



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

RELACIÓ ENTRE LA MEMÒRIA VISUAL I EL TRASTORN OBSESSIU COMPULSIU

Treball Final de Grau

Cervera Baquero, Mònica

4t del Grau de Psicologia
Tutora: Dolores Riesco Miranda
Treball Final de Grau
Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes
Universitat de Vic

Vic, maig del 2015

Agraïments

El camí recorregut durant l'elaboració d'aquest treball no el podria haver fet sola, i per això vull agrair a tothom que m'hi ha acompanyat d'una manera o una altre.

Primer de tot, a la meva tutora, Lola Riesco, pel seu suport i guia constant, i a la Assumpció Guillén per tota l'ajuda que m'ha proporcionat. També a Osona Salut Mental per deixar-me col·laborar amb ells; i a tots els participants del meu grup control.

Per últim, als companys amb els que he compartit el camí per ajudar-me en els moments difícils, a les meves companyes de pis per la seva paciència, i a la meva família i amics pel seu recolzament.

A tots, gràcies.

Resum:

El següent treball tracta sobre relació existent entre el Trastorn Obsessiu Compulsiu i la memòria visual. Aquesta relació s'ha estudiat en diverses investigacions amb anterioritat, i en aquest treball es pretén corroborar la hipòtesi de que les persones amb diagnòstic de TOC tenen un dèficit en memòria no verbal. Per a assolir tal objectiu s'ha dut a terme un disseny intersubjectes, i s'han comparat els resultats obtinguts en matèria no verbal d'un grup clínic i un grup control. El grup clínic ha obtingut una puntuació significativament inferior que el grup control, amb la qual cosa es confirma la hipòtesi anterior. La segona hipòtesi d'aquest treball és que a major severitat del trastorn, major és el dèficit; però en relació a això no s'han obtingut resultats significatius. Juntament amb les propostes d'altres autors, també es plantegen diferents factors que poden ser responsables d'aquest dèficit.

Paraules clau: trastorn obsessiu compulsiu / memòria / memòria no verbal / test Figura Rey.

Abstract:

The following paper is about the relationship between the Obsessive Compulsive Disorder and visual memory. This relation has been studied in several investigations before, and this work intends to corroborate the hypothesis that people diagnosed with OCD have a deficit in non verbal memory. To achieve such a goal an intersubject design has been conducted, and the results obtained in the non verbal topic have been compared between a clinical group and a control group. The clinical group has obtained a significantly lower score than the control group, which confirms the previous hypothesis. The second hypothesis of this study is that a greater level of severity in the disorder implies a greater deficit, but no significant results have been obtained. Along with other authors' proposals we have also considered various factors that may be responsible for this deficit.

Keywords: obsessive compulsive disorder / memory / non verbal memory / RCFT.

Índex

1	Introducció	5
1.1	Presentació.....	5
1.2	Justificació	5
2	Marc teòric.....	6
2.1	La percepció i l'atenció	6
2.2	La memòria.....	6
2.2.1	Classificació de la memòria	7
2.2.2	Biaixos i oblit de la memòria	9
2.3	El Trastorn Obsessiu – Compulsiu	11
2.3.1	Definició i simptomatologia del trastorn	11
2.3.2	Classificació dins del Trastorn Obsessiu Compulsiu	13
2.3.3	Criteris diagnòstics	15
2.3.4	Biaixos de la memòria en el trastorn	16
3	Disseny de la investigació.....	20
3.1	Objectius	20
3.2	Metodologia.....	20
3.2.1	Mostra.....	20
3.2.2	Instruments	21
3.2.3	Procediment	22
3.3	Anàlisi	24
3.4	Resultats	25
3.5	Aspectes ètics	32
4	Conclusions	33
4.1	Discussió dels resultats	33
4.2	Limitacions i possibilitats	36
4.3	Conclusions	37
5	Bibliografia.....	38

1 Introducció

1.1 Presentació

Aquest Treball de Final de Grau porta com a nom “Relació entre la memòria visual i el Trastorn Obsessiu Compulsiu”, i està emmarcat en la branca de la psicologia clínica. En les següents pàgines es pretén fer una comparació a nivell de memòria no verbal entre dos grups de participants. El treball intenta ser un reflex dels coneixements adquirits durant els quatre anys del grau.

1.2 Justificació

La decisió del tema d'aquest treball va lligada al interès per la branca de la psicologia clínica en termes generals. Una de les meves àrees d'interès primàries des del inici del grau, tant a nivell personal com professional, ha sigut la psicopatologia. Arrel d'això, vaig prendre la decisió de centrar l'atenció en un dels trastorns amb major grau d'afectació en la qualitat de vida de l'individu, el Trastorn Obsessiu Compulsiu.

Dins de la cognició en aquest trastorn, s'ha vist que una de les àrees més afectades és la referent a memòria visual o no verbal. Diverses investigacions prèvies, que es comentaran més endavant, han trobat un dèficit en aquest aspecte. Des d'aquest treball es pretén estudiar la presència d'aquest, comparant un grup clínic i un grup control.

2 Marc teòric

2.1 La percepció i l'atenció

Entenem la percepció com la manera d'interpretar i entendre la informació rebuda a través dels sentits (Fuenmayor, Villasmil, 2008). Tal i com escriu Marina (1998), la percepció no implica només el veure, llegir o escoltar; sinó que involucra el fet de comprendre i interpretar, donar sentit.

Broadbent va ser el primer en formular un model sobre l'atenció, la memòria i l'aprenentatge, en base al qual es pot dir que l'atenció funciona com un filtre que permet seleccionar quina és la informació que processarà el nostre aparell cognitiu (Sebastian, Costa; 2010).

Es pot utilitzar la metàfora d'un focus de llum d'un teatre per referir-nos a l'atenció. Quan volem prestar atenció a un estímul determinat, dirigim aquest focus de llum cap on ens interessa. D'aquesta manera les parts a les que volem prestar atenció queden il·luminades, i la resta en l'ombra (Sebastian, Costa; 2010).

Per tant, tal i com explica Banyard (1995), l'atenció és un procés selectiu, contínuament rebem la informació del medi, i en seleccionem i interpretem una part. El mateix autor fa referència a la teoria de la capacitat (Banyard, 1995), la qual es refereix a quanta atenció es pot prestar en un moment determinat, i com aquesta pot canviar.

En resum, tots aquests processos cognitius són mecanismes actius, selectius, constructius i interpretatius (Marina, 1998). Això implica que cada procés en cada individu serà diferent, i conseqüentment es pot veure alterat per diferents estímuls.

2.2 La memòria

La memòria no és un sistema únic ni simple, sinó que és un sistema de processament d'informació molt més complex (Baddeley, 2010). Tal i com explica Ruiz-Vargas (1991), no entenem la memòria només com un sistema d'emmagatzematge i recuperació d'informació, sinó que hem de tenir present que també hi estan relacionats processos que construeixen i reconstrueixen aquesta informació.

Des del inici de l'estudi de la memòria ha existit una dicotomia entre models funcionals – característiques funcionals de la memòria –, i models estructurals –finalitat més descriptiva–. Arrel del increment del interès pels processos subjacents i per les característiques de nivell funcional de la memòria, van sorgir nous models amb una formulació modal. Un dels primers va ser el de Broadbent (1958), que va suposar el punt de partida de tot un sistema de classificació basat en la triada: memòria sensorial, a curt termini i a llarg termini. (Cábaco, Martínez, León, 1999).

Aquesta diferenciació va lligada a la necessitat de diferenciar tres processos: **codificar** la informació de manera que es pugui formar una representació mental, **emmagatzemar** aquesta informació durant un període de temps – curt termini o llarg termini –, i posteriorment **recuperar** aquesta informació quan sigui necessari (Baddeley, 2010).

Un dels models més coneguts que utilitza aquesta classificació és el de Atkinson i Shiffrin (1968), el qual és dels primers d'afegir una dimensió funcional anomenada processos de control, la qual situen a la memòria de curt termini (Cábaco, Martínez, León, 1999).

Seguint aquesta línia d'estudi, Baddeley i Hitch (1974) van donar un gran pas al caracteritzar la memòria de curt termini com la responsable de permetre manipular i controlar la informació. (Baddeley, 2010).

Aquests conceptes seran abordats més àmpliament a continuació.

2.2.1 Classificació de la memòria

Memòria sensorial

La memòria sensorial fa referència a l'emmagatzematge de la informació d'una determinada modalitat durant un breu període de temps (Baddeley, 2010). La seva funció és assegurar que es disposi d'una quantitat mínima de temps per poder processar l'estímul entrant.

Neisser (1967) va proposar dos termes per diferenciar entre els estímuls entrants en funció de la seva modalitat: memòria icònica – emmagatzematge breu d'informació visual–, i memòria ecoica –memòria sensorial auditiva –. (Baddeley, 2010).

Memòria de treball

En base al pas endavant realitzat per Baddeley i Hitch (1974), es produeix un canvi en la manera d'entendre la memòria a curt termini. Aquesta passa a ser un magatzem passiu – memòria a curt termini –, a adoptar una nova funció més activa. Això provoca que es passi a referir-se a aquesta com a “Memòria de Treball” –*Working Memory*– o “Memòria Operativa”. Aquesta segona deixa de ser només un magatzem temporal i afegeix les opcions de la manipulació i el control. (Baddeley, 2010; Cábaco, Martínez, León, 1999).

Per tant, la memòria de treball és “un sistema de memòria que recolza la nostra capacitat per mantenir les coses en ment al realitzar tasques complexes” (Baddeley, 2010).

Baddeley i Hitch (1974), per explicar la memòria de treball, van proposar el **model multicomponent**, format per l'executiu central, el bucle fonològic i l'agenda visoespacial. L'executiu central és el component encarregat de controlar el sistema, i se'l considera un controlador atencional més que un sistema de memòria (Baddeley, 2010). Segons els mateixos autors, el bucle fonològic és el responsable de l'emmagatzament temporal de la informació verbal; mentre que l'agenda visoespacial seria l'encarregada del mantenir durant un període de temps la informació tant visual com espacial. (Cábaco, Martínez, León, 1999)

L'any 2000, Baddeley i Andrade van dur a terme un estudi que els va portar a concloure que la representació visual dels estímuls no depèn només de manera definitiva de l'agenda visoespacial (Baddeley, 2010). Aquesta troballa els va fer incorporar un nou component al seu model: el retén episòdic. El defineixen com un sistema d'emmagatzematge capaç de mantenir diferents blocs d'informació en un codi multidimensional. És a dir, gràcies a la capacitat que té de mantenir diferents dimensions, actua com a enllaç entre la memòria de treball, la memòria a llarg termini i el sistema perceptiu (Baddeley, 2010). Baddeley (2010) va més enllà i afegeix que la recuperació de la informació d'aquest retén episòdic es produeix de manera conscient.

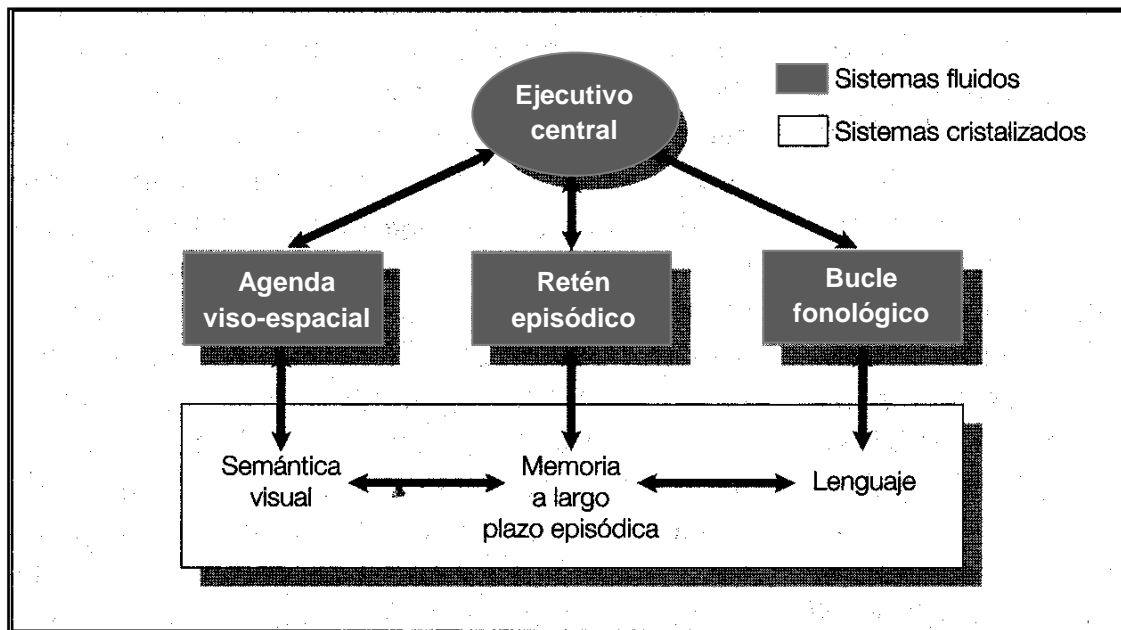


Figura 1. Versió de Baddeley de la memòria de treball multicomponent (Baddeley, 2010).

Memòria a llarg termini

Baddeley defineix la memòria a llarg termini com “un sistema o sistemes que permeten l'emmagatzematge d'informació durant llargs períodes de temps” (Baddeley, 2010).

Squire (1992) va proposar una classificació per la memòria de llarg termini que ha sigut adoptada per diferents autors. Segons aquest, es distingeix entre memòria declarativa o explícita –tot el contingut pot ser recuperat en forma verbal o d'imatges–, i memòria no declarativa, procedimental o implícita –recuperació de la informació mitjançant l'execució i l'acció, no a través de records explícits–. Dins de la memòria explícita també diferencia entre memòria episòdica –coneixement acumulat sobre el món–, i memòria semàntica –recordar esdeveniments específics– (Baddeley, 2010).

2.2.2 Biaixos i oblit de la memòria

El fet de recordar va lligat al procés de recuperació que duu a terme la nostra memòria per accedir a la informació que prèviament ha sigut codificada i emmagatzemada. Durant la recuperació, generalment el que es busca és un record específic –ja sigui idea, esdeveniment, experiència, etc.– al que s'anomena record o

impresió objectiu (target trace). Utilitzant el símil del motor de recerca d'Internet, si no s'introdueix el que es vol buscar, no es trobarà res. Aquests fragments d'informació que permeten que accedim als records reben el nom de claus o pistes de recuperació (Anderson, 2010). En relació amb aquestes claus, que hi hagi èxit en la recuperació depèn, entre d'altres, en l'atenció que se li posi a les claus, la rellevància d'aquestes, la força associativa que l'individu tingui entre la clau i el record objectiu, el número de claus, la força de la impresió o el tipus d'estratègia de recuperació que s'utilitzi. (Anderson, 2010)

En definitiva, la memòria és molt vulnerable, tant a variables internes com a externes, que poden ser responsables de l'alteració o distorsió dels nostres records (Ruiz-Vargas, 1991). Per tant, no només és qüestió del que passi durant el procés de recuperació, sinó que hi poden influir infinits factors.

El psicòleg americà Daniel Schacter és un dels més reconeguts investigadors de la memòria humana. Va escriure un llibre anomenat "Els set pecats de la memòria" (Schacter, 2001), on explica els errors o biaixos que es poden produir en la nostra memòria, i com aquests són necessaris per a que aquesta sigui tant rica i flexible com la coneixem. En aquest llibre descriu set pecats de la memòria, els tres primers són d'omissió –l'error recau en recordar quelcom– i els altres quatre de comissió –es recorda el que es pretén, però no amb fidelitat–.

Aquests set pecats són **transitorietat** –disminució de la retenció d'informació deguda al pas del temps–, **absència de consciència** –relacionada amb l'atenció; no prestar atenció en el moment en el que es presenta la informació–, **bloqueig** –el cervell intenta recuperar informació, però es dona una inaccessibilitat temporal–, **atribució errònia** –recol·lecció correcte de la informació, però la font d'aquesta és incorrecte–, **suggestibilitat** –l'individu pot incorporar informació no real a un record passat–, **propensió** –elaboració de noves versions dels records per tal que encaixin amb les necessitats del moment–, i **persistència** –recordar informació pertorbadora que no és desitjada–. (Schacter, 2001)

A banda d'això, a l'hora de recordar, com deia Ruiz-Vargas, influeixen una gran quantitat de factors. Entre d'altres, alguns dels contextos dels que pot dependre la memòria són l'entorn físic, l'estat intern de la persona –influència de l'ús de drogues–, l'estat d'ànim del moment o el context cognitiu (Anderson, 2011).

2.3 El Trastorn Obsessiu – Compulsiu

2.3.1 Definició i simptomatologia del trastorn

En la versió anterior del DSM-V, el DSM-IV-TR, el Trastorn Obsessiu Compulsiu (TOC) estava inclòs dins dels trastorns d'ansietat, però en la nova versió del manual hi ha un capítol dedicat a aquest trastorn i els trastorns relacionats, com el trastorn dismòrfic corporal, el trastorn d'acumulació, la tricofil·lomania, el trastorn d'excoriació, entre d'altres.

És un trastorn caracteritzat per la presència d'obsessions: idees, pensaments, imatges o impulsos recurrents i involuntaris que són desagradables per la persona; i van acompanyats de **compulsions**: comportaments i rituals de repetició que tenen com a objectiu reduir l'ansietat que aquests pensaments produeixen.

El Trastorn Obsessiu Compulsiu, a partir d'ara TOC, pot abastar un gran varietat de símptomes i nivells d'intensitat d'aquests. Sol iniciar-se en la joventut, tot i que hi ha casos clínics que han començat en la infància.

No hi ha una etiologia clara, però es parla de diferents factors etiopatogènics. L'inici del problema pot coincidir amb algun esdeveniment personal que actuï com a desencadenant. En quant a prevalença, la observada a nivell internacional és d'entre 1,1-1,8% (DSM-V, 2014), sent lleugerament més freqüent en dones que en homes.

La diferenciació entre les obsessions i compulsions del trastorn, i els pensaments ocasionals i les conductes repetitives recau en que els primers consumeixen molt de temps (més d'una hora al dia); tal i com posteriorment s'especifica en el criteri B del DSM-V.

Tal i com diuen Jarné i Talarn (2010), observant les característiques del trastorn, es pot generalitzar que aquest té una triple vessant de simptomatologia:

- Ideativa: les obsessions; els pensaments obsessius.
- Comportamental: compulsions i rituals duts a terme.
- Afectiva: ansietat produïda pels pensaments obsessius.

Les **obsessions** són el component primari del TOC; per tant, com hem comentat, una condició necessària per a que existeixi aquest trastorn és la presència de

pensaments, imatges, impulsos obsessions repetitius i intrusos, els quals ocasionen malestar i sovint estan acompanyats d'algun tipus de resistència (Rachman, 1981).

Aquests pensaments intrusius tenen una sèrie de característiques que Clark (2005b) resumeix com les següents: intrusivitat, inacceptabilitat, resistència a la seva aparició, incontrolabilitat i egodistònia.

Els continguts típics d'aquestes obsessions poden agrupar-se en aquests grups diferenciats (García-Soriano, 2008; García-Soriano, Belloch i Morillo, 2008):

- Agressius
- Sexuals, religiosos, repugnants, existencials i conductes socialment inadequades
- Simetria i ordre
- Dubtes i comprovació
- Neteja i contaminació
- Superstició

Les **compulsions** són les respostes a aquests pensaments obsessius i recurrents; i són accions repetitives, estereotipades i intencionals. La urgència de dur-les a terme pot arribar a ser tant forta que sobrepassi els seus esforços racionals a no fer-les.

Aquesta conducta compulsiva es reforça cíclicament com a conseqüència de l'alleujament temporal que produeix.

Es parla de ritual quan la conducta compulsiva es duu a terme molt estereotipadament, i seguint una determinada seqüència o norma fixa, se sol anomenar ritual (Belloch, Cabedo, Carrió, 2010).

Aquestes compulsions poden també classificar-se segons l'estil d'afrontament que s'estableixi envers al pensament que la desencadena (llibre compulsions):

- Neutralització: inclou qualsevol activitat, acte mental, o comportament, que hagi sigut iniciat voluntàriament, i que tingui com a objectiu reduir el malestar associat a la obsessió. Té un caràcter "ansiolític", ja que intenta desfer l'obsessió.

Exemple: pensaments bons o de contrast: davant la idea del possible accident d'un familiar, evocar pensaments positius sobre aquesta persona.

- Evitació: la persona evita situacions o estímuls que poden “obligar-lo” a realitzar compulsions. Aquest fenomen pot arribar a tenir grans conseqüències si es duu a terme un procés de generalització; arribant al punt d’afectar greument tots els aspectes de la seva vida.
- Comportament de reasseguració: es basa en la demanda de confirmació i/o opinió a altres persones, per assolir una major seguretat i disminuir el nivell d’ansietat.

Un dels components que juga un paper central en aquest trastorn és l'**ansietat**. Els pensaments obsessius, recurrents i intrusius provoquen que augmenti l’ansietat i el malestar en la persona, i aquesta només es redueix quan es realitzen les conductes compulsives. Per tant, es pot considerar l’ansietat com l’eix de rotació del trastorn, ja que és el factor de manteniment. Si no hi hagués ansietat, les persones amb pensaments intrusius no es veurien amb la necessitat de seguir rumiant sobre aquests, ni de fer compulsions per contrarestar els seus efectes.

2.3.2 Classificació dins del Trastorn Obsessiu Compulsiu

Tot i que pugui existir una certa unitat en quant a formulacions teòriques sobre el TOC, en la pràctica clínica s’observen grans diferències entre els pacients diagnosticats en les seves manifestacions simptomàtiques. És molt freqüent observar coexistència de diferents modalitats i continguts d’obsessions i compulsions en un mateix pacient, i fins i tot el canvi d’aquestes durant el curs del trastorn.

Durant les últimes dècades han sorgit moltes investigacions que tenien com a finalitat establir classificacions dins el trastorn, establint subtipus en funció de diferents criteris. En resum, si es sumen aquestes modalitats o manifestacions, es poden observar set categories o tipus de TOC (Belloch, Cabedo, Carrió; 2010), les quals no són excloents entre elles. Aquestes són: obsessions pures, neteja o rentat, comprovació i verificació, repetició, ordre, acumulació, i lentitud obsessiva.

Obsessions pures

Aquest s’ha considerat tradicionalment com un tipus infreqüent, en el que tenen lloc pensaments obsessius en absència de conductes compulsives. S’anomenen a aquest tipus de pacients “rumiadors”, “obsessius purs” o “turmentats”. En resum, són pacients que experimenten obsessions de forma reiterada, amb continguts que

generalment són valorats com a molt desagradables. Pot ser que es diguin a terme compulsions mentals (com rituals mentals, diàlegs interns, pensaments de contrast, etc. per neutralitzar l'obsessió), o que no hi hagi conductes compulsives identificables.

Neteja o rentat

Els “rentadors” o “netejadors” es caracteritzen per tenir obsessions relacionades amb la contaminació a través del contacte amb objectes, persones o situacions, ja siguin innòcues o relacionades amb secrecions corporals, malalties, gèrmens, etc. Les compulsions derivades d'aquestes obsessions solen ser repetitives i estereotipades; i alleugen temporalment l'ansietat derivada d'aquestes.

Comprovació i verificació

Els “comprovadors” o “verificadors” es caracteritzen per comprovar o inspeccionar qualsevol cosa de manera reiterada i excessiva per por a succeeixi algun esdeveniment negatiu si no es duen a terme tals comprovacions. És a dir, sobrevaloren la probabilitat de que a causa d'una irresponsabilitat seva es produeixi una catàstrofe, tant física com emocional. Aquesta conducta de comprovació sol anar lligada a un dubte recurrent d'haver comprovat bé, el que porta a una altra comprovació.

Repetició

Els “repetidors” tenen obsessions de contingut molt desagradable, generalment de caràcter perillós o catastròfic, i realitzen compulsions repetida i estereotipadament per tal de prevenir que succeeixi alguna desgràcia o que el pensament es converteixi en real. Tot i que els pacients consideren absurds aquests tipus de comportament, els provoca un cert grau d'alleujament. Cal mencionar que les compulsions d'aquest tipus no estan relacionades amb l'obsessió; és a dir, no hi ha una relació causal lògica, sinó que hi intervé un component “màgic”.

Ordre

Els “ordenadors” intenten que les coses del seu voltant estiguin endreçades, en un ordre determinat o seguint distribucions simètriques. Inverteixen molt temps en aquesta activitat, i la percepció de “desordre” els produeix un alt nivell de malestar. A diferència dels anteriors, aquest malestar no està associat a la previsió de conseqüències catastròfiques.

Acumulació

Els “acumuladors” tenen com a característica principal guardar objectes insignificants o inservibles, i els produeix un gran malestar llençar i desfer-se de coses que els podrien resultar útils en algun moment futur. En conseqüència, els rituals característics són els d’emmagatzemar i col·leccionar objectes de manera excessiva.

Aquest tipus de manifestació té una característica especial, i és que a diferència dels altres, els “acumuladors” no tenen consciència de malaltia i no reconeixen que les seves compulsions no tenen sentit.

És necessari fer una diferenciació entre aquest tipus de TOC i el Trastorn per Acumulació, el qual ha sigut acceptat en el DSM-V com un trastorn per se. El Trastorn per Acumulació (*Hoarding Disorder*) està caracteritzat per la persistent dificultat de desfer-se de possessions, sense importar el valor que tinguin. Els pacients porten l’acció d’acumular fins l’extrem; aquest comportament té efectes perjudicials a nivell emocional, físic, social, financer i fins i tot legal (American Psychiatric Association, 2013).

Lentitud obsessiva

Modalitat en la que els pacients triguen molt més temps del normal en realitzar determinades activitats (ja pot ser rentar-se, menjar, etc.). Aquesta lentitud pot venir com a conseqüència del temps invertit en repeticions, comprovacions o controls mentals autoimposats; o pot ser que no hi hagi cap tipus de ritual manifestat. A aquest últim cas sol referir-se com a “lentitud obsessiva primària”. Els pacients no són capaços d’explicar a què es deu la seva lentitud.

(Belloch, Cabedo, Carrió; 2010).

2.3.3 Criteris diagnòstics

El Trastorn Obsessiu Compulsiu és un tipus de trastorn que es caracteritza per la presència d’obsessions i compulsions que interfereixen en la vida diària d’una persona. Aquest trastorn està inclòs dins del DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), i els criteris especificats són:

A. Presència d'obsessions, compulsions, o les dues:

Les obsessions són definides per 1 i 2:

1. Pensaments, impulsos o imatges recorrents i persistents que s'experimenten en algun moment del trastorn com a intrusius i indesitjats, i que en la majoria de les persones causen ansietat o malestar clínic significatiu.
2. L'individu intenta ignorar o suprimir aquests pensaments, impulsos o imatges, o prova de neutralitzar-los amb altres pensaments o accions (ex: realitzant una compulsió).

Les compulsions són definides per 1 i 2:

1. Comportaments repetitius que l'individu es sent obligat a realitzar en resposta a una obsessió o d'acord a regles que han d'aplicar rígidament.
2. L'objectiu dels comportaments o actes mentals és prevenir o disminuir l'ansietat o el malestar, o evitar algun esdeveniment o situació temuda; però, aquests comportaments o actes mentals no estan connectats d'una manera realista amb els destinats a neutralitzar o prevenir, o bé resulten clarament excessius.

B. Les obsessions o compulsions requereixen molt temps (ex: més d'una hora al dia) o causen un malestar clínicament significatiu o deteriorament en les àrees socials, laborals, o altres àrees importants del funcionament.

C. Els símptomes no poden ser atribuïts als efectes d'alguna substància (ex: abús de drogues, una medicació...) o a cap altre condició mèdica.

D. La pertorbació no s'explica millor pels símptomes d'un altre trastorn mental.

2.3.4 Biaixos de la memòria en el trastorn

Des de la perspectiva cognitiva, s'han dut a terme nombroses investigacions que han tingut com a objectiu detectar l'existència de dèficits en el processament de la

informació –especialment en atenció i memòria– en els pacients amb diagnòstic de Trastorn Obsessiu Compulsiu (Belloch, Cabedo, Carrió; 2010 p.129).

Algunes d'aquestes investigacions fan referència a la relació entre la simptomatologia de comprovació i la capacitat de poder recordar. Autors com Tolin i col·laboradors (2001) van concloure que la confiança dels individus per recordar es veia cada cop més afectada a mesura que se'ls exposen a estímuls relacionats amb les seves obsessions.

En altres investigacions de la mateixa línia, s'ha trobat que existeix una relació entre la valència (neutre, positiva o negativa) dels records, amb la capacitat de poder recuperar-los posteriorment. Els resultats mostren que les persones amb TOC tenen més facilitat per oblidar informació positiva o neutre, que no informació que tingui una relació amb les seves obsessions (Belloch, Cabedo, Carrió; 2010 p.129).

Doncs, hi ha cert consens en que existeix un dèficit en quant a memòria en les persones amb TOC. L'aspecte investigat que ens interessa més d'aquest àmbit és el relacionat amb la recerca de deficiències en memòria visual. Segons una revisió efectuada per Muller i Roberts (2005) existeix un funcionament deficient en memòria episòdica no verbal, més que no pas verbal. Aquests mateixos autors defensen que això pot estar lligat a que la memòria no verbal depèn més àmpliament de les funcions executives superiors. (Muller i Roberts 2005)

Per tant, en base a diferents estudis discutits en apartats posteriors d'aquest treball, es pot constatar que hi ha una evident deficiència en memòria no verbal en pacients amb Trastorn Obsessiu Compulsiu. A continuació es pretén abordar diferents aspectes que poden estar relacionats amb aquest dèficit.

Model extens de Baddeley

En l'estudi realitzat per Vandborg i col·laboradors (2014), els autors es van trobar amb una actuació pobre per part del grup de pacients amb TOC en la prova de còpia i reproducció de la Figura Complexa de Rey. Tal i com expliquen, aquesta prova requereix tant l'ús de la memòria visoespacial com el de funcions executives; i segons ells és aquesta interacció tant demandant la que produeix el dèficit. Segons aquests autors, la seva conclusió està recolzada per la teoria de Harkin i Kessler (2011), basada en el model multicomponent de Baddeley, la qual defensa que els pacients amb TOC obtindran pitjor resultats en activitats en que hi hagi una elevada demanda

de tres variables: funcionament executiu, complexitat dels vincles i càrrega de memòria.

- Funcionament executiu: tasques que incloguin el control de l'atenció –ignorar estímuls irrelevant–, control del manteniment –mantenir activa informació rellevant–, i integració –manipular la informació que es presenti–.
- Complexitat dels vincles: fa referència al nombre d'elements relacionats en els estímuls i la informació que posteriorment es recuperarà – “què va amb què” –.
- Càrrega de memòria: nombre d'ítems que poden ser retinguts en la memòria de treball. Segons aquests autors, els pacients amb TOC semblen tenir menys capacitat en la seva memòria de treball.

El motiu pel qual les persones amb TOC obtenen pitjors resultats en proves que mesuren la memòria no verbal, o visoespacial, és que aquestes tenen una demanda superior d'aquests tres elements que no les proves que mesuren la memòria verbal.

(Vandborg, Hartmann, i Bennedsen; 2014)

Puc ús de planificació i estratègies

Segons diverses investigacions que han estudiat la cognició de pacients amb TOC, les funcions executives juguen un paper molt important.

Lezak (1982) va introduir el terme “funcions executives”, i les va definir com les capacitats mentals implicades en la formulació de metes, la planificació pel seu assoliment i l'execució de la conducta de manera eficaç. Per tant, el funcionament o control executiu fa referència als mecanismes que estan implicats en l'optimització dels processos cognitius orientats a afrontar situacions complexes.

Dins de les funcions executives, es poden destacar diversos components, com:

- Coordinació, programació, seqüenciació i control adequat dels moviments.
- Atenció selectiva i memòria de treball.
- Flexibilitat cognitiva en diferents àmbits, com l'atenció, la formació de conceptes, el pensament, etc.
- Raonament i habilitats inferencials.
- Coordinació i organització d'estratègies per assolir metes proposades.
- Formulació i construcció d'estratègies i plans; incloent l'enunciació, el desenvolupament, i la verificació o falsació d'hipòtesis.

- Monitorització de la conducta en referència a estats motivacionals i emocionals de l'individu.

(Menéndez, De Vera; 2013)

Tenint en compte tot això, és segur dir que les funcions executives es consideren mecanismes o processos cognitius encarregats d'establir una sèrie d'estratègies que estaran orientades a preparar solucions davant d'una situació que es presenti com a nova.

Els components que tenen una relació més directa amb el tema del qual parlem són la memòria de treball, l'ús d'estratègies i la planificació. Diversos estudis, dels quals es parlarà més endavant, relacionen la poca planificació i el poc ús d'estratègies amb els biaixos en memòria no verbal (Abramovitch, Abramowitz, Mittelman; 2013).

Simptomatologia del trastorn

Un altre aspecte que pot tenir una relació lineal amb el biaix en memòria visual en pacients amb TOC és la mateixa simptomatologia del trastorn. En relació al que es comentava en l'apartat interior sobre l'orientació de l'atenció dins de les funcions executives; existeix la possibilitat de que sigui la simptomatologia del TOC la que tingui desviï els recursos atencionals de la persona dels estímuls presentats, provocant aquest dèficit de memòria.

Un dels factors més estudiats, i amb els que s'ha establert una relació ha sigut el dubte. Tallis i els seus companys (1997) van trobar diferències significatives en memòria no verbal entre un grup de pacients comprovadors i un grup control. Per tant, es pot hipotetitzar que la simptomatologia del trastorn, derivant en el dubte, pot ser un factor implicat en el dèficit estudiat (Tallis, Pratt, i Jamani; 1997).

De totes maneres, abans de concloure aquest punt, és rellevant incidir en que l'etiologia relacionada amb el dèficit que estem valorant en aquest treball no és clara. En diferents investigacions, hi ha diverses hipòtesis que vinculen els biaixos en memòria no verbal i el Trastorn Obsessiu Compulsiu.

3 Disseny de la investigació

3.1 Objectius

L'objectiu principal d'aquest treball és incidir en l'estudi de la memòria visual en pacients que tinguin un diagnòstic de Trastorn Obsessiu Compulsiu. Per una banda, es pretén valorar si existeixen diferències en quant a memòria visual entre persones amb diagnòstic clínic i persones sense diagnòstic. És a dir, buscar si existeixen dèficits en aquest aspecte com a conseqüència de la clínica del trastorn. En quant a aquest objectiu, hipotetitzem que si que existeixen dèficits en els resultats de la valoració lligats a un biaix en la memòria visual. Aquesta diferenciació es farà a través dels resultats obtinguts per mitjà d'una prova que avalua, entre d'altres, la memòria visual anomenada Test de Còpia i Reproducció de la Figura Complexa de Rey.

A banda d'això, aquest treball també pretén estudiar més a fons aquests dèficits, i intentar establir una etiologia dins del grup de mostra clínic en base a les dades sociodemogràfiques del mateix, juntament amb la presència de trastorns, i la severitat del TOC. Aquest objectiu, per tant, fa referència a estudiar a què poden anar lligats aquests dèficits en memòria visual, agafant com a punt de partida les dades recollides prèviament. En relació a aquest objectiu, s'hipotetitza que un major grau de severitat del trastorn implicarà una puntuació inferior en la prova de la Figura de Rey. Sobre els altres aspectes no es fa una hipòtesi concreta.

3.2 Metodologia

La metodologia d'aquesta investigació té un caire quantitatiu, s'emmarca dins del paradigma positivista, i es basa en un disseny intersubjectes. La part pràctica del treball té una naturalesa objectiva, i epistemològicament intenta predir i verificar teories; tot i que per les seves limitacions no sigui generalitzable.

3.2.1 Mostra

Per a dur a terme aquest estudi s'ha utilitzat una mostra de 40 participants, dividits en dos grups: un grup control i un grup clínic. La mostra és no probabilística i a

propòsit, ja que s'han seleccionat els participants en base a si compleixen o no els criteris diagnòstics de Trastorn Obsessiu Compulsiu.

La mostra general de participants està composta per 20 homes i 20 dones, d'edat superior als 21 anys. Tots ells han acceptat voluntàriament a formar part de l'estudi, i les seves dades han sigut anonimitzades a través de codis identificatius.

3.2.2 Instruments

La recollida d'informació d'aquest treball s'ha fet a través de diversos instruments, els quals són explicats a continuació. Cal recalcar que el nom dels participants no està inclòs en cap d'aquests, sinó que s'han utilitzat codis identificatius.

Per a la recollida de dades sociodemogràfiques s'ha utilitzat un petit qüestionari que incloïa algunes dades rellevants que posteriorment són utilitzades per fer l'anàlisi dels resultats, com data de naixement, sexe, nivell d'educació o lloc de naixement.

Per determinar si els participants complien o no la condició de tenir Trastorn Obsessiu Compulsiu per estar al grup de mostra clínica, o no tenir-ne per estar al grup control; s'ha passat la MINI Entrevista Neuropsiquiàtrica Internacional. Aquesta és una entrevista diagnòstica que explora els principals trastorns inclosos en el DSM-IV i la CIE-10. La MINI està desenvolupada per la OMS (Organització Mundial de la Salut), i la seva fiabilitat i validesa és acceptablement alta.

Per avaluar la severitat dels símptomes del trastorn dels participants inclosos en el grup clínic, se'ls va administrar la Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS). Aquesta escala no ha sigut administrada al grup control, perquè no aportaria informació vàlida ni rellevant, al no haver-hi presència d'obsessions ni compulsions.

Per últim, per recollir les dades relatives a la memòria visual, el instrument seleccionat ha sigut el "Test de còpia i reproducció de memòria de Figures Geomètriques complexes de Rey", o també anomenat Test de la Figura Complexa de Rey. Aquesta prova consisteix en copiar i després reproduir de memòria un dibuix geomètric complex. Aquesta aporta informació tant a nivell perceptual i organitzatiu, com a nivell de memòria visual. Observant la manera en què el subjecte copia la figura

ens pot donar informació sobre el primer aspecte; i la fidelitat i qualitat amb la que el reproduïx posteriorment, comparat amb el model original, ens informa sobre la memòria visual. La figura geomètrica utilitzada ha estat seleccionada perquè hi ha una absència de significat evident, és de fàcil realització gràfica; i, en conjunt, té una estructura suficientment complexa per exigir activitat analítica i organitzadora.

3.2.3 Procediment

El primer pas abans a l'hora de començar amb aquest estudi va ser el de decidir quins serien els instruments utilitzats per a la futura recollida de dades. En base a la nombrosa quantitat de vegades que apareixia el nom en els diferents estudis consultats, vaig decidir utilitzar la prova de la Figura de Rey. En moltes investigacions prèvies, els resultats d'aquesta prova en concret eren els que més afectats es veïen en relació amb el TOC.

Per tal de poder fer la discriminació en relació a la presència del trastorn o no en els futurs participants de l'estudi, vaig decidir passar la entrevista MINI; que fa un "screening" sobre alguns dels trastorns que apareixen en el DSM-IV. Per poder tenir una representació més adequada de les característiques concretes de la mostra clínica, també vaig decidir passar l'Escala d'Obsessions de Yale-Brown, la qual informa de la severitat dels símptomes del TOC.

El següent pas, i el més necessari abans de començar amb l'estudi, va ser el de conformar els dos grups que participen en aquest. Al necessitar una mostra clínica que complís una característica tant delicada com el diagnòstic de Trastorn Obsessiu Compulsiu, no podia elaborar els grups en base a una mostra probabilística. El grup control va ser format per persones del meu voltant (família, amics, companys...); mentre que els integrants del grup clínic, o experimental, va ser facilitat pel CHV (Consorti Hospitalari de Vic), concretament per Osona Salut Mental.

En relació al grup clínic, els pacients del CHV ja havien signat prèviament una autorització; però pel grup control es va elaborar un consentiment informat¹ el qual van haver de signar. En aquest s'especifica per a què s'utilitzaran les dades, se'ls informa

1. _____

¹ Aquest consentiment informat està inclòs en els Annexos.

de la quantitat de proves que se'ls passarà, i també fa referència a l'anonimat de les seves dades.

Un cop va quedar per escrit que participaven voluntàriament en aquest estudi, se'ls va passar un petit qüestionari sociodemogràfic² per recollir dades rellevants per a fer comparacions. Entre d'altres, incloïa data de naixement, sexe, situació laboral, nivell d'educació, lloc de procedència, etc.

A continuació, per fer el cribatge referent a la presència de trastorn o no, els hi administrava la entrevista neuropsiquiàtrica MINI³. Per a fer això jo els llegia les preguntes en veu alta i anava anotant els resultats en les caselles de resposta. L'administració d'aquesta prova i del YBOCS al grup de pacients no va ser necessària, ja que a aquests pacients se'ls hi havia passat una bateria de proves que les incloïa. D'aquesta manera, vaig poder obtenir els resultats directament.

Per últim, un cop seleccionats els participants en funció dels criteris mencionats anteriorment, vaig passar la prova de memòria. La prova de la Figura Complexa de Rey consta de dues parts: una de còpia i una de memòria. Se'ls presentava als participants un full en blanc, un llapis i una goma, i se'ls demanava que copiessin la figura que se'ls presentaria a continuació. No se'ls advertia que posteriorment l'haurien de tornar a reproduir per no interferir, i que no intentessin memoritzar-la a propòsit. Un cop acabada la còpia se'ls retirava el dibuix i el model, es deixaven passar dos o tres minuts, i se'ls demanava que tornessin a reproduir el dibuix sota les mateixes condicions però sense el model davant.

Tota aquesta informació la vaig recollir a través d'entrevistes individuals amb cada participant. L'estimació de temps emprat per a la realització d'aquestes varia en funció del grup. Amb el grup clínic duraven uns 10-15 minuts més o menys, perquè només havia d'administrar l'última prova. En canvi, amb el grup control la mitjana de temps es troba en un interval entre 30 i 45 minuts. Per aquestes petites reunions amb els participants, era important estar en llocs tranquils, on poguessin contestar lliurement, i preferentment controlant els estímuls externs (telèfons, gent entrant, etc.) per evitar distraccions.

1. _____

² Aquest qüestionari també està inclòs en els Annexos

³ Model d'entrevista inclòs en els Annexos

Un cop passada la prova de Rey, per tal d'obtenir un resultat quantificable amb el que poder treballar, l'havia de corregir. En aquesta prova s'obté un número entre el 0 i el 36, el qual si es vol comparar amb la població al qui se'ls ha administrat prèviament es pot passar a puntuació percentil. Com que es pot treballar sobre els dos tipus de puntuació, i el nostre objectiu era una comparativa a nivell de dos grups petits, es va conservar la puntuació directa a l'hora de treballar.

La figura geomètrica està dividida en 18 unitats, numerades en el dossier de correcció de la prova. En el full de correcció se li pot assignar un valor a cada una d'aquestes unitats segons la precisió i la ubicació, obtenint així una puntuació entre els dos valors mencionats anteriorment.

Per cada unitat	Correcte	Ben situada: 2 punts
		Mal situada: 1 punt
	Deformada o incompleta, però reconeixible	Ben situada: 1 punt
		Mal situada: 0.5 punts
Irreconeixible o absent	0 punts	

Figura 2. Taula de correcció, extreta de "REY: test de copia y de reproducción de memoria de figuras geométricas complejas : manual"

Per a fer una bona correcció de la prova, només s'ha de tenir en compte seguir els mateixos criteris i procediments per a tots els dibuixos, tant els de còpia com de memòria. Aquests criteris són establerts per qui la corregeix.

En total, vaig obtenir dues puntuacions del 1 al 36 de cada participant: una de la còpia del dibuix, i una altre de la reproducció de memòria.

3.3 Anàlisi

Un cop obtinguts tots els resultats, vaig crear un full de dades Excel per poder agrupar i organitzar la informació recollida. Per a cada participant hi ha la següent informació: grup al que pertany (control o clínic), edat, gènere, nivell d'educació, puntuació de còpia de la Figura de Rey, puntuació de memòria de la Figura de Rey,

diagnòstic de la MINI⁴, puntuació per ítems de la YBOCS⁵, puntuació de les preguntes sobre pensaments obsessius de la YBOCS, puntuació de les preguntes sobre conductes compulsives de la YBOCS, i puntuació total de la YBOCS. Per a poder treballar quantitativament amb les dades no numèriques vaig assignar un valor per a cada possible resposta.

Per poder fer un anàlisi d'aquestes dades vaig treballar amb el programa IBM SPSS Statistics 21. Al tenir-les prèviament organitzades en el full de dades, només vaig haver d'importar el document al programa d'anàlisi. Per a analitzar les dades vaig utilitzar descriptius estadístics –mitjana, moda, suma, mínim, màxim i desviació tipus–, diferents gràfics, com l'histograma, el gràfic de barres i el de línies, i el instrument de contrastació d'hipòtesis de les diferències de mitjanes.

3.4 Resultats

En primer lloc, començarem amb els resultats referents al **primer objectiu**, i conseqüentment la primera hipòtesi del treball: veure si existeix diferència entre la mitjana de les puntuacions de memòria en la prova de la Figura de Rey entre el grup control i el grup de pacients.

1. _____

⁴ El qual inclou: Episodi Depressiu Major, Episodi Depressiu Redicivant, Episodi Depressiu amb símptomes melancòlics, Trastorn Distímic, Risc de Suïcidi, Episodi Hipomaniac, Trastorn d'Angoixa actual, Trastorn d'Angoixa de per vida, Agorafòbia, Fòbia Social, Trastorn Obsessiu Compulsiu, Trastorn per Estrès PostTraumàtic, Dependència d'OH, Abús d'OH, Dependència de substàncies, Abús de substàncies, Trastorn Psicòtic actual, Trastorn Psicòtic de per vida, Trastorn de l'Estat d'ànim amb símptomes psicòtics, Anorèxia Nerviosa, Bulímia Nerviosa, Anorèxia Nerviosa de tipus purgatiu o compulsiu, Trastorn d'Ansietat Generalitzada i Trastorn Antisocial de la Personalitat)

⁵ Els ítems de la qual són: temps ocupat per pensament obsessiu, interferència deguda als pensaments obsessius, distrès associat als pensaments obsessius, resistència sobre els pensaments obsessius, grau de control sobre els pensaments obsessius, temps ocupat per les conductes compulsives, interferència deguda a les conductes compulsives, distrès associat a les conductes compulsives, resistència sobre les conductes compulsives, grau de control sobre les conductes compulsives.

Descriptive Statistics					
	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Còpia grup control	20	28	36	34,53	2,245
Còpia grup pacients	20	25	36	34,08	2,992
Memòria grup control	20	8	30	21,78	6,182
Memòria grup pacients	20	2	28	15,05	6,968

Figura 3. Taula d'estadístics descriptius dels dos grups participants

En la Figura 3 podem veure el valor d'alguns estadístics descriptius de les quatre puntuacions obtingudes a partir de la prova de la Figura de Rey en els dos grups. En quant a la còpia del dibuix amb el model davant, no hi ha diferències significatives entre els dos grups. La mitjana de les puntuacions és mig punt més elevada en el grup control (34,53 sobre 34.08 en el grup clínic), i la puntuació mínima del grup clínic és 3 punts més baixa que la del grup control. La dispersió d'aquestes dades respecte la mitjana de les puntuacions és més elevada en el grup de pacients, el que ens informa que les puntuacions d'aquests estan més repartides en l'espectre de possibles puntuacions de la prova.

En relació a les proves de memòria sense el model geomètric davant, els resultats són diferents. La mitjana de les puntuacions del grup control és de 21,78, mentre que la del grup de pacients és de 15,05; havent-hi una diferència de 6,73 punts entre els dos grups. En relació a aquesta prova, la hipòtesis que feia era que hi ha una diferència significativa entre les puntuacions mitjanes del grup de pacients i del grup control. Per poder fer un anàlisi exhaustiu d'aquesta qüestió, s'ha fet una contrastació d'hipòtesis de les diferències de mitjanes. La hipòtesis nul·la (H_0) és que les mitjanes dels dos grups són iguals; però com que les significacions bilaterals (Sig. 2 tailed) són inferiors a 0.05, i el 0 no es troba dins els intervals del 95% de confiança, H_0 queda rebutjada. Aquest rebuig implica que si que hi ha una diferència significativa entre les mitjanes dels dos grups i, conseqüentment, la primera hipòtesi d'aquest treball queda confirmada. En quant a la variança, el grup clínic té una puntuació lleugerament més elevada que el grup control, el que ens diu que les puntuacions d'aquest primer grup estan més disperses en relació a la mitjana.

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Puntuació memòria Figura Rey	Equal variances assumed	,277	,601	-3,229	38	,003	-6,725	2,083	-10,942	-2,508
	Equal variances not assumed			-3,229	37,469	,003	-6,725	2,083	-10,944	-2,506

Figura 4. Taula d'estadístics referents al contrast d'hipòtesi de la diferència de mitjanes.

Seguint amb les comparacions entre els dos grups de l'estudi, també podem analitzar els resultats comparant les dades sociodemogràfiques referents a la edat, al sexe i al nivell d'educació. La mitjana de l'edat dels membres del grup control és de 32,30, davant de 44,75 del grup de pacients. En quant al gènere, tot i que hi ha 20 persones de cada sexe en el total de l'estudi, un 30% dels participants del grup control són homes, i per tant en el grup de pacients hi ha el 70% restant. Centrant l'atenció en el nivell d'educació, el grup control té un nivell lleugerament més elevat, tenint un 45% de persones amb estudis universitaris davant d'un 30% del grup de pacients.

Aquesta repartició de les característiques del grup fa difícil establir una hipòtesi sobre la relació que guarden aquests aspectes amb la puntuació de memòria de la prova de la Figura de Rey; ja que no es pot saber fins a quin punt són aquestes les que influeixen, i no la simple dicotomia de tenir o no diagnòstic del trastorn. De totes maneres, segons els resultats obtinguts en l'estudi, les característiques més relacionades amb una puntuació més elevada són: gènere femení, menor edat, i major nivell d'estudis universitaris.

Descriptive Statistics Grup Clínic

	N	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
Edat	20	44,75	2,885	12,900	166,408
Gènere	20	,30	,105	,470	,221
Nivell d'educació	20	3,90	,228	1,021	1,042
Puntuació còpia Figura Rey	20	34,08	,669	2,992	8,955
Puntuació memòria Figura Rey	20	15,05	1,558	6,968	48,550

Figura 5. Taula d'estadístics descriptius del grup clínic

Descriptive Statistics Grup Control

	N	Mean		Std. Deviation	Variance
	Statistic	Statistic	Std. Error	Statistic	Statistic
Edat	20	32,30	2,947	13,179	173,695
Gènere	20	,70	,105	,470	,221
Nivell d'educació	20	4,20	,200	,894	,800
Puntuació còpia Figura Rey	20	34,53	,502	2,245	5,039
Puntuació memòria Figura Rey	20	21,78	1,382	6,182	38,223

Figura 6. Taula d'estadístics descriptius del grup control

En relació al **segon objectiu** del treball, a continuació veurem les diferències que existeixen dins del grup experimental; analitzant les següents dades: edat, sexe, nivell d'educació, relació amb la severitat dels símptomes, i relació amb altres trastorns.

En relació a la edat dins del grup clínic, comparada amb els resultats del segon dibuix de la prova, obtenim el següent gràfic:

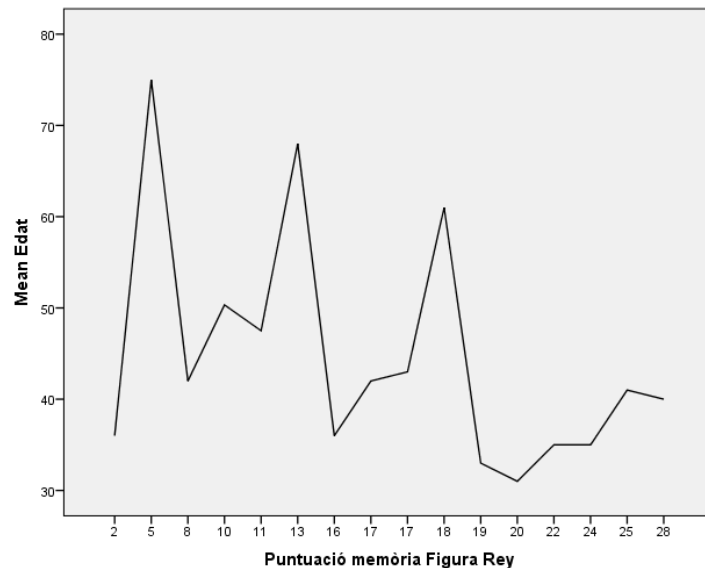


Figura 7. Gràfic de línies relacionat amb l'edat i la puntuació de memòria del grup clínic.

En la Figura 7 podem veure que hi ha moltes fluctuacions, però en termes generals s'aprecia una figura decreixent. És a dir, a mesura que l'edat va disminuint, les puntuacions obtingudes a la prova van augmentant. Trobem que hi ha pics que

mostren valors outliers, però es podria hipotetitzar que existeix una possible relació indirecta entre edat i memòria: a menys edat, millors resultats.

Prenent com a referència el sexe dins del grup clínic, no trobem resultats significatius. A causa de la diferència quantitativa de subjectes de cada gènere, no podem establir cap hipòtesi de la relació que guarden amb la puntuació a la prova de memòria. En el gràfic següent podem veure que les puntuacions femenines estan més desplaçades a la dreta, tot i que el nombre de casos no ho fa generalitzable.

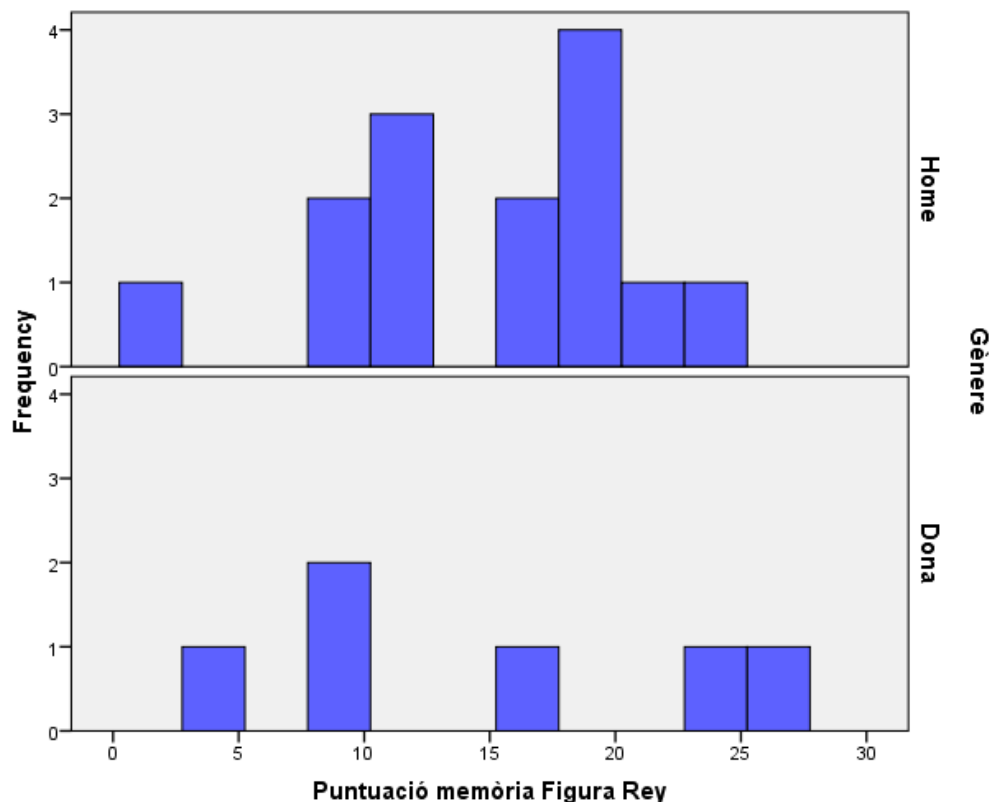


Figura 8. Gràfic de barres relacionat amb el gènere i la puntuació de memòria del grup clínic.

En quant al nivell d'educació dins del mateix grup, els resultats no són significatius. Segons la figura 8, les persones amb nivell d'estudi universitaris han sigut les que han obtingut les puntuacions més elevades, seguits amb poca diferència per les persones amb nivell de Batxillerat o Cicles Formatius. En contraposició a aquesta línia d'informació, les persones amb la ESO incompleta han tret millor puntuació que les persones amb la ESO completa.

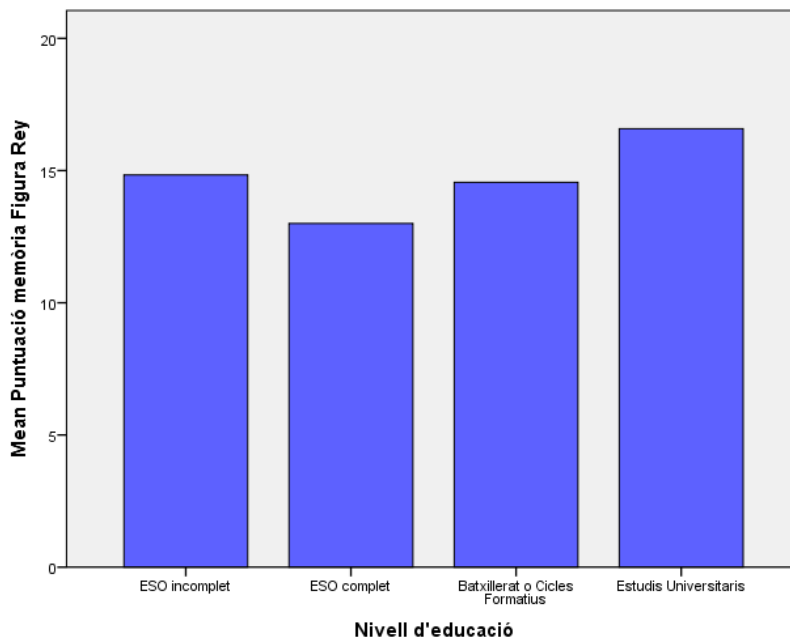


Figura 9. Gràfic de barres relacionat amb el nivell d'educació i la puntuació de memòria del grup cínic.

Una altre de les hipòtesis d'aquest treball era que quant més elevada fos la severitat dels símptomes del Trastorn Obsessiu Compulsiu, pitjors serien els resultats de la prova de memòria de la Figura de Rey. Per poder tenir una representació visual d'aquesta relació, s'ha creat un gràfic de dispersió relacionant les puntuacions de la prova de memòria i el total de la puntuació del YBOCS.

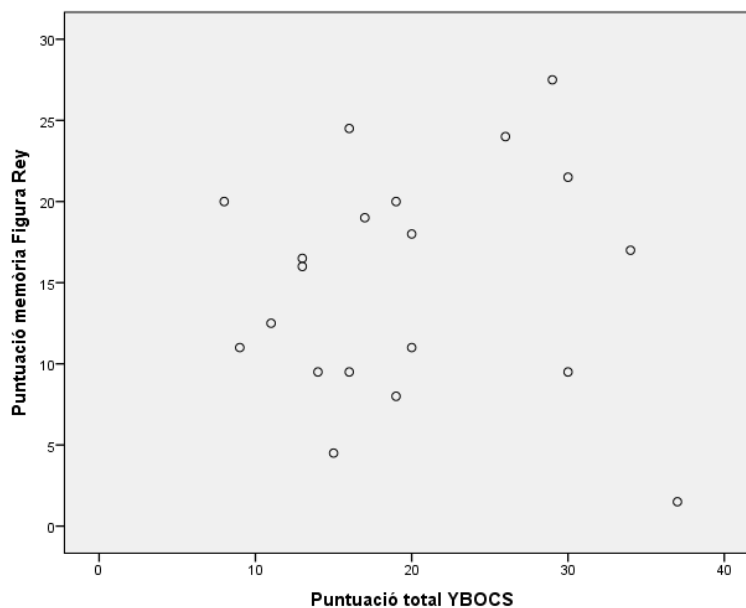


Figura 9. Gràfic de dispersió relacionat amb la puntuació total del Y-BOCS i la puntuació de memòria del grup cínic.

En la Figura 9 es pot observar que no hi ha una relació entre la severitat de la simptomatologia del trastorn i les puntuacions de la prova. Aquests resultats són poc congruents tenint en compte les hipòtesis dels estudis previs en relació als biaixos de la memòria en el TOC. Per indagar més en aquesta qüestió, vaig fer l'anàlisi de les sumes d'ítems relacionats amb els pensaments obsessius, i una altre relacionada amb les conductes compulsives. Els resultats d'aquests dos anàlisis tampoc mostren cap relació significativa, i per tant la hipòtesi de que la gravetat dels símptomes està relacionada amb el dèficit de memòria en el TOC no es confirma.

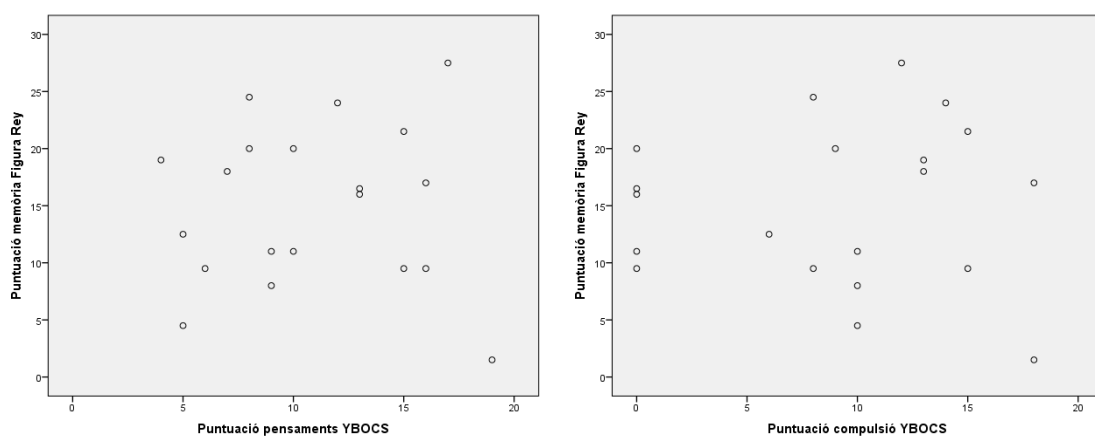


Figura 10. Gràfic de dispersió relacionat amb la puntuació del Y-BOCS (esquerra: puntuació de pensaments; dreta: puntuació de compulsions) i la puntuació de memòria del grup cínic.

La no confirmació d'aquesta hipòtesi pot estar relacionada amb una N de l'estudi baixa, el que ha provocat que hi hagi molta dispersió de les dades.

Com hem pogut veure pels resultats de la entrevista MINI en el grup de pacients, hi ha una gran comorbiditat i associació de trastorns amb el TOC. Un dels més freqüents i dels que més es parla en els estudis és la Depressió Major. Dins del nostre grup clínic, un 25% dels pacients tenen un resultat positiu en EDM en la MINI. Al comparar les puntuacions de la prova de reproducció de memòria de la Figura de Rey trobem que les persones amb EDM han obtingut unes puntuacions lleugerament superiors. Això pot explicar-se, igual que en el cas anterior en relació amb la puntuació de l'Escala d'Obsessions de Yale-Brown, amb la N d'aquest estudi. En el gràfic següent es pot veure com, tot i haver pocs pacients amb un resultat positiu en EDM, les seves puntuacions són, en mitjana, superiors als pacients amb un resultat negatiu. Al tenir aquesta N petita, no aquests resultats no són suficientment significatius.

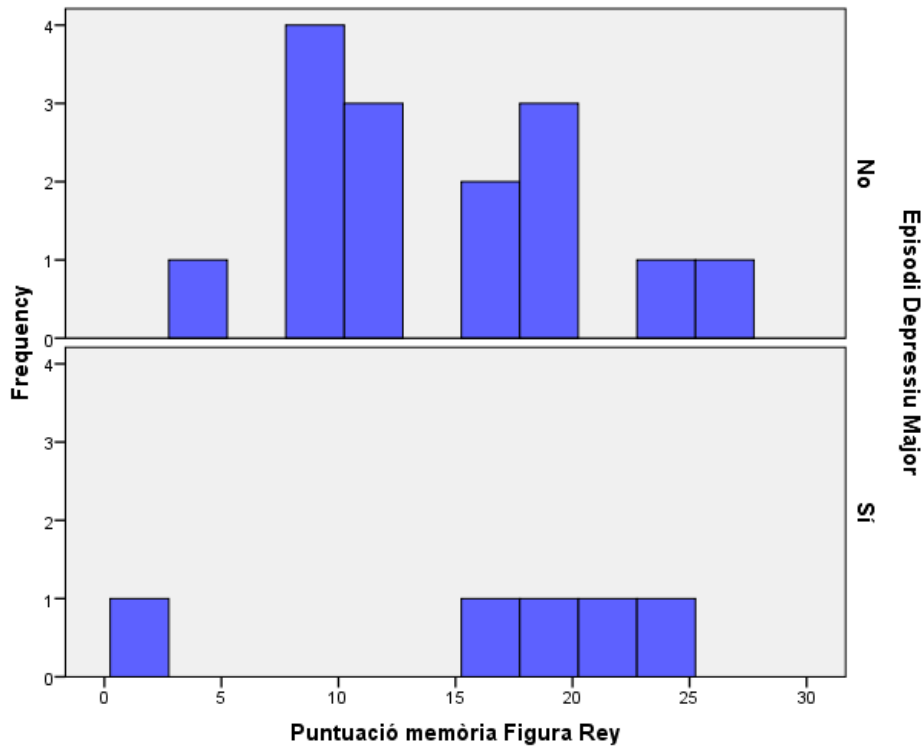


Figura 11. Gràfic de barres relacionat amb l'EDM i la puntuació de memòria del grup clínic

3.5 Aspectes ètics

En l'elaboració i desenvolupament d'aquest treball s'han respectat tots els aspectes ètics. Com s'ha dit amb anterioritat, prèviament al inici de la recollida de les dades tots els participants del grup control van signar específicament un document de consentiment informat, on constataren que participaven voluntàriament en l'estudi. Durant la recollida de dades, la informació de tots els participants ha sigut anonimitzada a través d'un codi identificador per tal de que el nom no constés en cap altre lloc que no fos el consentiment informat.

En tot el desenvolupament del treball s'ha respectat l'anonimat dels participants, i no s'han utilitzats els resultats per cap altre propòsit que el de l'elaboració del present document.

4 Conclusions

4.1 Discussió dels resultats

En els últims anys hi ha hagut diferents investigacions que, entre d'altres, han estudiat la relació existent entre la memòria no verbal i el Trastorn Obsessiu Compulsiu. En aquest apartat s'intentarà fer una comparació entre els resultats d'aquests i els obtinguts en aquest estudi. De la mateixa manera, també es pretén fer menció de les hipòtesis causals del biaix proposades en aquests estudis anteriors.

Un dels estudis més semblants al dut a terme en aquest treball és el realitzat per Savage i col·laboradors al 1999, en el qual van comparar els resultats de la prova de la Figura Complexa de Rey entre un grup clínic de 20 pacients amb TOC, i un grup control aparellat. Els autors van trobar que els subjectes clínics van obtenir puntuacions inferiors que els del grup control en la mateixa prova; els quals van relacionar amb les estratègies organitzatives utilitzades. Per tant, els resultats d'aquest estudi que fan referència a la diferència de resultats obtinguts en la prova de Figura Complexa de Rey coincideixen amb els obtinguts en aquest treball. Com he comentat, els autors d'aquesta investigació atribueixen els resultats obtinguts a la planificació i a les estratègies utilitzades pels participants en la prova. Segons ells, el fet de que les puntuacions en la prova de la Figura Complexa de Rey fossin inferiors en el grup clínic no és conseqüència d'un dèficit de memòria visual, sinó que ho entenen com una relació lineal amb les funcions executives de planificació.

En la mateixa línia, Savage i col·laboradors (1996) van fer un altre investigació on van estudiar la recuperació d'informació tant a nivell verbal com no verbal. En aquesta, van trobar que si que existia un dèficit a nivell d'informació visual, però que només es produïa quan havien de recuperar la informació lliurement, sense reconeixement.

En la majoria d'estudis sobre l'àmbit de la memòria i el TOC, els instruments utilitzats han sigut una bateria àmplia de proves, entre les quals si que es troba la Figura Complexa de Rey. Vandborg, Hartman i col·laboradors (2014) van dur a terme un estudi amb 42 participants amb TOC i 42 subjectes sense diagnòstic, repartits en grups aparellats. Van passar una bateria de proves, i els resultats més diferenciats van ser els obtinguts en la prova de Rey. De la mateixa manera que passa en aquest treball, els participants del grup clínic van obtenir una mitjana inferior als del grup

control. Els autors d'aquest estudi relacionen aquests resultats amb la teoria de Harkin i Kessler basada en el model extens de Baddeley, prèviament comentada.

A l'hora de dur a terme la reproducció de la figura sense el model davant, s'han de recordar molts ítems per separat. La poca planificació i el reduït ús d'estratègies fa que no organitzin la informació en estructures més grans, sinó que es centrin en els petits detalls del dibuix. Això doncs, implica que la càrrega de memòria del dibuix és elevada. Aquests autors (Vandborg et al, 2014) expliquen que, afegit a l'elevada càrrega de memòria, la tasca demanada en aquesta prova també implica una complexitat de vincles elevada, fet que explicaria els baixos resultats dels pacients amb Trastorn Obsessiu Compulsiu. Durant l'administració de les proves geomètriques als participants d'aquest treball, també s'ha pogut observar que es compleix aquest aspecte: les persones que no detectaven les estructures més grans i generals (rectangle principal, etc.) després recordaven menys el dibuix; en canvi, si veien l'estructura general i copiaven el dibuix a partir d'aquesta, la quantitat d'elements a recordar era més petita, i conseqüentment recordaven més ítems.

En relació als resultats obtinguts en funció de la comorbiditat amb l'Episodi Depressiu Major, en aquest treball hem pogut veure que els participants del grup clínic han tret una puntuació lleugerament superior, tot i que a causa de la mostra petita no sigui significatiu. Rampacher i els seus col·laboradors (2010), en un estudi de característiques similars al de Vandborg i col·laboradors (2014), van comparar un grup control, un grup clínic amb TOC, i un altre grup clínic amb Trastorn Depressiu Major. Els resultats de la còpia eren similar entre els grups, però en els de recordar la figura de memòria el grup clínic amb TOC van obtenir puntuacions inferiors que els altres dos grups. Rampacher i companys van arribar a la conclusió que els pacients amb Trastorn Obsessiu Compulsiu tenen unes dificultats a nivell d'organització i manipulació d'informació a nivell visual que no tenen els pacients amb depressió. Per tant, els resultats obtinguts en la nostra valoració, coincideixen amb aquest estudi previ.

En un metanàlisis realitzat per Shin i col·laboradors (2013), es van revisar 88 estudis relacionats amb la cognició del Trastorn Obsessiu Compulsiu. Els resultats van mostrar que els participants amb TOC van obtenir pitjor puntuacions en la majoria de proves administrades. La prova en la que es van trobar major diferències entre grup control i clínic va ser en la prova de la Figura Complexa de Rey. Les actuacions més afectades han sigut aquelles en les que se'ls demanava dur a terme tasques que

requerissin la organització de configuracions visuals complexes, més que en les que els patrons eren senzills. En termes generals de la revisió, els participants amb TOC van obtenir puntuacions inferiors, per ordre, en: memòria visoespacial, funcions executives, memòria verbal, velocitat de processament, i fluència verbal. Per tant, trobem que els resultats d'aquesta revisió són comparables amb els obtinguts en el nostre treball; els participants del grup clínic obtenen una pitjor puntuació en la prova de memòria, el qual ens porta a un biaix en memòria visual, que pot estar relacionat amb les funcions executives tals com la organització i planificació. De totes maneres, els autors de la revisió destaquen que el dèficit en memòria visual és major que el d'organització visual, i consegüentment proposen que el primer biaix no pot ser explicat només amb l'aspecte organitzatiu.

Martínez-González i col·laboradors (2008), van fer una actualització neuropsicològica del Trastorn Obsessiu Compulsiu, en la qual van prendre en consideració les diferències en aquest trastorn en quant a memòria visual. Van seleccionar 55 estudis similars als comentats fins ara, i es van comparar les habilitats cognitives de tots els participants. Els resultats referents a planificació mostren que els participants dels grups clínics triguen més temps en generar estratègies i realitzen més moviments incorrectes; relacionen aquests resultats amb la simptomatologia lligada al Trastorn Obsessiu Compulsiu. En els resultats referents a memòria no verbal es pot veure com durant els últims 20 anys, una de les figures més utilitzades per avaluar aquest aspecte ha sigut la Figura Complexa de Rey. De la mateixa manera que en aquest treball, els resultats d'aquesta mostren que hi ha diferències significatives en el record immediat ens els subjectes dels grups clínics en relació als dels grups controls. Aquests autors destaquen que aquest biaix podria estar relacionat, en part, amb l'ús d'estratègies poc eficaces; recalcant altre vegada que els participants del grup clínic centraven l'atenció en detalls petits més que en l'estructura general.

Lligat al que s'ha comentat anteriorment en el marc teòric, Tallis i col·laboradors (1997) en el seu estudi van fer referència a que el dèficit que presenten els subjectes clínics amb diagnòstic de TOC pot ser conseqüència del dubte patològic, i la posterior comprovació que comporta.

En termes generals, els estudis consultats recolzen els resultats obtinguts en aquest treball, i fonamenten els seus respectius resultats en les hipòtesis que s'havien presentat prèviament: excessiva càrrega de memòria, reduït ús d'estratègies i planificació, i simptomatologia del trastorn.

4.2 Limitacions i possibilitats

Com en la majoria dels estudis consultats per l'elaboració d'aquest treball, la nostra avaluació té unes limitacions que cal tenir presents.

Des del meu punt de vista, la limitació més petita d'aquest treball és la mostra que el compon. Al estar formats per una N de 20 participants, els resultats d'aquest treball no poden ser generalitzats, ja que la mostra hauria de ser més extensa. Per una altra banda, una limitació i possible millora del treball és la composició i l'aparellament del grup control i el grup clínic. Com diversos articles previs comenten, un aspecte important en la realització d'estudis similars al d'aquest treball és el tenir un grup aparellat en el qual es puguin controlar la majoria de les variables que es presentin. Al ser un treball de final de grau, no s'ha pogut tenir accés a una gran mostra; i per tant era molt complicat formar dos grups que fossin aparellats.

Una altra possible limitació, també relacionada amb la mostra, és la possible falta de sinceritat del grup control. Tot i que des d'un punt de vista subjectiu no considero que hagi passat; és possible que al ser persones properes a mi, els integrants del grup control hagin alterat algunes respostes, sobretot en l'administració de l'entrevista MINI.

A banda de les limitacions, també hi ha punts forts i possibilitats que s'han de tenir en compte. Un dels punts forts d'aquest treball és que està centrat específicament en estudiar l'aspecte referent a la memòria visual en el Trastorn Obsessiu Compulsiu. La majoria d'estudis administren una bateria de proves, però aquest treball ha centrat la seva atenció en una prova en concret. Seguint el comentat anteriorment, una possibilitat lligada a aquest treball és la realització d'un estudi de les mateixes característiques, però que tingui una N més gran i grups aparellats. També seria interessant incloure una prova que estudiï la planificació i les estratègies, per així poder contrastar la informació i saber fins a quin punt aquest factor està relacionat amb els biaixos en memòria no verbal.

4.3 Conclusions

Aquest treball tenia com a primer objectiu valorar si existeix una diferència a nivell de memòria visual entre les persones amb diagnòstic de Trastorn Obsessiu Compulsiu i aquelles que no en tenen. La hipòtesi que se'n fa és que si que existeixen diferències entre aquests dos grups. Comparant els resultats obtinguts en el Test de còpia i reproducció de memòria de Figures Geomètriques complexes de Rey del grup clínic i del grup control, es pot observar que si que existeixen diferències significatives en les mitjanes de puntuacions d'aquesta prova. Conseqüentment, la primera hipòtesi queda confirmada.

La segona hipòtesi del nostre treball està centrada en el grup clínic conformat pels pacients amb Trastorn Obsessiu Compulsiu. Aquesta fa referència a que la severitat del trastorn repercutirà en els biaixos en memòria visual; és a dir, a més severitat, més dèficits en memòria no verbal. Comparant els resultats de la prova de memòria de la Figura Complexa de Rey amb les puntuacions de l'Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS) no s'han obtingut resultats significatius, ni que corroborin la hipòtesi. La dispersió de resultats fa que aquesta hipòtesi no pugui ser confirmada.

Tot i les limitacions que presenta aquest treball en referència a la composició de la mostra que hi participa, s'han obtingut resultats estadísticament significatius de la diferència en matèria de memòria no verbal, i també presenta possibilitats de millorar l'estudi en un futur.

Per últim, és important incidir en la importància dels estudis relacionats amb la cognició i el Trastorn Obsessiu Compulsiu, ja que aquests permeten entendre millor el funcionament i els dèficits que es poden presentar. Aquest coneixement permet oferir una resposta més ajustada a les necessitats presentades, i comprendre una mica més àmpliament la complexitat d'un trastorn com el que aquí s'ha presentat.

5 Bibliografia

ABRAMOVITCH, A.; ABRAMOWITZ, J. S.; MITTELMAN, A. (2013). "The neuropsychology of adult obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis". *Clinical Psychology Review*, 33(8), 1163–71. doi:10.1016/j.cpr.2013.09.004

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª Edición). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

ANDRÉS-PERPIÑÁ, S.; LÁZARO-GARCIA, L.; CANALDA-SALHI, G; BOGET-LLUCIÀ, T. (2002). "Aspectos neuropsicológicos del trastorno obsesivo-compulsivo". *Revista de Neurología*. 35, 959-63.

BADDELEY, A; EYSENCK, Michael W.; ANDERSON, M. (2010). *Memoria*. Madrid: Alianza Editorial.

BANYARD, P. (1995). *Introducción a los procesos cognitivos*. Barcelona: Editorial Ariel.

BELLOCH, A; CABEDO, E.; CARRIÓ, C. (2010). *TOC. Obsesiones y compulsiones*. Madrid: Alianza Editorial.

BLANCO-MENÉNDEZ, R.; VERA DE LA PUENTE, E. (2013). "Un marco teórico de las funciones ejecutivas desde la neurociencia cognitiva". *Unidad de Neuropsicología y Neurología de la Conducta*. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA).

CÁBACO, A; MARTÍNEZ, J.M.; LEÓN, A. (1999). *Prácticas de la Psicología de la memoria*. Madrid: Alianza Editorial.

FUENMAYOR, G.; VILLASMIL, Y. (2008). "La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual". *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 9(22), 187-202. Recuperat de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170118859011>

JARNE, A.; TALARN, A. (2011). *Manual de psicopatología clínica*. Barcelona: Editorial Herder.

MARINA, J.A. (1998). *La selva del lenguaje*. Barcelona: Editorial Anagrama.

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, A.; PIQUERAS-RODRÍGUEZ, J.A. (2008). "Actualización neuropsicológica del trastorno obsesivo-compulsivo". *Revista de neurología*, 46, 618-25.

RADOMSKY, A. S.; DUGAS, M. J.; ALCOLADO, G. M.; LAVOIE, S. L. (2014). "When more is less: doubt, repetition, memory, metamemory, and compulsive checking in OCD". *Behaviour Research and Therapy*, 59, 30–9. doi:10.1016/j.brat.2014.05.008

RADOMSKY, A.S.; RACHMAN, S. (1998). "Memory bias in obsessive-compulsive disorder". *Behaviour Research and Therapy*. 37, 605-618.

REY, A. (1997). *REY: test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas: manual*. Madrid: TEA Ediciones.

RUIZ-VARGAS, J.M. (1991). *Psicología de la memoria*. Madrid: Alianza.

SCHATER, D.L. (2003). *Los siete pecados de la memoria: como olvida y recuerda la mente*. Barcelona: Editorial Ariel.

SHIN, N.Y.; LEE, T.Y.; KIM, E.; KWON, J.S. (2014). "Cognitive functioning in obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis". *Psychological Medicine*, 44, 1121-1130.

TALLIS, F.; PRATT, P.; JAMANI, N. (1997). "Obsessive compulsive disorder, checking, and non-verbal memory: a neuropsychological investigation". *Behaviour Research and Therapy*, 37, 161-166. doi:10.1016/S0005-7967(98)00075-8

VANDBORG, S.K.; HARTMANN, T.B.; BENNEDSEN, B.E.; PEDERSEN, A.D.; THOMSOM, P.H. (2014). "Memory and Executive Functions in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder". *Cognitive Behavioural Neurology*. 27, 8-16.



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA

RELACIÓ ENTRE LA MEMÒRIA VISUAL I EL TRASTORN OBSESSIU COMPULSIU

Annexos

Cervera Baquero, Mònica

4t del Grau de Psicologia
Tutora: Dolores Riesco Miranda
Treball Final de Grau
Facultat d'Educació, Traducció i Ciències Humanes
Universitat de Vic

Vic, maig del 2015

Índex

1. Annex 1. Consentiment informat
2. Annex 2. Qüestionari sociodemogràfic
3. Annex 3. Entrevista MINI neuropsiquiàtrica internacional
4. Annex 4. Dibuix geomètric test Figura Complexa de Rey

Annex 1. Consentiment informat

CONSENTIMENT INFORMAT

Jo, (Nom i Cognoms),

Dono lliurement la meva conformitat per participar en la recollida de dades de l'estudi realitzat sobre memòria i Trastorn Obsessiu Compulsiu que té com a finalitat la realització del Treball de Final de Grau en Psicologia de la Universitat de Vic.

Aquesta recollida de dades constarà de la passació de dues proves, i una petita entrevista sociodemogràfica.

Entenc que la meva participació és voluntària, i que en qualsevol moment puc retirar-me de l'estudi.

He rebut la informació suficient sobre el tema, i he pogut fer preguntes sobre l'estudi.

Entenc que totes les meves dades personals i els resultats de les proves realitzades, seran totalment confidencials; i que seran anonimitzades mitjançant un codi.

Data:

Signatura:

Annex 2. Entrevista sociodemogràfica

“RELACIÓ ENTRE MEMÒRIA VISUAL I TRASTORN OBSESSIU COMPULSIU”

Núm. d'identificació

Data de l'enquesta

 / /

dia

mes

any

Enquestador

Data de naixement

 / /

dia

mes

any

Sexe:

Home

Dona

Ordre dins la fratria:

Estat civil: Mai casat Separat, divorciat o vidu Casat

Psiquiatre de referència:

Municipi de residència: _____

Lloc de naixement

A Catalunya

A Espanya

A l'estranger

Especificar

Àfrica del Nord

Àfrica Subsahariana

Amèrica Llatina i el Carib

Est Asiàtic i Pacífic

Àsia Meridional

Orient Mitjà

Europa Central i de l'Est

Europa Comunitària

Països de renda alta (EUA, Canadà, Japó)

Altres (especificar): _____

Any d'arribada a Europa:

Grup ètnic:

Caucàsic europeu

Caucàsic no europeu (nord d'Àfrica)

Africà / Afroamericà

Hispà

Asiàtic

Situació laboral

Treball normalitzat

Treball protegit (CET)

Aturat

Baixa laboral temporal (ILT)

Pensionista (per la malaltia)

Nivell d'educació

No llegeix ni escriu

Sense estudis

Ensenyament obligatori (primària i secundària) incomplet

Ensenyament obligatori (primària i secundària) complet

Batxillerat o cicles formatius

Estudis universitaris acabats (diplomats o titulats)

Annex 3. Entrevista MINI neuropsiquiàtrica internacional



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

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

Versión en Español 5.0.0
DSM-IV

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

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

Versión en español:

L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert
Instituto IAP – Madrid – España

M. Soto, O. Soto
University of South Florida, Tampa
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

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	Periodo 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	F32.x
			296.30-296.36 recidivante	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 ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS	Actual	<input type="checkbox"/>	296.24	F32.3/F33.3
M ANOREXIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
N BULIMIA NERVIOSA	Actual (últimos 3 meses)	<input type="checkbox"/>	307.51	F50.2
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVA/PURGATIVA	Actual	<input type="checkbox"/>	307.1	F50.0
O TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	Actual (últimos 6 meses)	<input type="checkbox"/>	300.02	F41.1
P TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)	De por vida	<input type="checkbox"/>	301.7	F60.2

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Instrucciones generales

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

ENTREVISTA:

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

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A. University of South Florida Institute for Research in Psychiatry 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu	Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S. INSERM U302 Hôpital de la Salpêtrière 47, boulevard de l'Hôpital F. 75651 París, Francia Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59 Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00 e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr	Laura Ferrando, M.D. IAP Velázquez, 156, 28002 Madrid, España Tel.: + 91 564 47 18 Fax: + 91 411 54 32 e-mail: iap@lander.es	Marelli Soto, M.D. University of South Florida 3515 East Fletcher Avenue Tampa, FL USA 33613-4788 Tel.: + 1 813 974 4544 Fax: + 1 813 974 4575 e-mail: mon0619@aol.com
--	--	--	--

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

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

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

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? 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	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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"/>

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere periodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO 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
		¿CODIFICÓ 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
		¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?	➡ NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4	<p>¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?</p> <p style="text-align: right;">EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p> <p>¿CODIFICÓ NO EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p> <p>¿CODIFICÓ SÍ EN D4?</p> <p>ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.</p>	<table border="0"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>HIPOMANÍACO</i></td> <td><i>MANÍACO</i></td> <td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>EPISODIO MANÍACO</i></td> </tr> <tr> <td>ACTUAL</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PASADO</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	NO	SÍ	12	↓	↓		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<i>HIPOMANÍACO</i>	<i>MANÍACO</i>		NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	<i>EPISODIO MANÍACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ	12																												
↓	↓																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
<i>HIPOMANÍACO</i>	<i>MANÍACO</i>																													
NO	SÍ																													
<i>EPISODIO HIPOMANÍACO</i>																														
ACTUAL	<input type="checkbox"/>																													
PASADO	<input type="checkbox"/>																													
NO	SÍ																													
<i>EPISODIO MANÍACO</i>																														
ACTUAL	<input type="checkbox"/>																													
PASADO	<input type="checkbox"/>																													

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

E. Trastorno de angustia

(➡ SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

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

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

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

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

**TRASTORNO DE ANGUSTIA
sin agorafobia
ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
----	----

**TRASTORNO DE ANGUSTIA
con agorafobia
ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
----	----

**AGORAFOBIA ACTUAL
sin historial de
trastorno de angustia**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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?	NO SÍ 6 TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

NO SÍ 14
**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?	➡ NO	SÍ	1				
J2	En los últimos 12 meses:							
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2				
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3				
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4				
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5				
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6				
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7				
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>➡ SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	➡ SÍ	DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	
NO	➡ SÍ							
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL								
J3	En los últimos 12 meses:							
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9				
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10				
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11				
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	
NO	SÍ							
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

b. SI EXISTE USO 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
---	---	----	----	---

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| 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 OCASIONÓ PROBLEMAS) | NO | SÍ | 8 |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ | 9 |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público? | NO | SÍ | 10 |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ | 11 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?
ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO	SÍ
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS	
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.					
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SÍ	SÍ 1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ 3
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	SÍ 5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ 7
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ 8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	SÍ 9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.					
	b	Si SÍ : ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ 10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SÍ	11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:					
		Si SÍ : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ
	b	Si SÍ : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ 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»?	<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; padding: 5px;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?									
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">SÍ</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
		o									
		¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?									
		VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO									
		o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?									
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)	<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> </table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
		o									
		EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?									
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA:									
		Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">NO</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">SÍ</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center; padding: 5px;">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											
		Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?									

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"/> cm
	b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> libras
			<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)?	➔ NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

Mujer estatura/peso															
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	157,5	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	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,8	5,9	5,10	5,11	6,0	6,1	6,2	6,3
Libras	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127	130	133
cm	154,9	157,5	160,0	162,6	165,1	167,6	170,2	172,7	175,3	177,8	180,3	182,9	185,4	188,0	190,5
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*.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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 período de 2 horas?	➡ NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	➡ NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	➡ NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	➡ NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	➡ NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y RODEAR CON UN CÍRCULO NO)

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

Referencias

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Annex 4. Dibuix geomètric “test Figura Complexa de Rey”

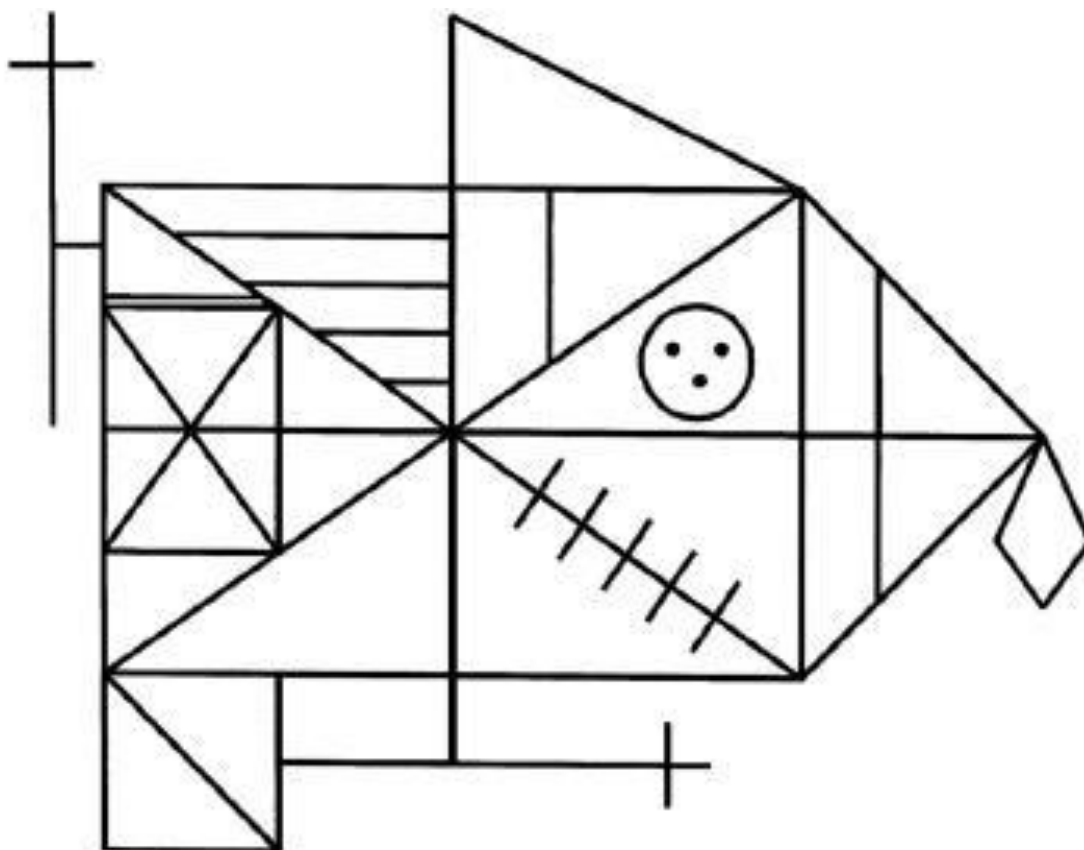


Figura 1. Dibuix geomètric de la prova de Rey.

A l'hora de corregir la figura, s'utilitzen les zones diferenciades pels autors de la prova. Les unitats enumerades són¹:

- 1) Creu exterior contiguous a l'angle superior esquerre del rectangle gran.
- 2) Rectangle gran, carcassa de la figura.
- 3) Creu de Sant Andrés, formada per les diagonals del rectangle gran.
- 4) Mediana horitzontal del rectangle gran 2.
- 5) Mediana vertical del rectangle gran 2.
- 6) Petit rectangle interior (contigu al costat esquerre del rectangle 2, limitat per les semi diagonals esquerreres d'aquest, i les pròpies diagonals del qual es tallen sobre la mediana 4).

- 7) Petit segment col·locat sobre el costat horitzontal superior de l'element 6.
- 8) Quatre línies paral·leles situades en el triangle format per la meitat superior de la diagonal esquerra del rectangle 2.
- 9) Triangle rectangle format per la meitat del costat superior del rectangle 2, la prolongació cap a dalt de la mediana vertical 5 i el segment que uneix l'extrem d'aquesta prolongació amb l'angle superior dret del rectangle 2.
- 10) Petita perpendicular al costat superior del rectangle 2, situada per sota del element 9.
- 11) Cercle amb tres punts inscrits, situat en el sector superior dret del rectangle 2.
- 12) Cinc línies paral·leles entre si i perpendiculars a la meitat inferior de la diagonal dreta del rectangle 2.
- 13) Dos costats iguals que formaran el triangle isòsceles construït sobre el costat dret del rectangle 2 per la cara exterior d'aquest.
- 14) Petit rombe situat en el vèrtex extrem del triangle 13.
- 15) Segment situat en el triangle 13 paral·lelament al costat dret del rectangle 2.
- 16) Prolongació de la mediana horitzontal i que constitueix l'altura del triangle 13.
- 17) Creu de la part inferior que compren en ella el braç paral·lel al costat inferior del rectangle 2 i la petita prolongació de la mediana 5 que la uneix a aquest costat.
- 18) Quadrat situat en l'extrem inferior esquerre del rectangle 2, prolongació del costat esquerra, comprnent també la seva diagonal.

¹ La llista d'unitats ha estat extreta de: REY, A. (1997). *REY: test de copia y reproducción de memoria de figuras geométricas complejas: manual*. Madrid: TEA Ediciones.