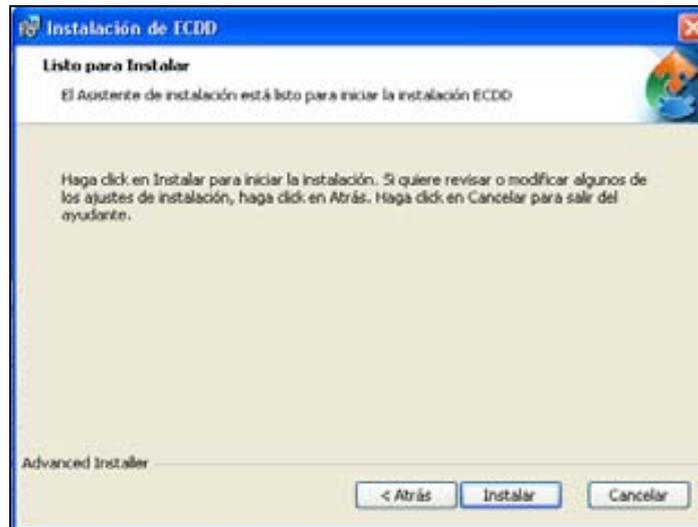
- b. Seguir las instrucciones del instalador.



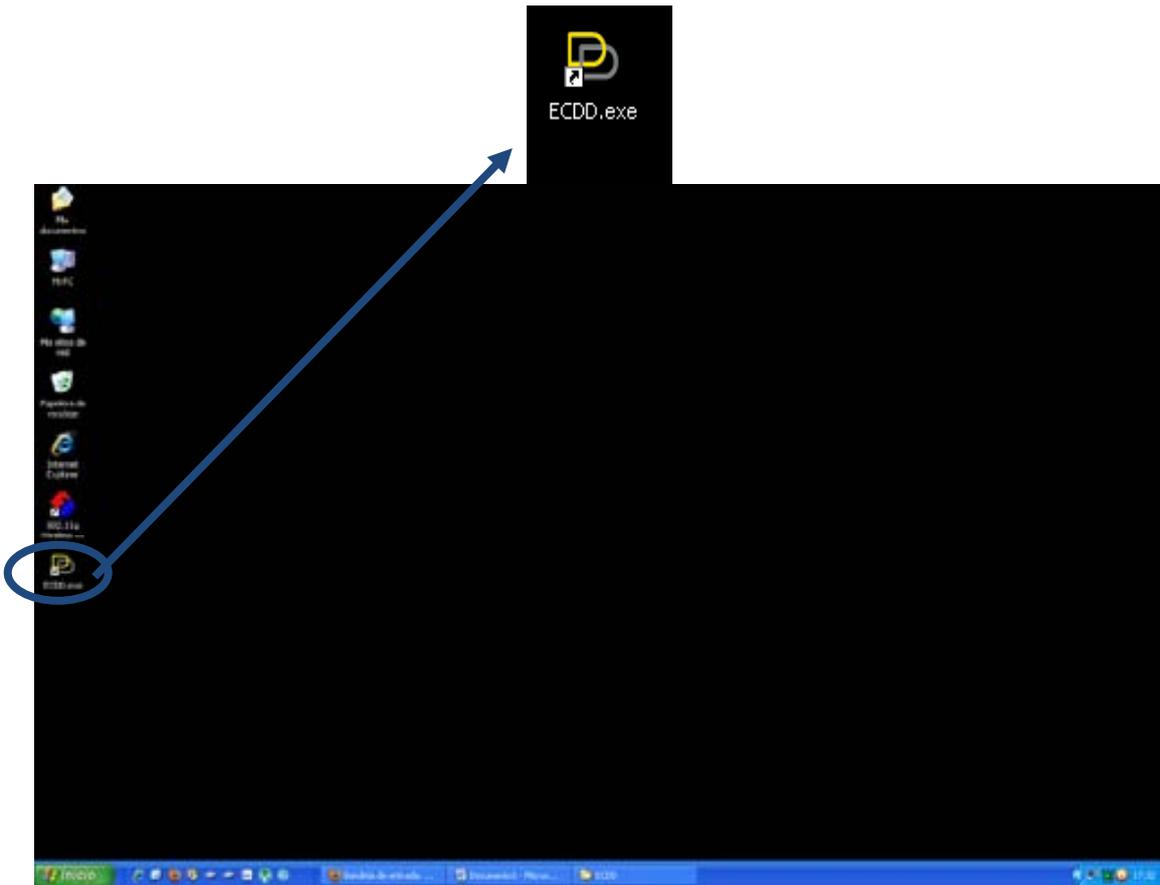
- c. **IMPORTANTE:** Cambiar la carpeta de destino y ubicarla **FUERA** de la carpeta C:\Archivos de programa ya que en algunos sistemas operativos ha generado problemas en el momento de guardar los datos si no se tienen permisos especiales. Se recomienda instalar en C:\IMIM\ECDD\



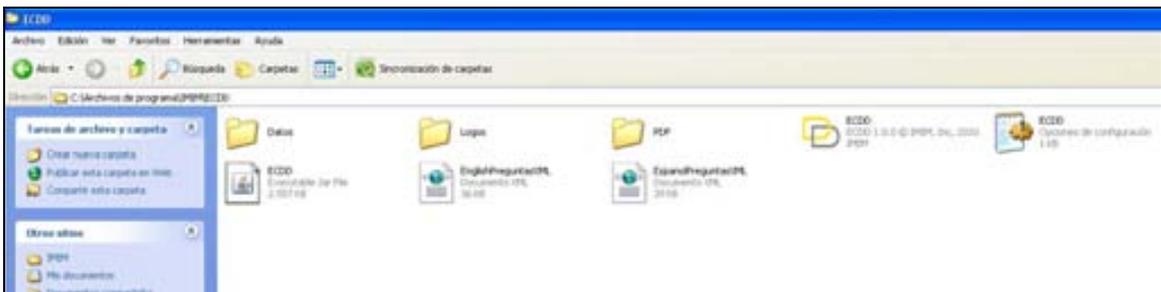
- d. Una vez cambiada la carpeta de destino continuar con la instalación.



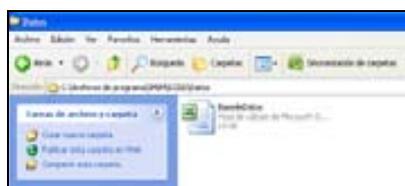
- e. Una vez finalizada la instalación aparecerá el icono de la entrevista en su escritorio



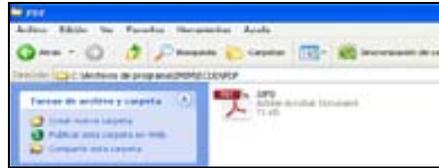
- f. En la carpeta donde se ha instalado la entrevista (en nuestro caso ejemplo C:\IMIM\ECDD\) aparecerán las siguientes carpetas



- i. Datos: en esta carpeta se almacenaran los datos de todas las entrevistas realizadas en un archivo Excel que podrán ser exportados a SPSS con el archivo de syntaxis que le adjuntamos.



- ii. PDF: en esta carpeta se almacenaran todos los archivos PDF de cada una de las entrevistas con un pequeño informe de resultados.



Entrevista de Cribado Diagnóstico Dual (ECCDD)	
<b>DATOS DE LA ENTREVISTA</b>	
Número de entrevista:	1
Número de historia:	1
Iniciales del paciente:	JJP
Edad:	44
Sexo:	Hombre
Código interno propio:	1
Fecha de la entrevista:	31/01/2011
<b>ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA</b>	
Possible pánico:	NO O R.O. SI
Possible ansiedad generalizada:	NO O R.O. SI
Possible fobia simple:	NO O R.O. SI
Possible fobia social:	NO O R.O. SI
Possible agorafobia:	NO O R.O. SI
Possible distimia:	NO O R.O. SI
Possible manía:	NO O R.O. SI
Possible depresión:	NO O R.O. SI
Possible psicosis:	NO O R.O. SI
Curso TDAH:	NO O R.O. SI
Possible estrés posttraumático:	NO O R.O. SI
<b>POSIBLES FOBIAS ESPECÍFICAS</b>	
-Insectos, serpientes, perros, o cualquier otro animal. -Calar en aguas frías, como una piscina o un lago, fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos o relámpagos. -Ir al dentista o al médico, ponerse una inyección, ver sangre o heridas, o estar en un hospital o una consulta de un médico. -Espacios cerrados, como cuevas, túneles, armarios, o ascensores. -Alturas como balcones, puentes, o escaleras de las. -Volar o viajar en avión o a los aviones.	
<b>POSIBLE PSICOSIS</b>	
El entrevistado consultó las siguientes experiencias con un médico: -VIS VISIONES. La primera vez que tuvo esta experiencia, tenía 21 años. Este inicio: -Evolución: Psicosis No ha tenido esta experiencia en algún momento durante los últimos 12 meses.	
<b>POSIBLE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO</b>	
Experiencia traumática indicada por el entrevistado: -accidente	
<b>OBSERVACIONES</b>	
<input type="checkbox"/> El sujeto parecía estar colocado o bajo la influencia del alcohol, algún fármaco o droga durante la entrevista? SI <input type="checkbox"/> El sujeto parecía desorientado o confuso en algún momento de la entrevista? SI <input type="checkbox"/> El sujeto estaba colaborando? SI No hay observaciones adicionales.	
<b>DATOS DE CONTACTO</b>	
Marga Toméns Melón - mto@mm.es Joan Ignasi Mestre Pínto - jmestre@mm.es	

## SEGUNDA PARTE: USO DE LA ENTREVISTA

1- Portada:

a. En la portada encontraremos dos menús: Inicio y Ayuda.



b. Para realizar una entrevista escogeremos Nuevo Test y nos aparecerá la pantalla de datos de la entrevista

c. Estos datos se han de rellenar de la siguiente manera para poder continuar con la entrevista:

Inicio Ayuda

### Introduzca los datos de la entrevista:

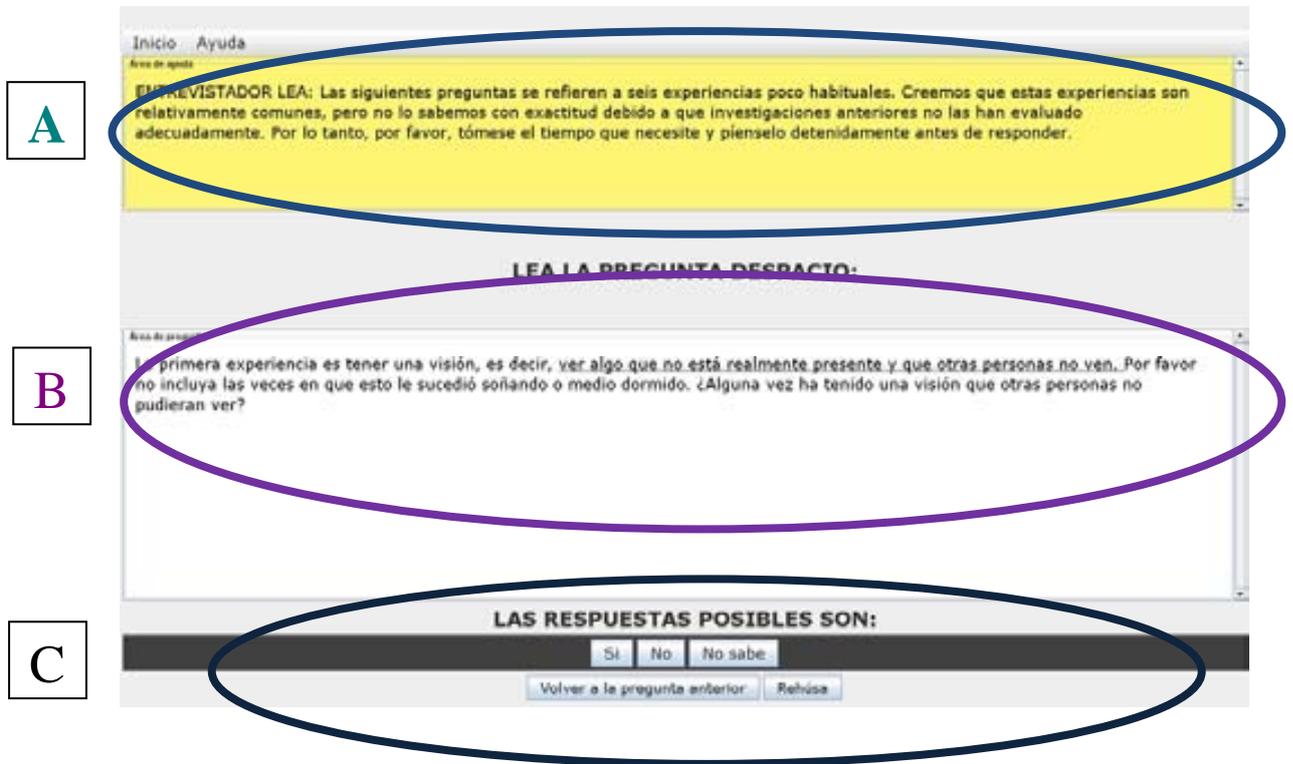
Número de entrevista	<input type="text" value="1"/>
Número de historial	<input type="text" value="1"/>
Iniciales del paciente	<input type="text" value="JJJ"/>
Fecha de nacimiento	<input type="text" value="15/12/1966"/>
Sexo	<input type="text" value="Hombre"/>
Código interno propio	<input type="text" value="1"/>
Fecha de la entrevista	<input type="text" value="31/01/2011"/>

Estos dos números son los identificadores del sujeto. Hay que introducirlos y se recomienda que se utilicen el número de historial del paciente en el centro y el número que se le asigne en el estudio u otro número identificativo. Pueden ser alfa numéricos.

Tanto el número de entrevista como la fecha de la entrevista son campos automáticos que no va a poder modificar.

## Descripción de la entrevista:

1. Las pantallas se dividen en tres apartados:



**A. Área de ayuda:** Aquí se muestran las instrucciones para el entrevistador y las introducciones que se HAN DE LEER al entrevistado tantas veces como haga falta.

**B. Área de pregunta:** Donde aparecen las preguntas de la entrevista

**C. Área de respuestas:** Donde se codifican las respuestas. Recordar que las respuestas son Sí o No.

2. LAS POSIBLES RESPUESTAS SON SÍ O NO. Sólo en el caso que el sujeto se NIEGE a contestar o realmente no se acuerde, se procederá a seleccionar REHÚSA o NO SABE. En el apartado de Psicosis las posibles respuestas serán, en algunos casos: Si, siempre, Sí, alguna vez o No.
3. En la parte inferior de la pantalla también le aparecerán la posibilidad de volver a la pregunta anterior en caso de error, duda u olvido.

### **Instrucciones generales:**

Las normas de pasación que deben respetarse a lo largo de toda la entrevista son:

1. Las FRASES ESCRITAS EN MAYÚSCULA son para el entrevistador. NO SE DEBEN LEER EN VOZ ALTA.
2. Lea todas las preguntas despacio, en caso que el entrevistado dude REPITA LA PREGUNTA ENTERA.
3. Si una pregunta contiene una parte del texto subrayada, debe asegurarse que el entrevistado RESPONDE AFIRMATIVAMENTE A LA PARTE SUBRAYADA para considerar la pregunta afirmativa. (Ante una respuesta dubitativa o poco convincente REPETIR LA PREGUNTA ENFATIZANDO EN LA PARTE SUBRAYADA.)
4. NO CAMBIE PALABRAS NI INTERPRETE EL SIGNIFICADO de las preguntas al entrevistado.

## INSTRUCCIONES POR APARTADOS

### Apartado A: Ansiedad

En este apartado se evaluarán los siguientes posibles Trastornos: crisis de angustia, Fobia Simple, Agorafobia, Ansiedad Generalizada y Fobia Social.

Es importante que el entrevistado confirme su miedo/interferencia en su rutina habitual debido a estos miedos/situaciones y, en Ansiedad Generalizada, la duración (6 meses).

Inicio Ayuda

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

¿Alguna vez en su vida ha tenido una crisis de miedo o ansiedad en la que de repente se sintió muy asustado, ansioso o intranquilo?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rechaza

RECUERDE QUE LA PARTE SUBRALLADA ES CLAVE PARA QUE LA RESPUESTA SEA AFIRMATIVA

Inicio Ayuda

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

¿Alguna vez ha tenido un período de seis meses o más en que estaba ansioso o preocupado la mayoría de los días?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rechaza

## Apartado B: Afectivos

Aceptar

En este apartado se evaluarán los siguientes Trastornos: Depresión, Distimia y Manía.

Inicio Ayuda

Área de ayuda

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Considere la respuesta positiva si el entrevistado(a) responde afirmativamente a la parte subrayada.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Sí No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rechaza

En este apartado es importante remarcar la necesidad que en estas preguntas el entrevistado cumpla al menos una de estas 3 condiciones para codificar la respuesta como afirmativa.

### Apartado C: Psicosis

Aceptar

En este apartado son claves las introducciones, ya que además de dar las instrucciones aportan ejemplos de algunas experiencias.

Inicio Ayuda

Acción de ayuda

ENTREVISTADOR LEA: Las siguientes preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder. Si el entrevistado responde a sonidos, ruidos (pisadas, timbres, risas, silbidos...) que no existen responder afirmativamente.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Acción de pregunta

La segunda experiencia es oír voces que otras personas no oyen. No se trata de tener buen oído, sino de oír cosas que otras personas dicen que no existen como voces extrañas que hablan o dicen cosas sobre usted viniendo desde dentro de su cabeza, o voces que vienen de fuera sin haber nadie alrededor. Por favor, no incluya las que oyó soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha oído voces de este tipo?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Sí  No  No sé

En este caso se dan ejemplos sobre ruidos y sonidos (pisadas, timbres,...) que deberían ser codificados como una respuesta afirmativa.

Inicio Ayuda

Acción de ayuda

ENTREVISTADOR LEA: Las siguientes preguntas se refieren a seis experiencias poco habituales. Creemos que estas experiencias son relativamente comunes, pero no lo sabemos con exactitud debido a que investigaciones anteriores no las han evaluado adecuadamente. Por lo tanto, por favor, tómese el tiempo que necesite y piénselo detenidamente antes de responder.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Acción de pregunta

Alguna vez cuando tuvo visiones, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Sí, todas las veces  Sí, alguna vez  No  No sé

Este es el ejemplo de pregunta en la que varía la respuesta afirmativa a: Sí, todas las veces; Sí, alguna vez.

Inicio Ayuda

Área de ayuda

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Las respuestas afirmativas en el apartado anterior aparecerán listadas debajo de la pregunta. ENTREVISTADOR LEA EN VOZ ALTA AL ENTREVISTADO: "Permitame que revise sus respuestas".

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Cuántos años tenía la primera vez que...?  
-Vió visiones.

Introduzca años :

Para poder continuar debe anotar la edad en la que el entrevistado tuvo la PRIMERA experiencia de estas características.

Inicio Ayuda

Área de ayuda

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Seleccione las casillas correspondientes y pulse aceptar. Debe seleccionar al menos una.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de pregunta

¿Cuál le dijo el médico que era la causa de esta experiencia?  
-Vió visiones.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

- Esquizofrenia/Psicosis:
- Trestorno maniaco-depresivo/Mania:
- Emociones/Nervios/Salud Mental:
- Enfermedad física/Daño Físico/Lesión:
- Medicación/Drogas/Alcohol:
- Otras:
- No sabe:
- Rechusa:

Debe anotar **TODAS** las respuestas que correspondan, si no están listadas puede anotarlas en "Otras"

Inicio Ayuda

Área de ayuda

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Las respuestas afirmativas en el apartado anterior aparecerán listadas debajo de la pregunta.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de preguntas

¿Alguna vez tomó medicamentos para esta experiencia?  
-Vió visiones.

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Si después del cribado inicial de Psicosis se ha de investigar más sobre las experiencias que el entrevistado ha tenido, siempre se mostraran al entrevistador para que pueda recordárselas al entrevistado en caso de duda.

Apartado D: TDHA

Aceptar

En este apartado es clave la introducción: una respuesta afirmativa **debe cumplir las 3 características:** 1- *Que le ocurran con más frecuencia que a sus iguales* 2- *Que le ocurran desde pequeño* y 3- *Que le ocurran independientemente de su consumo*

Inicio Ayuda

ENTREVISTADOR LEA: Las siguientes preguntas definen diferentes conductas que muchas personas han podido tener a lo largo de la vida. Nos interesa saber si a usted le ocurren con más frecuencia que a otras personas en sus mismas circunstancias, y si le ocurren desde pequeño, le ocurren independientemente de su consumo de drogas o alcohol.

LEA LA PREGUNTA DESPACIO:

Área de preguntas

Tengo problemas para acabar las cosas que empiezo.

LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Rechusa

Este apartado consta de 6 frases a las que el entrevistado debe contestar sí o no, dependiendo de las condiciones previamente explicadas.

### Apartado E: Postraumático

Aceptar

Inicio Ayuda

Área de ayuda

**INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR:** Si el entrevistado no recuerda el listado de experiencias volver a leer las experiencias una a una esperando respuesta a cada una de ellas si ha sufrido más de una, anotar la peor y continuar. En el apartado de observaciones anotar **TODAS** las experiencias a las que el entrevistado ha contestado afirmativamente.

**LEA LA PREGUNTA DESPACIO:**

Área de preguntas

Las siguientes preguntas se refieren a acontecimientos muy estresantes como accidentes graves, atracos, violaciones, atentados terroristas, ser tomado como rehén, secuestros, incendios, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe. ¿Ha vivido o ha sido testigo de alguno de estos acontecimientos?

Si la respuesta es afirmativa debe escribir la experiencia accidente

**LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:**

Si No No sabe

Volver a la pregunta anterior Revisar

Anotar la experiencia traumática que ha vivido el entrevistado en este recuadro para poder continuar con una respuesta afirmativa.

**Si ha tenido más de una experiencia traumática anotar la peor** según el entrevistado y, posteriormente **anotar las otras experiencias traumáticas en el área de observaciones del entrevistador, al final de la entrevista** (Hoja de Orientación Diagnóstica –ver página 20).

**Apartado F: Observaciones del entrevistador**

Este apartado consta de tres preguntas para que el entrevistador evalúe el estado y grado de colaboración del entrevistado.

The screenshot shows a software interface with a light gray background. At the top left, there are links for 'Inicio' and 'Ayuda'. Below them is a yellow rectangular area containing the text 'PREGUNTAS SOLO PARA EL ENTREVISTADOR: NO LEER AL ENTREVISTADO.'. This is followed by a gray bar with the instruction 'LEA LA PREGUNTA DESPACIO:'. Below that is a white text area with the question '¿El sujeto parecía estar colocado o bajo la influencia del alcohol, algún fármaco o droga durante la entrevista?'. At the bottom, there is a dark gray bar with the text 'LAS RESPUESTAS POSIBLES SON:' and two buttons labeled 'SI' and 'No'. Below the dark bar is a button labeled 'Volver a la pregunta anterior.'

## ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Inicio Ayuda

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Possible pánico	NS (0) R (1) S (2)
Possible ansiedad generalizada	NS (0) R (0) S (3)
Possible fobia simple	NS (0) R (0) S (3)
Possible fobia social	NS (0) R (0) S (3)
Possible agorafobia	NS (0) R (0) S (3)
Possible distimia	NS (0) R (0) S (3)
Possible manía	NS (0) R (0) S (3)
Possible depresión	NS (0) R (0) S (3)
Possible psicosis	NS (0) R (0) S (3)
Sustitución TDHA	NS (0) R (0) S (3)
Possible estrés posttraumático	NS (0) R (0) S (3)

El entrevistado consultó las siguientes experiencias con un médico:  
-No síntomas.  
La primera vez que tuvo esta experiencia, tenía 21 años.

Área de observaciones

Aceptar

En la pantalla de orientación diagnóstica se muestran los resultados de la prueba de la siguiente manera:

1- En el recuadro 1 se muestran:

- El número de respuestas codificadas como No Sabe (NS) y/o Rehusa (R) de cada diagnóstico. En el caso de ser diferentes de 0, **ANULAN el resultado de la prueba**, sea cual sea: Sí o No.
- Los posibles diagnósticos estarán resaltados en rojo y con un Sí. Los resultados negativos estarán en negro y marcados con un No.

2- En el recuadro 2 se muestran los detalles de los posibles diagnósticos. Por ejemplo si el entrevistado tiene un cribado positivo en Psicosis, en este cuadro estarán reflejados los síntomas que el entrevistado ha especificado (vió visiones), en el caso de posttraumático quedaría reflejada la experiencia traumática (en nuestro caso, accidentes), ...

3- En el recuadro 3 el entrevistador tiene la posibilidad de escribir las observaciones que crea necesarias sobre el entrevistado, el desarrollo de la entrevista, las posibles experiencias traumáticas no codificadas en el apartado por ser múltiples, ...

4- Para concluir la entrevista, es necesario confirmar con el botón "Aceptar".

## FINALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Una vez finalizada toda la introducción de datos aparecerá esta pantalla para confirmar la grabación de los datos en la base del programa para su posterior análisis. Apretar el botón Sí.

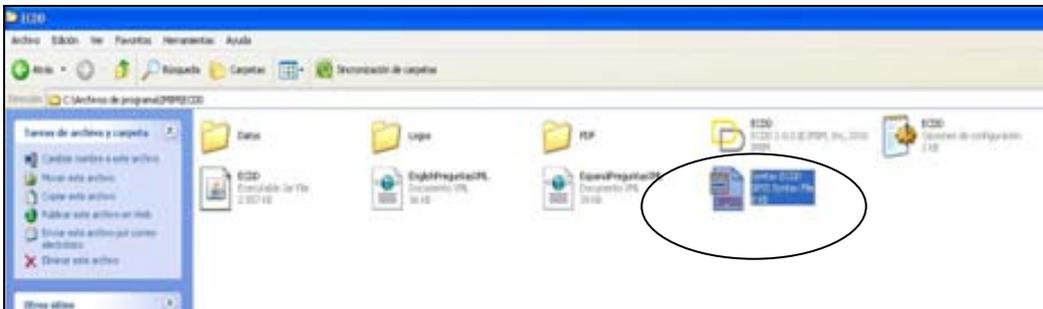


También aparecerá la siguiente pantalla para confirmar la creación de un archivo pdf que permitirá compartir los resultados en un formato simple y directo con todos los datos del paciente, resultados de la prueba y comentarios del evaluador (Ver página 7). Apretar el botón Sí. Una vez finalizado el proceso el programa volverá a la pantalla de inicio.

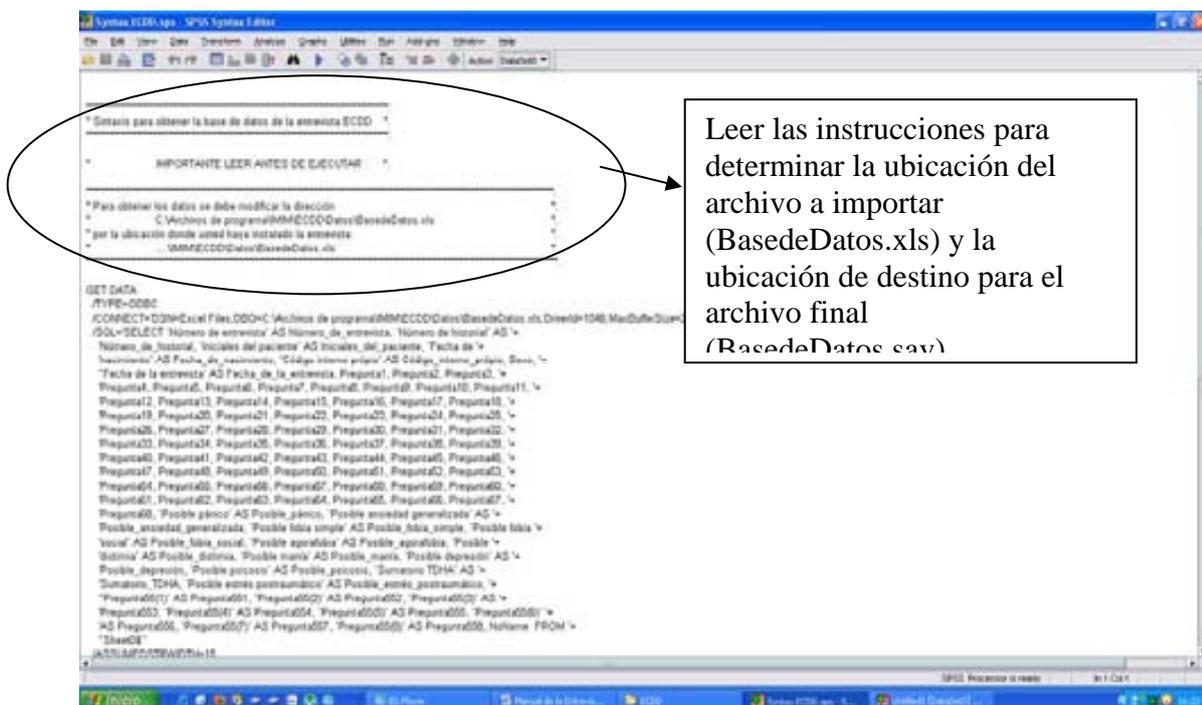
Desea generar el archivo PDF del diagnóstico?

### TERCERA PARTE: EXPORTAR DATOS

Para la conversión de los datos en una base de SPSS debe abrir el archivo Syntax ECDD.sps que le adjuntamos con el archivo de instalación de la entrevista:



Después de hacer doble click en el icono se ejecutara la versión del programa SPSS que tenga instalada en el ordenador y le aparecerá una pantalla similar a esta:



**IMPORTANTE** antes de ejecutar esta sintaxis léa las instrucciones que hay en este mismo archivo .sps para realizar las **MODIFICACIONES NECESARIAS** para su correcto funcionamiento.

El resultado de esta operación será (dependerá de su versión del programa SPSS):

Hoja de datos:

	Número de entrevista	Nombre de hospital	Inicial del paciente	Fecha de nacimiento	Código médico propio	Sexo	Fecha de la entrevista	Pregunta1	Pregunta2	Pregunta3
1	1		VM	15/12/1975	LOL	Mujer	21/01/2011	No	No	No
2	2		MM	12/15/1982	30	Hombre	31/03/2011	No	No	No

Hoja de variables:

	Nombre	Typo	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Columns	Align	Measure
1	Número de entrevista	String	15	0	Número de entrevista	None	None	15	Left	Nominal
2	Nombre de hospital	String	15	0	Nombre de hospital	None	None	15	Left	Nominal
3	Inicial del paciente	String	15	0	Inicial del paciente	None	None	15	Left	Nominal
4	Fecha de nacimiento	String	15	0	Fecha de nacimiento	None	None	15	Left	Nominal
5	Código médico propio	String	15	0	Código médico propio	None	None	15	Left	Nominal
6	Sexo	String	15	0	Sexo (1, Hombre)	1, No prec.	None	15	Left	Nominal
7	Fecha de la entrevista	String	15	0	Fecha de la entrevista	None	None	15	Left	Nominal
8	Pregunta1	String	15	0	Pregunta 1	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
9	Pregunta2	String	15	0	Pregunta 2	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
10	Pregunta3	String	15	0	Pregunta 3	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
11	Pregunta4	String	15	0	TAQ-1	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
12	Pregunta5	String	15	0	TAQ-2	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
13	Pregunta6	String	15	0	TAQ-3	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
14	Pregunta7	String	15	0	Fobia insectos y animales	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
15	Pregunta8	String	15	0	Fobia aguas y fenómenos atmosféricos	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
16	Pregunta9	String	15	0	Fobia médicos dentista inyecciones sangre	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
17	Pregunta10	String	15	0	Fobia espacios cerrados	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
18	Pregunta11	String	15	0	Fobia altura	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
19	Pregunta12	String	15	0	Fobia aviones	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
20	Pregunta13	String	15	0	Sea control físico	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
21	Pregunta14	String	15	0	Problemas por Fobia Específica	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
22	Pregunta15	String	15	0	Fobia Social	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
23	Pregunta16	String	15	0	Problemas por Fobia Social	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
24	Pregunta17	String	15	0	Agorafobia	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
25	Pregunta18	String	15	0	Problemas por Agorafobia	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
26	Pregunta19	String	15	0	Criterio 1 Depresión: ánimo, rasgo	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
27	Pregunta20	String	15	0	Criterio 1 Depresión	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
28	Pregunta21	String	15	0	Criterio 2 Depresión: desesperanza	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
29	Pregunta22	String	15	0	Criterio 2 Depresión	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
30	Pregunta23	String	15	0	Criterio 3 Depresión: pérdida de interés	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
31	Pregunta24	String	15	0	Sistema 1: Cansancio	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal
32	Pregunta25	String	15	0	Sistema 2: Falta de concentración	1,5, No prec.	None	15	Left	Nominal



## ANEXO V. Consentimiento informado

### Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso

Grupo de Investigación aplicada en Trastorno por uso de sustancias-IMAS-Hospital del Mar

#### HOJA INFORMATIVA PARA LOS PARTICIPANTES

##### Qué tengo que hacer:

Este estudio tiene como objetivo determinar si un cuestionario corto de preguntas sobre salud mental., C-CIDI-TOX, es útil para detectar problemas psiquiátricos en individuos drogodependientes. Este instrumento tarda en pasarse de 10 a 20 minutos. Para saber si los resultados son buenos necesitamos compararlos con los datos obtenidos con otro cuestionario más largo, la PRISM, que se tarda de 1 a 3 horas en completarlo. Así, **su participación en el estudio consiste en contestar las preguntas de los dos cuestionarios: el C-CIDI-Tox y la PRISM.**

##### Para qué servirá:

Actualmente sabemos que la presencia de un Trastorno mental en sujetos que consumen drogas puede interferir mucho en su mejora si no lo tratamos adecuadamente. Por ello es muy importante que podamos determinar si existe algún Trastorno mental en los consumidores de forma rápida y sencilla.

La puesta a punto de este cuestionario permitirá detectar con facilidad a pacientes drogodependientes especialmente graves, que podrán remitirse rápidamente al psiquiatra para que confirme el diagnóstico y valore la

necesidad de iniciar un tratamiento adecuado. Así pues, **el objetivo final de este estudio es mejorar la atención sanitaria que se ofrece a los sujetos con problemas de consumo de drogas.**

Le garantizamos que la información que usted nos aporte será confidencial y sus datos estarán protegidos de acuerdo a la normativa legal sobre la confidencialidad de los datos (Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal [LOPD]).

Su decisión de participar o no participar en este estudio es totalmente voluntaria y no influirá en los cuidados médicos de su enfermedad. Así mismo usted puede retirarse del estudio en cualquier momento que lo crea oportuno, sin que ello repercuta en su atención médica.

Si tiene dudas o quiere más información puede preguntar a la investigadora responsable: Dra. Marta Torrens, Servicio de Psiquiatría y Toxicomanías (IAPS), Hospital del Mar, Paseo Marítimo 25-29, 08003-Barcelona. Teléfono 932483175.

Este proyecto de investigación ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del IMAS con el siguiente nº de protocolo: CEI 2005/2148/I

Si está de acuerdo en participar deberá firmar la hoja de consentimiento informado que encontrará a continuación.

# Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso

Grupo de Investigación aplicada en Trastorno por uso de sustancias-IMAS-Hospital del Mar

## HOJA DE CONSENTIMIENTO

Don.....

Tras haber sido informado verbalmente y por escrito del estudio, por el

Dr.....

- Ha podido hacer todas las preguntas que tenía sobre el mismo
- Sabe que en caso de aceptar participar en el estudio es libre de abandonarlo en cualquier momento sin que esto repercuta en la atención médica que precise.
- Que en todo momento se le garantiza la confidencialidad de los datos del estudio

ACEPTA participar en esta investigación que incluye la administración de dos cuestionarios de salud mental

Nombre del Investigador	Nombre del Entrevistado
Firma	Firma
Fecha	Fecha



