

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus León

División de Ciencias de la Salud

**Experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de
Síntomas psiquiátricos en Adultos con Trastorno por Consumo
de Sustancias**

Tesis

Que para obtener el título de
Maestra en Investigación Clínica

Presenta:

Diana Laura López Navarro

Directores:

Dr. José María de la Roca Chiapas

Dra. Herlinda Aguilar Zavala

León, Guanajuato, mayo 2022

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Campus León

División de Ciencias de la Salud

**Experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de
Síntomas psiquiátricos en Adultos con Trastorno por Consumo
de Sustancias**

Tesis

Que para obtener el título de
Maestra en Investigación Clínica

Presenta:

Diana Laura López Navarro

Directores:

Dr. José María de la Roca Chiapas

Dra. Herlinda Aguilar Zavala

León, Guanajuato, mayo 2022

Agradecimientos Institucionales

Agradezco en primer lugar a la Universidad de Guanajuato, por prestarme sus aulas para mi formación.

A CONACyT por el soporte económico durante mi periodo académico.

A cada uno de los grupos de Alcohólicos Anónimos (A.A): Jóvenes en Acción, Mi última oportunidad; Grupo Emperadores, Salamanca y Valle de Santiago y a la Fundación Fuente de Vida A.C, por permitirme el acceso para trabajar el presente proyecto de investigación dentro de sus instalaciones.

De manera especial, agradezco a la Secretaría de Salud del Estado de Guanajuato por otorgarle a este proyecto el segundo lugar en la convocatoria “Investigación en el área de Salud Mental 2019” y el financiamiento para la realización de este.

Dedicatoria

A mi abuelo, que me dejó todo.

Agradecimientos

A Dios por la inteligencia y la vida.

A mi madre por su amor.

A la Dra. Herlinda, por su seguimiento, paciencia y vocación.

A las personas que han servido de inspiración en mi camino, por ser ejemplo de las buenas acciones y del buen servicio: Carolina Hernández Navarro.

A mis mejores amigos, por la motivación que me dan siempre y el acompañamiento: Daniel, Nicoles, Alejandra, David y Bárbara.

Índice general

Agradecimientos Institucionales.....	3
Dedicatoria	4
Agradecimientos	5
Índice general	6
Resumen	7
I. Introducción	8
II. Justificación	14
III. Pregunta de investigación.....	15
IV. Hipótesis	15
V. Objetivos	16
VI. Materiales y Métodos	16
6.1 Tipo de estudio	16
6.2 Diseño de estudio	16
6.3 Universo	17
6.4 Población.....	17
6.5 Muestra.....	17
6.6 Definición de caso y control	17
6.7 Cálculo del tamaño de muestra.....	17
6.8 Muestreo.....	18
VII. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	18
VIII. Procedimientos.....	20
IX. Instrumentos de recolección de datos y análisis de laboratorio	21
9.2 Análisis de laboratorio	23
X. Estadística.....	24
XI. Consideraciones éticas y legales.....	25
XII. Resultados	27
XIII. Discusión.....	36
XIV. Conclusiones	48
XV. Referencias bibliográficas	51
XVI. Anexos y Apéndices.....	65

Resumen

Introducción: El Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) sigue siendo uno de los problemas de salud pública que más ocupan a gobiernos e instituciones. Se ha revisado la asociación de los estados psicopatológicos y los acontecimientos traumáticos de abuso y negligencia en los primeros años de vida, hipotetizando que estos son un factor de riesgo para desencadenar condiciones adversas para la salud física y mental.

Objetivo: Evaluar la asociación entre las experiencias tempranas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con trastorno por consumo de sustancias y adultos sin el trastorno.

Materiales y Métodos: Se evaluaron varones adultos con TCS de diferentes grupos de ayuda mutua de Alcohólicos Anónimos (A.A) 24 horas y adultos varones sin adicción. Les fue aplicado un cuestionario de datos generales y patrones de consumo, el Mini-Mental, el Inventario de Trauma Temprano, el Instrumento de Vínculos Parentales y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

Resultados: Se evaluó a 72 participantes, 37 del grupo de casos (GTCS) y 35 controles no consumidores. En el GTCS encontramos mayor presencia de eventos traumáticos ($z=2.70$, $p=0.006$), de abuso físico ($z=2.73$, $p=0.006$) y sexual ($z=1.91$, $p=0.05$), así como de la cantidad de cuadros psicopatológicos ($\chi^2=6.60$, $p=0.000$) y de concentraciones de cortisol en cabello ($t=2.03$, $p=0.002$). El abuso emocional en edades más tempranas es un factor de riesgo para la adicción ($OR=1.13$, $\beta=0.12$). En cambio, es un factor protector para el TCS que las experiencias traumáticas generales ($OR=0.90$, $\beta=-0.11$), el abuso físico ($OR=0.76$, $\beta=-0.27$) y sexual ($OR=0.99$, $\beta=-0.01$) ocurran en edades más avanzadas.

Conclusiones: Los participantes del GTCS han experimentado más experiencias de trauma y abuso y estas vivencias a edades más tempranas son factores de riesgo para la dependencia. Este grupo también presenta más cuadros psicopatológicos.

I. Introducción

El consumo de drogas (lícitas o ilícitas) en México continúa siendo un problema sostenido y creciente, a pesar de las múltiples estrategias de prevención y tratamiento que a lo largo del territorio nacional se despliegan año con año. De acuerdo con la más reciente Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 (ENCODAT), los principales crecimientos de consumo se encontraron en la población de 12 a 17 años y de 18 a 34. La marihuana es la droga que mayor aumento ha tenido, tanto en varones como en mujeres, aunque se ha reportado una edad de consumo más temprana en hombres, quienes con solo 17.7 años se inician en el uso de sustancias, mientras que las mujeres lo comienzan a los 18.2. En la zona centro del país, el consumo de “cualquier droga alguna vez en la vida” aumentó significativamente con respecto a la medición hecha en 2011, de 6.6 a 9.4% y el consumo de drogas ilegales mostró un incremento significativo y alarmante, pues pasó del 1.7 al 4% (1).

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) está considerado como tal por sus implicaciones en cuestión de salud, y ha sido descrito en distintos sistemas médicos de clasificación de enfermedades. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSMV-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, por sus siglas en inglés) refiere como característica esencial de este trastorno la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con ella. De forma resumida, se consideran diez criterios clínicos para el diagnóstico del TCS (2):

1. Consumo de la sustancia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto
2. Esfuerzos fallidos de dejar el consumo
3. Gran cantidad de tiempo invertido en conseguir la sustancia, su consumo o recuperación de sus efectos

4. Deseo intenso de consumir
5. Incumplimiento de deberes fundamentales
6. Consumo continuado a pesar de los problemas en el ámbito social o interpersonal causados por los efectos de la ingesta
7. Reducción o abandono de importantes actividades sociales, ocupacionales o recreativas debido al consumo
8. Consumo en situaciones que provocan riesgo físico
9. Consumo a pesar de saber que se padece un problema físico o psicológico y que éste pudiera agravarse debido a la ingesta
10. Tolerancia
11. Abstinencia

Por lo anteriormente descrito, el TCS es una condición particularmente complicada y requiere de un manejo extenuante por parte de los profesionales de la salud, quienes han intentado explicar el desarrollo y mantenimiento de la dependencia a sustancias a través de argumentos neurofisiológicos, y cada vez más las explicaciones psicosociales que, en conjunto, intentan dar razón de la etiología de esta compleja condición, no solo para su correcta explicación, sino también en el intento constante de buscar alternativas de rehabilitación que le permitan al individuo con adicciones, recuperar la funcionalidad plena en su entorno.

Por ejemplo, se ha encontrado que las experiencias negativas de negligencia y abuso en la infancia participan en la susceptibilidad y predisposición para la obesidad, enfermedades cardiovasculares y otras condiciones de riesgo para la salud y la conducta, incluyendo el consumo de sustancias (3).

Entre los elementos multifactoriales que predisponen al consumo y la adicción, el apego entre padres e hijos juega un papel particularmente importante para el desarrollo saludable del ser humano; el deterioro de estos vínculos paternos representa un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades

mentales y abuso de sustancias en la edad adulta (4), así también, la falta de un adecuado cuidado parental es un predictor para el desarrollo de trastornos afectivos en etapas posteriores a la infancia (5). El maltrato infantil ha sido ya documentado como un factor de riesgo importante para el desarrollo de consumo de alcohol, no solo por sus consecuencias físicas, sino también mentales (6–8). Estos pacientes muestran un curso más severo de la adicción (consumo más frecuente y mayor riesgo de recaída) (7). En estudios con fumadores adolescentes se ha reportado la asociación entre un estilo de crianza negligente y el consumo más frecuente de tabaco, así como también mayor riesgo de dependencia en comparación aquellos que reportan un estilo apropiado de crianza (9), por lo que queda evidenciada en dependientes a la nicotina la relación entre los estilos de crianza y el consumo (10).

Particularmente en las mujeres, se ha documentado una mayor gravedad del abuso de sustancias, asociada con negligencia emocional por parte de los cuidadores principales (11), asimismo, individuos dependientes a sustancias han reportado la percepción de un alto control por parte de sus padres y una baja percepción del cuidado materno (12). Son estas mismas percepciones las que se han evidenciado también en apostadores patológicos (13), individuos con depresión (14), alcohólicos (15), delincuentes juveniles (16) y sujetos con algún trastorno psiquiátrico en general (17). Algunos sujetos dependientes a sustancias han reportado en evaluaciones retrospectivas haber vivido una “crianza perturbada” (18) y a sus padres los ha definido como “fríos, indiferentes, controladores e intrusivos” (19).

Otros estudios, evidencian cómo adultos adictos que reportan haber vivido abuso físico en la infancia, muestran significativamente también mayor ansiedad, depresión, ira, pensamientos obsesivos, baja autoestima, incomodidad social, problemas familiares, estrés, sentimientos de vulnerabilidad, psicopatía, irritabilidad, desconfianza, en comparación con adultos adictos que no reportan abuso físico (20).

En otro estudio con 1,411 gemelas adultas que habían sido víctimas de abuso sexual en la infancia, la manifestación de trastornos psiquiátricos y en mayor medida la dependencia al alcohol y a las drogas se encontraron asociadas de manera

positiva (21). En personas que reportaron la vivencia de cuatro o más eventos adversos infantiles, el riesgo para dependencia al alcohol y para drogas ilícitas aumentó en 7.2 y 4.5 veces, respectivamente (22). Y aunque hasta ahora parece complicado establecer una relación causal directa, la evidencia sugiere una robusta relación positiva entre la exposición al trauma en la vida temprana y problemas relacionados con el alcohol u otras drogas más adelante (7).

Otro ejemplo es el evidenciado en niños que han perdido a sus padres, pues se han observado efectos duraderos en el eje Hipotalámico Pituitario Adrenal (HPA), incluso ante la ausencia de alguna psicopatología (23). En otro estudio con niños que viven abstinencia emocional frecuente de sus madres, también se han demostrado niveles más elevados de cortisol, mayor sensibilidad al estrés, déficits cognitivos y problemas socio-emocionales (24).

Son estas las evidencias que apuntan a que la dependencia a sustancias no es un hecho fisiológico aislado. Variedad de estudios clínicos que evalúan los efectos a largo plazo del estrés en el desarrollo temprano, remarcan la cascada de consecuencias neurobiológicas que alteran el desarrollo o el adecuado funcionamiento cerebral, aumentando así los riesgos de desarrollar depresión, síntomas de trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno límite de la personalidad, trastorno de identidad disociativa y abuso de sustancias (25), por mencionar solo algunas condiciones clínicas.

Una hipótesis remarcada en la literatura, es que la hiperactividad en el eje HPA y del sistema nervioso autónomo que se observa en adultos afectados por trastornos afectivos y adictivos (26–29), podría ser resultado del abuso y negligencia persistente en la infancia (30,31).

El eje hipotalámico pituitario adrenal es una de las principales vías de señalización que se activan en respuesta del estrés y el trauma. La interpretación dada por la amígdala libera Hormona liberadora de Corticotropina (CRH) y Arginina Vasopresina (AVP) del Núcleo Paraventricular (NPV), y ya unidos a sus receptores principales (CRHR1 y AVPR1A, respectivamente) activan la liberación de ACTH,

que actúa en la corteza suprarrenal, liberando así glucocorticoides al sistema sanguíneo (cortisol, principalmente) (32). La activación del eje HPA es una respuesta hormonal primaria y un sello distintivo de la reacción fisiológica al estrés. La liberación de glucocorticoides por parte del HPA moviliza las reservas de energía para hacer frente a respuestas reactivas y anticipadas. La activación prolongada de este eje resulta energéticamente costoso y se ha relacionado con numerosos estados fisiopatológicos y psicopatológicos (33).

Aunque el eje HPA es solo uno de los muchos sistemas endógenos de reacción al estrés (33), se sabe que una amplia gama de trastornos neurofisiológicos tienen relación con el trastorno de consumo de alcohol (34), y que la activación repetida del eje tiene alteraciones duraderas del sistema (35–37). Estas alteraciones están relacionadas con un aumento del deseo de consumo, disminución de la abstinencia y una mayor gravedad en la recaída (38–40). Existen otras condiciones psiquiátricas reportadas en la literatura donde se observa un incremento en la actividad del eje HPA han sido también la Anorexia nerviosa, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno de pánico y Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en niños (41).

El CRH ha sido previamente identificado como el “iniciador” del eje HPA y se sabe que juega un importante papel en la adicción, particularmente en la fase de abstinencia (42). Por su parte, el cortisol, producto del eje HPA a nivel suprarrenal, no solo desarrolla un papel importante en la regulación fisiológica central y periférica, sino que también se le ha relacionado ampliamente con el riesgo de desarrollar un amplio espectro de trastornos físicos y mentales (43). Ayuda a asegurar un suministro suficiente de combustible para las células cuando el organismo se encuentra en una situación de estrés. Su principal acción es estimular la producción de glucosa a partir de otros nutrientes en las células del hígado. Además, el cortisol estimula el transporte de aminoácidos hacia las células hepáticas. También favorece a la producción de las grasas, de modo que haya moléculas de glicerol y triacilglicerol disponible para su conversión en glucosa. Durante las situaciones de estrés, el encéfalo y las glándulas suprarrenales trabajan juntos para ayudar al cuerpo a responder eficazmente (44).

Aunque la reactividad aguda es una importante respuesta adaptativa a los retos del medio (45), los cambios a largo plazo en la secreción de este glucocorticoide se han relacionado con un mayor riesgo de enfermedad física y mental (41,46). La medición de cortisol en cabello surge en esta última década como una estrategia alternativa a las mediciones dinámicas de éste (en sangre, orina o saliva), como una solución al desafío de la evaluación de secreción de cortisol a largo plazo (47–49). Esta alternativa, validada en modelos animales y humanos (48), mantiene en el cabello niveles confiables de cortisol hasta por seis meses (50), a diferencia de las mediciones dinámicas, que cuantifican únicamente los niveles agudos de este glucocorticoide circulante (51). Fue precisamente en el 2016 que, en aras de demostrar la efectividad de las mediciones de cortisol en cabello, Short y colaboradores demostraron cómo esta evaluación proporciona una estimación fiable a largo plazo (43).

Estas técnicas se han utilizado para evidenciar los cambios prospectivamente y la implicación de diversas condiciones en la conducta humana. Como por ejemplo en el TCS, donde la hipótesis de algunos autores es entonces que la dependencia a sustancias es una consecuencia de la exposición crónica al estrés psicosocial, derivado además de las experiencias adversas tempranas (52).

II. Justificación

Las cifras referidas por instancias gubernamentales destinadas a la prevención y tratamiento del uso y abuso de sustancias reportan periódicamente cifras que resaltan la necesidad de la continua investigación en el fenómeno adictivo. De acuerdo con la ENCODAT 2016-2017, en ese periodo de tiempo, se atendieron en consulta a 53 mil 588 personas, quienes solicitaron atención por el uso de diversos tipos de drogas. Por su parte, otras instituciones de atención no gubernamentales reportaron la asistencia de 60 mil 582 personas en 1125 establecimientos distribuidos a lo largo de todo el país. En el caso de los Centros de Integración Juvenil (CIJ), reportan que en el segundo semestre del 2016 asistieron a sus consultas 12 mil 96 personas (1). Esto quiere decir que en nuestro país un total de 126 mil 266 personas presentan una adicción, o se encuentran en riesgo de desarrollarla, y esta situación puede estar siendo favorecida o mantenida por un contexto de vida adverso, con implicaciones psicológicas y neurobiológicas de las que en el gremio de las ciencias de la salud poco se ha investigado a nivel nacional.

En Latinoamérica, y en México, los estudios relacionados a la condición adictiva siguen siendo pocos, particularmente aquellos donde se revisa el impacto contextual en los aspectos fisiológico y psicológico en concomitancia. Tener en consideración estas variables, aportará a la correcta, precisa y efectiva adecuación de las intervenciones multidisciplinarias con los pacientes con TCS, pues la complejidad de este trastorno requiere del conocimiento actualizado, para actuar en consecuencia a las necesidades particulares de cada paciente, no solamente considerando las manifestaciones patológicas actuales, sino también aquellas variables neuropsicológicas que propiciaron o instauraron la adicción.

La presencia de eventos estresantes tempranos y/o maltrato infantil es un fuerte riesgo para el desarrollo de dependencia a sustancias y de recaída. Y las alteraciones del eje HPA juegan un papel bien documentado en ello, por lo que, en opinión de algunos autores, la heterogeneidad de esta condición podría sugerir que

se considerase un subtipo biológicamente distinto del trastorno por dependencia a sustancias (53) con patrones distinguidos en la funcionalidad del eje HPA (54).

Por tanto, para generar estas estrategias es necesario no solamente atender a las manifestaciones inmediatas y evidentes de esta condición, sino detectar, evaluar y señalar las potenciales causas subyacentes de ésta. Para que esto sea posible, y se puedan describir y detallar los mecanismos que a nivel fisiológico tienen participación en la adicción a sustancias, los profesionales de la salud debemos otorgarle la dimensión adecuada al papel que juegan las experiencias adversas tempranas en el desarrollo psicológico y neurobiológico del ser humano, pues éstos son un problema de salud pública (55).

Hasta ahora, las predecesoras investigaciones destacan la importancia de evaluar las experiencias traumáticas y los beneficios positivos asociados con la aplicación de intervenciones psicosociales integrales en los sujetos con trastorno por consumo de sustancias (7).

III. Pregunta de investigación

¿Existe diferencia entre las experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS) en comparación con adultos sin el trastorno?

IV. Hipótesis

4.1 Hipótesis nula

Las experiencias traumáticas tempranas y las manifestaciones psiquiátricas no están relacionadas en adultos con trastorno por consumo de sustancias.

4.2 Hipótesis alterna

Las experiencias traumáticas tempranas y las manifestaciones psiquiátricas están relacionadas en adultos con trastorno por consumo de sustancias.

V. Objetivos

5.1 Objetivo general:

Evaluar la asociación entre las experiencias traumáticas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con trastorno por consumo de sustancias y adultos sin el trastorno.

5.2 Objetivos particulares:

- 1) Determinar los tipos de vínculos parentales en adultos con trastorno por consumo de sustancias.
- 2) Evaluar la presencia de eventos traumáticos tempranos en adultos con trastorno por consumo de sustancias.
- 3) Comparar los vínculos parentales, los eventos traumáticos tempranos y los síntomas psiquiátricos en adultos con trastorno por consumo de sustancias.

5.3 Objetivos secundarios:

- 1) Cuantificar y comparar los niveles de cortisol en cabello entre adultos con y sin TCS.

VI. Materiales y Métodos

6.1 Tipo de estudio
Casos y Controles

6.2 Diseño de estudio
Observacional, descriptivo, comparativo

6.3 Universo

Adultos varones

6.4 Población

Adultos varones con y sin trastorno por consumo de sustancias del estado de Guanajuato para los casos y para los controles, respectivamente.

6.5 Muestra

Adultos varones con trastorno por consumo de sustancias (GTCS) internados en los centros de Alcohólicos Anónimos (A.A) 24 horas, y adultos varones de la población en general (GC).

6.6 Definición de caso y control

Caso: Adulto de entre 18 y 60 años en remisión inicial o continuada del Trastorno por Consumo de Sustancias de acuerdo con los criterios diagnóstico del DSM-5. Pertenece al Grupo de Trastorno por Consumo de Sustancias (GTCS).

Control: Adulto de entre 18 y 60 años sin trastorno por consumo de sustancias, mismo que se reclutará del público en general, universidades e industria. Conformará el grupo control (GC).

6.7 Cálculo del tamaño de muestra

De acuerdo con los datos reportados por Gerra y colaboradores, quienes reportan diferencias en la manifestación de síntomas psiquiátricos entre adultos con dependencia a la nicotina y un grupo control (10), se calculó el tamaño de muestra con base en la fórmula de diferencia de medias, considerando un alfa bilateral de 0.05, un beta de 0.20 y un poder estadístico del 80% y se obtuvo una $n = 35$, es decir, 70 en total.

$$n = \frac{2(Z\alpha + Z\beta)^2 * S^2}{d^2}$$

$$n = \frac{2(2.8)^2 * 0.9^2}{0.6^2}$$

$$n = \frac{2(7.84) * 0.81}{0.36} = 35$$

Donde:

$Z_\alpha = 1.96$

$Z_\beta = 0.84$

S= Desviación estándar

d= Diferencia de la media del grupo A y B

6.8 Muestreo

No probabilístico por conveniencia para ambos grupos de estudio.

VII. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión para el grupo de casos (GTCS):

- Varones
- Entre 18 y 60 años
- En remisión inicial o continuada
- Internados en alguna institución A.A 24 horas
- Cumplimiento de criterios clínicos del DSM-5
- Que sepan leer y escribir
- Firma del consentimiento informado

Criterios de inclusión para el grupo control (GC):

- Varones
- Adultos de entre 18 y 60 años
- Sin abuso o dependencia a sustancias psicotrópicas (legales o ilegales)
- Que sepan leer y escribir
- Sin previos tratamientos o internamientos por consumo de sustancias
- Firma del consentimiento informado de participación

Criterios de exclusión para ambos grupos:

- Enfermedades crónico-degenerativas
- Conductas adictivas
- Consumidores experimentales
- Con algún diagnóstico psiquiátrico actual y diferente al Trastorno por consumo de sustancias
- Con daño neuropsicológico

Criterios de eliminación para ambos grupos:

- Expedientes incompletos
- Acudir a las evaluaciones en estado de intoxicación.
- Resultado positivo en prueba de dopaje en orina
- Manifestación del propio participante para dejar de participar

VIII. Procedimientos

Se gestionó el reclutamiento de participantes en los grupos de A.A y A.A 24 horas, explicando con detalle a los directores principales los objetivos, procedimientos y ventajas de participación. Posteriormente, se explicó los criterios de inclusión para los casos y con quienes estuvieron interesados, se ahondó en los objetivos, beneficios y riesgos de forma individual. Los candidatos que aceptaron participar fueron evaluados con la entrevista de recolección de datos generales, prueba de dopaje en orina y la recolección del mechón de cabello. Asimismo, se realizó la aplicación de los instrumentos psicométricos.

El mechón de cabello fue recolectado y almacenado dentro de las instalaciones del Laboratorio de Biología Molecular y Genética Conductual a temperatura ambiente, protegido en papel aluminio del Sol y la humedad.

El reclutamiento de participantes para el grupo control siguió la misma secuencia, solo que previo a la selección de candidatos, se realizaron cuestionarios de filtro para detectar a aquellos que pudieran cumplir con los criterios de inclusión.

Se invitó a participar al público en general y de universidades.

Solo los candidatos que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar fueron quienes iniciaron con el proceso de evaluación.

IX. Instrumentos de recolección de datos y análisis de laboratorio

- Cuestionario de datos generales: Diseñado a manera de entrevista semi estructurada. Será utilizado para recabar información sobre aspectos básicos y generales, tales como la edad, sexo, ocupación, nivel de estudios, información sobre el estilo de vida y patrones de consumo. (Apéndice 2)

9.1 Instrumentos psicométricos

- Inventario de trauma temprano- Auto reporte (ITT-AR): Originalmente desarrollado en los Estados Unidos, ha sido correctamente adecuado al idioma español, demostrando su validez a través de su análisis de consistencia interna a través del coeficiente de Cronbach, su validez se ha demostrado con el análisis de las curvas ROC y el área bajo la curva con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, y su adecuada sensibilidad y especificidad, exponiendo así que es un instrumento válido para la evaluación del trauma infantil (56). Comprende cuatro subescalas: trauma general (31 ítems), abuso físico (9 ítems), abuso emocional (7 ítems) y abuso sexual (12 ítems), por lo que el puntaje va de 0 a 59. (Anexo 1).
- Mini Examen Cognoscitivo (MEC-30): Analiza de forma resumida y estandarizada un conjunto de funciones cognitivas (orientación, atención, comprensión y repetición del lenguaje, memoria diferida, cálculo y dibujo elemental) (42). Es un instrumento sencillo pero fiable y válido como instrumento de detección del deterioro de las funciones cognitivas (57). Es un instrumento estándar para valorar la función cognoscitiva, y el más utilizado como test de “screening” en investigaciones epidemiológicas (58) o ensayos clínicos que requieran la evaluación de las funciones intelectivas del sujeto (59). A la luz de las revisiones estadísticas, el instrumento cuenta con adecuados coeficientes de fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad (Anexo 2). Para este instrumento, un puntaje de 27 a 30 indicará que no hay presencia de ninguna alteración. De

24 a 26, sugiere la existencia de una sospecha patológica. De 12 a 23 se determina como presencia de deterioro cognitivo y de 9 a 11 se clasifica como demencia.

- Instrumento de vínculos parentales (IVP): Mide la percepción de la conducta y actitud de uno o ambos padres en relación con el sujeto en su infancia y adolescencia, en los primeros 16 años de crianza. Utilizado en múltiples estudios en distintos países (60–62), este instrumento está traducido al español y con coeficientes adecuados que le dotan de validez y confiabilidad en población mexicana. Al instrumento lo componen dos escalas: Cuidado (12 ítems) y Sobreprotección (13 ítems). La primera hace referencia por un lado a lo afectuoso, la empatía, cercanía y contención emocional, y por otro, a la indiferencia, negligencia y frialdad emotiva. La segunda apunta a infantilización, el control, intrusión, contacto excesivo e impedimento de la autonomía. Cada respuesta se puntúa de 0 a 3 puntos, por lo que la primera escala arroja un puntaje máximo de 36 y la segunda de 39, lo que también posibilita el uso del instrumento de forma independiente o conjunta de sus escalas (63). (Anexo 3).
- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I., Mini International Neuropsychiatric Interview): Breve entrevista estructurada y diseñada para evaluar 17 diagnósticos del DSM-5 y CIE-10 (Episodio depresivo mayor, Suicidalidad, Episodios Maníacos e Hipomaniacos, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), Trastorno por Consumo de Alcohol, Trastorno por Uso de Sustancias, Trastornos Psicóticos y Trastorno del Humor con Síntomas Psicóticos, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón, Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Personalidad Antisocial, Trastornos del Humor) , a través de la exploración de la presencia de criterios diagnósticos. Cuenta con sensibilidad y especificidad y ha sido diseñada para su aplicación individual, con un tiempo de aplicación de 10 a 25 minutos. Traducida en más de 30 idiomas (incluido el español), esta entrevista

correctamente aplicada, en conjunto con el juicio clínico, se considera como aceptable para la evaluación en atención primaria (64,65) (Anexo 4). Para su calificación se debe atender a los flujogramas establecidos para cada uno de los 17 cuadros psicopatológicos contenidos en la misma entrevista.

9.2 Análisis de laboratorio

Extracción de cortisol:

1. Se corta la parte más proximal del cabello correspondiente a tres meses previos. El cabello crece aproximadamente 1 cm/mes, por lo que se calculan los centímetros a cortar según el momento en que se desee medir.
2. El mechón se mantiene en una zona seca y aislado de la luz.
3. La muestra ya cortada se transfiere a un tubo con formol de 15 ml.
4. Se lava cuidadosamente tres veces con alcohol isopropanol de 2.5 ml. Durante 2 minutos cada vez para eliminar contaminantes.
5. Se retira el alcohol isopropanol mediante decantación
6. Se deja secar la muestra por 48 horas o más, hasta secar totalmente el isopropanol.
7. Una vez totalmente seca la muestra, se transfiere a un disruptor de tejido que use bolas de cerámica para que se triture el tejido, o en su defecto, se tritura en mortero de cerámica.
8. El cabello pulverizado es transferido a tubos de eppendorf de 2.0 ml, se pesa en balanzas analíticas. Es ideal tener de entre 10 a 50 mg. de cabello ya triturado
9. Para extraer el cortisol, la muestra se deja incubar 24 horas con 1.5 ml. de metanol.
10. La muestra se centrifuga a 100 rpm y el sobrante es transportado a otro tubo eppendorf.
11. La muestra será completamente evaporada con ayuda de una Centrivap
12. Toda vez que el metanol esté completamente evaporado, se reconstituye con agua inyectable a 200 a 300 μ L o solución salina fosfatada.
13. El reconstituido se almacena a -25° c para su posterior análisis mediante ELISA.

X. Estadística

10.1 Estadística descriptiva

Se hizo uso de medidas de tendencia central para variables cuantitativas. Para variables categóricas, frecuencias, porcentajes, medianas, modas, mínimos y máximos.

10.2 Estadística inferencial

Para la comparación de variables cuantitativas dicotómicas (presencia o ausencia de síntomas psiquiátricos) por grupos, se hizo uso de la prueba χ^2 . Los puntajes de la evaluación de eventos traumáticos de cada grupo fueron comparados U de Mann Whitney, y el puntaje del Mini-mental fue comparado con la prueba t de Student. Para conocer la relación entre la variable agrupante y la presencia de síntomas psiquiátricos con el nivel de trauma y el nivel de vínculos parentales, se usó la prueba ANCOVA de dos factores.

El valor de p se consideró significativo cuando éste fue menor a 0.05.

El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico Statistic versión 21.

XI. Consideraciones éticas y legales

La presente investigación se rige por los fundamentos expresados en La ley general de Salud en el TITULO QUINTO, referente a la Investigación para la Salud, CAPÍTULO ÚNICO, Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación; VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda (66). De acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud la presente investigación se clasificará como investigación con riesgo mínimo, ya que solo se emplearán exámenes psicológicos, físicos y toma de muestra sanguínea sin riesgo significativo ni inmediato o tardío que pudiera afectar al sujeto de intervención.

El código ético del psicólogo expone que se debe conducir la investigación empleando como criterio principal la relevancia social de los resultados de investigación y la necesidad de que sean investigadores formados como tales, quienes conduzcan la investigación. La evaluación de los beneficios y riesgos de la investigación, la preferencia de los intereses humanos por encima de los científicos, los esfuerzos de la investigación basados en la revisión de la bibliografía de investigación antecedente, las responsabilidades de los investigadores y participantes, la seguridad en el empleo de sustancias en la investigación responsabilidades conductuales entre investigadores y participantes, la libertad de los sujetos de la investigación de participar o no, así como la confidencialidad (67).

Por lo anterior, se le solicitará firmar un consentimiento informado donde se declara que se le dio la información pertinente al paciente donde se expresan las ventajas y riesgos de participar en la presente, que sus datos personales serán manejados con confidencialidad. El paciente podrá abandonar la misma con total libertad y podrá revisar sus resultados en todo momento, dicho consentimiento será firmado ante la presencia de dos testigos y la firma del investigador responsable.

Esta investigación cuenta con aprobación del Comité Institucional de la Universidad de Guanajuato (CIBIUG) (Anexo 5) con el código CIBIUG-P44-2019.

XII. Resultados

Fueron evaluados 73 participantes, 37 casos pertenecientes al Grupo de Trastorno por Consumo de Sustancias (GTCS) y 36 no consumidores del Grupo Control (GC).

Los participantes del GTCS, fueron reclutados de varios centros de autoayuda de Alcohólicos Anónimos (A.A) de 24 horas (conocidos como anexos) y la Asociación Fuente de Vida; instituciones ubicadas en Celaya, Salamanca, Valle de Santiago y Salamanca. Para el GC, quienes lo conformaron fueron invitados de la población general, luego de verificarse que cumplían con los criterios de inclusión con un cuestionario en línea que servía como filtro. Con este grupo y debido a la pandemia por COVID-19, se agendaron las evaluaciones en sus domicilios, cuidando las medidas sanitarias recomendadas.

En las figuras 1 y 2 se detalla el proceso de reclutamiento.

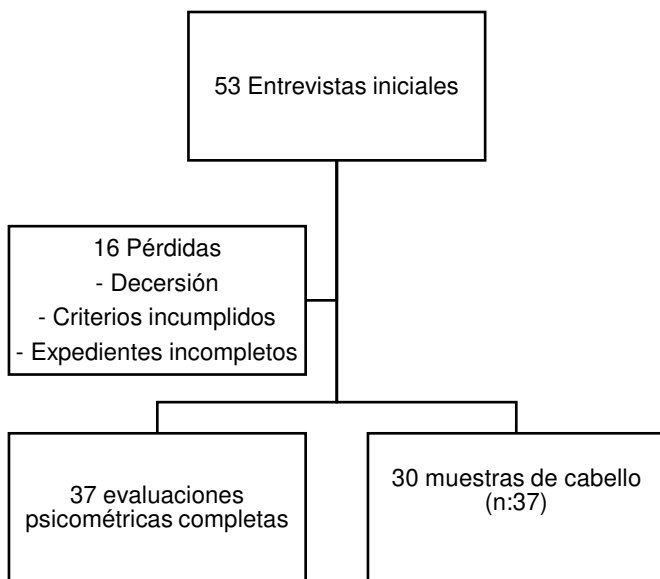


Fig. 1: Reclutamiento de participantes del GTCS

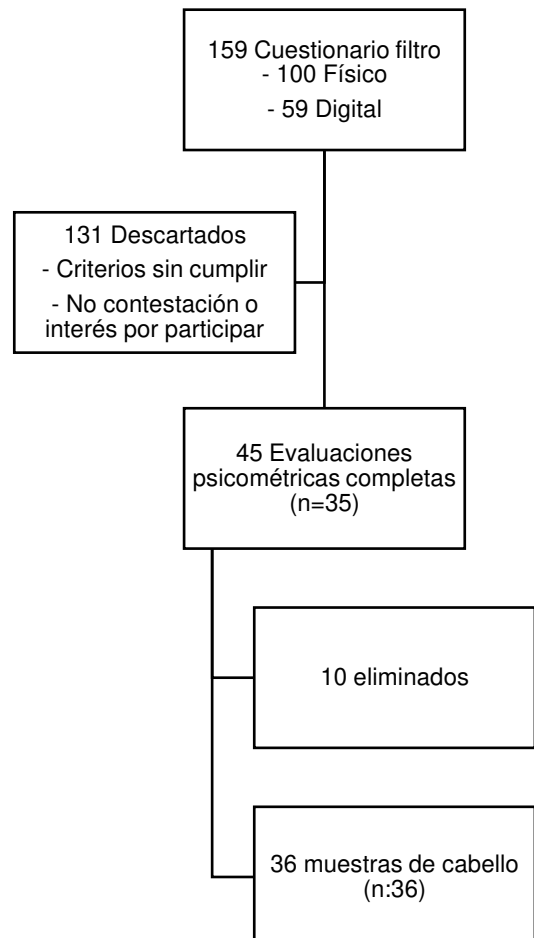


Fig. 2: Reclutamiento GC

La edad promedio para el grupo de casos fue de 27.97 ± 7.34 y para los controles, 26.85 ± 7.52 . En ambos grupos, la mayoría de los individuos eran solteros (58.3% para el GCS y 68.5% para el GC). Lo mismo la zona de procedencia urbana (75% para los casos y 64.2% para los controles). En estas evaluaciones, solamente se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la escolaridad ($p < 0.0001$) y ocupación ($p = 0.025$ de los participantes evaluados). En la tabla 1 se detallan todas las variables sociodemográficas.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los grupos de estudio (n= 73)

Variable	TCS (n=37)	Controles (n=36)	Estadístico	p
Edad (años)	27.43±7.55	26.51±6.41	0.55 _a	0.34
Estado civil				
Casado	11 (30.55)	6 (17.14)		
Soltero	21 (58.33)	24 (68.57)	2.87 _b	0.09
Divorciado	0	3 (8.57)		
Unión libre	4 (11.11)	2 (5.71)		
Ingreso Familiar Mensual				
<1,000	0	0		
1,001 a 3,000	0	2 (5.71)		
3,0001 a 6,000	9 (25)	4 (11.42)	1.01 _b	>0.05
6,0001 a 10,000	10 (27.77)	10 (28.57)		
10,000 a 15,000	17 (47.22)	21 (60)		
Zona de procedencia				
Urbana	27 (75)	33 (94.28)	3.69 _b	0.05
Rural	9 (25)	2 (5.7)		
Escolaridad				
Primaria	4 (11.11)	0		
Secundaria	23 (63.88)	2 (5.71)		
Bachillerato	7 (19.44)	16 (45.71)	36.9 _b	<0.0001*
Profesional/ Técnico	2 (5.55)	17 (48.57)		
Posgrado	0	0		
Ocupación				
Ninguna	2 (5.55)	2 (5.71)		
Estudiante	3 (8.33)	10 (28.57)		
Empleado/ Obrero	16 (44.44)	9 (25.71)		
Campeño	2 (5.55)	0		
Estudia y trabaja	0	2 (5.71)	7.3 _b	0.025*
Comerciante	5 (13.88)	2 (5.71)		
Profesionista	0	6 (17.14)		
Otra	8 (22.22)	4 (11.42)		
Comorbilidades				
Médicas	2 (5.55)	2 (5.7)		1.0
Psiquiátricas	3 (8.33)	1 (2.85)		

Datos proporcionados en Media±Desviación Estándar y frecuencias (porcentajes)

En el grupo de casos, la metanfetamina “cristal” fue la sustancia ilegal más consumida (77.7%), la de preferencia (52.7%) y la que motivaba la búsqueda de ayuda o droga problema (75%); a esta sustancia le sigue en preferencia la marihuana (66.6%). El tabaco era usado por el 88.8% y alcohol por el 77.7%. Más de la mitad de los participantes (52.7%), se encontraba en proceso de recuperación, con más de un intento de abstinencia. De ellos, el 38.8% había estado seis meses o más en esta sobriedad; solo el 22.2% no había superado el mes en sus intentos previos por dejar el consumo. La mayoría (94.44%) se encontraba en remisión inicial (Tabla 2).

Tabla 2. Patrones de consumo del grupo de casos (n= 37)

Sustancias consumidas	f (%)
Alcohol	28 (77.77)
Tabaco	32 (88.88)
Marihuana	24 (66.66)
Metanfetaminas (Cristal)	28 (77.77)
Cocaína	17 (47.22)
Inhalables	6 (17.14)
Otros	12 (36.36)
Droga de preferencia	
Alcohol	6 (16.66)
Marihuana	6 (16.66)
Metanfetaminas (Cristal)	19 (52.77)
Cocaína	5 (5.40)
Inhalables	1 (13.88)
Otros	2 (5.55)
Droga problema	
Alcohol	6 (16.66)
Metanfetaminas (Cristal)	27 (75)
Cocaína	2 (5.55)
Otros	1 (2.77)
Intentos de abstinencia	
Primera vez	8 (22.22)
2 a 4 veces	19 (52.77)
Más de 5 veces	3 (8.33)
Tantas que no recuerda	6 (16.66)
Remisión	
Inicial	36 (94.44)
Sostenida	1 (2.7)

En las mediciones psicométricas, se encontraron de forma significativa, mayores puntuaciones en los eventos traumáticos generales ($p=0.006$), el abuso físico ($p=0.006$) y el abuso sexual ($p=0.05$) en el GTCS, en comparación con el GC. Lo mismo ocurre al comparar los puntajes del cuidado ($p=0.02$) y sobreprotección de la madre ($p=0.05$).

Lo que respecta al tamizaje neuropsicológico realizado con el Mini-Mental, los puntajes obtenidos por los controles (29.17 ± 0.95) son más altos que en sus contrarios (28.02 ± 1.48 , $p=0.000$), lo que sugiere que los participantes del GC presentan menor deterioro cognitivo.

Finalmente, el número de psicopatologías detectadas para los del GTCS es también mayor ($p<0.001$). La tabla 3 amplía estos datos.

Tabla 3. Medición de eventos traumáticos, vínculos parentales, estado mental, síntomas psiquiátricos y niveles de cortisol en cabello

	Casos (n=37)	Controles (n=36)	Estadístico	p
Trauma Temprano				
Trauma general	8.5 (1-20)	5 (0-14)	2.70 ^a	0.006
Abuso físico	4 (0-9)	3 (0-5)	2.73 ^a	0.006
Abuso emocional	2.5 (0-7)	1 (0-7)	1.20 ^a	0.22
Abuso sexual	2 (0-13)	0 (0-10)	1.91 ^a	0.05
Puntajes Vínculos parentales				
Cuidado madre	20 (9-27)	19 (15-23)	2.20 ^a	0.02
Sobreprotección madre	23 (8-30)	20 (12-28)	1.89 ^a	0.05
Cuidado padre	18 (6-27)	18 (6-27)	-0.41 ^a	0.67
Sobreprotección padre	19 (0-34)	18 (6-27)	0.48 ^a	0.62
Puntaje Mini-mental	28.02±1.48	29.17±0.95	-3.85 ^b	<0.001
Vínculos parentales				
Madre Negligente	6 (16.66)	6 (17.14)		
Madre Control sin afecto	29 (78.37)	31 (88.57)		
Madre Restricción afectiva	1 (2.70)	0	0.88 ^c	0.70
Padre negligente	5 (13.51)	5 (14.28)		
Padre Control sin afecto	25 (67.56)	29 (82.85)		
Puntaje Restricción afectiva	3 (8.33)	1 (2.85)		
MINI (DSM-5)				
0 a 2 psicopatologías	8 (22.22)	34 (97.14)	6.60 ^c	<0.001
≥3 psicopatologías	28 (77.77)	1 (2.85)		
Cortisol en cabello				
Cortisol (pg/mg)	38.28±20.06	29.51±10.95	2.03 ^b	0.002

Datos presentados en Mediana (Min-Max), Media±Desviación Estándar y frecuencias (porcentajes)

a U-Mann-Whitney, b t de student, c Chi² con corrección de Yates, Significancia estadística p<0.05

Tal como se presenta en la figura 3, los síntomas psiquiátricos más presentados en el GTCS son el episodio depresivo (72.22%) y el trastorno antisocial de la personalidad (59.45%) y los episodios hipomaniacos (24.32%), mientras que en el GC, se presentó en 16 participantes (45.71%). El resto de las psicopatologías detectadas en este grupo fueron el riesgo suicida bajo (5.71%) y trastorno de angustia (2.85%) (Fig.3). Al comparar las manifestaciones de síntomas psiquiátricos, se encontró que el GTCS presentaba significativamente más número de síntomas referentes a la conducta suicida ($\chi^2= 3.8$, $p=0.05$) episodios maniacos ($\chi^2= 3.8$, $p=0.05$) e hipomaniacos ($\chi^2= 4.88$, $p=0.02$), trastorno de ansiedad social

($\chi^2= 4.12$, $p=0.04$), ansiedad generalizada ($\chi^2= 12.65$, $p=0.000$) trastornos psicóticos ($\chi^2= 7.5$, $p=0.006$) y de personalidad antisocial ($\chi^2= 21.75$, $p=0.000$), en comparación al GC.

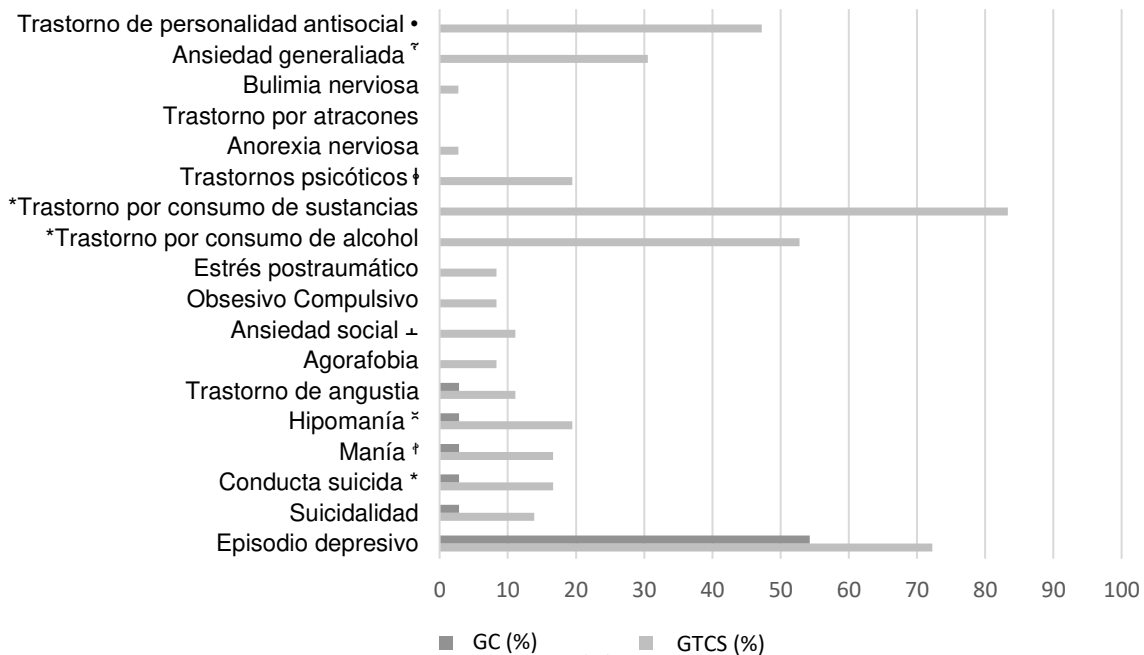


Fig. 3. Frecuencia de síntomas psiquiátricos por grupos de estudio

*. $p \leq 0.05$, † ($\chi^2= 3.8$, $p=0.05$), \times ($\chi^2= 4.88$, $p=0.02$), + ($\chi^2= 4.12$, $p=0.04$), † ($\chi^2= 7.5$, $p=0.006$), τ ($\chi^2= 12.65$,

Al aplicar el estadígrafo de correlación de Spearman, se encontraron correlaciones positivas estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre el puntaje en el Mini-mental y la edad de inicio del consumo de alcohol ($Rho= 0.39$) y de la marihuana ($Rho= 0.54$), lo que implica que, a mayor edad de inicio, mayores son los puntajes obtenidos en esta evaluación. La sobreprotección materna y la edad de inicio del tabaco correlacionan en esa misma dirección ($Rho= 0.33$), por tanto, entre más sean las conductas de este tipo, más tarde comienza el uso de tabaco. El cuidado por parte del padre correlaciona con la edad de inicio del consumo de inhalantes ($Rho= 0.83$), por lo que al incrementarse éste, el consumo de este estupefaciente se retarda. Las correlaciones negativas con significancia estadística encontradas fueron entre los eventos traumáticos generales y la edad de inicio del alcohol ($Rho= -0.41$), la marihuana ($Rho= -0.44$), el cristal ($Rho= -0.42$) y el puntaje en el Mini-

Mental (Rho= -0.24). Así también con entre el abuso físico y la edad de inicio del alcohol (Rho= -0.34), la violencia sexual con el inicio del uso de marihuana (Rho= -0.41) y los resultados en el Mini-Mental (Rho= -0.31). Finalmente, la última significancia estadísticamente significativa en sentido negativo que encontramos, fue entre el total de eventos traumáticos y el inicio del alcohol. Todo esto indica que, a menor número de episodios adversos ocurridos a temprana edad, el inicio de estas sustancias se retrasa (Tabla 4).

Tabla 4. Correlaciones entre variables psicométricas y edades de inicio

Variable	Edad de inicio					
	Alcohol	Tabaco	Marihuana	Cristal	Inhalables	Mini Mental
Mini-Mental	0.39*	0.27	0.54*	0.21	0.26	----
Sobreprotección madre	-0.06	0.33*	0.02	-0.22	0.43	-0.17
Cuidado padre	0.07	0.21	0.35	-0.28	0.83*	-0.11
Trauma general	-0.41*	-0.11	-0.44*	-0.42*	0.17	-0.24*
Abuso físico	-0.34*	-0.02	-0.27	-0.22	-0.06	-0.21
Violencia sexual	-0.23	-0.17	-0.41*	-0.19	-0.32	-0.31*
Total eventos traumáticos	-0.33*	-0.03	-0.38*	-0.17	0.14	-0.18

* $p < 0.05$

En los modelos calculados para la obtención de riesgo (tabla 5), el cuidado de ambos padres son factores protectores para el TCS; no así la sobreprotección por parte de ellos.

Un bajo puntaje en el Mini-mental y la presencia de abuso emocional en edades más tempranas, también juegan como condiciones de riesgo. La vivencia en vivencias traumáticas generales, de abuso físico y sexual son en cambio condiciones que pueden proteger de la adicción.

Al evaluar los riesgos, la edad cronológica, la edad de inicio del consumo de matanfetamina y de cocaína, actúan como un factor protector, ya que, entre mayor edad ocurra el consumo, menor es el riesgo de desarrollar un TCS. Contrario a estos, la edad de inicio del alcohol, tabaco y marihuana, representa un factor de

riesgo, pues el inicio temprano, aumenta la probabilidad de la dependencia (Tabla 5).

Tabla 5. Cálculo de riesgos

Variable	OR	β	Variable	OR	β	Variable	OR	β
Total de psicopatologías	0.09	-2.44	Mini-mental	1.98	0.68	Edad cronológica	0.98	-0.03
Mini-mental	2.15	0.76	Edad	0.95	-0.06	Edad inicio alcohol	1	0
Puntaje Sobreprotección madre	1.1	0.09	Trauma general	0.9	-0.11	Edad inicio tabaco	1.11	0.11
Puntaje Cuidado madre	0.54	-0.61	Abuso físico	0.76	-0.27	Edad inicio marihuana	2.97	1.09
Puntaje Sobreprotección padre	1.02	0.02	Abuso emocional	1.13	0.12	Edad inicio metanfetaminas	0.97	-0.03
Puntaje cuidado padre	0.91	-0.09	Abuso sexual	0.99	-0.01	Edad inicio cocaína	0.92	-0.08
						Edad inicio inhalables	1.09	0.08
Chi ² (6)=71.649 p=.00000			Chi ² (6)=22.571 p=.00096			Chi ² (7)=27.012 p=.00033		

Por último, al aplicar el estadígrafo ANCOVA y la prueba post hoc (LSD), se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los resultados de la evaluación Mini-mental para las funciones neurocognitivas, los participantes con TCS presentan un déficit cognitivo mayor en comparación con los controles con hasta 2 patologías ($p < 0.00$), además de que estos pacientes presentan mayores niveles de sobreprotección materna, mayores eventos de trauma general, físico, emocional y sexual (tabla 6).

Tabla 6. Análisis de covarianza (ANCOVA)

Variable	Controles		GTCS		F	p
	0-2 en MINI X±DE	≥3 en MINI X±DE	0-2 en MINI X±DE	≥3 en MINI X±DE		
Mini-Mental	29.17±0.96	0	28.62±1.30	27.85±1.50	5.76	0.00 ^{a*}
Cuidado Padre	18.45±4.03	0	19.28±3.81	17.73±4.73	0.31	0.81
Cuidado Madre	18.58±3.54	0	20.75 ± 2.31	20.17±3.43	1.89	0.13
Sobreprotección Padre	18.21±5.10	0	15.71±7.54	19.57±7.81	0.77	0.51
Sobreprotección Madre	19.88±4.70	0	18.25±5.47	22.78±5.38	3.47	0.02 ^{b*}
Trauma general	5.55±3.99	0	5.75±3.99	9.32±4.35	4.71	0.00 ^{b*}
Abuso físico	2.47±1.66	0	2.12±2.23	4.71±2.20	8.46	0.00 ^{b*}
Abuso emocional	2.11±1.93	0	1.37±1.99	3.35±2.23	4.32	0.00 ^{b*}
Violencia sexual	1.44±2.66	0	1.25±2.10	3.60±3.58	3.61	0.00 ^{b*}

Post Hoc LSD: a= Caso ≥3 patologías vs control 0-2 patologías, b= Caso ≥3 patologías vs Caso 0-2 patologías y control 0-2 patologías
*p<0.05

XIII. Discusión

En el Informe sobre la Situación Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México que se emitió en el segundo semestre del 2021, ratifica que entre el 2016 y 2017, el consumo de “cualquier droga en el último año” en la población de 18 a 34 años fue del 8.2%, lo que representa un aumento significativo en comparación a la evaluación pasada (68). Por su parte, los informes de Centros no Gubernamentales (CNG) reportados en la ENCODAT contienen que la edad promedio de sus usuarios fue de 31.08 años, mientras que en el CIJ más del 76.7% eran usuarios menores de 30 años (69). Finalmente, en los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), la atención mayormente solicitada fue para el grupo de edad 12 a 17 años (48.2%), seguido del grupo de 18 a 29 años (31.3%) (1). Todos estos datos son similares al promedio de edad encontrado en nuestros participantes con adicción, cuya media fue de 27.43 ± 7.55 .

En nuestro estudio, todos los participantes fueron varones, esto debido a que en los centros de donde fue reclutada la muestra, la admisión es exclusiva para este sexo. Sin embargo, la ENCODAT en su única versión hasta el momento, refleja que la mayoría de los usuarios de drogas son hombres, con 1.9 millones de un total de 2.5 millones en la población estudiada; lo equivalente al 4.6% de consumidores (68). De acuerdo con otros estudios, parecen ser que los hombres son quienes presentan mayores índices de TCS (70). Es importante mencionar que en esta investigación, todos los participantes que integran el grupo de casos con remisión inicial, después de ser evaluados, fueron confirmados con el diagnóstico de TCS según los criterios del DSM-5 y no solo como usuarios de las sustancias o como consumidores perjudiciales. Estos participantes abonan a los 445 mil casos (1.1%) de varones que, a nivel nacional, la ENCODAT reporta como dependientes a sustancias.

Ahora bien, en los usuarios de drogas, el nivel máximo de estudios parece inclinarse al nivel básico. En esta categoría, los CNG mencionan que el 65.1% de sus usuarios cuentan únicamente con formación académica básica, coherente con el hecho de que poco más de la mitad (55.1%) concluye únicamente estudios de primaria o

secundaria (1). Estos datos se asemejan a los 27 usuarios que entre la primaria y secundaria conforman el 74.99% de participantes que han cursado un nivel de estudios básico en nuestro GTC. No se han encontrado estudios que precisen exclusivamente el nivel educativo de población no consumidora, sin embargo, en Guanajuato, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), a nivel Nacional, la población mayor de 15 años ha cursado un promedio de 9.7 años de estudio; en Guanajuato el promedio es de 9 años (71).

Lo que respecta a las sustancias consumidas, en nuestra investigación, el “cristal” fue la más consumida, así como también la droga preferida por los usuarios y la que motiva la búsqueda de atención debido a la lista de problemas que con ella se adquieren (droga problema). De acuerdo con el Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, hasta el 2020 en Guanajuato y otros 10 Estados, el consumo de Estimulantes de Tipo Anfetamínico (ETA), entre los cuales categorizan al “Cristal”, ha sido la principal sustancia por la que la población usuaria, demanda tratamiento (68). Este mismo organismo confirma que las sustancias psicoactivas más consumidas por los usuarios de la “Línea de Vida” son el tabaco (23.1%), las metanfetaminas (19.9%), el alcohol (18.6%) y la marihuana (14.7%) (68). En este estudio, el orden de prevalencia es prácticamente el mismo: tabaco (88.8%), metanfetamina y alcohol (77.7% por igual) y marihuana (66.6%). En Estados Unidos reportan que el alcohol, el cigarro y la marihuana son las tres principales sustancias consumidas (72). En México, lo que parece claro es el aumento del consumo de estimulantes de tipo metanfetamínico en la población usuaria de sustancias psicoactivas (68).

En las evaluaciones psicométricas, los eventos traumáticos en el GTCS mostraron más prevalencia y variedad en comparación a los presentados por el GC. En la literatura es popular encontrar datos que refieren la gran prevalencia de eventos traumáticos ocurridos durante la infancia de individuos con TCS. Por ejemplo, informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (Por sus siglas en inglés “Centers for Disease Control and Prevention”, CDC) han reportado

que en población de 18 a 24 años la prevalencia de experiencias infantiles adversas es del 69.9%, mientras que para la población de 35 a 55 años es del 58.2% (73–75). Otros datos reportan que en adultos con dependencia a sustancias el abuso físico prevalece en un 18%, el abuso sexual en el 11%, el abuso emocional en 8%, la negligencia física en 24% y la negligencia emocional en 9.4% (6). Otro estudio realizado con adultos mayores, encontró que la mayor prevalencia de experiencias traumáticas tempranas se encontraba en eventos generales (35-9%); el abuso físico o psicológico alcanzó solamente un 8.4%, la negligencia parental 6.6% y el abuso sexual 3.4% (76).

Nuestros resultados muestran similitudes con esta tendencia, pues encontramos que los participantes del GTCS presentan más eventos traumáticos generales, seguido del abuso físico, abuso emocional y sexual; en ese orden.

Lo que se refiere a México, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) a través de su Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015, informó que en ese año seis de cada 10 niñas, niños y adolescentes entre uno y 14 años, experimentaron algún tipo de violencia y castigo físico como método disciplinario y el 53% sufrieron agresiones psicológicas (77).

Otra información en México, es la obtenida para la realización de una escala para medir la relación entre el maltrato sufrido en la infancia y las consecuencias en la edad adulta en 2020. En este estudio de la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez, reportan tasas de maltrato superiores a las reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (78), lo que invita a revisar las tasas de abuso, maltrato y negligencia infantil en nuestro país.

Una relación en común reportada en una variedad de investigaciones es la que conjunta el maltrato infantil con la probabilidad de desarrollar Trastorno por Consumo de Sustancias (entre otra variedad de condiciones) (79–88), así que tal como nuestros datos, la presencia paralela de estas variables, ha sido ampliamente declarada.

En este apartado es importante remarcar que se han documentado también claras diferencias según el género en la influencia de los eventos traumáticos tempranos (por ejemplo en la gravedad de dichos eventos y el riesgo y la duración de la recaída

en mujeres con TCS (89)), por lo que estos resultados y las relaciones de estas variables no deben generalizarse o utilizarse sin esta consideración.

Asimismo, en este estudio se realizó un tamizaje neuropsicológico como filtro para el cumplimiento de los criterios de inclusión, por lo que no podemos ahondar en esta variable. Además, a la fecha, la carencia de cribados neuropsicológicos específicos para la población usuaria de drogas, forma parte de la problemática de la evaluación de alteraciones cognitivas en este grupo, sin embargo, se ha reportado que hasta dos tercias partes de los usuarios que acuden en búsqueda de tratamiento, tienen algún trastorno cognitivo (90). Asimismo, se tiene documentada que la prevalencia del déficit cognitivo en personas con TCS es muy variable (desde el 30% hasta el 80%) (91).

El consenso de las propiedades psicométricas del MMSE sugieren que un puntaje entre 27 y 28 sugiere deterioro cognitivo en el individuo evaluado (92) y el desempeño de nuestros participantes del GTCS se encuentra en este promedio (28.02 ± 1.48). Otro estudio con usuarios de drogas en búsqueda de atención determinó que en promedio su puntaje en el Mini-Mental fue de 27.65 ± 2.21 (93), un resultado cercano al obtenido en nuestro estudio, lo que podría sugerir que el consumo tiende a reducir el desempeño en estas evaluaciones, aun y cuando pudieran encontrarse dentro del promedio.

En una investigación que comparaba el desempeño neurocognitivo entre sujetos con dependencia a la cocaína y no dependientes a ninguna sustancia, se encontró que los primeros, mostraron un peor desempeño en las tareas relacionadas con las funciones ejecutivas y las funciones motoras, alineándose a nuestros datos en los que los participantes no consumidores obtenían un mejor desempeño. Este mismo estudio, no encontró asociaciones significativas entre la dependencia a *Cannabis* o Benzodicepinas y las funciones neurocognitivas, a diferencia de nuestros resultados que sugieren el aumento en el riesgo para desarrollar TCS está relacionado con los bajos puntajes en el Mini-mental. Los mismos autores tampoco encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, se observó un peor desempeño en la evaluación cognitiva de los participantes que además

presentaban un trastorno mental “de por vida”, comparados contra aquellos sin diagnósticos psiquiátricos (94). En otra investigación realizada en los Estados Unidos, se reportan las mismas deficiencias cognitivas en individuos usuarios de polisustancias, pero esta vez comparados con participantes diagnosticados solamente con Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA); las afectaciones en estos pacientes se encuentran en la memoria auditivo-verbal, la inteligencia y el aprendizaje auditivo. Esta vez, los autores compararon además los cambios ocurridos al mes de abstinencia, encontrando que el sexo no es un predictor para este rendimiento, salvo en las habilidades motrices finas, que en las que las mujeres, se presentan más deficientes luego de 30 días sin consumo (95). Ya que se ha registrado que las funciones neurocognitivas se recuperan parcialmente durante la abstinencia sostenida (96), la importancia de considerar la atención temprana de los cambios en esta área, especialmente en usuarios de múltiples sustancias, pues también se ha reportado el impacto negativo en la recuperación cuando se van usando sustancias psicoactivas de manera simultánea (97).

Vale la pena señalar la probable relación entre el nivel educativo, el tipo de sustancia consumida y la ejecución de habilidades cognitivas, análisis que, de acuerdo con los objetivos de esta investigación, no fueron considerados, pero que evaluaciones con baterías neuropsicológicas más complejas podrían convenir, así como el desarrollo de protocolos orientados específicamente a estas mediciones, pues en la literatura se reporta una importante laguna de conocimiento de la relación entre el diagnóstico dual y el funcionamiento neurocognitivo (94).

También encontramos mayores concentraciones de cortisol capilar (CCC) en el GTCS, que eran estadísticamente significativas en comparación con los del GC. Contrario a nuestros hallazgos, una investigación con militares alemanes, se encontraron concentraciones más bajas de cortisol capilar basal, conforme experimentaban nuevos eventos traumáticos en batalla, y esto estaba más fuertemente relacionado con el posterior consumo diario de alcohol. Los eventos traumáticos por sí solos no predijeron el consumo de alcohol prospectivamente, lo que sugiere una modulación biológica (98).

Lo mismo ocurrió en otro estudio cuando, al comparar los valores de la amplitud media del cortisol en participantes con Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) con participantes controles sanos, se encontró que para el grupo de usuarios con TCA, las concentraciones fueron de $1.9 \pm 0.7 \mu\text{g/dl}$ (IC95% 1.5-2.5), mientras que para el otro grupo, estos valores fueron de $2.9 \pm 1.0 \mu\text{g/dl}$ (IC95% 2.2-3.6) (99); aunque son los mismo autores de estas mediciones quienes señalan un incremento al inicio de la abstinencia (100), al menos en extracciones hechas en saliva, parece ser que la supresión del eje HPA no es clara y está influenciada por ligeras variaciones farmacológicas y psicológicas ocurridas en las fases de intoxicación, abstinencia y abandono total de la sustancia (99). Otros autores también han reportado concentraciones basales de glucocorticoides atenuadas (101) y una respuesta adrenocortical hiperreactiva (40). Sin embargo, estas respuestas atenuadas no se han observado de forma universal, en otro estudio donde se registran las concentraciones de cortisol en plasma pre y post un estresor en sujetos con TCA y controles sanos, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los momentos de medición, aunque sí una elevación por encima de los controles al minuto 25 (102). Otros autores han reportado en cambio, concentraciones de cortisol en plasma significativamente mayores para participantes con TCA contra controles sin alcoholismo en los días de observación que participaron los sujetos (103). En estos estudios la extracción se realizó en diferentes tipos de muestras y no todos consideraban dentro de sus mediciones, las evaluaciones de variables como las vivencias traumáticas tempranas, por lo que estas características pueden influir en las mediciones finales. La aparente inconsistencia en los resultados del funcionamiento del HPA pueden estar mediados por los paradigmas experimentales utilizados, el momento de recolección de las muestras, los procedimientos y las propias características de los sujetos (104), por lo que, en nuestro caso, la interacción entre el TCS, las vivencias tempranas de trauma y los posibles trastornos psiquiátricos presentes pueden contribuir en esas discrepancias. El sexo es otra de las variables importantes a considerar en las evaluaciones del estrés. Solo por mencionar un ejemplo, en estudios hechos con mujeres víctimas de abuso en la infancia se encuentran variaciones en las

respuestas del cortisol y la hormona Adrenocorticotropa (ACTH) según la presencia o ausencia de depresión y el diseño experimental utilizado (31,105,106).

Finalmente, en nuestro caso las CCC no correlacionaron con ninguna otra variable, sin embargo, otros autores han reportado la asociación positiva de esta medición en sus niveles más bajos, con el consumo de alcohol y la exposición al trauma (107), por lo que podemos concluir que la continua exposición al trauma en edades tempranas trae como consecuencia una baja concentración de este glucocorticoide. En nuestra única medición, los niveles altos de CCC podrían explicarse por el estado de sobriedad en que fueron evaluados los participantes (remisión inicial). Investigaciones han señalado que los niveles de cortisol tienden a aumentar progresivamente al inicio de la abstinencia (100). Estos datos han sido encontrados en sujetos con dependencia al alcohol y con mediciones de cortisol en saliva, otros autores, que lo midieron capilarmente en usuarios recreativos de cocaína, dependientes a ella y participantes control sin consumo de sustancias, encontraron mayores concentraciones de cortisol en los dos primeros grupos (108), esto similarmente a otro estudio, que reporta niveles más altos de cortisol en usuarios crónicos de cocaína, sin modificación, además, durante la abstinencia (109). Otros autores, sin embargo, concluyen en trabajos más recientes, que los niveles en cortisol sí se ven reducidos en la abstinencia sostenida (110).

Estimulantes como las anfetaminas también aumentan la respuesta al cortisol en muestras humanas de saliva (111) y plasma (112,113). Con el MDMA (éxtasis) ocurre lo mismo; al comparar los niveles entre usuarios ligeros de la sustancia contra usuarios recientes o no consumidores, son los primeros quienes presentan niveles más altos de cortisol capilar (114). Otro estimulante estudiado ha sido la metanfetamina y la literatura reporta que en usuarios crónicos de ésta, que no buscan tratamiento, hay niveles más bajos de cortisol en plasma (115), o no hay diferencias basales (116) en comparación con controles sanos. Sabemos también que en los usuarios de nicotina, la activación del eje HPA por la estimulación catecolaminérgica, deviene en el aumento de cortisol y ACTH (117,118), y en comparaciones con no fumadores, mayores niveles basales (119). El *cannabis* es una de las sustancias que en relación a las posibles alteraciones del eje HPA y de

la respuesta del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) requieren de más investigación (120), por ahora, los pocos datos preliminares sugieren que su uso activa corticosterona, el cortisol y la ACTH tanto en estudios animales como en muestras humanas. Las mediciones disponibles reportan un aumento atenuado en consumidores habituales de la sustancia en comparación con controles sanos (121,122). Finalmente, los datos en relación al alcohol contienen datos similares: aumentos de cortisol en varones como respuesta a la administración aguda de la sustancia (123). En la abstinencia sostenida a esta sustancia, se ha encontrado aumento de los niveles basales al ser comparados contra controles sanos (124). Con toda esta información podemos decir que nuestra información con respecto a las mediciones de cortisol, se empata en la mayoría de los hallazgos contenidos hasta ahora en la literatura, señalando, además, que, aunque la sincronía de los hallazgos que mencionan la activación y elevación de los niveles de cortisol, en cualquiera que sea la muestra en que se mide, se debe tener especial cuidado con el tipo de sustancia, el tiempo de uso y de abstinencia de la misma, pues son variables que de no ser atendidas debidamente, podrían generar confusión en los datos y en las conclusiones.

En las evaluaciones neuropsiquiátricas, la depresión ha sido especialmente estudiada en población de sujetos con TCS, encontrando niveles más altos de esta psicopatología en adultos mayores que reportan eventos infantiles adversos (125,126). Sin embargo, existe escasez de fuentes de datos disponibles sobre diagnósticos duales en adultos jóvenes que viven con adicción (127). De acuerdo con una investigación basada en la Encuesta epidemiológica nacional sobre el alcohol y las afecciones relacionadas III (NESARC-III, por sus siglas en inglés, National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions - III) realizada en los Estados Unidos, entre las principales psicopatologías presentes en personas con dependencia a alguna sustancia se encuentran los trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia, trastorno bipolar tipo 1 y 2) y los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, ataques de pánico y fobia social) (128). Este diagnóstico dual es relativamente común (129), sin embargo no ha sido

ampliamente estudiada en población adicta a sustancias. Algunas estimaciones sugieren que seis de cada 10 personas con TCS sufren además un trastorno mental adicional, por lo que es posible que el TCS provoque otros síntomas psicopatológicos o viceversa (130).

Esta condición de patología dual, es más común de lo que parece (131), y sin embargo en México -y en especial en los grupos de ayuda mutua- la posibilidad de acceder a una atención integral es casi inexistente, por lo que comparar nuestra información con estadísticas nacionales, es prácticamente imposible.

Por lo pronto, nuestros resultados concuerdan con lo encontrado hasta ahora en estudios previos, pues la depresión es el trastorno más frecuentemente presentado en nuestro grupo de casos. Sin embargo, a la par de éste se encuentra el Trastorno de Personalidad Antisocial (TPA). Este dato es importante, ya que, dentro de todas las psicopatologías descritas en los sistemas de clasificación, parece ser que el TPA es de los menos estudiados hasta ahora, y sin embargo, también representa un riesgo para el desarrollo de la adicción (132), además de todas las consecuencias que éste trae a la vida de un individuo y a la sociedad.

Nuestros resultados reportan que luego de los trastornos del estado de ánimo y de la personalidad antisocial en nuestro GTCS, se encuentran los trastornos de ansiedad.

Ahora bien, mientras que algunos investigadores estudian el TEPT como una consecuencia del trauma temprano, otros encuentran diferencias entre ambas condiciones, reportando que los pacientes con TEPT y TCS presentan con mayor frecuencia estresores crónicos en la infancia, seguidos de los pacientes con TCS y eventos traumáticos tempranos (pero sin TEPT); en tercer lugar se encuentran los sujetos con dependencia a sustancias sin TEPT ni eventos traumáticos tempranos (133). Son escasos los estudios donde se comparan las condiciones psicopatológicas entre pacientes con y sin dependencia a sustancias, sin embargo, en la literatura existente, se han registrado las mayores frecuencias de problemas psicológicos en pacientes con trauma temprano y TEPT en comparación con pacientes sin trauma; además, los pacientes con registro de trauma temprano, presentan más síntomas de depresión, más síntomas de ansiedad (en los últimos

30 días y de por vida) y más tendencia suicida, en comparación con pacientes sin trauma (134). Por ello, aunque nuestros participantes no presentaron altos niveles de rasgos de este trastorno, subrayamos la importancia de evaluar adecuadamente las graduaciones de niveles psicopatológicos, para controlar estas modulaciones en las relaciones inter-diagnósticas.

Nuevamente las tasas y asociaciones se describen de forma diferente entre hombres y mujeres, siendo éstas quienes presentan asociaciones significativas más fuertes entre la psicopatología y el maltrato infantil (80), por lo que reservamos la generalización de nuestros resultados solo para los varones.

En cuanto a lo que se refiere a los vínculos parentales y los estilos de crianza, no encontramos diferencias estadísticamente significativas en la configuración de estos vínculos, pero sí en los puntajes que dan lugar a dicha disposición, siendo los participantes con adicción quienes muestran mayor cuidado y sobreprotección materna, así como también mayor sobreprotección por parte del padre.

Otro estudio hecho en consumidores de sustancias, describe que estos usuarios presentan un tipo de vínculo de Restricción afectiva más que de Control sin afecto y Negligente; estas configuraciones a su vez, se relacionaban con puntuaciones más altas para depresión y hostilidad (135). En otro más, se concluye que el tipo de vínculo de Control sin afecto fue el que se mostró mayormente en individuos con abuso a alcohol y otras sustancias, además de que el cuidado paterno se correlacionó negativamente con el uso de cocaína, heroína y LSD, y positivamente con el éxtasis y el abuso de alcohol (136).

En otras investigaciones se ha encontrado que los cuidados de ambos padres, disminuyen la probabilidad de la aparición de trastornos del estado de ánimo; en este estudio se menciona que por otro lado, la sobreprotección materna, por otro lado, lo aumenta (137), tal como refieren también nuestros resultados. Los trastornos de ansiedad (138) y adicciones (139) también han sido correlacionados negativamente con estas variables de cuidado y protección.

Para explicar la interacción entre el apego, el tipo de crianza o de vínculo parental, es necesario entender que esta dinámica de relación se desenvuelven dentro de un

contexto cultural, y en el caso de las relaciones filo-parentales en nuestro país, se ha descrito que en las familias de origen mexicano, hay un fuerte sentido de lo que, en palabras de algunos autores, se conoce como “obligación familiar”, que destaca la interdependencia para las actividades diarias de los miembros de la familia (140). Este término se encuentra teóricamente considerado dentro del “Familismo”, un constructo multidimensional también compuesto por una fuerte identificación familiar, el apego, el apoyo mutuo y la interconexión familiar (141,142). Considerar esta variable dentro de nuestra investigación es fundamental, pues el familiarismo tiene como norma una fuerte interdependencia y sacrificio por el grupo (143), comportamientos que pueden diferir de los grupos familiares en otras partes del mundo; por ejemplo, en los no latinos blancos, que tienden más bien a alejarse de las redes familiares (144). Por esto, es que los límites culturales entre una crianza “óptima” y una sobreprotectora, como fue el caso de las tasas en nuestro GTCS son probablemente difusos en nuestra cultura y puede estarse manifestando en nuestros resultados.

Ahora bien, uno de los puntos para mejorar en las mediciones de estas variables, es que a la fecha parece ser que solo existen estudios transversales al respecto, lo que complica generalizar el impacto en la edad adulta (145). Además, existe confusión entre las diferentes definiciones para el apego, vínculo y crianza, pues depende de los instrumentos usados para medir el constructo y de la contextualización, situación que puede generar sesgo o imprecisión al intentar medir y generalizar esta variable, que también dependerá del estado de ánimo, la sintomatología existente al momento de la evaluación (135). Estas razones culturales y metodológicas pueden explicar las diferencias encontradas entre estudios. Además, se debe considerar la poca existencia de literatura que aborde la medición de variables como esta en población adulta, ya que parece ser un constructo más estudiado en población adolescente.

En cuanto a nuestros cálculos de riesgo, determinamos que el cuidado de ambos padres, contrario a la sobreprotección de éstos, actúa como un factor protector para la adicción a sustancias, lo que se asemeja a las conclusiones de otros autores,

quienes secundan que un vínculo parental óptimo será un elemento preventivo del consumo de drogas (146); al menos durante el periodo de la adolescencia.

Muy similar a nuestros datos, otros estudios refieren que la presencia de abuso físico, sexual y emocional, así como de negligencia física y emocional, aumenta el riesgo de padecer TCS a sustancias como el alcohol, sedantes, tranquilizantes, opioides, anfetaminas, *cannabis*, cocaína, alucinógenos, heroína y nicotina (6). Nuestros datos posicionan al abuso emocional como un factor de riesgo cuando ocurre a temprana edad y a las vivencias traumáticas generales, de abuso físico y sexual como protectoras cuando se presentan en etapas posteriores a la infancia.

El TEPT, muchas veces consecuencia de la cronicidad de vivencias traumáticas en la infancia, se ha relacionado también con el inicio abusivo de sustancias a edades más tempranas (147,148). Lo mismo determina una revisión sistemática, que señala que adultos con abuso físico o sexual, presentan mayor riesgo de TCS en comparación con adultos varones que no reportan estos abusos a temprana edad (149).

XIV. Conclusiones

Los pacientes con TCS presentan mayor número de psicopatologías y de eventos de trauma general, de abuso físico, emocional y sexual. La sobreprotección y cuidado materno es también más alta en este grupo.

La sobreprotección de la madre es mayor en los pacientes con adicción, que además tienen más de 3 psicopatologías. Asimismo, la sobreprotección de la madre o del padre resultan ser un factor de riesgo para el desarrollo de TCS. Sin embargo el cuidado de ambos padres protege al individuo de la adicción. La relación cercana al padre está relacionada con una edad de inicio al consumo de inhalables más tardía, mientras que la sobreprotección materna se relaciona con una edad de inicio mayor al consumo de tabaco.

En lo que se refiere a los eventos de trauma, un mayor número de eventos de trauma general se asocia negativamente con edad de inicio al alcohol, marihuana y cristal. El abuso físico se asoció negativamente con la edad de inicio del alcohol.

La presencia de abuso sexual y trauma general se relacionó negativamente con puntuaciones en el Mini-Mental.

Si el trauma general, abuso físico y abuso sexual ocurren a edades más tardías, menor es el riesgo de TCS, y mientras el abuso emocional se viva a tempranas edades, aumenta la probabilidad del abuso de sustancias.

Al comparar los niveles de cortisol en cabello en el GTCS presentan significativamente mayores niveles.

XV. Consideraciones finales

Hemos documentado el impacto de la presencia e interacción de estas variables, y sin embargo, en nuestro país la revisión sistemática de estas condiciones es todavía carente, y dota de más complejidad a este tema.

Con nuestros datos, exponemos las relaciones entre las condiciones de abuso, trauma en los primeros años de vida y patología dual, por lo que, subcategorizar a los individuos con, podría ser una herramienta de utilidad para las instituciones y los profesionistas de la salud mental en las intervenciones, pues las consecuencias para el individuo pueden ser permanentes y de relevancia, y su inadecuada detección o manejo, podría dificultar el abordaje del TCS.

Además, conocer las implicaciones de estas vivencias en la niñez, podría prepararnos mejor para la implementación de estrategias de prevención, pues se podría intervenir en esta problemática desde antes de que el uso de sustancias sea una opción para el manejo emocional del estrés y el trauma.

Los mecanismos biológicos en esta condición están claramente implicados, y aunque los datos descriptivos y transversales son útiles para un primer acercamiento al estudio de éstos, el potencial uso de estas mediciones como predictores del abuso, la adicción y la recaída, exige revisiones más exhaustivas al respecto.

Finalmente, una de las fortalezas de este estudio radica en la evaluación de variables psicológicas y biológicas, en población que, en su mayoría, es usuaria múltiple de sustancias, pues, la realidad del consumo se asemeja cada vez más a la elección del consumo variado, en lugar de una sola droga. Asimismo, la investigación en este tipo de instituciones y programas es todavía más escasa, por lo que, con estos datos, abonamos a la generación de información valiosa para comprender con más detalle las condiciones de estos usuarios en un entorno culturalmente particular en torno a la familia como lo es México.

Sin embargo, por el diseño de este estudio, vale la pena examinar dichas condiciones y características de esta población en diseños de estudios prospectivos, que, además, pongan a prueba intervenciones para prevenir las consecuencias adversas del trauma, abuso y negligencia. Además, el aumento del tamaño de muestra y las revisiones multicéntricas, serían condiciones de evaluación que podrían enriquecer los hallazgos.

XVI. Referencias bibliográficas

1. Salud S de. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, ENCODAT 2016-2017. 2017.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). 5th ed. México, D.F: Editorial Médica Panamericana; 2013. 996 p.
3. McEwen B. Allostasis and Allostatic Load Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology*. 2000 Feb;22(2):108–24.
4. Canetti L, Bachar E, Galili-Weisstub E, De-Nour AK, Shalev AY. Parental bonding and mental health in adolescence. *Adolescence*. 1997;32(126):381–94.
5. Lancaster G, Rollinson L, Hill J. The measurement of a major childhood risk for depression: Comparison of the Parental Bonding Instrument (PBI) ‘Parental Care’ and the Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) ‘Parental Neglect’.” *J Affect Disord*. 2007;101(1–3):263–7.
6. Afifi TO, Henriksen C, Asmundson G, Sareen J. Childhood Maltreatment and Substance Use Disorders Among Men and Women in a Nationally Representative Sample. *CanJPsychiatry*. 2012;57(11):677–686.
7. Brady KT, Back SE. Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *Alcohol Res Curr Rev*. 2012;34(4):408–13.
8. Keyes KM, Hatzenbuehler ML. Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011;218(1):1–17.
9. Courtois R, Caudrelier N, Legay E, Lalande G, Halimi A, Jonas C. Influence parentale (dépendance tabagique et styles éducatifs) sur la consommation et la dépendance tabagique de leur adolescent. *Presse Med*. 2007 Oct;36(10):1341–9.
10. Gerra G, Manfredini M, Somaini L, Milano G, Ciccocioppo R, Donnini C. Perceived parental care during childhood, ACTH, cortisol and nicotine dependence in the adult. *Psychiatry Res*. 2016 Nov;245:458–65.
11. Hyman SM, Garcia M, Sinha R. Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2006;32(4):655–64.
12. Torresani S, Favaretto E, Zimmermann C. Parental representations in drug-dependent patients and their parents. *Compr Psychiatry*. 2000 Mar;41(2):123–9.

13. Grant JE, Kim SW. Parental bonding in pathological gambling disorder. *Psychiatr Q.* 2002;73(3):239–47.
14. Narita T, Sato T, Hirano S, Gota M, Sakado K, Uehara T. Parental child-rearing behavior as measured by the Parental Bonding Instrument in a Japanese population: factor structure and relationship to a lifetime history of depression. *J Affect Disord.* 2000;57(1–3):229–34.
15. Joyce PR, Sellman D, Oakley-Browne M, Wells E, Frampton CM, Hornblow AR, et al. Parental Bonding in Men with Alcohol Disorders: A Relationship with Conduct Disorder. *Aust New Zeal J Psychiatry.* 1994 Sep;28(3):405–11.
16. Chambers JA, Power KG, Loucks N, Swanson V. Psychometric properties of the Parental Bonding Instrument and its association with psychological distress in a group of incarcerated young offenders in Scotland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2000;35(7):318–25.
17. Scinto A, Marinangeli MG, Kalyvoka A, Daneluzzo E, Rossi A. [The use of the Italian version of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a clinical sample and in a student group: an exploratory and confirmatory factor analysis study]. *Epidemiol Psichiatr Soc.* 8(4):276–83.
18. Bernardi E, Jones M, Tennant C. Quality of Parenting in Alcoholics and Narcotic Addicts. *Br J Psychiatry.* 1989 May;154(05):677–82.
19. SCHWEITZER RD, LAWTON PA. Drug Abusers' Perceptions of their Parents. *Addiction.* 1989 Mar;84(3):309–14.
20. Craig RJ, Ammar A, Olson RE. Psychological assessment (MMPI-2) of male african-american substance-abusing patients with and without histories of childhood physical abuse. *J Subst Abuse.* 1998;10(1):43–51.
21. Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hettema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Oct;57(10):953–9.
22. Anda RF, Felitti VJ, Bremner JD, Walker JD, Whitfield C, Dube S, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2006;256(3):174–186.
23. Nicolson NA. Childhood parental loss and cortisol levels in adult men. *Psychoneuroendocrinology.* 2004 Sep;29(8):1012–8.
24. Bugental DB, Martorell GA, Barraza V. The hormonal costs of subtle forms of infant maltreatment. *Horm Behav.* 2003 Jan;43(1):237–44.
25. Teicher MH, Andersen SL, Polcari A, Anderson CM, Navalta CP. Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. *Psychiatr Clin North Am.* 2002 Jun;25(2):397–426.

26. Gold PW, Loriaux DL, Roy A, Kling MA, Calabrese JR, Kellner CH, et al. Responses to Corticotropin-Releasing Hormone in the Hypercortisolism of Depression and Cushing's Disease. *N Engl J Med*. 1986 May;314(21):1329–35.
27. Holsboer F, Gerken A, von Bardeleben U, Grimm W, Beyer H, Müller OA, et al. Human corticotropin-releasing hormone in depression--correlation with thyrotropin secretion following thyrotropin-releasing hormone. *Biol Psychiatry*. 1986 Jun;21(7):601–11.
28. Holsboer F, Lauer CJ, Schreiber W, Krieg J-C. Altered Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Regulation in Healthy Subjects at High Familial Risk for Affective Disorders. *Neuroendocrinology*. 1995;62(4):340–7.
29. Krishnan KRR, Rayasam K, Reed D, Smith M, Chapell P, Saunders WB, et al. The corticotropin releasing factor stimulation test in patients with major depression: Relationship to dexamethasone suppression test results. *Depression*. 1993;1(3):133–6.
30. Arborelius L, Owens MJ, Plotsky PM, Nemeroff CB. The role of corticotropin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol*. 1999 Jan;160(1):1–12.
31. Heim C, Newport DJ, Heit S, Graham YP, Wilcox M, Bonsall R, et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA*. 2000 Aug;284(5):592–7.
32. Ryan J, Chaudieu I, Ancelin M-L, Saffery R. Biological underpinnings of trauma and post-traumatic stress disorder: focusing on genetics and epigenetics. *Epigenomics*. 2016 Nov;8(11):1553–69.
33. Herman JP, McKlveen JM, Ghosal S, Kopp B, Wulsin A, Makinson R, et al. Regulation of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Stress Response. In: *Comprehensive Physiology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.; 2016. p. 603–21.
34. Price JL, Frazier IR, Lewis B, Walker R, Javors MA, Nixon SJ, et al. Differences in pituitary-adrenal reactivity in Black and White men with and without alcohol use disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Feb;100:180–9.
35. Herman JP, Figueiredo H, Mueller NK, Ulrich-Lai Y, Ostrander MM, Choi DC, et al. Central mechanisms of stress integration: hierarchical circuitry controlling hypothalamo–pituitary–adrenocortical responsiveness. *Front Neuroendocrinol*. 2003 Jul;24(3):151–80.
36. McEwen BS. Stress, Adaptation, and Disease: Allostasis and Allostatic Load. *Ann N Y Acad Sci*. 1998 May;840(1):33–44.
37. Stephens MAC, Wand G. Stress and the HPA axis: role of glucocorticoids in alcohol dependence. *Alcohol Res*. 2012;34(4):468–83.

38. Adinoff B, Leonard D, Price J, Javors MA, Walker R, Brown ES, et al. Adrenocortical sensitivity, moderated by ongoing stress, predicts drinking intensity in alcohol-dependent men. *Psychoneuroendocrinology*. 2017 Feb;76:67–76.
39. Breese GR, Chu K, Dayas C V., Funk D, Knapp DJ, Koob GF, et al. Stress Enhancement of Craving During Sobriety: A Risk for Relapse. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005 Feb;29(2):185–95.
40. Junghanns K. IMPAIRED SERUM CORTISOL STRESS RESPONSE IS A PREDICTOR OF EARLY RELAPSE. *Alcohol Alcohol*. 2003 Mar;38(2):189–93.
41. Chrousos GP. Stress and disorders of the stress system. *Nat Rev Endocrinol*. 2009 Jul;5(7):374–81.
42. Roberto M, Spierling SR, Kirson D, Zorrilla EP. Corticotropin-Releasing Factor (CRF) and Addictive Behaviors. *Int Rev Neurobiol*. 2017;136:5–51.
43. Short SJ, Stalder T, Marceau K, Entringer S, Moog NK, Shirtcliff EA, et al. Correspondence between hair cortisol concentrations and 30-day integrated daily salivary and weekly urinary cortisol measures. *Psychoneuroendocrinology*. 2016 Sep;71:12–8.
44. Solomon E, Berg L, Martin D. *Biología*. Octava. McGraw-Hill, editor. 2008. 1234 p.
45. Sapolsky RM. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 2000 Oct;57(10):925–35.
46. Lupien SJ, Ouellet-Morin I, Hubbach A, Tu MT, Buss C, Walker D, et al. Beyond the stress concept: Allostatic load--a developmental biological and cognitive perspective. *Dev Psychopathol Dev Neurosci*. 2006;2:578–628.
47. Russell E, Koren G, Rieder M, Van Uum S. Hair cortisol as a biological marker of chronic stress: current status, future directions and unanswered questions. *Psychoneuroendocrinology*. 2012 May;37(5):589–601.
48. Stalder T, Kirschbaum C. Analysis of cortisol in hair--state of the art and future directions. *Brain Behav Immun*. 2012 Oct;26(7):1019–29.
49. Staufienbiel SM, Penninx BWJH, Spijker AT, Elzinga BM, van Rossum EFC. Hair cortisol, stress exposure, and mental health in humans: a systematic review. *Psychoneuroendocrinology*. 2013 Aug;38(8):1220–35.
50. Kirschbaum C, Tietze A, Skoluda N, Dettenborn L. Hair as a retrospective calendar of cortisol production-Increased cortisol incorporation into hair in the third trimester of pregnancy. *Psychoneuroendocrinology*. 2009 Jan;34(1):32–7.
51. Young EA, Breslau N. Saliva cortisol in posttraumatic stress disorder: a community epidemiologic study. *Biol Psychiatry*. 2004 Aug;56(3):205–9.

52. Oswald LM, Wong DF, McCaul M, Zhou Y, Kuwabara H, Choi L, et al. Relationships Among Ventral Striatal Dopamine Release, Cortisol Secretion and Subjective Responses to Amphetamine. *Neuropsychopharmacology*. 2005 Apr;30(4):821–32.
53. Teicher MH, Samson J. Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013;170(10):1114–33.
54. Muehlhan M, Höcker A, Miller R, Trautmann S, Wiedemann K, Lotzin A, et al. HPA axis stress reactivity and hair cortisol concentrations in recently detoxified alcoholics and healthy controls with and without childhood maltreatment. *Addict Biol*. 2018;1–8.
55. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory???Self Report. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Mar;195(3):211–8.
56. Plaza A, Torres A, Martin-Santos R, Gelabert E, Imaz ML, Navarro P, et al. Validation and test-retest reliability of Early Trauma Inventory in Spanish postpartum women. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(4):280–5.
57. Cummings JL. Mini-Mental State Examination. Norms, normals, and numbers. *JAMA*. 1993 May;269(18):2420–1.
58. Tombaugh TN, McIntyre NJ. The Mini-Mental State Examination: A Comprehensive Review. *J Am Geriatr Soc*. 1992;40(9):922–35.
59. Knapp MJ, Knopman DS, Solomon PR, Pendlebury WW, Davis CS, Gracon SI. A 30-week randomized controlled trial of high-dose tacrine in patients with Alzheimer’s disease. The Tacrine Study Group. *JAMA*. 1994 Apr;271(13):985–91.
60. Gerra G, Leonardi C, Cortese E, Zaimovic A, Dell’Agnello G, Manfredini M, et al. Childhood neglect and parental care perception in cocaine addicts: Relation with psychiatric symptoms and biological correlates. *Neurosci Biobehav Rev*. 2009;33(4):601–10.
61. Favaretto E, Torresani S, Zimmermann C. Further results on the reliability of the Parental Bonding Instrument (PBI) in an Italian sample of schizophrenic patients and their parents. *J Clin Psychol*. 2001;57(1):119–29.
62. Mannarini S, Balottin L, Palmieri A, Carotenuto F. Emotion Regulation and Parental Bonding in Families of Adolescents With Internalizing and Externalizing Symptoms. *Front Psychol*. 2018 Aug;9.
63. Robles Estrada E, Oudhof van Barneveld H, Mercado Maya A. Validity and reliability of the Parental Bonding Instrument (PBI) in a sample of Mexican males. *Psicogente*. 2016;19(35):14–24.
64. Sheehan D, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, A. Amorim P, Janavs J, Weiller EHT, et al. 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. Vol. 59 Suppl 2, The Journal of clinical psychiatry. 1998. 22-33;quiz 34 p.
65. Bobes J. A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. *Eur Psychiatry*. 1998 Jan;13:198s-199s.
 66. Gobierno de México. Ley General de Salud-México. Cámara de diputados. Ley Gen Salud-México Cámara Diput.
 67. Sociedad Mexicana de Psicología. Código Ético del Psicólogo. 2007. 13 p.
 68. [CONADIC] CNC las A. Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas en México. 2021.
 69. Secretaría de Salud. Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su atención integral 2019. Ciudad de México; 2019.
 70. Riley AL, Hempel, Briana J, Clasen MM. Sex as a biological variable: Drug use and abuse. *Physiol Behav*. 2017;
 71. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. Censo de Población y Vivienda. Censo de Población y Vivienda. 2020.
 72. Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE. Monitoring the Future national survey results on drug use, 1975-2016: Overview, key findings on adolescent drug use. 2017.
 73. Easton CJ, Swan S, Shina R. Prevalence of Family Violence in Clients Entering Substance Abuse Treatment. *J Subst Abuse Treat*. 2000;18(1):23–8.
 74. Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The Relationship Between Sexual and Physical Abuse and Substance Abuse Consequences. *J Subst Abuse Treat*. 2002;22(3):121–8.
 75. Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. Adverse childhood experiences reported by adults—five states, 2009. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2010;59(49):1609–1613.
 76. Rhee TG, Barry LC, Kuchel GA, Steffens DC, Wilkinson ST. Associations of Adverse Childhood Experiences with Past-Year DSM-5 Psychiatric and Substance Use Disorders in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(10):2085–2093.
 77. UNICEF. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 [Internet]. 2015. Available from: https://www.unicef.org/mexico/media/1001/file/UNICEF_ENIM2015.pdf
 78. Esparza-Del Villar OA, Montañez-Alvarado P, Gutiérrez-Vega M, Quiñones-Rodríguez S, Gutiérrez-Rosado T. Past Child Abuse and Neglect in Adults From Northern Mexico: Development of a Scale and Prevalence. *J Interpers Violence*. 2020 Jul;088626052094372.

79. KESSLER RC, DAVIS CG, KENDLER KS. Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychol Med* [Internet]. 1997 Sep;27(5):S0033291797005588. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291797005588
80. MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL, Lin E, Boyle MH, Jamieson E, et al. Childhood Abuse and Lifetime Psychopathology in a Community Sample. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 Nov;158(11):1878–83. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.11.1878>
81. JOHNSON RJ, ROSS MW, TAYLOR WC, WILLIAMS ML, CARVAJAL RI, PETERS RJ. A History of Drug Use and Childhood Sexual Abuse Among Incarcerated Males in a County Jail. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2005 Jan 3;40(2):211–29. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1081/JA-200048457>
82. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2006 Oct;30(10):1093–103. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213406002250>
83. Spatz Widom C, Marmorstein NR, Raskin White H. Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychol Addict Behav* [Internet]. 2006 Dec;20(4):394–403. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0893-164X.20.4.394>
84. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, Anda RF. Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics* [Internet]. 2003 Mar 1;111(3):564–72. Available from: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/111/3/564/79853/Childhood-Abuse-Neglect-and-Household-Dysfunction>
85. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Population Attributable Fractions of Psychiatric Disorders and Suicide Ideation and Attempts Associated With Adverse Childhood Experiences. *Am J Public Health* [Internet]. 2008 May;98(5):946–52. Available from: <http://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2007.120253>
86. Hayatbakhsh MR, Najman JM, Jamrozik K, Mamun AA, O’Callaghan MJ, Williams GM. Childhood Sexual Abuse and Cannabis Use in Early Adulthood: Findings from an Australian Birth Cohort Study. *Arch Sex Behav* [Internet]. 2009 Feb;38(1):135–42. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-007-9172-5>
87. Afifi TO, Boman J, Fleisher W, Sareen J. The relationship between child abuse, parental divorce, and lifetime mental disorders and suicidality in a nationally representative adult sample. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2009 Mar;33(3):139–47. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0145213409000301>

88. Kerr T, Stoltz J-A, Marshall BDL, Lai C, Strathdee SA, Wood E. Childhood Trauma and Injection Drug Use Among High-Risk Youth. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2009 Sep;45(3):300–2. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X09001177>
89. Hyman SM, Paliwal P, Chaplin TM, Mazure CM, Rounsaville BJ, Sinha R. Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2008 Jan;92(1–3):208–16. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0376871607002967>
90. Grohman K, Fals-Stewart W. The detection of cognitive impairment among substance-abusing patients: The accuracy of the neuropsychological assessment battery-screening module. *Exp Clin Psychopharmacol*. 2004;12:200–207.
91. Mearns J, Lees-Haley PR. Discriminating neuropsychological sequelae of head injury from alcohol-abuse-induced deficits: a review and analysis. *J Clin Psychol*. 1993;49(5):714–720.
92. O’Bryant SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graff-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting Dementia With the Mini-Mental State Examination in Highly Educated Individuals. *Arch Neurol*. 2008 Jul;65(7).
93. Ridley N, Batchelor J, Draper B, Demirkol A, Lintzeris N, Withall A. Cognitive screening in substance users: Diagnostic accuracies of the Mini-Mental State Examination, Addenbrooke’s Cognitive Examination–Revised, and Montreal Cognitive Assessment. *J Clin Exp Neuropsychol*. 2018 Feb;40(2):107–22.
94. Arias F, Arnsten JH, Cunningham CO, Coulehan K, Batchelder A, Brisbane M, et al. Neurocognitive, psychiatric, and substance use characteristics in opioid dependent adults. *Addict Behav* [Internet]. 2016 Sep;60:137–43. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306460316301204>
95. Schmidt TP, Pennington DL, Cardoos SL, Durazzo TC, Meyerhoff DJ. Neurocognition and inhibitory control in polysubstance use disorders: Comparison with alcohol use disorders and changes with abstinence. *J Clin Exp Neuropsychol* [Internet]. 2017 Jan 2;39(1):22–34. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13803395.2016.1196165>
96. Bernardin F, Maheut-Bosser A, Paille F. Cognitive Impairments in Alcohol-Dependent Subjects. *Front Psychiatry* [Internet]. 2014 Jul 16;5. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsy.2014.00078/abstract>
97. Schulte MHJ, Cousijn J, den Uyl TE, Goudriaan AE, van den Brink W, Veltman DJ, et al. Recovery of neurocognitive functions following sustained abstinence after substance dependence and implications for treatment. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2014 Nov;34(7):531–50. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0272735814001196>
98. Trautmann S, Muehlhan M, Kirschbaum C, Wittchen H-U, Höfler M, Stalder T,

et al. Biological stress indicators as risk markers for increased alcohol use following traumatic experiences. *Addict Biol.* 2018 Jan;23(1):281–90.

99. Adinoff B, Krebaum SR, Chandler PA, Ye W, Brown MB, Williams MJ. Dissection of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis Pathology in 1-Month-Abstinent Alcohol-Dependent Men, Part 1: Adrenocortical and Pituitary Glucocorticoid Responsiveness. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2005 Apr;29(4):517–27. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1097/01.ALC.0000158940.05529.0A>
100. Adinoff B, Ruether K, Krebaum S, Iranmanesh A, Williams MJ. Increased Salivary Cortisol Concentrations During Chronic Alcohol Intoxication in a Naturalistic Clinical Sample of Men. *Alcohol Clin Exp Res.* 2003 Sep;27(9):1420–7.
101. Kiefer F, Jahn H, Otte C, Naber D, Wiedemann K. Hypothalamic-Pituitary-Adrenocortical Axis Activity: A Target of Pharmacological Anticraving Treatment? *Biol Psychiatry* [Internet]. 2006 Jul;60(1):74–6. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0006322305014605>
102. Munro CA, Oswald LM, Weerts EM, McCaul ME, Wand GS. Hormone Responses to Social Stress in Abstinent Alcohol-Dependent Subjects and Social Drinkers with No History of Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2005 Jul;29(7):1133–8. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1097/01.ALC.0000172459.71517.05>
103. Anthenelli RM, Maxwell RA, Geraciotti TD, Hauger R. Stress hormone dysregulation at rest and after serotonergic stimulation among alcohol-dependent men with extended abstinence and controls. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2001 May;25(5):692–703. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11411461>
104. Santa Ana EJ, Saladin ME, Back SE, Waldrop AE, Spratt EG, McRae AL, et al. PTSD and the HPA axis: Differences in response to the cold pressor task among individuals with child vs. adult trauma. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2006 May;31(4):501–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453005002453>
105. Heim C, Nemeroff CB. The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biol Psychiatry* [Internet]. 2001 Jun;49(12):1023–39. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S000632230101157X>
106. Heim C, Newport DJ, Bonsall R, Miller AH, Nemeroff CB. Altered Pituitary-Adrenal Axis Responses to Provocative Challenge Tests in Adult Survivors of Childhood Abuse. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 Apr;158(4):575–81. Available from: <http://psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.158.4.575>
107. Szabo YZ, Breeding T, Hejla C, Guleriaa RS, Nelsona SM, Zambrano-Vazquez L. Cortisol as a biomarker of alcohol use in combat veterans: A

- literature review and framework for future research. *J Dual Diagnostic*. 2020;16(3):322–335.
108. Voegel CD, Kroll SL, Schmid MW, Kexel A-K, Baumgartner MR, Kraemer T, et al. Alterations of stress-related glucocorticoids and endocannabinoids in hair of chronic cocaine users. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2021 Oct;
 109. McDougle CJ. Noradrenergic Dysregulation During Discontinuation of Cocaine Use in Addicts. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 1994 Sep 1;51(9):713. Available from: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpsyc.1994.03950090045007>
 110. Buydens-Branchey L, Branchey M, Hudson J, Dorota Majewska M. Perturbations of plasma cortisol and DHEA-S following discontinuation of cocaine use in cocaine addicts. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2002 Jan;27(1–2):83–97. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0306453001000373>
 111. de Wit H, Vicini L, Childs E, Sayla MA, Terner J. Does stress reactivity or response to amphetamine predict smoking progression in young adults? A preliminary study. *Pharmacol Biochem Behav* [Internet]. 2007 Feb;86(2):312–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0091305706002115>
 112. dos Santos RG, Valle M, Bouso JC, Nomdedéu JF, Rodríguez-Espinosa J, McIlhenny EH, et al. Autonomic, Neuroendocrine, and Immunological Effects of Ayahuasca. *J Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2011 Dec;31(6):717–26. Available from: <https://journals.lww.com/00004714-201112000-00008>
 113. Barrot M, Marinelli M, Abrous DN, Rougé-Pont F, Le Moal M, Piazza PV. The dopaminergic hyper-responsiveness of the shell of the nucleus accumbens is hormone-dependent. *Eur J Neurosci* [Internet]. 2000 Mar;12(3):973–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1046/j.1460-9568.2000.00996.x>
 114. Parrott AC, Sands HR, Jones L, Clow A, Evans P, Downey LA, et al. Increased cortisol levels in hair of recent Ecstasy/MDMA users. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2014 Mar;24(3):369–74. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0924977X13003374>
 115. Carson DS, Bosanquet DP, Carter CS, Pournajafi-Nazarloo H, Blaszczyński A, McGregor IS. Preliminary evidence for lowered basal cortisol in a naturalistic sample of methamphetamine polydrug users. *Exp Clin Psychopharmacol* [Internet]. 2012 Dec;20(6):497–503. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0029976>
 116. Zorick T, Mandelkern MA, Lee B, Wong M-L, Miotto K, Shahbazian J, et al. Elevated plasma prolactin in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2011 Jan 10;37(1):62–7. Available from:

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/00952990.2010.538945>

117. Chen H, Fu Y, Sharp BM. Chronic Nicotine Self-Administration Augments Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Responses to Mild Acute Stress. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2008 Mar 6;33(4):721–30. Available from: <http://www.nature.com/articles/1301466>
118. Mendelson JH, Goletiani N, Sholar MB, Siegel AJ, Mello NK. Effects of Smoking Successive Low- and High-Nicotine Cigarettes on Hypothalamic–Pituitary–Adrenal Axis Hormones and Mood in Men. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2008 Mar 16;33(4):749–60. Available from: <http://www.nature.com/articles/1301455>
119. al’Absi M. Hypothalamic–Pituitary–Adrenocortical responses to psychological stress and risk for smoking relapse. *Int J Psychophysiol* [Internet]. 2006 Mar;59(3):218–27. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0167876005002667>
120. Wemm SE, Sinha R. Drug-induced stress responses and addiction risk and relapse. *Neurobiol Stress* [Internet]. 2019 Feb;10:100148. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2352289518300754>
121. Ranganathan M, Braley G, Pittman B, Cooper T, Perry E, Krystal J, et al. The effects of cannabinoids on serum cortisol and prolactin in humans. *Psychopharmacology (Berl)* [Internet]. 2009 May 16;203(4):737–44. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00213-008-1422-2>
122. D’Souza DC, Perry E, MacDougall L, Ammerman Y, Cooper T, Wu Y, et al. The Psychotomimetic Effects of Intravenous Delta-9-Tetrahydrocannabinol in Healthy Individuals: Implications for Psychosis. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2004 Aug 2;29(8):1558–72. Available from: <http://www.nature.com/articles/1300496>
123. Blaine SK, Nautiyal N, Hart R, Guarnaccia JB, Sinha R. Craving, cortisol and behavioral alcohol motivation responses to stress and alcohol cue contexts and discrete cues in binge and non-binge drinkers. *Addict Biol* [Internet]. 2019 Sep;24(5):1096–108. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/adb.12665>
124. Starcke K, van Holst RJ, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE. Physiological and Endocrine Reactions to Psychosocial Stress in Alcohol Use Disorders: Duration of Abstinence Matters. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2013 Aug;37(8):1343–50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/acer.12103>
125. Ege MA, Messias E, Thapa PB, Krain LP. Adverse childhood experiences and geriatric depression: results from the 2010 BRFSS. *he Am J Geriatr psychiatry Off J Am Assoc Geriatr Psychiatry*. 2015;23(1):110–114.
126. Kim Y, Kim K, Chartier KG, Wike TL, McDonald SE. Adverse childhood experience patterns, major depressive disorder, and substance use disorder

in older adults. *Aging Ment Health*. 2019 Nov;1–8.

127. Wu L-T, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):304–317.
128. Chou K-L, Mackenzie CS, Liang K, Sareen J. Three-Year Incidence and Predictors of First-Onset of DSM-IV Mood, Anxiety, and Substance Use Disorders in Older Adults. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(2):144–155.
129. de Graaf R, Bijl R V., Spijker J, Beekman AT, Vollebergh WA. Temporal sequencing of lifetime mood disorders in relation to comorbid anxiety and substance use disorders-findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2003;38(1):1–11.
130. Souza y Machorra M. *Psiquiatría de las Adicciones*. 2010. 1031 p.
131. Klimkiewicz A, Klimkiewicz J, Andrzej J, Kieres-Salomoński, Ilona Wojnar M. Comorbidity of alcohol dependence with other psychiatric disorders. Part I. Epidemiology of dual diagnosis. *Psychiatr Pol*. 2015;49(2):265–275.
132. Brook JS, Zhang C, Rubenstone E, Primack BA, Brook DW. Comorbid trajectories of substance use as predictors of Antisocial Personality Disorder, Major Depressive Episode, and Generalized Anxiety Disorder. *Addict Behav*. 2016;62:114–21.
133. Tate SR, Norman SB, McQuaid JR, Brown SA. Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2007 Jul;33(1):25–32. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547206003515>
134. Mergler M, Driessen M, Havemann-Reinecke U, Wedekind D, Lüdecke C, Ohlmeier M, et al. Differential relationships of PTSD and childhood trauma with the course of substance use disorders. *J Subst Abuse Treat* [Internet]. 2018 Oct;93:57–63. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0740547218301120>
135. Musetti A, Terrone G, Corsano P, Magnani B, Salvatore S. Exploring the Link among State of Mind Concerning Childhood Attachment, Attachment in Close Relationships, Parental Bonding, and Psychopathological Symptoms in Substance Users. *Front Psychol*. 2016;7(1193).
136. Segura-Garcia C, Rania M, Aloï M, Palmieri A, Grande B, Fazio S, et al. Parental Bonding in substance and alcohol abusers. *Heroin Addict Relat Clin Probl*. 2015 Sep 25;18.
137. Heider D, Matschinger H, Bernert S, Alonso J, Angermeyer MC, ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. Relationship between parental bonding and mood disorder in six European countries. *Psychiatry Res*. 2006;143(1):89–98.
138. Parker G, Roussos J, Hadzi-Pavlovic D, Mitchell P, Wilhelm K, Austin MP. The development of a refined measure of dysfunctional parenting and assessment

- of its relevance in patients with affective disorders. *Psychol Med.* 1997;27(5):1193–1203.
139. Kendler KS, Myers J, Prescott CA. Parenting and adult mood, anxiety and substance use disorders in female twins: an epidemiological, multi-informant, retrospective study. *Psychol Med.* 2000;30(2):281–294.
 140. Telzer EH, Tsai KM, Gonzales N, Fuligni AJ. Mexican American adolescents' family obligation values and behaviors: Links to internalizing symptoms across time and context. *Dev Psychol.* 2015 Jan;51(1):75–86.
 141. Almeida J, Molnar BE, Kawachi I, Subramanian SV. Ethnicity and nativity status as determinants of perceived social support: Testing the concept of familism. *Soc Sci Med [Internet].* 2009 May;68(10):1852–8. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953609001075>
 142. Steidel AGL, Contreras JM. A New Familism Scale for Use with Latino Populations. *Hisp J Behav Sci [Internet].* 2003 Aug 25;25(3):312–30. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0739986303256912>
 143. Triandis HC, Trafimow D. Culture and its implications for intergroup relations. Brown R, Gaertner SL, editors. Blackwell Publishers; 2001. 367–385 p.
 144. Vega WA. Hispanic Families in the 1980s: A Decade of Research. *J Marriage Fam [Internet].* 1990 Nov;52(4):1015. Available from: <https://www.jstor.org/stable/353316?origin=crossref>
 145. Rosenstein DS, Horowitz HA. Adolescent attachment and psychopathology. *J Consult Clin Psychol.* 1996 Apr;64(2):244–53.
 146. Kostecky KL. Parental attachment, academic achievement, life events and their relationship to alcohol and drug use during adolescence. *J Adolesc.* 2005 Oct;28(5):665–9.
 147. Dragan M, Lis-Turlejska M. Prevalence of posttraumatic stress disorder in alcohol dependent patients in Poland. *Addict Behav [Internet].* 2007;32(5):902–11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030646030600205X>
 148. Mills KL, Lynskey M, Teesson M, Ross J, Darke S. Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): prevalence and correlates. *Drug Alcohol Depend [Internet].* 2005;77(3):243–9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871604002315>
 149. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. *Clin Psychol Rev [Internet].* 2002 Feb;22(1):27–77. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027273580000088X>

XVII. Anexos y Apéndices

Apéndice 1: Consentimiento informado de participación voluntaria

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA “EXPERIENCIAS TEMPRANAS: SU ASOCIACIÓN CON LA MANIFESTACIÓN DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN ADULTOS CON TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS”

ANTECEDENTES

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) está considerado como tal por sus implicaciones en cuestión de salud, y ha sido descrito en distintos sistemas médicos de clasificación de enfermedades. El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición refiere como característica esencial de este trastorno la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con ella. Por su parte, los vínculos entre padres e hijos y las experiencias traumáticas tempranas juegan un papel particularmente importante para el desarrollo saludable del ser humano; el deterioro de estos vínculos y la presencia de estos eventos adversos representan un factor de riesgo importante para el desarrollo de enfermedades mentales y abuso de sustancias en la edad adulta.

JUSTIFICACIÓN

La condición adictiva exige un continuo estudio, pues es un fenómeno que evidentemente ha rebasado todo esfuerzo preventivo y de tratamiento. La multicausalidad de esta condición y la combinación de condiciones de maltrato, abuso, estilos de crianza y factores de riesgo en los trastornos por consumo de sustancias podrían permitir la sugerencia de considerar un subtipo biológicamente distinto del trastorno por consumo de sustancias. Por tanto, para generar las estrategias precisas, adecuadas y pertinentes es necesario no solamente atender a las manifestaciones inmediatas y evidentes de esta condición, sino detectar, evaluar y señalar las potenciales causas subyacentes de ésta.

OBJETIVO

Evaluar la asociación entre las experiencias tempranas con la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con trastorno por consumo de sustancias.

PROCEDIMIENTOS

Los candidatos que acepten participar serán agendados para la primera cita de evaluación, que consistirá en la aplicación de la entrevista de recolección de datos generales, Inventario de Trauma Temprano, Instrumento de vínculos parentales y prueba de dopaje en orina. En la segunda, se recolectará la primera toma de cortisol en saliva y la aplicación de la MINI. Finalmente, en una tercera, la última muestra de saliva y mechón de cabello. Para el grupo de casos, las evaluaciones se harán en días continuos y para el grupo de controles, no deberá exceder más de 15 días una evaluación de otra. El mechón de cabello recolectado y las tomas de saliva serán almacenadas para la posterior cuantificación de cortisol.

Al finalizar el estudio, las muestras biológicas serán almacenadas hasta la publicación de resultados. Posterior a esto, serán destruidas o almacenadas según lo indique el participante:

No autorizo que me sean tomadas muestras biológicas (un mechón de cabello y una muestra sanguínea periférica).

Sí autorizo que me sean tomadas muestras biológicas pero exclusivamente para este estudio, por lo que deberán ser destruidas al finalizar (un mechón de cabello y una muestra sanguínea periférica).

Sí autorizo que me sean tomadas muestras biológicas y apruebo que puedan ser utilizados para otros estudios futuros del mismo grupo de investigación.

Declaro que además de lo anterior, se me han hecho saber cuestiones como las siguientes:

1. Que la información que sea recabada será manejada de forma **confidencial**, pues para la identificación personal, se identificará a los participantes con un número de folio y el expediente será resguardado en el laboratorio de trabajo, donde solo el personal involucrado en la investigación tiene acceso.
2. Que la información que se recopile, será usada exclusivamente con fines científicos.
3. Que de acuerdo con la Ley General de Salud, la presente investigación se clasifica como de **riesgo mínimo**, debido a que solamente se aplicarán cuestionarios psicométricos, y tomas de muestras biológicas (un mechón de cabello, orina y saliva).
4. Que **de no aceptar** la invitación a participar en este estudio de investigación, **no habrá ninguna repercusión** para los potenciales participantes

5. Que **la participación es completamente voluntaria y cada participante puede decidir continuar o retirarse del proyecto** sin que eso implique alguna consecuencia para su persona y/o su relación con la institución a la que está adscrito, avisando en tiempo y forma a quien sea responsable de la investigación.
6. Que **lo resultados de los participantes les serán informados** y detalladamente explicados, aclarando dudas e inquietudes. Asimismo, les serán compartidos los resultados finales de la investigación en el momento en el que se concluya el estudio.
7. Que ningún participante **recibirá alguna remuneración económica** por participar en esta investigación, sin embargo, en caso de ser necesario, se apoyará exclusivamente con transporte y viáticos.
8. Que **en caso de detectar alteraciones significativas** en las evaluaciones, el participante será **canalizado** a una instancia pertinente para una evaluación más a detalle y en caso de así requerirlo, su diagnóstico y tratamiento correspondiente.
9. Que cualquier duda que surja referente a la investigación o la participación de los voluntarios, el investigador responsable la aclarará de forma detallada.
10. Que este proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética en la Investigación de la Universidad de Guanajuato (CIBIUG) con número de folio CIBIUG-P44-2019.

En caso de cualquier duda en materia de bioética sobre este proyecto, los participantes tienen acceso al Comité de Bioética en la Investigación de la Universidad de Guanajuato (CIBIUG) con el Dr. Luis Fernando Anaya Vázquez, presidente del CIBIUG: etica@ugto.mx.

Finalmente declaro que:

Se me ha proporcionado toda la información necesaria sobre el proyecto de investigación y la razón de mi participación en él. Asimismo, que me han explicado los posibles riesgos y beneficios de mi participación. Igualmente, se me ha informado que el investigador responsable asume el cuidado y preservación de mi salud y bienestar, en caso de efectos inesperados o reacciones secundarias derivadas de la intervención durante el desarrollo del proyecto de investigación. El investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad, serán manejados en forma confidencial.

Por lo anterior, doy mi consentimiento para participar en el proyecto antes descrito.

NOMBRE, TELÉFONO Y FIRMA DE QUIEN PARTICIPA

NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO Y FIRMA DE QUIEN TESTIFICA

NOMBRE, PARENTESCO, TELÉFONO Y FIRMA DE QUIEN TESTIFICA

NOMBRE Y FIRMA DEL INVESTIGADOR A CARGO

Celaya, Guanajuato a ____ del mes de _____ del 20__

Apéndice 2: Entrevista inicial

EVALUACIÓN INICIAL

1. DATOS GENERALES

Edad: ___ años Sexo: 1) Hombre 2) Mujer
 Estado civil: 1) Casado 2) Soltero 3) Divorciado 4) Viudo 5) Unión libre Fecha de nacimiento: _____
 Teléfono de localización 1: _____ Teléfono de localización 2: _____
 Domicilio (Calle, número y colonia o localidad): _____

2. EVALUACIÓN FÍSICA

T.A: _____ Peso (Kg): _____ Talla (m): _____ I.M.C: _____

3. EVALUACIÓN SOCIOECONÓMICA

3.1 Ingreso familiar mensual	3.2 Zona de procedencia	3.4 Escolaridad propia	3.5 Ocupación propia
1) Menos de \$1,000	1) Urbana	1) Nula	1) Ninguna
2) De \$1,001 a \$3,000	2) Rural	2) Primaria completa	2) Estudiante
3) De \$3001 a \$6,000	3.3 Servicios médicos:	3) Primaria incompleta	3) Empleado/Obrero
4) De \$6,000 a \$10,000		4) Secundaria completa	4) Profesionalista
5) Más de \$10,000		5) Secundaria incompleta	5) Comerciante
		6) Bachillerato completo	6) Campesino
		7) Bachillerato incompleto	7) Hogar
	8) Profesional completo	8) Otra (especificar):	
	9) Profesional incompleto		
	10) Posgrado		

4. COMORBILIDADES: Diagnósticos previos o actuales dados por profesional de la salud

4.1 Médicos (Especificar) (A= Actual ó P= Previo)	A/P	4.2 Psiquiátricos (Especificar) (A= Actual ó P= Previo)	A/P
1) Ninguno		1) Ninguno	
2) Diabetes:		2) Trastornos del neurodesarrollo:	
3) Hiper o Hipotensión:		3) Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:	
4) Hiper o Hipotiroidismo:		4) Trastorno bipolar	
5) VIH/SIDA:		5) Trastornos depresivos:	
6) Enfermedades de Transmisión Sexual:		6) Trastornos de ansiedad:	
7) Cáncer:		7) Trastorno obsesivo-compulsivo	
8) Discapacidad física:		8) Trastornos de la conducta alimentaria	
9) Enfermedades renales:		9) Trastornos del sueño-vigilia	
10) Otras:		10) Otros:	

5. MEDICACIÓN ACTUAL

		5.1 Fármaco	5.2 Dosis	5.3 Indicado para...	5.4 Tiempo en tratamiento	5.5 Automedicado (Si/No)
1) No	2) Sí					

6. ACTIVIDAD FÍSICA Y EJERCICIO REGULAR

		6.1 Tipo	6.2 Veces por semana	6.3 Tiempo (minutos)
1) No	2) Sí	1) Caminar/Correr		
		2) Gimnasio		
		3) Otro (Especificar)		

7. FAMILIOGRAMA

<input type="checkbox"/>	Hombre	<input type="checkbox"/>	Mujer		Separación		Divorcio		Aborto		Fallecido		Cercano		Conflicto
	Quiebre	Familia: 1) Nuclear 2) Extasa		Familia tipo: 1) Monoparental 2) Biparental 3) Abuelo/Tio/a 4) Otros				Reconstituida: 1) Si 2) No							

8. CONSUMO: Indicarlo por orden cronológico

8.1 Sustancias: 1) Alcohol 2) Tabaco 3) Marihuana 4) Metanfetaminas 5) Cocaína 6) Inhalables 7) Heroína 8) LSD 9) Éxtasis (MDMA) 10) Otros (Especificar)

8.3 Frecuencia de consumo: 1) Diario (Cuántas veces al día) 2) De 2 a 4 veces por semana 3) De 4 a 6 veces por semana 4) Una vez a la semana 5) De 2 a 4 veces al mes 6) Consumo único

8.4 Vía de administración: 1) Oral 2) Fumada 3) Aspirada 4) Inhalada 5) Inyectada 6) Sublingual

8.7 Problemas relacionados al consumo: 1) Ninguno 2) Familiares 3) De pareja 4) Laborales 5) Académicos 6) Sociales 7) Médicos

8.1 Sustancia	8.2 Edad de inicio	8.3 Frecuencia	8.4 Vía de administración	8.5 Cantidad	8.6 Gasto semanal	8.7 Problemas relacionados	8.8 ¿Consumo actual? (Último mes)	
							Si	No

7.7 ¿Mezcla de sustancias? 1) No 2) Si (¿Cuáles?):

9. INTENTO DE ABSTINENCIA Y/O TRATAMIENTO PREVIO

9.1 ¿Cuántas veces?: 1) Una vez 2) De 2 a 4 veces 3) Más de 5 veces 4) Tantas que no recuerda

9.2 Modalidad: 1) Intento propio 2) Tratamientos ambulatorios 3) A.A. o N.A 4) Anexos 5) Tratamientos psicológicos o psiquiátricos 6) Medicina alternativa 7) Tratamiento médico 8) Otros (Especificar)

9.3 Tiempo de estancia: 1) Menos de una semana 2) Menos de un mes 3) De 1 a 2 meses 4) De 2 a 3 meses 5) Más de 3 meses

9.4 Tiempo máximo de abstinencia: 1) Menos de un mes 2) Un mes 3) Más de un mes 4) 6 meses o más

No.	Edad	9.2 Modalidad	9.3 Tiempo de estancia
1			
2			
3			

NOMBRE Y FIRMA DEL ENTREVISTADOR

Anexo 1: Inventario de Trauma Temprano- Auto reporte (ITT-AR)

Esta entrevista ha sido diseñada para evaluar las experiencias de la niñez que han podido tener un impacto sobre usted en la actualidad. Empieza preguntándole hechos generales de su niñez para seguir preguntando hechos más detallados sobre su infancia.

Algunas personas pueden hablar de estos acontecimientos sin muchas dificultades, sin embargo para otras puede ser difícil. Algunas pueden considerarlo tan duro que mantienen estos hechos que las hieren en secreto durante mucho tiempo. Hemos aprendido, hablando con ellas, que éstos acontecimientos pueden producirles malestar en su vida adulta. Por este motivo, resulta realmente importante entender como transcurrió su infancia. Hágalo lo mejor que pueda. No se trata de un examen y no hay respuestas equivocadas.

A veces la gente experimenta acontecimientos que pueden ser considerados estresantes. **Antes de los 18 años,** ¿experimentó alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de ellos que vivió antes de los 18 años, marque el SI y el número de veces que mejor corresponde a la frecuencia con que vivió este acontecimiento. Si tiene alguna duda, pregunte sobre ella o anote una explicación al lado de la pregunta.

ANTES 18 AÑOS. Acontecimientos Generales.

1. ¿Vivió algún desastre natural que le hizo temer por su vida?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
2. ¿Tuvo algún accidente grave?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
3. ¿Sufrió lesiones graves?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
4. ¿Tuvo enfermedades graves?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
5. ¿Vivió la muerte de un progenitor o de su cuidador principal?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
6. ¿Vivió una enfermedad o lesión grave de un progenitor, o de su cuidador principal?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
7. ¿Sufrió la separación de sus padres?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
8. ¿Se crió en otro hogar distinto al de sus padres?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
		Familiar	Amigo	Casa de acogida	Casa adoptiva		

9. ¿Vivió la muerte de un/a hermano/a?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
10. ¿Vivió una lesión o enfermedad grave de un/a hermano/a?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
11. ¿Vivió la muerte de un/a amigo/a?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
12. ¿Vivió la lesión grave de un amigo/a?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
12. ¿Vivió la muerte o enfermedad grave de otras personas?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
14. ¿Sus padres, se divorciaron?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
15. ¿Presenció actos violentos hacia otras personas, incluyendo miembros de su familia?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
16. ¿Alguien de su familia padeció alguna enfermedad mental o sufrió alguna crisis nerviosa grave?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
17. ¿Sus padres o su cuidador tuvieron problemas con el alcohol?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
18. ¿Sus padres o su cuidador tuvieron problemas con las drogas?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
19. ¿Fue víctima de un robo importante, como por ejemplo que los ladrones entraran en su casa?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
20. ¿Fue víctima de un atraco a mano armada?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
21. ¿Fue víctima de un asalto?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
22. ¿Fue víctima de una violación? Si contestó SI, ¿cuántas veces?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
23. ¿Presenció alguna vez un asesinato?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
24. ¿Vivió el asesinato de alguien cercano/a?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
25. ¿Alguien cercano/a a usted fue víctima de una violación?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
26. ¿Tuvo algún trabajo de riesgo?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
27. ¿Fue prisionera de guerra o rehén?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
28. ¿Estuvo en combate?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
29. ¿Vivió la muerte de un hijo?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
30. ¿Tuvo algún aborto espontáneo?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces
31. ¿Vivió la muerte de su pareja?	SI NO	Nunca	una vez	2-3 veces	4-5 veces	6-10 veces	más de 10 veces

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos estresantes ocurridos durante su infancia y/o adolescencia mencionados en el apartado anterior, considere qué efectos pueden tener ACTUALMENTE sobre Ud.

1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente sobre usted?	SI	NO
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo		
2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela?	SI	NO
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo		
3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a sus relaciones sociales o familiares actuales?	SI	NO
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo		

Parte B. Castigo físico

A veces la gente es golpeada, castigada físicamente o sometida a una disciplina excesivamente rígida durante su infancia y/o adolescencia. **Antes de los 18 años**, ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de ellos que vivió **antes de los 18 años**, marque SI y cuántas veces ocurrió. (en caso de respuesta negativa pase a la siguiente pregunta)

- 1. ¿Recibió palizas o azotes con la mano?** SI NO
- ¿Qué edad tenía usted cuando ocurrió por primera vez? 0-5 años 6-11 años 12-18 años
- ¿Ocurría a menudo? 1 vez/año 1-10 veces/año 1-3/mes 1-6/semana 1/día más de 1 vez/día
- ¿Quién fue la persona que más lo hacía generalmente? Padre/madre/cuidador principal Adulto/a conocido/a Hermano/a Adulto/a desconocido/a
- ¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?
 Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo
- 2. ¿Le dieron alguna bofetada?** SI NO
- ¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez? 0-5 años 6-11 años 12-18 años
- ¿Ocurría a menudo? 1/año 1-10/año 1-3/mes 1-6/semana 1/día más de 1 vez/día
- ¿Quién fue la persona que más lo hacía generalmente? Padre/madre/cuidador principal Adulto/a conocido/a Hermano/a Adulto/a desconocido/a
- ¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?
 Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo
- 3. ¿Fue víctima de quemadura: con agua caliente, un cigarrillo o con algo parecido?** SI NO
- ¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez? 0-5 años 6-11 años 12-18 años
- ¿Ocurría a menudo? 1/año 1-10/año 1-3/mes 1-6/semana 1/día más de 1 vez/día
- ¿Quién fue la persona que más lo hacía generalmente? Padre/madre/cuidador principal Adulto/a conocido/a Hermano/a Adulto/a desconocido/a
- ¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?
 Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo
- 4. ¿Recibió puñetazo: o patadas?** SI NO
- ¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez? 0-5 años 6-11 años 12-18 años
- ¿Ocurría a menudo? 1/año 1-10/año 1-3/mes 1-6/semana 1/día más de 1 vez/día
- ¿Quién fue la persona que más lo hacía generalmente? Padre/madre/cuidador principal Adulto/a conocido/a Hermano/a Adulto/a desconocido/a
- ¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?
 Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo
- 5. ¿Le golpearon, o azotaron con algún objeto: un palo, una correa o una regla?** SI NO
- ¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez? 0-5 años 6-11 años 12-18 años
- ¿Ocurría a menudo? 1/año 1-10/año 1-3/mes 1-6/semana 1/día más de 1 vez/día
- ¿Quién fue la persona que más lo hacía generalmente? Padre/madre/cuidador principal Adulto/a conocido/a Hermano/a Adulto/a desconocido/a
- ¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?
 Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo

6. ¿Fue golpeada por algún objeto que le hayan tirado? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años		6-11 años		12-18 años	
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía generalmente?	Padre/madre/cuidador principal			Adulto/a conocido/a		Hermano/a Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto		ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo	

7. ¿Intentaron afijarla alguna vez? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años		6-11 años		12-18 años	
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal			Adulto/a conocido/a		Hermano/a Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto		ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo	

8. ¿Fue empujada o zarandeada? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años		6-11 años		12-18 años	
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal			Adulto/a conocido/a		Hermano/a Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto		ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo	

9. ¿Fue atada o encerrada en algún lugar? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años		6-11 años		12-18 años	
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal			Adulto/a conocido/a		Hermano/a Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto		ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo	

Si contestó SI a alguno de los acontecimientos mencionados antes, considere ACTUALMENTE qué efectos pu efectos pueden tener actualmente sobre usted.

¿Estos acontecimientos tienen efectos emocionales sobre usted actualmente?	SI		NO	
	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto	
	ligeramente positivo moderadamente positivo		muy positivo	
¿Estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela?	SI		NO	
	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto	
	ligeramente positivo moderadamente positivo		muy positivo	
¿Estos acontecimientos afectan a sus actuales relaciones sociales o familiares?	SI		NO	
	Muy negativo moderadamente negativo		ligeramente negativo ningún efecto	
	ligeramente positivo moderadamente positivo		muy positivo	

Parte C. Abuso emocional

A veces al ir creciendo se tiene la impresión de que no hacemos nada correcto a los ojos de los padres. Los padres a menudo reprimen, gritan y afirman que sus hijos no son buenos. ¿Recuerda si algo parecido le pasó antes de los 18 años? **Antes de los 18 años**, ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? Por cada uno de los que vivió antes de los 18 años, marque "SI" y la frecuencia con que le ocurrió.

1. ¿Fue humillada o ridiculizada a menudo? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativos moderadamente negativos ligeramente negativos ningún efecto ligeramente positivos moderadamente positivos muy positivos					

2. ¿Fue ignorada a menudo o le hacían sentir que no contaba para nada? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativos moderadamente negativos ligeramente negativos ningún efecto ligeramente positivos moderadamente positivos muy positivos					

3. ¿Le decían a menudo que no era buena? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativos moderadamente negativos ligeramente negativos ningún efecto ligeramente positivos moderadamente positivos muy positivos					

4. ¿La regañaban o reprendían a menudo? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativos moderadamente negativos ligeramente negativos ningún efecto ligeramente positivos moderadamente positivos muy positivos					

5. ¿Fue tratada tan fríamente o estuvo tan desatendida como para pensar que no la querían? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años				
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día	
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a			Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo/moderadamente negativo		ligeramente negativo	ningún efecto		ligeramente positivo	moderadamente positivo/muy positivo

6. ¿Sus padres o cuidadores controlaban habitualmente aspectos de su vida que los demás manejaban más libremente? (por ejemplo, vestir, actividades, etc.) **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a		Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo/moderadamente negativo		ligeramente negativo	ningún efecto		ligeramente positivo/moderadamente positivo/muy positivo

7. Sus padres o cuidadores ¿no supieron comprenderla o entender sus necesidades? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a		Adulto/a desconocido/a
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo/moderadamente negativo		ligeramente negativo	ningún efecto		ligeramente positivo/moderadamente positivo/muy positivo

Si contestó "SI" a alguno de los acontecimientos mencionados antes, considere qué efectos pueden tener ACTUALMENTE sobre usted

1. ¿Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales sobre usted hoy? **SI NO**

Muy negativo/moderadamente negativo	ligeramente negativo	ningún efecto		ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo
-------------------------------------	----------------------	---------------	--	----------------------	------------------------	--------------

2. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela? **SI NO**

Muy negativo/moderadamente negativo	ligeramente negativo	ningún efecto		ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo
-------------------------------------	----------------------	---------------	--	----------------------	------------------------	--------------

3. ¿Cree que estos acontecimientos afectan a sus actuales relaciones sociales o familiares? **SI NO**

Muy negativo/moderadamente negativo	ligeramente negativo	ningún efecto		ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo
-------------------------------------	----------------------	---------------	--	----------------------	------------------------	--------------

Parte D. Acontecimientos sexuales

Las personas cuando van creciendo pueden tener experiencias sexuales que no desean o que les incomodan. A veces estas experiencias se viven con personas conocidas y a veces con extraños. ¿Recuerda que le haya ocurrido algo parecido? **Antes de los 18 años**, ¿ha experimentado alguno de los siguientes acontecimientos? Para cada uno de los que vivió **antes de los 18 años**, marque "SI" y la frecuencia con que le ocurrió.

1. ¿Escuchó comentarios inapropiados acerca del sexo o las partes sexuales?	SI	NO																																
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?</td> <td style="width: 20%;">0-5 años</td> <td style="width: 20%;">6-11 años</td> <td style="width: 20%;">12-18 años</td> </tr> <tr> <td>¿Ocurría a menudo?</td> <td>1/año</td> <td>1-10/año</td> <td>1-3/mes</td> <td>1-6/semana</td> <td>1/día</td> <td>más de 1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?</td> <td colspan="2">Padre/madre/cuidador principal</td> <td>Adulto/a conocido/a</td> <td>Hermano/a</td> <td colspan="2">Adulto/a desconocido/a</td> </tr> <tr> <td colspan="7">¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?</td> </tr> <tr> <td colspan="7">Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo</td> </tr> </table>			¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años	¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día	¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a		¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?							Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo						
¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años																															
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día																												
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a																													
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?																																		
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo																																		
2. ¿Alguien le enseñó o exhibió sus genitales?	SI	NO																																
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?</td> <td style="width: 20%;">0-5 años</td> <td style="width: 20%;">6-11 años</td> <td style="width: 20%;">12-18 años</td> </tr> <tr> <td>¿Ocurría a menudo?</td> <td>1/año</td> <td>1-10/año</td> <td>1-3/mes</td> <td>1-6/semana</td> <td>1/día</td> <td>más de 1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?</td> <td colspan="2">Padre/madre/cuidador principal</td> <td>Adulto/a conocido/a</td> <td>Hermano/a</td> <td colspan="2">Adulto/a desconocido/a</td> </tr> <tr> <td colspan="7">¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?</td> </tr> <tr> <td colspan="7">Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo</td> </tr> </table>			¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años	¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día	¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a		¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?							Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo						
¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años																															
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día																												
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a																													
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?																																		
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo																																		
3. ¿Alguien la espío o la observó mientras se bañaba, vestía o usaba el baño?	SI	NO																																
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?</td> <td style="width: 20%;">3-6 años</td> <td style="width: 20%;">6-11 años</td> <td style="width: 20%;">13-18 años</td> </tr> <tr> <td>¿Ocurría a menudo?</td> <td>1/año</td> <td>1-10/año</td> <td>1-3/mes</td> <td>1-4/semana</td> <td>1/día</td> <td>más de 1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?</td> <td colspan="2">Padre/madre/cuidador principal</td> <td>Adulto/a conocido/a</td> <td>Hermano/a</td> <td colspan="2">Adulto/a desconocido/a</td> </tr> <tr> <td colspan="7">¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?</td> </tr> <tr> <td colspan="7">Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo</td> </tr> </table>			¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	3-6 años	6-11 años	13-18 años	¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-4/semana	1/día	más de 1 vez/día	¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a		¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?							Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo						
¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	3-6 años	6-11 años	13-18 años																															
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-4/semana	1/día	más de 1 vez/día																												
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a																													
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?																																		
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo																																		
4. ¿Le forzaron u obligaron a presenciar actos sexuales, incluida la masturbación y/o sexo entre otras personas?	SI	NO																																
<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?</td> <td style="width: 20%;">0-5 años</td> <td style="width: 20%;">6-11 años</td> <td style="width: 20%;">12-18 años</td> </tr> <tr> <td>¿Ocurría a menudo?</td> <td>1/año</td> <td>1-10/año</td> <td>1-3/mes</td> <td>1-4/semana</td> <td>1/día</td> <td>más de 1 vez/día</td> </tr> <tr> <td>¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?</td> <td colspan="2">Padre/madre/cuidador principal</td> <td>Adulto/a conocido/a</td> <td>Hermano/a</td> <td colspan="2">Adulto/a desconocido/a</td> </tr> <tr> <td colspan="7">¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?</td> </tr> <tr> <td colspan="7">Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo</td> </tr> </table>			¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años	¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-4/semana	1/día	más de 1 vez/día	¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a		¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?							Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo						
¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años																															
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-4/semana	1/día	más de 1 vez/día																												
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a																													
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?																																		
Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo																																		

5. ¿Le tocaron en alguna parte íntima (pecho, caderas, genitales) creándole desconcierto y malestar? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurrió a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo					

6. ¿Alguien frotó sus genitales contra usted en contra de su voluntad? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurrió a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo					

7. ¿Le obligaron a tocar a otra persona en alguna parte íntima del cuerpo? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurrió a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo					

8. ¿Le obligaron a mantener relaciones genitales en contra de su voluntad? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurrió a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo					

9. ¿Le obligaron a practicar sexo oral? **SI NO**

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años			
¿Ocurrió a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a	
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo moderadamente negativo ligeramente negativo ningún efecto ligeramente positivo moderadamente positivo muy positivo					

10. ¿Alguien practicó sexo oral con usted en contra de su voluntad? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años							
¿Ocurría a menudo?	1/día	1-10/día	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día				
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a		Hermano/a		Adulto/a desconocido/a			
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo		moderadamente negativo		ligeramente negativo		ningún efecto	ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo

11. ¿Alguien practicó sexo anal con usted, en contra de su voluntad? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años							
¿Ocurría a menudo?	1/día	1-10/día	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día				
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a		Hermano/a		Adulto/a desconocido/a			
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo		moderadamente negativo		ligeramente negativo		ningún efecto	ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo

12. ¿Alguien intentó mantener algún tipo de relación sexual (oral, anal, genital) con usted en contra de su voluntad? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años							
¿Ocurría a menudo?	1/día	1-10/día	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día				
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a		Hermano/a		Adulto/a desconocido/a			
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo		moderadamente negativo		ligeramente negativo		ningún efecto	ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo

13. ¿Le obligaron a posar para fotografías provocativas o sexy? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años							
¿Ocurría a menudo?	1/día	1-10/día	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día				
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a		Hermano/a		Adulto/a desconocido/a			
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo		moderadamente negativo		ligeramente negativo		ningún efecto	ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo

14. ¿Le obligaron a mantener relaciones sexuales por dinero? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años							
¿Ocurría a menudo?	1/día	1-10/día	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1 vez/día				
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal		Adulto/a conocido/a		Hermano/a		Adulto/a desconocido/a			
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativo		moderadamente negativo		ligeramente negativo		ningún efecto	ligeramente positivo	moderadamente positivo	muy positivo

15. ¿ Le obligaron a besar a alguien con una intención más sexual que afectiva? SI NO

¿Qué edad tenía cuando ocurrió por primera vez?	0-5 años	6-11 años	12-18 años				
¿Ocurría a menudo?	1/año	1-10/año	1-3/mes	1-6/semana	1/día	más de 1vez/día	
¿Quién fue la persona que más lo hacía, generalmente?	Padre/madre/cuidador principal	Adulto/a conocido	Hermano/a	Adulto/a desconocido/a			
¿Qué efectos tuvo sobre usted a nivel emocional cuando ocurrió?	Muy negativos	moderadamente negativos	ligeramente negativos	ningún efecto	ligeramente positivos	moderadamente positivos	muy positivos

Si contestó “SI” a alguno de los acontecimientos mencionados antes respecto a las actividades sexuales, díganos qué efectos pueden tener ACTUALMENTE sobre usted.

1. Cree que estos acontecimientos tienen efectos emocionales actualmente sobre usted ?	SI	NO				
Muy negativos	moderadamente negativos	ligeramente negativos	ningún efecto	ligeramente positivos	moderadamente positivos	muy positivos
2. Cree que estos acontecimientos afectan a su rendimiento actual en el trabajo o en la escuela?	SI	NO				
Muy negativos	moderadamente negativos	ligeramente negativos	ningún efecto	ligeramente positivos	moderadamente positivos	muy positivos
3. ¿Cree que estos eventos afectan a sus actuales relaciones sociales o familiares?	SI	NO				
Muy negativos	moderadamente negativos	ligeramente negativos	ningún efecto	ligeramente positivos	moderadamente positivos	muy positivos

Anexo 3: Instrumento de Vínculos Parentales (IVP)

Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)

(Parker, Tuplin & Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada & Zambrano, 2007)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su padre hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba
- 2= Algunas veces pasaba
- 1= Rara vez pasaba
- 0= Nunca pasaba

	PADRE
1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable.	()
2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba.	()
3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer.	()
4. Parecía emocionalmente frío conmigo.	()
5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones.	()
6. Era cariñoso conmigo.	()
7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones.	()
8. No quería que yo creciera.	()
9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía.	()
10. Invadía mi intimidad.	()
11. Disfrutaba hablar conmigo.	()
12. Frecuentemente me sonreía.	()
13. Tendía a consentirme.	()
14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba.	()
15. Me dejaba tomar mis propias decisiones.	()
16. Me hacía sentir que no me quería.	()
17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a.	()
18. No hablaba mucho conmigo.	()
19. Trataba de hacer sentir dependiente de él.	()
20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca.	()
21. Me daba tanta libertad como yo quería.	()
22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería.	()
23. Fue sobreprotector conmigo.	()
24. No me alababa.	()
25. Me dejaba vestir como yo quería.	()

Instrumento de Lazos Parentales (P.B.I)

(Parker, Tuplin & Brown, 1979) (Adaptado por Vallejo, Villada & Zambrano, 2007)

INSTRUCCIONES

Este cuestionario incluye una lista de algunas actitudes y conductas de los padres. Responda dentro del paréntesis con base en como usted recuerde a su *madre* hasta la edad de 16 años.

- 3= Siempre pasaba
- 2= Algunas veces pasaba
- 1= Rara vez pasaba
- 0= Nunca pasaba

MADRE

- | | |
|---|-----|
| 1. Hablaba conmigo en voz cálida y amigable. | () |
| 2. No me ayudaba tanto como yo lo necesitaba. | () |
| 3. Me dejaba hacer cosas que me gustaba hacer. | () |
| 4. Parecía emocionalmente fría conmigo. | () |
| 5. Parecía entender mis problemas y preocupaciones. | () |
| 6. Era cariñosa conmigo. | () |
| 7. Le gustaba que yo tomara mis propias decisiones. | () |
| 8. No quería que yo creciera. | () |
| 9. Trataba de controlar todo lo que yo hacía. | () |
| 10. Invasión mi intimidad. | () |
| 11. Disfrutaba hablar conmigo. | () |
| 12. Frecuentemente me sonreía. | () |
| 13. Tendía a consentirme. | () |
| 14. Parecía que no entendía lo que yo quería o necesitaba. | () |
| 15. Me dejaba tomar mis propias decisiones. | () |
| 16. Me hacía sentir que no me quería. | () |
| 17. Podía hacerme sentir mejor cuando yo estaba disgustado/a. | () |
| 18. No hablaba mucho conmigo. | () |
| 19. Trataba de hacerme sentir dependiente de ella. | () |
| 20. Sentía que no podía cuidar de mi mismo/a, si no estaba cerca. | () |
| 21. Me daba tanta libertad como yo quería. | () |
| 22. Me dejaba salir a menudo, cuando yo quería. | () |
| 23. Fue sobreprotectora conmigo. | () |
| 24. No me alababa. | () |
| 25. Me dejaba vestir como yo quería. | () |

Anexo 4: Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)

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

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

A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

D. Episodio (hipo)maniaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIR O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICO SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICO SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12								
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	↓ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/>									
		HIPOMANÍACO	MANÍACO									
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1193 409 1234 430">NO</td> <td data-bbox="1372 409 1412 430">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1161 451 1437 483">EPISODIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1177 493 1258 514">ACTUAL</td> <td data-bbox="1388 493 1404 514"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1177 514 1258 535">PASADO</td> <td data-bbox="1388 514 1404 535"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO HIPOMANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
EPISODIO HIPOMANÍACO												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1193 598 1234 619">NO</td> <td data-bbox="1372 598 1412 619">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1193 640 1404 672">EPISODIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1177 682 1258 703">ACTUAL</td> <td data-bbox="1388 682 1404 703"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1177 703 1258 724">PASADO</td> <td data-bbox="1388 703 1404 724"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	EPISODIO MANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
EPISODIO MANÍACO												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											

E. Trastorno de angustia

(= SIGNIFICA BODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturldido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ	17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO	SÍ	
			<i>Trastorno de angustia de por vida</i>		
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4?	NO	SÍ	
		SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	<i>Crisis actual con síntomas limitados</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO	SÍ	18
			<i>Trastorno de angustia actual</i>		

F. Agorafobia

F1	¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil?	NO	SÍ	19
----	--	----	----	----

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

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

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
----	----

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

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

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	SI
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SI
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

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

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

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

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

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

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

(⇒ SIGNIFICA IR A LAS CABELAS DIAGNOSTICAS, BORRAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

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

		Altera le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.		EXTRAÑAS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataba de hacerle daño?	NO SI	SI	1
		NOTA: PEDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACCESO.			
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SI	SI = 1b	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO SI	SI	3
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SI	SI = 1b	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO SI	SI	5
		ENTREVISTADOR/A: PEDA EJEMPLOS Y DESCARTE EL ALUCINERA QUE NO SEA PSICÓTICO.			
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SI	SI = 1b	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO SI	SI	7
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SI	SI = 1b	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO SI	SI	9
		ENTREVISTADOR/A: PEDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIBRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L3 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOBRENATUALES, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUTINA O DESTITUCIÓN, ETC.			
	b	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SI	SI	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO SI		11
		LAS ATRIBUCIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:			
		Si SI: ¿Escuchó una vez que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SI	
	b	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SI	SI = 1b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	Si Sí: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO											
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	-								
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:	NO	SÍ							
Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1b A L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?											
			<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">SÍ</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

Mujer estatura/peso															
Pies/pulgadas	4,9	4,10	4,11	5,0	5,1	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	
Libras	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110	112	
cm	144,8	147,3	149,9	152,4	154,9	157,3	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	
kg	38	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50	51	
Hombre estatura/peso															
Pies/pulgadas	5,1	5,2	5,5	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,3	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	58	59	61

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

N. Bulimia nerviosa

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

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

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(● SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y BODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

Anexo 5: Carta de aprobación CIBIUG

UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO



Guanajuato, Gto. 11 de octubre de 2019
Oficio 50/2019

Dra. Herlinda Aguilar Zavala
Departamento de Enfermería Clínica
División de Ciencias de la Salud e Ingenierías
Campus Calaya-Salvatierra
Universidad De Guanajuato
Presente

En relación con el protocolo de investigación en seres humanos enviado por usted denominado: **"Experiencias tempranas: su asociación con la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con trastorno por consumo de sustancias"** del cual es usted responsable, el Comité Institucional de Bioética en la Investigación de la Universidad de Guanajuato (CIBIUG) se reunió el 13 de septiembre y se revisaron en el mismo los requisitos éticos y normativos nacionales e internacionales aplicables al proyecto.

El pleno del CIBIUG, considera que el protocolo y los anexos, cumplen los requisitos bioéticos y por el presente dictamen informa a usted que el proyecto ha sido:

APROBADO

Dicho dictamen quedó asentado en el acta número **CIBIUG-A54-2019**. El código asignado por el CIBIUG al proyecto es: **CIBIUG-P44-2019** para que en lo sucesivo sea citado en los informes y publicaciones.

Asimismo, se le informa que el presente dictamen tiene validez durante el periodo de realización del proyecto específico analizado y autoriza el inicio de este. Al término de cada año de vigencia, debe enviar un breve informe del avance/finalización del proyecto, indicando si se presentaron efectos adversos o problemas o cambios durante su realización, así como los medios por los cuales se dio información de los resultados a los participantes y a la comunidad científica.

El CIBIUG se reserva el derecho de revisar el desarrollo del proyecto con el objeto de proteger los derechos y la dignidad de los participantes.

Atentamente,
"La verdad os hará libres"


DR. LUIS FERNANDO ANAYA VELÁZQUEZ
EL PRESIDENTE DEL COMITÉ


UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO
Comité Institucional de
Bioética en la Investigación

At: Dr. Luis Felipe Guzmán Aguirre - Rector General U.G.
Dra. Cecilia Barrios Cortés - Secretaria General U.G.
Dr. Sergio Andrés Silva Muñoz - Secretario Académico U.G.
Dr. Misael Napoleón Méndez - Director de Apoyo a la Investigación y a la Regresión U.G.
Instituto

**COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE GUANAJUATO**

Callejo de Querétaro s/n. Zona Centro
Guanajuato, Gto., México. C.P. 37000
Teléfono: 477 73 6 00 ext. 5009
www.ugto.mx





La **Secretaría de Salud de Guanajuato**
otorga el presente

Reconocimiento

a:

DIANA LAURA LOPEZ NAVARRO

Como ganador de la CONVOCATORIA APOYOS ADICIONALES A PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL 2019 con la investigación "Cuidado parental, trauma temprano, hiperactividad del eje HPA y Síntomas psiquiátricos en adultos adictos a sustancias"

León, Gto. 28 y 29 de octubre de 2019


Dr. Tonatjéh García Campos
Director de la División de Ciencias de la Salud
Universidad de Guanajuato


Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato


Dr. J. Jesús Vázquez Esquivel
Director de la Escuela de Medicina
Universidad de Celaya



La **Secretaría de Salud de Guanajuato**
otorga la presente

Constancia

a:

a: ; DIANA LAURA LOPEZ NAVARRO

**Por su participación en el Foro Estatal de Investigación en Salud 2019 en la Exposición Oral
de la investigación "Cuidado parental, trauma temprano, hiperactividad del eje HPA y
Síntomas psiquiátricos en adultos adictos a sustancias"**

Dr. Tonatlah Garcia Campos
Director de la División de Ciencias de la Salud
Universidad de Guanajuato

Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato

Dr. J. Jesús Vázquez Esquivel
Director de la Escuela de Medicina
Universidad de Celaya



El Gobierno del Estado de Guanajuato a través de la Secretaría de Salud
otorga la presente

Constancia

a:

Diana Laura López Navarro

Por haber presentado el trabajo de investigación intitulado:
"Experiencias tempranas: su asociación con la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias"
en el marco del

Foro Estatal de Investigación para la Salud 2021

y el 27º Concurso Estatal de Investigación para la Salud



Dr. Juan Raúl Maldonado coronado
Director de la Escuela de Medicina
Universidad de Celaya.




Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato



Dr. Tonatuh García Campos
Director de la División de Ciencias de la Salud
Universidad de Guanajuato

León, Gto. 22 y 23 de noviembre de 2021





El Gobierno del Estado de Guanajuato a través de la Secretaría de Salud
otorga la presente

Constancia

a:

Diana Laura López Navarro

Por haber presentado el trabajo de investigación intitulado:
"Experiencias tempranas: su asociación con la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias"
en **MODALIDAD CARTEL**, en el marco del
Foro Estatal de Investigación para la Salud 2021
y el 27º Concurso Estatal de Investigación para la Salud


Dr. Juan Raúl Maldonado coronado
Director de la Escuela de Medicina
Universidad de Celaya


Dr. Daniel Alberto Díaz Martínez
Secretario de Salud del Estado de Guanajuato


Dr. Tonatiuh García Campos
Director de la División de Ciencias de la Salud
Universidad de Guanajuato

León, Gto. 22 y 23 de noviembre de 2021

Carta de aprobación de Dra. Herlinda Aguilar Zavala



Dra. Herlinda Aguilar Zavala
Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León, se le ha designado como Vocal del examen para obtener el grado de Maestra en Investigación Clínica que sustentará la C. Diana Laura López Navarro.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de Tesis que con el título de "Experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias", ha completado y es satisfactorio de acuerdo con el Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise la Tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

Atentamente
La Verdad Os Hará Libres
León, Gto a 26 de noviembre de 2021
La Secretaria Académica de la División
Cipriana Caudillo Cisneros
Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros



Para los sinodales:

Mi voto en relación con el trabajo de Titulación es: Aprobado

Firma: _____

SECRETARIA ACADEMICA DE LA DIVISION DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN
Bvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657

Carta de aprobación de la Dra. Carolina Villada Rodríguez



Universidad
Guanajuato

Dra. Carolina Villada Rodríguez

Presenta

Por acuerdo con el Dr. Trinidad García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León, se le ha designado como Secretario del examen para obtener el grado de **Maestra en Investigación Clínica** que sustentará la C. **Diana Laura López Navarro**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de Tesis que con el título de **"Experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias"**, ha completado y es satisfactorio de acuerdo con el Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise la Tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresar mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

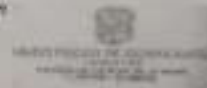
Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

Atentamente

La Verdad Os Hará Libres
León, Gto. a 26 de noviembre de 2021
La Secretaria Académica de la División

Capriana Caudillo Cisneros

Mtra. Capriana Caudillo Cisneros



Para sus señas:

Mi voto en relación con el trabajo de Titulación es:

FAVORABLE

Firma:

[Firma manuscrita]

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN
Paseo Antonio Márquez No. 1083 Francisco del Rincón, San Carlos C.P. 37070 Tel. (477) 247 49 00 Ext. 3537

Carta de aprobación de la Dra. Yazmín Hernández Quintero



Dra. Yazmín Alejandra Quintero Hernández
Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatihu García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León, se le ha designado como **Presidente** del examen para obtener el grado de **Maestra en Investigación Clínica** que sustentará la C. **Diana Laura López Navarro**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación de Tesis que con el título de **"Experiencias traumáticas tempranas y la manifestación de síntomas psiquiátricos en adultos con Trastorno por Consumo de Sustancias"**, ha completado y es satisfactorio de acuerdo con el Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise la Tesis de la alumna que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

Atentamente
La Verdad Os Hará Libres
León, Gto a 26 de noviembre de 2021
La Secretaria Académica de la División

Cipriana Caudillo Cisneros

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros



Para los sinodales:

Mi voto en relación con el trabajo de Titulación es: **APROBADO**

Firma: *Yazmín Hernández Quintero*

SECRETARIA ACADEMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN
Bvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657