

TREBAJO FINAL MÁSTER

Máster en Psicología General Sanitaria

Curso 2018-2019

**Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD): Comparativa de la
entrevista bajo criterios DSM-IV-TR y DSM-5**

Realizado por Xavier Gerbolés Llorente

Dirigido por Xavier Carbonell Sánchez

Fecha 15/01/2019

Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport

c. Císter, 34
08022
Barcelona

www.blanquerna.edu

Resumen

En el ámbito de las adicciones es frecuente que los pacientes sufran de patología dual. En este estudio se compara la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD) bajo los criterios diagnósticos del DSM-IV-R y DSM-5. La muestra ha sido de 210 personas. Los resultados muestran una reducción considerable de la cantidad de diagnósticos y diferencias significativas en Pánico, Fobia social, Depresión, Psicosis, TDAH y TEPT de la versión del ECDD con los criterios diagnósticos DSM-5. Se ha encontrado un error en la corrección informatizada de la entrevista que daba diagnósticos negativos pese a obtener respuestas positivas. Esto ha llevado a destacar que los resultados de este estudio hacen dudar de la eficacia de la entrevista con criterios DSM-5 que por el contrario si mostraba la anterior versión.

Palabras clave: Patología dual, Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD), DSM-IV-R, DSM-5

Abstract

In the field of addictions, it is common for patients suffering from dual pathology. This study compares the Dual Pathology Screening Interview (ECDD) under the diagnostic criteria of the DSM-IV-R and DSM-5. The sample has been 210 people. The results show a considerable reduction of the number of diagnoses and significant differences in Panic, Social phobia, Depression, Psychosis, ADHD and PTSD of the version of the ECDD with the diagnostic criteria DSM-5. An error was found in the computerized correction of the interview that gave negative diagnoses despite positive answers. This has led to highlight that the results of this study make doubt the effectiveness of the interview with DSM-5 criteria that on the contrary if it showed the previous version.

Keywords: Dual Pathology, Dual Pathology Screening Interview (ECDD), DSM-IV-R, DSM-5

Índice

Introducción	4
Método	9
<i>Participantes</i>	<i>9</i>
<i>Instrumento.....</i>	<i>9</i>
<i>Procedimiento.....</i>	<i>11</i>
<i>Análisis de datos.....</i>	<i>11</i>
Resultados.....	11
Discusión.....	12
Referencias	17
Anexo 1	21
Anexo 2	25

Introducción

En el ámbito de las adicciones es frecuente que un porcentaje alto de pacientes padezcan un trastorno por consumo de sustancias y otro tipo de trastorno psicológico. Diversos estudios epidemiológicos han mostrado la elevada prevalencia entre los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos que oscila entre el 20% y 50% en población general y entre el 40% y 80% en población clínica (Barry et al, 2013; Marín et al., 2013; Marín & Szerman, 2015). Esta circunstancia se denomina patología dual y se define como la concurrencia en un mismo individuo de, por lo menos, un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. Estos pacientes “duales” o con comorbilidad psiquiátrica, son frecuentes y presentan mayor gravedad tanto desde la perspectiva clínica como social que las personas que sólo presentan un tipo de trastorno, ya sea adictivo u otra enfermedad psiquiátrica (Torrens, 2008).

Esto plantea un reto para los profesionales, ya que no solo deben tratar con el abuso de la sustancia y sus consecuencias y limitaciones, sino también con las dificultades que plantea el otro trastorno y la combinación de ambos (Beesdo et al. 2010). Con el objetivo de realizar el mejor tratamiento es importante, detectar dichas dificultades. Además, las personas que padecen de patología dual sufren un impacto negativo en su calidad de vida destacando recaídas más rápidas, tasas más altas de ingresos hospitalarios y visitas de urgencias (Martín-Santos et al., 2006), más problemas legales y encarcelamiento (Casares-López et al., 2011), más pérdida de apoyo social y problemas financieros y una peor calidad de vida (Adan, Benaiges & Prat, 2012; Lozano, Rojas & Fernández, 2017) y una edad de inicio cada vez más joven (Barea et al., 2010).

Otro factor a tener en cuenta es que las personas consumidoras de sustancias con comorbilidad psiquiátrica tienen mayor riesgo de cronicidad, su tratamiento es más difícil y costoso y sus posibilidades de recuperación son más reducidas. Así pues, si tenemos en cuenta los costes de atención de estos pacientes tanto en el sistema sanitario como en el legal, podemos afirmar que los pacientes duales representan un elevado coste económico para la sociedad y conducen a grandes desafíos no sólo para los profesionales de la salud sino también para las autoridades sanitarias y del ámbito legal (Torrens, Mestre-Pintó, Montanari, Julian, & Domingo-Salvany, 2017).

A nivel biológico y psicológico, tienen más posibilidades de agravar la adicción y la sintomatología psiquiátrica, aumenta a su vez el riesgo de suicidio, los tratamientos sin éxito y abandonos, las conductas de riesgo (especialmente las sexuales) aumenta la probabilidad de contraer y transmitir enfermedades de transmisión sexual (Blázquez, Gilchrist & Torrens, 2011; Rosenberg et al., 2001). A nivel social se acostumbra a observar mayor fracaso escolar y laboral, pérdida de empleo, problemas en la estructura familiar, lo que a su vez aumenta el riesgo de exclusión social y marginalidad. Todo esto teniendo en cuenta que hay una relación entre los acontecimientos estresantes en la vida de los pacientes y el inicio de consumo (Clark et al., 2001; Davies & O'Doherty, 1987; Ehsan et al., 2004). Por tanto, es de vital importancia estudiar la comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos mentales y, la efectividad de los instrumentos de detección, ya que la problemática radica en el trastorno en sí y en el impacto que tiene en la salud pública. Por estos motivos, el tratamiento a realizar tiene que abordarse conjuntamente y no los dos trastornos de manera independiente (Arranz et al., 2016).

Uno de los retos de la patología dual es la dificultad de identificar la presencia de otro trastorno psiquiátrico concomitante. Llevar a cabo un diagnóstico de

comorbilidad psiquiátrica plantea dos problemas fundamentales. Por un lado, el hecho de que los efectos agudos y crónicos de las drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, dificultando la diferenciación entre los síntomas psicopatológicos de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia, de los propios de un trastorno psiquiátrico independiente (Farre et al., 2005). Por otro lado, en la actualidad los diagnósticos psiquiátricos están definidos más por un conjunto de síntomas (diagnósticos sindrómicos) que por unos marcadores biológicos directos y propios de cada una de las distintas entidades nosológicas psiquiátricas (Mateu, Astals & Torrens, 2005).

Para detectar la patología dual, se utiliza la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). Esta entrevista está diseñada para la detección de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en los consumidores de sustancias de abuso. La ECDD consta de 66 preguntas divididas en seis apartados diagnósticos: Estados de ansiedad (Pánico, Ansiedad Generalizada, Fobias Simples, Fobia Social y Agorafobia), estados de ánimo (Depresión, Distimia y Manía), Psicosis, Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y Trastorno de Estrés Post traumático (TEPT). Tiene propiedades psicométricas excelentes para la mayoría de diagnósticos, con una sensibilidad igual o superior al 80% y una especificidad igual o superior al 79% (Mestre, 2011). Si esta entrevista de cribado da como resultado algún positivo, se procede a administrar una escala de severidad para saber la gravedad de dicho trastorno. Todo este proceso forma parte del proyecto de patología dual de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) que se encarga de dirigir y gestionar los centros y servicios de salud pública de la ciudad.

La entrevista de cribado de patología dual usa como base el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental*

Disorders, DSM), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2013). Este manual es una clasificación de los trastornos mentales y proporciona descripciones de las categorías diagnósticas. Específicamente, la ECDD usaba los criterios del DSM-IV-R, publicado en 1994. Pese que el DSM-5 (APA, 2013) se publicó en el año 2013 no ha sido hasta el 5 de Julio de 2018, cuando se han actualizado en los criterios de corrección. El DSM-5 ha introducido varios cambios en distintos trastornos.

En el trastorno por consumo de sustancias, agrupa los trastornos por abuso de sustancias y la dependencia de sustancias.

En el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad o TDAH, donde se recoge la posibilidad de su diagnóstico en la etapa adulta.

En los trastornos de ansiedad, ya que antes se incluía en el mismo epígrafe que el Trastorno de Estrés Postraumático, el cual ahora incluye cuatro grupos de síntomas para su diagnóstico: re-experimentación, hiperactivación, evitación y “alteraciones negativas persistentes en las cogniciones y el estado de ánimo”. Los umbrales de edad también se han modificado, así como los criterios que se aplican para su diagnóstico en menores de seis años.

El concepto clásico de Fobia social desaparecerá en las futuras clasificaciones por el término manejado en la literatura de Trastorno de ansiedad social, con la especificación de si se refiere exclusivamente a la llamada ansiedad de ejecución (hablar o dirigirse a un grupo).

Con respecto al Trastorno de pánico y la Agorafobia, quedan en esta clasificación como trastornos independientes. Aunque es cierto que con ello quiere reconocerse que el origen de la Agorafobia no es siempre el pánico, no es menos cierto que ahora habrá dos diagnósticos comórbidos frecuentes (Perona, Rodríguez & Senín, 2014).

En la categoría clásica del Trastorno depresivo mayor (TDM), desaparece la diferenciación de episodio único o recurrente. Se da prioridad al curso, por lo que se integran las formas crónicas del TDM (más de dos años de sintomatología continua) con el Trastorno distímico en el nuevo Trastorno depresivo persistente (Distimia). Con independencia de que era conocido que una buena parte de quienes cumplían los criterios diagnósticos del Trastorno Distímico eran diagnosticados además de TDM (depresión doble), esta reorganización plantea varios problemas. Por un lado, el TDM se convierte entonces en un diagnóstico provisional (dependiendo de si la sintomatología se hace crónica o no) y, de hecho, el criterio D no lo excluye de la Distimia. Es en la especificación donde se indica si se trata de Distimia (síndrome distímico puro), un episodio depresivo mayor persistente, o dos modalidades intermitentes dependiendo de si el episodio depresivo mayor está en el momento de la evaluación. Por otro lado, el Trastorno Distímico del DSM-IV-TR mostraba una evolución favorable hasta en el 50% de los casos (incluso si era depresión doble), por lo que se han reunido condiciones muy heterogéneas bajo la rúbrica de Distimia que dificultan su estudio. (Perona, Rodríguez & Senín, 2014).

Y finalmente el trastorno depresivo mayor, que incluye dos categorías que pretenden recoger con más exactitud la ideación suicida: el desorden del comportamiento suicida y autolesión no inducida. Además de que el duelo, que en DSM anteriores era excluyente del diagnóstico de depresión, en esta revisión deja de excluirlo.

La actualización de la ECDD con los criterios DSM-5, ECDD-2 de ahora en adelante, en lo que a preguntas se refiere, es mínima. La principal diferencia que se puede observar en la nueva versión de la entrevista es la temporalidad de los síntomas,

que en el caso de no llevar un tiempo determinado (dependiendo de cada trastorno) puede no dar positivo pese a cumplir con las características de dicho trastorno.

Es por ello que es de suma importancia comprobar la eficacia de la ECDD-2. El objetivo de este estudio, por lo tanto, es comparar la eficacia del cuestionario ECDD con la nueva versión, observando la distribución diagnóstica de ambos cuestionarios. La hipótesis es que la ECDD-2 mostrará menos positivos que la versión anterior, debido a la reformulación de preguntas y las nuevas preguntas enfocadas a la temporalidad de los síntomas disminuirá los falsos positivos que antes se podían producir.

Método

Participantes

En este estudio participaron 210 adultos atendidos en el Centro de Atención y Seguimiento a las toxicomanías (CAS) Garbivent, entre Febrero y Noviembre de 2018. Los participantes fueron 152 hombres (72,4%) y 58 mujeres (27,6%) que recibían tratamiento en el centro. El rango de edades osciló entre los 18 y los 78 años (Media: 43,64 años y una DE: 11,498) y todos los participantes cumplían criterios por abuso de sustancias.

Instrumentos

Se ha usado la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD)

La ECDD es una entrevista de cribado diseñada para la detección de los diagnósticos psiquiátricos comórbidos más frecuentes en los consumidores de sustancias de abuso. Las principales características de la entrevista son que se administra en 15-20 minutos en la mayoría de los consumidores de sustancias, lo cual, sumado a que puede ser administrada por personal no especializado tras un curso de entrenamiento de 90 minutos de duración, lo convierte en una entrevista muy práctica

en el uso clínico. Además, ha mostrado una sensibilidad y especificidad igual o superior al 80% en la mayoría de los diagnósticos evaluados.

La entrevista de cribado ECDD es una adaptación de la entrevista Cribado de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI). Con el objetivo de reforzar los criterios de evaluación y hacer una adaptación a las características específicas de los pacientes de patología dual, se añadieron algunas preguntas y/o modificaron los criterios referentes a la temporalidad de otras, con la intención de que se mantuviese como una entrevista breve y de administración fácil y rápida.

Sus características psicométricas, junto con la brevedad que requiere su entrenamiento y su administración, convierten la ECDD en un instrumento adecuado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso en la práctica clínica.

La ECDD-2 presenta una serie de cambios respecto a la anterior versión. Estos cambios son de dos tipos: En primer lugar, cambios en la formulación de las preguntas con el objetivo de hacerlas más entendibles para el entrevistado, un ejemplo es la pregunta 2 del apartado A. *Ahora piensa en el peor ataque que recuerdes. De repente ¿sentiste que te ahogabas, que estabas mareado, que temblabas (PAUSA) que tenías náuseas o una fuerte presión en el pecho (PAUSA) llegaste a pensar que podías perder el control, morir o volverte loco.* En segundo lugar, los cambios referidos a la temporalidad de los síntomas, un ejemplo sería la pregunta 21 del mismo apartado, *¿Cuándo fue la última vez que experimentaste este tipo de problemas?* Los ejemplos de las entrevistas ECDD y ECDD-2 se encuentran en los anexos 1 y 2 respectivamente.

Procedimiento

Cuando una persona inicia tratamiento en el CAS, se obtienen los datos sociodemográficos y médicos de la persona, se solicita su consentimiento informado y se administra la ECDD previo a la asignación del resto de profesionales del CAS.

Análisis de datos

Después del estudio descriptivo se analizó la distribución de porcentajes con la prueba exacta de Fisher (no paramétrica) con la versión 21.0 del paquete estadístico “Statistical Package for the Social Sciences”. La significación estadística se fijó al .05%.

Resultados

En este estudio 117 adictos a drogas (55,7%) fueron entrevistados mediante la ECDD y 93 con la ECDD-2. De los pacientes entrevistados con la ECDD, 20 presentaban Trastorno de Pánico (17,1%), 26 presentaban Ansiedad Generalizada (22,2%), 3 presentaban Fobia Simple (2,6%), 13 presentaban Fobia Social (11,1%), 5 presentaban Agorafobia (4,3%), 33 presentaban Distimia (28,2%), 74 presentaban Depresión (63,2%), 7 presentaban Manía (6%), 40 presentaban Psicosis (34,2%), 22 presentaban TDAH (18,8%) y 14 presentaban TEPT (12%).

Con la ECDD-2, bajo los nuevos criterios se obtuvieron los siguientes resultados: 5 presentaban Trastorno de Pánico (5,4%), 11 presentaban Ansiedad Generalizada (11,8%), 1 presentó Fobia Simple (1,1%), 3 presentaban Fobia Social (3,2%), 2 presentaban Agorafobia (2,2%), 16 presentaban Distimia (17,2%), 16 presentaban Depresión (17,2%), 2 presentaban Manía (2,2%), 11 presentaban Psicosis (11,8%), 5 presentaban TDAH (5,4%) y 1 presentó TEPT (1,1%).

Tal y como se muestra en la tabla 1, se observaron diferencias significativas en Pánico, Fobia social, Depresión, Psicosis, TDAH y TEPT, pero no en Ansiedad Generalizada, Fobia simple, Agorafobia, Distimia y Manía.

Tabla 1. Distribución diagnóstica ECDD frente a ECDD-2 (n=210)

	ECDD n = 117 (%)	ECDD-2 n = 93 (%)	p*
Pánico	20 (17,1%)	5 (5,4%)	,009*
Ansiedad generalizada	26 (22,2%)	11 (11,8%)	,067*
Fobia simple	3 (2,6%)	1 (1,1%)	,631*
Fobia social	13 (11,1%)	3 (3,2%)	,037*
Agorafobia	5 (4,3%)	2 (2,2%)	,467*
Distimia	33 (28,2%)	16 (17,2%)	,071*
Depresión	74 (63,2%)	16 (17,2%)	,000*
Manía	7 (6,%)	2 (2,2%)	,304*
Psicosis	40 (34,2%)	11 (11,8%)	,000*
TDAH	22 (18,8%)	5 (5,4%)	,003*
TEPT	14 (12%)	1 (1,1%)	,002*

*Chi-cuadrado (prueba exacta de Fisher)

Discusión

El presente estudio ha permitido comparar la distribución de diagnósticos del cuestionario ECDD según los criterios del DSM-IV-R y del DSM-5 y comprobar si hay diferencias significativas entre estas dos versiones en un grupo de adultos atendidos en un CAS. Los resultados obtenidos indican que al aplicar la ECDD-2, los diagnósticos de Pánico, Ansiedad Generalizada, Fobias Simple, Fobia Social, Agorafobia, Depresión, Distimia, Manía, Psicosis, TDAH y TEPT disminuyeron el número de pacientes diagnosticados. Esta disminución de los casos varía en un 1,5% en fobia simple, lo cual puede ser debido a los pocos diagnósticos que hay, hasta un 46% en el caso de la

depresión, siendo esta la diferencia más abultada de entre todos los diagnósticos.

La ECDD es una entrevista válida que ha mostrado poseer excelentes propiedades psicométricas para la mayoría de diagnósticos, con una sensibilidad igual o superior al 80% y una especificidad igual o superior al 79% (Mestre, 2011) y que es una herramienta de gran utilidad en la práctica clínica diaria para la detección de posibles casos psicopatológicos en el campo de las adicciones.

Sin embargo, nuestros resultados plantean una serie de dudas acerca de la efectividad del ECDD-2. La reformulación e inclusión de nuevas preguntas en la adaptación de la entrevista con criterios DSM-5 son adecuados. Esto es debido a que dichas preguntas permiten acotar la temporalidad de las problemáticas y, por lo tanto, ser más precisos en el diagnóstico. Esto se puede observar en el apartado de ansiedad, más específicamente en la pregunta 3a *¿Cuándo fue la última vez que experimentaste este miedo continuado durante un mes seguido?* o la 7 *¿Cuándo fue la última vez que estuviste durante 6 meses muy ansioso o preocupado casi todos los días?* Y en otros apartados como el de estado afectivo y TEPT, donde en la pregunta 3 se vuelve a hacer referencia a la temporalidad *¿Cuándo fue la última vez que experimentó este tipo de problemas?* Esta pregunta en cuestión se observa repetidas veces a lo largo de la ECDD-2. Estos cambios tienen el propósito de evitar que den falsos positivos personas que experimentaron estos síntomas en alguna etapa de su vida, pero que ya ha pasado mucho tiempo de dicha sensación y que, por lo tanto, ya no tienen ningún tipo de trastorno, lo cual no quita que gracias al propio test se obtenga información acerca del pasado del paciente.

Otro cambio sustancial de la ECDD-2 es la reformulación de algunas preguntas para la mayor comprensión de las mismas. Estas reformulaciones se pueden observar en la primera pregunta del apartado de ansiedad, donde cambia de *“¿Alguna vez en su vida ha*

tenido una crisis de miedo o ansiedad en que de repente se sintió muy asustado, ansioso o intranquilo?” a “¿Alguna vez en su vida ha tenido una ataque de pánico o ansiedad en que de repente se sintió muy asustado, ansioso o intranquilo sin saber por qué?” o en el apartado B de estados afectivos, dónde la reformulación se produce al cambiar el orden en la pregunta, pasando de: ¿Alguna vez en su vida ha tenido un período en que se encontraba triste, vacío o deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos semanas o más? a ¿Alguna vez en su vida ha tenido un período dos semanas o más en que se encontraba triste, vacío o deprimido la mayor parte del día, casi todos los días? O en el apartado E de TEPT, pasando de: Las preguntas se refieren a acontecimientos muy estresantes como accidentes graves, atracos, violaciones, atentados terroristas, ser tomado como rehén, secuestros, incendios, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe. ¿Ha vivido o ha sido testigo de alguno de estos acontecimientos? a Alguna vez ¿ha vivido o ha sido testigo de un accidente grave (PAUSA) incendio (PAUSA) atraco (PAUSA) violación (“relación sexual no deseada”) (PAUSA) atentado terrorista (PAUSA) secuestro (PAUSA) muerte súbita de un ser querido (PAUSA) has descubierto un cadáver (PAUSA) o has vivido una guerra o una catástrofe?

El objetivo de las modificaciones en la ECDD-2 es descartar a aquellas personas que tuvieron un trastorno en el pasado pero que no lo experimentaran en la actualidad, y a aquellas personas que no entienden las preguntas y, por lo tanto, dan una respuesta errónea a dicha pregunta. Es por esto que era esperable observar una reducción de positivos en los diferentes apartados del cuestionario, pero no explica que haya una diferencia tan grande entre las dos versiones del mismo; por lo tanto, podemos descartar que esta reformulación sea la principal responsable de los resultados obtenidos.

Una posible explicación a nuestros resultados es que un total de 42 pacientes, del total de 93 a los que se les realizó el ECDD-2, habiendo contestado en el apartado B

de estados afectivos de manera afirmativa en todas las respuestas, las cuales incluyen las preguntas 1. “*¿Alguna vez en su vida ha tenido un período dos semanas o más en que se encontraba triste, vacío o deprimido la mayor parte del día, casi todos los días?*” Y 2. “*¿Alguna vez este estado de ánimo deprimido en el que casi cada día te sentías triste, vacío o deprimido, te ha durado como mínimo dos años?*” dieron un resultado negativo tanto en Depresión como en Distimia. Este resultado indica que el error no reside en cómo están formuladas las preguntas, ya que son claras y no hay ninguna razón para pensar que pueda haber un error en la interpretación de las personas entrevistadas. Tampoco reside en un problema acerca de la temporalidad, ya que en ambas preguntas se hace la distinción de dos semanas y dos años, para poder distinguir entre Depresión Mayor y Distimia y de esta manera cumplir los criterios diagnósticos del DSM-5. Por lo tanto, podemos pensar que el problema reside en la corrección informática de la prueba, ya que la respuesta a los ítems es positiva pero el programa de la ECDD-2 da un diagnóstico negativo en ambas opciones.

Otros estudios en los que también se ha escogido un test para realizar una comparación de ese mismo test con los criterios diagnósticos de DSM-IV-TR y DSM-5 han expuesto que no hay diferencias significativas entre las dos versiones, mostrando una asociación casi idéntica en TEPT y en varios trastornos psiquiátricos (Herrell et al, 2014), lo cual contradice los datos obtenidos en este estudio.

A nuestro conocimiento, este es el primer estudio que intenta comprobar la validez de la ECDD-2 al aplicar el DSM-5 comparándola con la versión previa. Los puntos fuertes de este estudio son, en primer lugar, el tamaño de la muestra utilizada. En segundo lugar, el rango de sustancias de abuso consumidas (Alcohol, Heroína, Cannabis, Cocaína y otros psicoestimulantes). En tercer lugar, la variedad de trastornos psiquiátricos que forman parte de este estudio y que, a su vez, son los que más

comorbilidad y prevalencia muestran entre los consumidores de sustancias de abuso. Y, en cuarto lugar, el hecho que una sola persona debidamente entrenada ha llevado a cabo las evaluaciones, por lo que no habría diferencias entre profesionales.

Como limitaciones cabe destacar que los resultados de las evaluaciones pueden verse afectados en función del estado en el que viene el propio paciente, es decir, si en el momento de la entrevista está bajo los efectos de alguna sustancia. También cabe destacar que, aunque la muestra ha sido grande, la fiabilidad de algunos diagnósticos es poco fiable por no contar con suficientes positivos. Además, la ECDD no hace diferencia entre trastornos primarios y trastornos que pueden ser inducidos por sustancias.

Uno de los objetivos para futuros estudios es evaluar la validez y fiabilidad de los nuevos criterios diagnósticos del DSM-5 en el ECDD-2 a través de un test-retest, haciendo especial hincapié en Distimia y Depresión, ya que han sido los que han sufrido una variación más pronunciada respecto a la versión anterior.

Como conclusión, remarcar la importancia de la ECDD para realizar el proceso más ajustado posible a las necesidades psicológicas de los pacientes que siguen tratamiento en los centros especializados. Ya se ha comentado anteriormente la dificultad en la detección de los casos y la gran complejidad en los tratamientos de las personas afectadas de Patología Dual (Baena & López, 2006; Beesdo et al. 2010), que además de afrontar el reto que supone las dos problemáticas en un mismo paciente, también se tienen que diferenciar los trastornos que pueda tener la propia persona de los efectos que pueda sufrir por las sustancias, y que en muchas ocasiones son síntomas similares (Farre et al., 2005). Es por ello que se deben trabajar las dos problemáticas de la patología dual de manera conjunta y no independientemente (Arranz et al., 2016). Por lo que es importante disponer de un instrumento que se pueda

adaptar a las características de las personas que requieren de dichos servicios y que se adapte a las limitaciones y circunstancias que viven los profesionales de la sanidad pública, que deben aprovechar el tiempo que tienen con cada paciente.

La ECDD cuenta con muchas ventajas por la facilidad y velocidad de su administración y por la cantidad de diagnósticos que ofrece, es por ello que se adapta a las necesidades que se han mencionado. Sin embargo, nuestros resultados señalan que hay un problema en la corrección informatizada de la prueba que hace dudar de la eficacia de la ECDD-2.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental Disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Adan, A., Benaiges, I., & Prat, G. (2012). Health-related quality of life in patients with dual diagnosis: clinical correlates. *Health and quality of life outcomes*, 10, 106.
- Baena Luna, M. R., & López Delgado, J. (2006). Trastornos duales. Mecanismos etiopatogénicos. *Trastornos adictivos*, 8(3), 176- 181.
- Barea, J., Delegido, A. B., López, M. R., Hernández, C. M., Martín, E., López, N., Cortés, G. H. (2010). Estudio sobre aspectos etiológicos de la patología dual. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, 22(1), 15-24
- Barry, D., Cutter, C., Dinh, A., Fiellin, D., Joy, M., Savant, J., & Schottenfeld, R. (2013). Prevalence of mood and substance use disorders among patients seeking primary care office-based buprenorphine/naloxone treatment. *Drug and Alcohol Dependence*, 1-3, 243-247.

- Beesdo-Baum K, Behrendt S, Zimmermann P, Hofler M, Perkonig A, Bühringer G, Lieb R, Wittchen HU (2011) The role of mental disorders in the risk of speed of transition to alcohol use disorders among community youth. *Psychological Medicine*, 41(5):1073–1085.
- Blázquez, A., Gilchrist, G., & Torrens, M. (2011). Psychiatric, behavioural and social risk factors for HIV infection among female drug users. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1834-1843.
- Casares-López, M. J., González-Menéndez, A., Bobes-Bascarán, M. T., Secades, R., Martínez-Cordero, A., & Bobes, J. (2011). Necesidad de evaluación de la patología dual en contexto penitenciario. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 23(1), 37-44.
- Clark, H.W., Masson, C.L., Delucchi, K.L., Hall, S.M., Sees, K.L. Violent traumatic events and drug abuse severity. *Journal of substance Abuse Treatment*, 20, 121-127, 2001
- Davies, J.B, & O'Doherty, F. (1987). Life events and addiction: a critical review. *British Journal of Addiction*, 82, 127-137.
- Ehsan, El-Shikh, Hussein, Fahmy, Michael, Victor Samy, & Moselhy, Hamdy Fouad A. (2004). Acontecimientos vitales y adicción: una revisión de la bibliografía. *The European journal of psychiatry (edición en español)*, 18(3), 162-170.
- Farre, M., Fonseca, F., Mateu, G & Torrens, M. (2005). Efficacy of clinical diagnoses for comorbidity studies in substance use disorders. *Neurotoxicity Research*, 10, 253-261.
- Herrell, R., Hoge, C., Riviere, L., Wilk, J., & Weathers, F. (2014, September). The prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) in US combat soldiers: a head-to-head comparison of DSM-5 versus DSM-IV-TR symptom criteria with the PTSD checklist. *The Lancet Psychiatry*, 4, 269-277.

- Lozano, OM., Roja, AJ., & Fernandez, F. (2017). Psychiatric comorbidity and severity of dependence on substance users: how it impacts on their health-related quality of life? *Journal of Mental Health, 10*, 119-116.
- Martín-Santos, R., Rocío, Fonseca, F., Domingo-Salvany, A., Ginés, JM., Ímaz, ML., Navinés, R., Pascual, JC., & Torrens, M. (2006). Dual diagnosis in the psychiatric emergency room in Spain. *The European Journal of Psychiatry, 20*(3), 147-156.
- Marín, R., Benjet, C., Borges, G., Eliosa, A., Nanni, R., Ayala, M., Fernández, J., & Medina, ME., (2013.). Comorbilidad de los trastornos por consumo de sustancias con otros trastornos psiquiátricos en Centros Residenciales de Ayuda-Mutua para la Atención de las Adicciones. *Salud Mental, 36*, 471-479
- Marín, R., & Szerman, N. (2015). Repensando el concepto de adicciones: pasos hacia la patología dual. *Salud mental, 38*(6), 395-396.
- Mateu, G., Astals, M., & Torrens, M. (2005). Comorbilidad psiquiátrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento. *Adicciones, 17* (2), 111-121.
- Mestre, J. I. (2011). Evaluación de una entrevista de cribado para la detección de comorbilidad psiquiátrica en sujetos consumidores de sustancias de abuso (Tesis doctoral). Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Perona, S., Rodríguez, JF, Senín, C. (2014) From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 221-231.
- Rosenberg, S. D., Goodman, L. A., Osher, F. C., Swartz, M. S., Essock, S. M., Butterfield, M. I., ... Salyers, M. P. (2001). Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 91(1), 31-37
- Sánchez, L., Miñarro, J., Montoya, I., & Pérez, M., (2017). Trastorno mental y tipo de sustancia consumida: estudio piloto sobre la utilización de la Entrevista de Cribado de Patología Dual (ECDD). *Revista Internacional De Investigación En Adicciones*, 3(2), 12-20.
- Torrens, M. (2008). Patología dual: situación actual y retos de futuro. *Adicciones*, 20 (4), 315-319.
- Torrens, M., Mestre-Pintó, J., Montanari, L., Julian, V., & Domingo-Salvany, A. (2017). Patología Dual: una perspectiva europea. *Adicciones*, 29(1), 3-5.

Anexo 1

ECDD (criterios DSM-IV-R)

Apartado A: Ansiedad

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido una crisis de miedo o ansiedad en que de repente se sintió muy asustado, ansioso o intranquilo?
2. ¿Alguna vez ha tenido una crisis en que de repente: ¿se sintió incómodo, tuvo sensación de falta de aire, se sintió mareado, tuvo náuseas, tuvo latidos fuertes del corazón o pensó que podría perder el control, morir o volverse loco?
3. ¿Ha tenido miedo de tener una crisis de este tipo?
4. ¿Alguna vez ha tenido un periodo en su vida en que se preocupaba mucho más por las cosas que otras personas tenían los mismos problemas que usted?
5. ¿Alguna vez ha tenido un periodo en su vida en que estaba mucho más nervioso o ansioso que la mayoría de personas con los mismos problemas que usted?
6. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de seis meses o más en que estaba ansioso o preocupado la mayoría de los días?
7. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a insectos, serpientes, perros o cualquier otro animal?
8. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a estar en aguas tranquilas, como una piscina o un lago, o a fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos o relámpagos?
9. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a ir al dentista o al médico, ponerse una inyección, ver sangre o heridas, o estar en un hospital o en una consulta de un médico?
10. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a espacios cerrados, como cuevas, túneles, armarios o ascensores?
11. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a las alturas como tejados, balcones, puentes o escaleras altas?
12. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a volar, a viajar en avión o a los aviones?
13. ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes para usted debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?
14. ¿Ha habido algún periodo en su vida en que tuvo mucho miedo a situaciones sociales o actuaciones en público como dar una conferencia, conocer a personas

nuevas, ir a fiestas, hablar en público en una reunión, tener una cita para salir con alguien o utilizar baños públicos?

15. ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?
16. ¿Ha habido alguna vez en su vida en que tuvo mucho miedo de estar entre multitudes, ir a lugares públicos, viajar solo o viajar lejos de casa?
17. ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?

Apartado B: Afectivos

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido un período en que se encontraba triste, vacío o deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos semanas o más?
2. ¿Alguna vez en su vida ha tenido un periodo que durara dos años o más en que la mayoría de los días se sentía triste o deprimido acerca de cómo iban las cosas en su vida?
3. ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que se encontraba muy desanimado por cómo iban las cosas en su vida, la mayor parte del día, casi todos los días, durante dos semanas o más?
4. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de dos años o más en que la mayoría de los días se sentía muy desanimado acerca de cómo iban las cosas en su vida?
5. ¿Alguna vez ha tenido un periodo en que perdió el interés en la mayoría de las cosas de las que generalmente disfrutaba como el trabajo, aficiones y las relaciones personales, casi todos los días, durante dos semanas o más?
6. Durante ese período ¿se sintió cansado o bajo de energía casi todos los días a pesar de no haber trabajado mucho?
7. Durante ese período ¿tuvo casi todos los días mucha más dificultad de lo que le es habitual para concentrarse?
8. Durante ese período ¿Perdió la confianza en sí mismo, se sentía totalmente inútil o que no era tan capaz como otras personas casi todos los días?
9. Durante ese período ¿Pensaba con frecuencia en la muerte, ya fuera su propia muerte, la de otros o en la muerte en general?
10. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días en que estaba tan contento o excitado que se metió en problemas, que otras personas se preocuparon por usted, o que un médico le dijo que estaba maníaco o eufórico?

11. Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?
12. ¿Alguna vez en su vida ha tenido usted un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba muy irritable, gruñón o de mal humor?
13. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estaba tan irritable que discutía con otras personas, chillaba mucho o llegó a pegar a alguien?
14. Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

Apartado C: Psicosis

1. La primera experiencia es tener una visión, es decir, ver algo que no está realmente presente y que otras personas no ven. Por favor no incluya las veces en que esto le sucedió soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha tenido una visión que otras personas no pudieran ver?
 - a. Alguna vez cuando tuvo visiones, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?
 - b. Al desaparecer los efectos del alcohol o las drogas, ¿continuaron las visiones?
2. La segunda experiencia es oír voces que otras personas no oyen. No se trata de tener un buen oído, sino de oír cosas que otras personas dicen que no existen como voces extrañas que hablan o dicen cosas sobre usted viniendo desde dentro de su cabeza, o voces que vienen de fuera sin haber nadie alrededor. Por favor, no incluya las que oyó soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha oído voces de este tipo?
3. La tercera experiencia tiene que ver con el control de la mente. Por ejemplo, creer que una fuerza misteriosa, algo o alguien le está introduciendo en su cabeza pensamientos extraños que claramente no son los suyos o que le está robando sus propios pensamientos. ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas experiencias?
4. La cuarta experiencia es sentir su mente poseída por fuerzas extrañas, algo o alguien que le obliga a hacer cosas que no desea. No incluya las veces en que esto le sucedió soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha pasado un periodo en que sentía que su mente estaba dominada por fuerzas extrañas?

5. La quinta experiencia es creer que alguna fuerza extraña, algo o alguien intenta comunicarse directamente con usted enviándole signos o señales especiales que sólo usted entiende. A veces estas señales vienen por radio o televisión. ¿Alguna vez alguna fuerza extraña, algo o alguien ha intentado comunicarse con usted de esta forma?
6. Sexto, ¿alguna vez pensó que había una conspiración para hacerle daño o perseguirle, que su familia y amigos no creían que existiera?
 - a. ¿Cuántos años tenía la primera vez que...?
 - b. ¿Ha tenido esta experiencia en algún momento durante los últimos 12 meses?
 - c. ¿Alguna vez ha consultado a un médico o un profesional de la salud mental para pedir ayuda para esta experiencia?
 - d. ¿Cuál le dijo el médico que era la causa de esta experiencia?
 - e. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado debido a esta experiencia?
 - f. ¿Alguna vez tomó medicamentos para esta experiencia?

Apartado D: TDAH

1. Tengo problemas para acabar las cosas que empiezo.
2. Me cuesta mucho organizarme cuando tengo que preparar algo.
3. Olvido con facilidad mis obligaciones y compromisos.
4. Intento evitar hacer cosas en las que me tenga que concentrar.
5. No puedo estar sentado sin mover mis pies y mis manos.
6. Siento como si tuviese un motor dentro y no puedo estar quieto.

Apartado E: Postraumático

1. Las preguntas se refieren a acontecimientos muy estresantes como accidentes graves, atracos, violaciones, atentados terroristas, ser tomado como rehén, secuestros, incendios, descubrir un cadáver, muerte súbita de alguien cercano a usted, guerra o catástrofe. ¿Ha vivido o ha sido testigo de alguno de estos acontecimientos?
2. En algún momento después de este acontecimiento ¿ha revivido la experiencia de manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

Apartado F: Observaciones del entrevistador

1. ¿El sujeto parecía colocado o bajo la influencia del alcohol, algún fármaco o droga durante la entrevista?

2. ¿El sujeto parecía desorientado o confuso en algún momento de la entrevista?
3. ¿El sujeto estaba colaborador?

Anexo 2

ECDD-2 (criterios DSM-5)

Apartado A: Ansiedad

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido un ataque de pánico o ansiedad en que de repente se sintió muy asustado, ansioso o intranquilo sin saber por qué?
2. Ahora piensa en el peor ataque que recuerdes. De repente ¿sentiste que te ahogabas, que estabas mareado, que temblabas (PAUSA) que tenías náuseas o una fuerte presión en el pecho (PAUSA) llegaste a pensar que podías perder el control, morir o volverte loco?
3. ¿Hay personas que han sufrido estos ataques y que, durante un tiempo, se preocupan cada día y tienen miedo de volver a tener algún ataque? ¿Alguna vez ha tenido mucho miedo de tener un ataque como este casi cada día durante un mes?
 - a. ¿Cuándo fue la última vez que experimentaste este miedo continuado durante un mes seguido?
4. ¿Alguna vez en tu vida te has preocupado mucho más que otras personas por problemas similares a los tuyos?
5. ¿Has tenido un periodo de más de seis meses en que estuvieras muy ansioso o preocupado casi todos los días la mayor parte del día?
6. ¿Esa ansiedad continuada durante como mínimo 6 meses, ¿iba acompañada casi cada día de fatiga (PAUSA) irritabilidad (PAUSA) falta de concentración (PAUSA) tensión (PAUSA) problemas de sueño?
7. ¿Cuándo fue la última vez que estuviste durante 6 meses muy ansioso o preocupado casi todos los días?
8. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo a algún insectos o animales? (insectos, serpientes, perros)

9. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo a estar en aguas tranquilas, como una piscina o un lago, o a fenómenos atmosféricos, como tormentas, truenos o relámpagos?
10. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo a ir al dentista o al médico, ponerse una inyección, ver sangre o heridas, o estar en un hospital o en una consulta de un médico?
11. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo a espacios cerrados, (como cuevas, túneles, armarios o ascensores)?
12. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo a las alturas (como tejados, balcones, puentes o escaleras altas)?
13. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo a viajar en avión?
14. ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes para usted debido a este miedo?
15. ¿Cuándo fue la última vez que experimentaste estos problemas?
16. ¿Alguna vez has tenido mucho miedo de hablar en público (PAUSA) miedo a conocer gente nueva (PAUSA) miedo a ir de fiesta (PAUSA), miedo a tener una cita (PAUSA) o miedo a utilizar baños públicos?
17. ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes debido a este miedo?
18. ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?
19. ¿Alguna vez ha tenido mucho miedo de estar entre multitudes, ir a lugares públicos, viajar solo o viajar lejos de casa?
20. ¿Ha dejado de hacer cosas que eran importantes debido a este miedo? o ¿Ha tenido algún problema debido a este miedo?
21. ¿Cuándo fue la última vez que experimentaste este tipo de problemas?

Apartado B: Afectivos

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido un período dos semanas o más en que se encontraba triste, vacío o deprimido la mayor parte del día, casi todos los días?
2. ¿Alguna vez este estado de ánimo deprimido en el que casi cada día te sentías triste, vacío o deprimido, te ha durado como mínimo dos años?
3. ¿Alguna vez en su vida ha tenido un período dos semanas o más en que se encontraba muy desanimado por cómo iban las cosas en su vida, la mayor parte del día, casi todos los días?

4. ¿Alguna vez esta sensación de desánimo en que la mayoría de días te sentías muy desanimado(a) acerca de cómo iban las cosas en tu vida, te ha durado como mínimo dos años?
5. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de dos semanas o más en que perdiste el interés en la mayoría de las cosas de las que generalmente disfrutaba como el trabajo, aficiones y las relaciones personales, casi todos los días?
6. Durante el peor período, casi todos los días ¿te sentiste cansado o bajo de energía a pesar de no haber trabajado mucho?
7. Durante el peor período, casi todos los días ¿tenías muchas más dificultades de lo que le es habitual para concentrarte?
8. Durante ese período, casi todos los días ¿Perdiste la confianza en ti mismo, te sentía totalmente inútil o que no era tan capaz como otras personas?
9. Durante ese período ¿Pensaba con frecuencia en la muerte? ¿Puede ser que pensaras en tu propia muerte, la de otros o en la muerte en general?
10. ¿Cuándo fue la última vez que experimentaste este tipo de síntomas depresivos?
11. ¿Alguna vez ha tenido un periodo de varios días en que estuvieras tan eufórico que te metieras en muchos problemas, o que un médico te dijo que estabas maníaco?
12. Este periodo de euforia, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?
13. ¿Cuándo fue la última vez que experimentó este tipo de problemas?
14. ¿Alguna vez has tenido un periodo de varios días o más en que la mayor parte del tiempo estuvieras muy irritable, gruñón o de mal humor?
15. ¿Estabas tan irritable que discutimos continuamente (PAUSA) chillabas mucho (PAUSA) o incluso llegaste a pegar a alguien?
16. Este periodo, ¿duró al menos una semana, necesitó tratamiento médico o ingreso hospitalario?

Apartado C: Psicosis

1. La primera experiencia es tener una visión, es decir, ver algo que no está realmente presente y que otras personas no ven. Por favor no incluya las veces en que esto le sucedió soñando o medio dormido. ¿Alguna vez ha tenido una visión que otras personas no pudieran ver?
 - a) Alguna vez cuando tuvo visiones, ¿estaba bajo los efectos del alcohol o las drogas?

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

2. La segunda experiencia es oír voces que otras personas no oyen. No se trata de tener un buen oído, sino de oír cosas que otras personas dicen que no existen como voces extrañas en tu cabeza que hablan o dicen cosas sobre ti o voces que vienen de fuera sin haber nadie alrededor. ¿Alguna vez ha oído voces de este tipo?
3. La tercera experiencia tiene que ver con el control de la mente. Por ejemplo, creer que una fuerza misteriosa, algo o alguien le está introduciendo en su cabeza pensamientos extraños que claramente no son los suyos o que le está robando sus propios pensamientos. ¿Alguna vez ha tenido alguna de estas experiencias?
4. La cuarta experiencia es sentir su mente poseída por fuerzas extrañas, algo o alguien que le obliga a hacer cosas que no deseas. ¿Alguna vez ha pasado un periodo en que sentía que su mente estaba dominada por fuerzas extrañas?
5. La quinta experiencia es creer que alguna fuerza extraña, algo o alguien intenta comunicarse directamente con usted enviándole signos o señales especiales que sólo usted entiende. A veces estas señales vienen por radio o televisión. ¿Alguna vez alguna fuerza extraña, algo o alguien ha intentado comunicarse con usted de esta forma?
6. Sexto, ¿alguna vez pensó que había una conspiración para hacerle daño o perseguirle, que su familia y amigos no creían que existiera?
 1. ¿Cuántos años tenía la primera vez que...?
 2. ¿Ha tenido esta experiencia en algún momento durante los últimos 12 meses?
 3. ¿Alguna vez ha consultado a un médico o un profesional de la salud mental para pedir ayuda para esta experiencia?
 4. ¿Cuál le dijo el médico que era la causa de esta experiencia?
 5. ¿Alguna vez ha sido hospitalizado debido a esta experiencia?
 6. ¿Alguna vez tomó medicamentos para esta experiencia?

Apartado D: TDAH

1. Tengo problemas para acabar las cosas que empiezo.
2. Me cuesta mucho organizarme cuando tengo que preparar algo.
3. Olvido con facilidad mis obligaciones y compromisos.
4. Intento evitar hacer cosas en las que me tenga que concentrar.
5. No puedo estar sentado sin mover mis pies y mis manos.

6. Siento como si tuviese un motor dentro y no puedo estar quieto.

Apartado E: Postraumático

1. Alguna vez ¿ha vivido o ha sido testigo de un accidente grave (PAUSA) incendio (PAUSA) atraco (PAUSA) violación (“relación sexual no deseada”) (PAUSA) atentado terrorista (PAUSA) secuestro (PAUSA) muerte súbita de un ser querido (PAUSA) has descubierto un cadáver (PAUSA) o has vivido una guerra o una catástrofe?
2. En algún momento después de este acontecimiento ¿ha revivido la experiencia de manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?
3. ¿Cuándo fue la última vez que experimentaste esta angustia al recordar la experiencia?

Apartado F: Observaciones del entrevistador

1. ¿El sujeto parecía colocado o bajo la influencia del alcohol, algún fármaco o droga durante la entrevista?
2. ¿El sujeto parecía desorientado o confuso en algún momento de la entrevista?
3. ¿El sujeto estaba colaborador?