

ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO Y SÍNDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR EN PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL EN MANIZALES ENTRE 2021 Y 2023

Erika Manuela Ortega Jurado

**Universidad de Caldas
Facultad de Ciencias para la Salud, Departamento de Salud Mental y
Comportamiento Humano
Manizales, Colombia
2024**

ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO Y SÍNDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR EN PACIENTES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL EN MANIZALES ENTRE 2021 Y 2023

Erika Manuela Ortega Jurado

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de.

Especialista en Psiquiatría

Director:

PhD, Oscar Mauricio Castaño Ramírez.

Grupo de investigación:

Salud Mental y Comportamiento Humano Biopsique

Línea de investigación:

Salud Mental en el Departamento de Caldas

Universidad de Caldas

Facultad de Medicina, Departamento de Salud Mental y Comportamiento Humano

Manizales, Caldas

2024

Resumen

Introducción y objetivos: Este estudio investigó la posible relación entre el Trastorno Mental Severo y el Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA).

Métodos: Se llevó a cabo un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo con 60 pacientes hospitalizados por trastorno mental severo en la Clínica San Juan de Dios en Manizales. Estos pacientes fueron emparejados por sexo, edad y estrato socioeconómico con 60 controles sanos. La evaluación de trastorno mental severo se realizó mediante cuestionarios MINI, mientras que el SHA se evaluó con el cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo.

Resultados: Los resultados revelaron que no hay una relación estadísticamente significativa entre los participantes con diagnóstico de Trastorno Mental Severo y Síndrome de Hiperlaxitud Articular.

Conclusiones: No se encontró una asociación significativa entre El Trastorno Mental Severo y el Síndrome de Hiperlaxitud Articular. Estos hallazgos sugieren que, al menos en la muestra estudiada, no existe una relación significativa entre ambos fenómenos clínicos. Sin embargo existe relación estadísticamente significativa entre algunas características de las dimensiones del cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo y El Trastorno Mental Severo.

Palabras clave: Síndrome de Hiperlaxitud Articular, Trastorno Mental Severo, Endofenotipo Neuroconectivo.

Abstract:

Introduction and Objectives: This study investigated the potential relationship between Severe Mental Disorder and Joint Hypermobility Syndrome (JHS).

Methods: An observational, analytical, cross-sectional, and retrospective study was conducted with 60 patients hospitalized for severe mental disorder at the San Juan de Dios Clinic in Manizales. These patients were matched by gender, age, and socioeconomic status with 60 healthy controls. The assessment of severe mental disorder was conducted using MINI, while JHS was assessed using the Endophenotype Neuroconnective questionnaire.

Results: The results revealed that there is no statistically significant relationship between participants diagnosed with Severe Mental Disorder and Joint Hypermobility Syndrome.

Conclusions: No significant association was found between severe mental illness and Joint Hypermobility Syndrome. These findings suggest that, at least in the studied sample, there is no significant relationship between both clinical phenomena. There is a statistically significant relationship between some characteristics of the dimensions of the Endophenotype Neuroconnective questionnaire and severe mental disorders.

Keywords: Joint hypermobility syndrome, severe mental disorder, Neuroconnective endophenotype.

Tabla de contenido

Resumen.....	3
Abstract:.....	4
Introducción.....	8
Planteamiento del problema y justificación	11
Marco teórico.....	14
Hiperlaxitud Articular:.....	14
Síndrome de hiperlaxitud articular:.....	15
Trastorno mental severo:	24
Cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo:.....	25
Objetivos	32
Objetivo general:	32
Objetivos específicos:	32
Estrategia metodológica	33
Hipótesis del investigador:.....	33
Población y muestra	33
Población:.....	33
Cálculo de la muestra:.....	34
Criterios de inclusión (casos):	34
Criterios de inclusión (controles):.....	34
Criterios de exclusión:.....	35
Procedimiento:.....	35
Instrumentos aplicados:	35
Tabla de operacionalización de variables:.....	35
Análisis estadístico:.....	51
Aspectos éticos:	52
Resultados	53

Discusión.....	57
Conclusiones.....	61
Referencias bibliográficas	62
Anexos	67

Introducción

El Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA) se define como el aumento del rango de extensibilidad articular acompañado de síntomas intra o extraarticulares (1) teniendo en cuenta la edad, sexo y los antecedentes étnicos. Se debe a una alteración hereditaria de las fibras de colágeno, que provoca se afecten no solo los tejidos articulares, sino que también aparezcan daños en el resto de los tejidos. Se observa principalmente en las partes móviles del cuerpo: las articulaciones, los músculos, los tendones, los cartílagos, los ligamentos. Lo que conlleva a una mayor vulnerabilidad y un aumento de las probabilidades de lesiones a estos niveles (2).

El SHA se encuentra dentro de los Trastornos hereditarios del tejido conectivo que incluyen, además: el Síndrome de Marfan, la Osteogénesis Imperfecta y el Ehlers-Danlos (2). El diagnóstico de SHA requiere la presencia de articulaciones hipermóviles asociados a síntomas relacionados con la hipermovilidad. Pueden existir manifestaciones articulares o extraarticulares (3), por lo que algunos órganos se afectan al volverse más flexibles y débiles, lo que contribuye a que sean propensos a sufrir lesiones (4). Dentro de la sintomatología se han encontrado, además, alteración de la propiocepción, disautonomía y trastornos de ansiedad (5). Una de las manifestaciones comunes del SHA es el dolor crónico, el cual se ha asociado con trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. En varios estudios se ha sugerido que a ambas entidades se les puede atribuir un carácter genético, y comparten una base biológica (2); aunque se considera un síndrome benigno debido a su buen pronóstico en comparación con otros trastornos del tejido conectivo, se observa en quienes lo sufren que pueden presentar un padecimiento discapacitante (3).

En los últimos años se ha visto un aumento en las publicaciones que evalúan la relación entre el SHA y trastornos mentales como ansiedad, depresión, trastornos de la conducta alimentaria, autismo en los cuales se ha observado una relación estrecha entre las patologías anteriormente mencionados y el SHA principalmente en estudios de casos y controles en los que se refiere a las patologías primarias del pensamiento comórbido con ansiedad (5,6).

En la revisión de la literatura realizada por Bulbena et al. en 2017, se encontró una prevalencia de 42.5% de trastornos mentales en personas que padecen SHA,

especialmente depresión y ansiedad (7). Otros estudios han investigado la relación entre trastornos del estado de ánimo y SHA, en los cuales se evidenció un aumento en los síntomas depresivos en los pacientes con SHA, sin embargo, la investigación en esta área es significativamente más pequeña en comparación con los estudios realizados sobre los Trastornos de Ansiedad aislada (6), sin embargo, cuando los sujetos diagnosticados con SHA presentaban trastornos depresivos no se encontraron diferencias al controlar la ansiedad comórbida (8,9). En pacientes con esquizofrenia el SHA se relaciona con trastorno de pánico comórbido, la edad, y la presencia de síntomas positivos tales como: alucinaciones visuales, auditivas, ideas delirantes de tipo persecutorio y de núcleo de daño. (10)

Los pacientes con SHA tienen tendencia hacia una amplificación somatosensorial, aspecto que se relaciona con una mayor percepción de dolor o disminución de su tolerancia y las emociones negativas pueden aumentar esta experiencia sensorial. Por otra parte, los trastornos mentales frecuentemente se caracterizan por emociones negativas, lo cual podría empeorar los síntomas articulares o, por el contrario, la amplificación somatosensorial puede dar un exceso de información alarmante y conducir a un malestar psicológico, disminuyeron la funcionalidad del individuo (11,12,13). Es por esto que los trastornos mentales deben ser explorados y adecuadamente evaluados, ya que la sensación de dolor, los sentimientos negativos y la pobre regulación de las emociones están frecuentemente asociados (3)

El diagnóstico del SHA se realiza clínicamente, según el historial médico y el examen físico, utilizando el test de Beighton el cual evalúa los hallazgos músculo esqueléticos (10), además actualmente se aplica el cuestionario del Endofenotipo Neuroconectivo, el cual comprende diferentes dimensiones, incluyendo la conductual, la psicopatológica, los síntomas somáticos, los síntomas somatosensoriales y las enfermedades somáticas (1); todas ellas con bases genéticas, neurofisiológicas, de neuroimagen y clínicas que pueden usarse para elaborar el diagnóstico, ya que no hay pruebas de diagnóstico de laboratorio (p. ej., análisis de sangre, análisis genéticos moleculares, imágenes o patología) para el SHA. Pero este cuestionario permite acercarse hacia una base psicopatológica asociada a otras características clínicas de los pacientes (11).

El Trastorno Mental Severo se refieren a patologías de diferente naturaleza y nosología clínica que comparten la severidad y persistencia que se desarrolla a lo largo del tiempo; debe cumplir con estas características: síntomas severos y deterioro del comportamiento, discapacidad pronunciada en las habilidades básicas de la vida y curso prolongado de la enfermedad. Dentro de estos trastornos, encontramos: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y trastorno depresivo grave, con síntomas psicóticos o recurrente (12,13)

Con base en lo anterior, se propone el presente estudio con el fin de determinar la asociación del Trastorno Mental Severo con SHA en pacientes hospitalizados en la Clínica San Juan de Dios en la ciudad de Manizales – Colombia. Si bien se conoce que existe una clara asociación con los trastornos de ansiedad en países europeos, aún no se ha evaluado dicha asociación con otro tipo de patologías mentales y que ésta se desarrolle en países suramericanos.

La investigación se realizó a través de un estudio de casos y controles en el que se evaluó la hiperlaxitud articular, los síntomas somáticos, somatosensoriales por medio del cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo y los diagnósticos del Trastorno mental severo, por medio de la entrevista MINI.

Planteamiento del problema y justificación

En el Trastorno Mental Severo tiene en cuenta un conjunto de entidades de diferente naturaleza y nosología clínica con un criterio común de severidad y persistencia en el tiempo, con una tendencia al deterioro y a la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales de la persona afectada, es decir, un trastorno mental que tiene las siguientes características: síntomas severos y deterioro del comportamiento, discapacidad pronunciada en las habilidades básicas de la vida, curso prolongado de la enfermedad (12).

Los trastornos mentales más comunes asociados incluyen: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y trastorno depresivo grave, con síntomas psicóticos o recurrente (13).

Durante el año 2016 se registraron en Caldas 21.159 consultas externas relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento, de las cuales corresponden 44% a hombres y 56% a mujeres, de la totalidad de consultas el 18% hace referencia a trastornos de ansiedad, 15% a trastorno bipolar, 9% a trastorno depresivo recurrente, 6% a esquizofrenia (14).

El reumatólogo español Rotés (Rotés-Querol, 1957), uno de los pioneros en la descripción del SHA lo definió como un cuadro caracterizado por una mayor extensión de movimiento de las articulaciones, con un aumento de la distensibilidad en los movimientos pasivos e hiperlaxitud en los movimientos activos de la articulación, debido a una alteración hereditaria del colágeno, en ausencia de otra enfermedad reumatológica que lo explicara (15). La prevalencia estimada del SHA se encuentra entre el 10-20% en la población general, y es más frecuente en el sexo femenino, con una relación de 3:1 con respecto a los hombres y su aparición disminuye con el aumento de la edad (1). En ocasiones, la mayor flexibilidad debida al SHA puede ser útil para algunas actividades, sin embargo, puede producir también vulnerabilidad, en especial cuando se generaliza a muchas articulaciones (2).

Según Baeza-Velasco et al., 2014 varias entidades psiquiátricas se han asociado con SHA, no obstante, la evidencia acerca de esta relación es muy poca, y solo el vínculo entre los estados de ansiedad y SHA está bien establecido (2). A pesar de la necesidad de más investigación, los datos disponibles resaltan la importancia de explorar los síntomas psiquiátricos en pacientes con SHA que pueden tener un impacto negativo en el tratamiento, pronóstico y contribuir a la discapacidad, por lo que la relación entre SHA y las patologías psiquiátricas merece mayor atención para mejorar el conocimiento actual y aclarar una posible relación (6).

Aunque existe una clara evidencia de comorbilidades somáticas en las principales enfermedades psiquiátricas, las clasificaciones actuales lo ignoran y por ello, no se dispone de una propuesta nosológica clara para los cuadros psicopatológicos que se asocian clínicamente con trastornos somáticos y por tanto parece oportuno desarrollar un fenotipo que contenga tanto los rasgos psicopatológicos como los somáticos (7).

Actualmente se ha visto un aumento en las publicaciones que evalúan la relación entre el SHA y los trastornos psiquiátricos como ansiedad (la cual ha tenido mayor asociación), depresión, trastornos de la conducta alimentaria, autismo y trastornos afectivos. En los últimos estudios se ha encontrado relación con esquizofrenia, la cual anteriormente en la literatura sólo tenía reportes de casos (5,9). Aunque ya se han venido realizando investigaciones con cohortes más grandes, la literatura frente al tema sigue siendo escasa y aún se necesita indagar a profundidad esta relación y determinar qué variables ambientales y genéticas son las que pueden estar presentes en ambas patologías.

Es por esto que los problemas psiquiátricos y psicosociales deben ser explorados y adecuadamente evaluados, ya que el dolor, sentimientos negativos y pobre regulación de las emociones están frecuentemente asociados y la consideración de todos estos aspectos pueden ayudar a desarrollar protocolos adaptados de evidencia basada en psiquiatría tratamiento e intervenciones psicosociales (11).

La mayoría de estudios han sido realizados en pacientes con diagnóstico de Hiperlaxitud, pero no se ha explorado a fondo si el paciente con trastornos psiquiátricos puede tener síndrome de hiperlaxitud articular, ya que es una patología

infradiagnosticada debido a que con la edad disminuye la hiperlaxitud, pero no disminuyen sus complicaciones (2).

Por otro lado la problemática en salud mental a nivel mundial presenta tasas elevadas de discapacidad y mortalidad, por ejemplo, las personas con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad más alta de muerte prematura que la población en general, lo que se debe a la existencia de problemas de salud que, a menudo, no son atendidos y que pueden estar relacionados con otras enfermedades, como cáncer, enfermedades cardiovasculares, de transmisión sexual, o eventos derivados de distintas formas de violencia. La depresión representa el 4,3% de la carga mundial de morbilidad y se encuentra como una de las principales causas de discapacidad mundial especialmente en mujeres. Los principales trastornos de la población adulta se derivan de la depresión mayor, la distimia, la ansiedad, el abuso y la dependencia de alcohol, y según la OMS el impacto mundial acumulado por trastornos mentales, representado en pérdidas económicas, cerca de US\$16,3 billones entre 2011 y 2030. Para el año 2002 los años perdidos por discapacidad eran del 40,4%, de este porcentaje el 13,2% correspondía a trastornos depresivos, el 6,9% consumo de alcohol, el 2,9% a esquizofrenia, el 2,4% a trastorno bipolar y el 2,9% a trastornos por uso de drogas (10).

Teniendo en cuenta los altos índices presentados anteriormente a nivel mundial, la alta prevalencia de trastornos mentales en el departamento de Caldas, como se mencionó al inicio de este apartado y la falta de investigaciones relacionadas con el SHA, cobra gran importancia el presente estudio en el cual el problema y los objetivos planteados se fundamentan en la evaluación de la presencia de SHA y sus características clínicas en pacientes con enfermedad mental severa que son atendidos en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales - Colombia, para que se logre realizar un diagnóstico oportuno y posteriormente nos permita intervenir en el manejo de este tipo de pacientes.

La hipótesis planteada para la investigación se refiere a los pacientes con Trastorno Mental Severo que puedan tener una comorbilidad con el SHA y pasar desapercibida debido a que no se realiza una búsqueda activa.

Marco teórico

Hiperlaxitud Articular:

La Hiperlaxitud Articular se refiere a un aumento considerable con respecto a la movilidad de algunas articulaciones, es decir que aquellas personas que presenten esta condición están en la capacidad de mover sus articulaciones en un rango mucho más amplio en comparación con el resto de la población ya sea referente a los movimientos pasivos como a activos, como por ejemplo al tocar el piso con ambas palmas de las manos sin doblar las rodillas o llevar el pulgar en hiperextensión hacia el antebrazo. Esta particularidad puede resultar beneficiosa en aquellas personas como gimnastas, contorsionistas, nadadores e incluso algunos músicos (16)

La Hiperlaxitud Articular es usualmente asintomática y en algunas ocasiones detectada mediante una valoración sistemática de las articulaciones involucradas; su etiología sigue siendo desconocida pero una alteración en el colágeno se ha propuesto como una de las fuentes de origen, algunos autores proponen además, un potencial origen genético y se ha encontrado que puede predisponer a algunos individuos para el desarrollo de dolor articular e incluso algunos estudios lo han relacionado con lesiones tendinosas, mialgias, dolor de espalda, artralgias. Otros postulan que uno de los mecanismos se puede deber a la sobreestimulación de las terminaciones nerviosas nociceptivas las cuales son pobremente soportadas por un defecto en las fibrillas de colágeno (17).

El diagnóstico de Hiperlaxitud Articular implica medir la amplitud de los movimientos articulares y compararlos con valores considerados normales, para lo cual se han utilizado diferentes mediciones dentro de las que se encuentran: los criterios de Rotes, los criterios del Hospital del Mar, el score de Beighton, utilizado en esta investigación, teniendo en cuenta que es uno de los más utilizados debido a la cantidad de criterios que se evalúan y a la mayor facilidad en su aplicación con respecto a las otras mediciones, sin embargo es importante resaltar que se requiere de una adecuada capacitación para poder realizarlo (17,18)

La puntuación de Beighton se refiere a un conjunto de maniobras que se utilizan para la evaluación de la Hiperlaxitud Articular la cual se emplea como una herramienta clínica con fines diagnósticos, esta técnica emplea 9 maniobras rápidas de realizar, las cuales incluyen: dorsiflexión de la quinta articulación metacarpofalángica mayor o igual a 90 grados, oponer el pulgar a la cara del antebrazo ipsilateral, hiperextender el codo mayor o igual a 10 grados, hiperextensión de la rodilla mayor o igual a 10 grados, estas se miden bilateralmente, y finalmente colocar las manos apoyadas en el suelo sin doblar las rodillas. Con una puntuación total de máximo 9 puntos, para los adultos con un punto de corte de al menos 4 de 9 puntos, es positivo para Hiperlaxitud Articular. Las mediciones obtenidas con el goniómetro y la puntuación de Beighton pueden verse influenciadas por la edad, el sexo, el origen étnico y la condición física, con una especificidad alta del 80% (19,20)

Síndrome de hiperlaxitud articular:

Es importante conocer que posterior al año 2017 se realizó una actualización en la nomenclatura y al SHA (Síndrome de Hiperlaxitud Articular) se le dio la terminología de Trastornos del Espectro de la Hiperlaxitud por parte de algunos autores (19), para fines prácticos y debido a la gran cantidad de literatura existente sobre esta enfermedad previo al año 2017 continuaremos utilizando el término de SHA.

Frecuentemente la Hiperlaxitud Articular se presenta junto a molestias en el aparato locomotor, cardiovascular, gastrointestinal, entre otros, por lo que algunos reumatólogos lo han definido como Síndrome de Hiperlaxitud Articular. Este se empezó a mencionar en el año 1957 por el Dr Rotés-Queroll y Argany, quienes identificaron que la hiperlaxitud se relacionaba con diferentes patologías del aparato locomotor, en ausencia de enfermedad reumatológica que lo explicara (16).

Es una enfermedad hereditaria del colágeno y puede tener manifestaciones tanto articulares como extraarticulares, pero estas se relacionan con el tejido conectivo, por ejemplo: lumbalgias, artralgiás, reumatismos, compromiso de los tejidos blandos, luxaciones recurrentes, escoliosis infantil, varices, hernias, tendencia a sufrir

moretones, cicatrices hipertróficas, prolapsos viscerales, neumotórax, fibromialgia, disautonomía, trastornos de pánico, asma, síndrome de intestino irritable, disfunción tiroidea, entre otras (16,21).

- Epidemiología y etiología

Tiene una prevalencia estimada entre 1 en 600 y 1 en 900 (19) es más frecuente en mujeres en una relación 3:1, en hombres se observa en un 10-30%, mayor en individuos de descendencia africana y asiática. De acuerdo al estudio de Adib y colaboradores se observó en los antecedentes familiares que quienes tienen familiares de primer grado que padecen hiperlaxitud articular, esta se presenta en 63% y en 27% de los familiares de segundo grado, por lo cual se demuestra que hay un fuerte componente genético en esta condición, el cual es autosómico dominante e incluso se ha identificado mutaciones en el gen de la fibrilina en familias con SHA (20).

No existen como tal hallazgos genéticos, pero si hay casos controvertidos en los que se ha encontrado mutaciones en la tenascina XB y el gen del colágeno tipo III alfa I. También se han encontrado niveles elevados de proteínas como las APOB y TTR las cuales están relacionadas con el riesgo cardiovascular y también se han observado en pacientes con osteoartritis (20,22). Hermanns-Le encontró que las fibrillas de colágeno eran de un diámetro que variaba unas de otras y también que el espacio interfibrilar presentaba abundante material granulo filamentoso así como anomalías en las fibras elásticas en un 76%, como por ejemplo fragmentación, microcalcificaciones e inclusiones de densidad aumentada en la matriz de la elastina y glóbulos de ácido hialurónico de forma estrellada y depósitos granulo-filamentosos en la matriz intersticial, pero esto no es concluyente para dar por hecho una etiología determinante (23).

Además de la predisposición genética anteriormente mencionada también existen otras teorías las cuales señalan la importancia de la sobrecarga a nivel biomecánico localizado y a la lesión crónica de los tejidos blandos que se presenta por la hiperlaxitud e inestabilidad de las articulaciones. Adicionalmente los traumatismos repetitivos pueden generar una cinemática alterada que lleva a la sobrecarga en

otras articulaciones y mayor lesión que se evidencia como artralgias y dolor musculoesquelético difuso (24)

El SHA es parte de un grupo de trastornos hereditarios del tejido conectivo que incluyen el síndrome de Marfan, Ehlers Danlos y osteogénesis imperfecta. Estos presentan una sobreposición fenotípica, específicamente con el síndrome de Ehler Danlos tipo hiper móvil (SED-H), pero históricamente se ha catalogado una forma más benigna, adicionalmente el SHA no cumple con los criterios diagnósticos del SED-H (20,24).

- *Clínica:*

Referente a las manifestaciones clínicas la literatura nos menciona que el inicio se puede presentar en la infancia, tiene una presentación muy variable, pero la mayoría de estos pacientes llaman la atención debido a las molestias articulares (20,25).

Dolor y fatiga: el dolor que puede ser de tipo neuropático (neurogénico) y nociceptivo (inflamatorio). El neuropático es el dolor relacionado directamente con la lesión del sistema nervioso, involucrando la transmisión y la modulación, como por ejemplo en la fibromialgia, enfermedad intestinal funcional y cefalea ocasionada por una exacerbación anormal de la intensidad del desarrollo del dolor por estímulos viscerales y externos del sistema nervioso central (26), el dolor puede involucrar cualquier articulación pero es más común la rodilla y el tobillo, la actividad física repetitiva lo exacerba (27).

La fatiga es otro de los síntomas importantes que aparece en aproximadamente el 84% de los individuos, la cual podría llegar a ser tan intensa que en ocasiones cumple con los criterios de síndrome de fatiga crónica; esta comparte componentes con el dolor puesto que son asuntos comunes con hiperestesia resultante de una nocicepción aumentada de los tejidos estirados; el dolor resulta con frecuencia en inactividad con desacondicionamiento que incrementa los síntomas cuyo posible mecanismo incluye la susceptibilidad de los individuos con hipermovilidad elevada al dolor y/o una perturbación del control autonómico. La fatiga resulta en un empeoramiento con la actividad física y alteraciones en la marcha. El dolor

generalmente es descrito como sordo, algunas veces autolimitado pero otras veces constante, ocasionalmente inicia en horas de la tarde (20,28).

Disautonomía: aproximadamente el 75% de los pacientes que presentan esta condición padecen estos síntomas debido a que hay un incremento del tono simpático y una reducción de la reactividad simpática a los estímulos con lo cual se genera que presenten síntomas como ortostatismo, malestar gastrointestinal, distensión abdominal, náuseas, emesis postprandiales, incremento en la sudoración, fenómeno de Reynaud; lo que se puede deber a la neuropatía periférica, el incremento en la distensibilidad vascular y la activación simpática inducida por el dolor (29).

Otro punto a tener en cuenta es la prevalencia de manifestaciones no musculoesqueléticas referidas por los pacientes donde encontraron síntomas como: pre-síncope, mareos, palpitaciones, sensación de dificultad para respirar, náuseas, dolor de estómago, diarrea, rash, dificultades para conciliar el sueño. Con lo que se concluyó que estas manifestaciones son comunes en individuos con SHA, y pueden experimentar mayor fatiga, ansiedad, migraña, arritmias, que el resto de la población; y si bien, las bases fisiopatológicas no son bien conocidas, estas se deben explorar más a fondo debido al riesgo importante de disfunción autonómica (30).

Por tanto, la anamnesis y el examen físico son fundamentales ya que no existen pruebas de laboratorio ni radiológicas que nos confirmen este diagnóstico.

Dolor abdominal pélvico y trastornos gastrointestinales: este tipo de dolor que muchos lo definen como inexplicable es una queja muy común entre los pacientes, aproximadamente el 86% lo padecen (31), de igual manera se presentan implicaciones en otros trastornos gastrointestinales estructurales y funcionales como: dispepsia, reflujo gastroesofágico, síndrome de intestino irritable, constipación funcional, constipación por tránsito intestinal lento, incontinencia fecal, retardo en vaciamiento gástrico y enfermedad de Crohn. Así como síntomas a este nivel como dolor abdominal, hinchazón, náusea, reflujo, disfagia, vómito y constipación. En un estudio realizado en 2016 por Laszkowska y colaboradores se encontró asociación entre enfermedad celíaca Ehrles Danlos y SHA (20).

La explicación de lo anteriormente expuesto corresponde a la disautonomía como la laxitud del colágeno que comprende el tracto gastrointestinal, lo cual podría deberse a la generación del dolor. Debido a la disminución en los umbrales del dolor en pacientes con SHA, esta sensación puede amplificarse aún más. El dolor abdominal puede deberse a otras causas como por ejemplo que la laxitud anormal podría causar prolapso pélvico ya que la literatura nos reporta que la tasa de hiperlaxitud en mujeres con este padecimiento llega al 54% (32).

Prolapso de la válvula mitral: Se ha reportado en la literatura algunos casos como por ejemplo el estudio desarrollado en 75 mujeres con fibromialgia, el cual evidenció que el SHA y el prolapso de válvula mitral fueron comunes en pacientes con fibromialgia, por lo que se concluyó que el SHA sirve como factor de riesgo de esta enfermedad entre pacientes con fibromialgia (33)

Cefalea: es un síntoma frecuente en este tipo de pacientes, dentro de los cuales encontramos la migraña en aproximadamente un 75% de los individuos, pero también se evidencian otros tipos de cefalea como la debida a tensión y cervicogénica. Esta condición se debe posiblemente a una vasculopatía intracraneal que causa vasoconstricción cerebral reversible, también se ha documentado disfunción de la articulación temporomandibular, dolor miofascial unilateral, malformación de Chiari; el hecho de presentar una amplificación del dolor, hiperalgesia muscular local y el movimiento constante del cuello pueden intensificar la cefalea crónica persistente (30,34).

El cambio en el tejido conectivo en SHA puede ocasionar reactividad vascular que predispone al desarrollo de migraña, también es posible que esté asociado a disautonomía que ocasiona la misma como el síndrome de taquicardia postural ortostática; exámenes autonómicos revelan evidencia de hiperactividad a y b adrenérgica en pacientes con SHA (34).

Trastornos de ansiedad: en esta área es donde esta relación parece ser más significativa y mejor estudiada. En 1993 Bulbena et al. publicaron un estudio en

España en el que encontraron que un 43% de los pacientes con Hiperlaxitud Articular tenían algún tipo de trastorno de ansiedad, también se ha encontrado asociación con trastornos de pánico en un 61.8% y existen evidencias de un estudio de cohorte que evaluó la incidencia de estos trastornos en población con SHA, encontrando que ésta con respecto a agorafobia y trastornos de pánico fue significativamente mayor en el grupo SHA (41,4%) comparado con los controles (1.9%), con un riesgo relativo de 22.3 [intervalo de confianza del 95% (IC) 4.6-108.7, $P < 0.001$]. La incidencia de la fobia social y de la fobia simple fue a su vez significativamente mayor en el grupo del SHA [Riesgo Relativo (RR)= 6.52, 95% IC 1.7-24.2, $P < 0.001$ y un RR=3.31, 95% IC 1.1-9.6, $P = 0.02$ respectivamente (22).

También se publicó un estudio en Turquía en el cual se confirmó la asociación entre el trastorno de pánico y el SHA, fue un estudio de casos y controles, aunque no hay información de las características de la muestra si se identificó que la prevalencia de trastornos de pánico en pacientes con SHA fué significativamente mayor que en los controles. En el año 2010 se realizó un estudio de casos y controles con una muestra de 220 pacientes divididos en 4 grupos: el grupo número 1 con pacientes con trastornos de pánico $n = 55$, el grupo número 2 quienes debutaron con patología psiquiátrica $n = 55$, grupo número 3 $n = 55$ grupo de fibromialgia, y grupo número 4 $n = 55$, grupo control sin patologías.

Los principales resultados observados en el estudio indicado anteriormente fueron una prevalencia mayor de SHA en pacientes con trastorno de pánico en comparación con los controles sanos, por lo que hay una correlación significativa entre el número de los criterios de Beighton y la escala de pánico y agorafobia. Entre pacientes con trastorno de pánico el subgrupo con SHA fue más joven y los resultados en la escala de pánico y agorafobia fue más alta que en pacientes con trastorno de pánico sin SHA. Desde el punto de vista clínico la única diferencia fue que los pacientes con trastorno de pánico con SHA presentaron temblores y escalofríos o sofocos más frecuente que el grupo sin SHA. Sin embargo, el número total y la severidad de síntomas de pánico y la edad de inicio del trastorno fue similar (35).

Referente a la etología se han mencionado diferentes hipótesis como por ejemplo una susceptibilidad genética común ya que el SHA es aceptado como un desorden

del tejido conectivo el cual es heredable asociado con una hiperlaxitud generalizada del colágeno caracterizada por un incremento en la movilidad tanto activa como pasiva de las articulaciones (36). También se ha demostrado que el SHA y los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia similar en la población en general, entre el 10% y 15%, con un predominio en el género femenino 3:1 y que muchos síntomas somáticos asociados con SHA (artralgias, cefalea, asma, prolapso de la válvula mitral), problemas gastrointestinales como reflujo gastroesofágico, síndrome de colon irritable, enfermedades funcionales como fibromialgia, fatiga crónica son comunes en individuos con ansiedad. Estos datos llevan a algunos autores a defender la idea de que los trastornos médicos comórbidos encontrados en la ansiedad están realmente asociados con el SHA y son secundarios a un trastorno del tejido conectivo (37).

En consecuencia, varios autores sugieren que los médicos deberían evaluar la existencia de afecciones médicas, incluido el SHA, en pacientes con ansiedad (35).

Trastornos depresivos: Referente a este tipo de trastornos la literatura reportada es más escasa, se conocen de dos estudios en los cuales se evaluó la distimia y la depresión mayor en individuos con SHA mediante entrevistas estructuradas y no se evidenciaron diferencias significativas cuando se controló por la presencia de ansiedad, en otro estudio en el que evaluaron síntomas depresivos, encontraron puntuaciones más altas en personas con SHA. En un metaanálisis de Smith en el 2014 concluyó que los pacientes con SHA mostraban más síntomas depresivos y ansiosos. Los últimos hallazgos sugieren que en la población con SHA hay una mayor prevalencia de patologías psiquiátricas, aproximadamente un 42.5% siendo la depresión y la ansiedad las más comunes (22).

Trastorno bipolar: La fisiopatología por la cual el SHA precipita diversos trastornos psiquiátricos incluyendo el Trastorno Bipolar aún no está clara. Esto podría deberse en parte al miedo y la ansiedad asociados con posibles nuevas lesiones. Además, la carga de enfermedad en el SHA puede contribuir a una mala calidad de vida y a un mayor riesgo de depresión e intento de suicidio (38). Sin embargo, tales explicaciones no pudieron aclarar la asociación entre el SHA y el TB, considerado como un trastorno psiquiátrico progresivo, crónico y episódico con etiología

multifactorial y fuerte heredabilidad. El TB que ocurre en asociación con el SHA puede atribuirse a factores estresantes psicosociales secundarios al SHA o tal vez una asociación casual (39).

Otro posible vínculo etiológico entre el SHA y el TB parece ser genético. La evidencia reciente sugiere que el TB no surge simplemente debido a desequilibrios de neurotransmisores, sino que es el resultado de una modulación sináptica y de una plasticidad neuronal deterioradas en vías cruciales que median las funciones cognitivas y afectivas (40). Se puede plantear la hipótesis de que la mutación en el gen de la fibrilina puede predisponer a los pacientes con SHA a anomalías del desarrollo neurológico que pueden manifestarse como trastornos psiquiátricos como el TB. Un estudio reciente de asociación de todo el genoma basado en polimorfismos de un solo nucleótido también indicó que el FBN1 polimórfico aumenta la susceptibilidad al TB (41) y aunque el SHA no se considera principalmente una afección inflamatoria, un análisis de registros médicos electrónicos mostró su asociación con enfermedades autoinmunes/ trastornos inflamatorios (42). Dado que se reconoce que la neuroinflamación es un mediador importante de la etiopatogenia del TB (43) es necesario considerar la posibilidad de un proceso inflamatorio compartido.

En conclusión, estas coexistencias de trastornos hereditarios nos ayudan a comprender mejor la neurobiología de ambos trastornos, especialmente el papel de los genes asociados con el SHA y el papel de las proteínas del tejido conectivo en la fisiopatología del TB.

Psicosis: el vínculo entre la hipermovilidad y la psicosis de tipo esquizofrenia sigue siendo mucho menos evidente que el observado en relación con la ansiedad y los trastornos afectivos y alimentarios. Un estudio de casos y controles informó una prevalencia similar de SHA en pacientes con esquizofrenia y controles (44), un hallazgo que se confirmó en un estudio de cohorte de población emparejada. Incluso en pacientes psiquiátricos ambulatorios, se informó que la esquizofrenia se asocia negativamente con la hipermovilidad (45). Sin embargo, la hipermovilidad está implicada como marcador clínico de ansiedad comórbida en la esquizofrenia: los pacientes con hipermovilidad comórbida y esquizofrenia expresan tasas elevadas de

trastorno de pánico/agorafobia, lo que exacerba los síntomas psicóticos positivos (10).

- Tratamiento:

El manejo de estos pacientes debe ser individualizado según los síntomas que presente cada individuo (dolor, trastornos gastrointestinales, trastornos psiquiátricos,) e idealmente debe ser un manejo interdisciplinario incluida la psicoeducación tanto al paciente como a la familia (46).

En algunos ensayos aleatorizados se menciona que uno de los pilares fundamentales para el manejo del dolor en estos pacientes, es el tratamiento fisioterapéutico con lo que se ha demostrado la reducción del dolor en aproximadamente un 30-40% posterior a 6 y 8 semanas de ejercicios supervisados, con sesiones las cuales incluyen ejercicios de fortalecimiento, estiramientos suaves, mejora de propiocepción (20).

Actualmente no se han encontrado estudios que mencione sobre los fármacos más efectivos en este tipo de pacientes, sin embargo, es conocido que hay una tendencia a tomar más ansiolíticos y antidepresivos (22) debido a la sintomatología afectiva y ansiosa pero también debido al papel analgésico que tienen algunos de los medicamentos antidepresivos, pues comparten vías neurológicas comunes.

También se ha evidenciado en la literatura el desarrollo de tratamientos psicoterapéuticos que contribuyen a mejorar las estrategias de afrontamiento para contrarrestar la mayor percepción del dolor, aumento en las ideas de catastrofización, siendo una de las más eficaces la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) con la cual se ha visto que este tipo de tratamiento es más exitoso cuando se combina con el manejo fisioterapéutico y en algunos casos farmacológico. Los resultados han mostrado mejoría en la autoeficacia, catastrofismo, síntomas depresivos, ansiosos, frustración, impacto del dolor e intensidad media del mismo (47).

Trastorno mental severo:

Hace referencia a un conjunto de entidades de diferente naturaleza y nosología clínica con un criterio común de severidad y persistencia en el tiempo, con una tendencia al deterioro y a la alteración de las relaciones personales, familiares y sociales de la persona afectada, es decir, un trastorno mental que tiene cada una de las siguientes características (12):

- Síntomas severos y deterioro del comportamiento.
- Discapacidad pronunciada en las habilidades básicas de la vida.
- Curso prolongado de la enfermedad

Los trastornos mentales más comúnmente asociados con este término incluyen: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar y depresión con síntomas psicóticos o recurrente (13).

Esquizofrenia: un síndrome clínico heterogéneo, cuyos síntomas comprenden todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. Un trastorno mental que incluye psicosis crónica o recurrente, comúnmente asociada con déficits sociales y ocupacionales, que típicamente conlleva síntomas positivos como alucinaciones y/o delirios, síntomas negativos, como abulia, discurso desorganizado, afecto plano, pobreza en el discurso y déficits cognitivos que incluyen la atención, memoria, y funciones ejecutivas, que duren por lo menos 6 meses, en ausencia de otro diagnóstico que pueda explicarlo mejor (48).

Trastorno esquizoafectivo: se caracteriza por síntomas de esquizofrenia con episodios maníacos o un componente depresivo significativo, donde la psicosis puede ocurrir y sucede en ausencia de un episodio del estado de ánimo (48).

Trastorno bipolar: trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por episodios de manía o hipomanía y depresión mayor, donde el episodio del estado de ánimo inicial del trastorno bipolar puede ser depresivo. La manía y la depresión mayor bipolar a menudo van acompañadas de características psicóticas, y por definición, la psicosis no ocurre en la hipomanía, y en el curso del trastorno algunos pacientes sintomáticos

remiten y se vuelven eufímicos, mientras que otros pacientes cambian inmediatamente de un tipo de síndrome a otro sin un período intermedio de eutimia (48).

Trastorno de depresión mayor: se caracteriza por un periodo de tiempo de al menos dos semanas en la cual se presenta alteración en el estado de ánimo, tristeza, compromiso en el apetito y sueño, anhedonia, desánimo, desesperanza, fatiga, pérdida de energía, ideas de muerte, minusvalía, a la cual se le pueden sobreagregar delirios y alucinaciones, configurando así la depresión con síntomas psicóticos o volverse reincidente configurándose como recurrente (48).

Como se ha mencionado anteriormente según Baeza-Velasco et al., 2014 varias entidades psiquiátricas se han asociado con SHA, sin embargo, la evidencia sobre algunas de estas es muy poca, y solo el vínculo entre los estados de ansiedad y SHA está bien establecido. A pesar de la necesidad de más investigación, los datos disponibles resaltan la importancia de explorar los síntomas psiquiátricos en pacientes con SHA que pueden tener un impacto negativo en el tratamiento y pronóstico y de esta forma contribuir a la discapacidad, por lo que la relación entre SHA y las patologías psiquiátricas merece más atención para mejorar el conocimiento actual y aclarar una posible etiología común (5).

El equipo de investigación clínica de Bulbena et al., 2015 ha desarrollado el Endofenotipo Neuroconectivo con el fin de definir un modelo de enfermedad más comprensivo para mejorar el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con SHA. (22)

Cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo:

Se desarrolló este modelo para recopilar y evaluar todas las características somáticas y psicológicas observadas con mayor frecuencia en pacientes que padecen ansiedad, otros trastornos y SHA (49). Validado en mayo del 2023, el término para el nuevo concepto incluye componentes “neuro” y “conectivo”, apelando tanto a la conectividad cuerpo-mente como al tejido conectivo, mientras

que el prefijo “endo” se utiliza porque el fenotipo tiene un componente genético SHA (50).

El EN incluye las siguientes cinco dimensiones:

1. Sensibilidad sensorial: que conlleva, entre otros, alta sensibilidad olfativa, visual y auditiva, alta interocepción y exterocepción, baja propiocepción, suspiros, sensación de disnea y fatiga, inestabilidad, palpitaciones, disfagia, disurias urogenitales u orales, dolor (articular o visceral) e intolerancias o sensibilidades aumentadas al calor o al frío, al clima y a las drogas (particularmente psicotrópicas).
2. Los signos y síntomas corporales: incluyen esguinces y dislocaciones, fácil formación de hematomas, especialmente entre mujeres, escleróticas oscuras o azuladas, cicatrices hipertróficas o queloides, disautonomía, dolor abdominal, distensión abdominal, globo faríngeo, somatotipo ectomórfico, prolapsos y alergias.
3. Las afecciones somáticas: incluyen síndrome del intestino irritable, fibromialgia, fatiga crónica, síndrome de taquicardia postural, síndrome de la mandíbula temporomandibular, activación de mastocitos, vértigo posicional benigno, hipotiroidismo, asma, migraña, dolor de cabeza tensional, inestabilidad cervical, esófago disfuncional, intolerancia al gluten y bruxismo.
4. Estrategias de comportamiento polar: este bloque reúne algunas estrategias adaptativas y de defensa, generalmente identificables por su tendencia hacia los dos extremos de un mismo eje. Los cinco ejes del modelo son yo-otros, supercontrol-descontrol, lucha-huida, evitación-intrusión y aislamiento-dependencia.
5. Psicológico y psicopatológico (características y sensaciones): es un bloque que incluye una variedad de síntomas de ansiedad, depresión y diagnósticos psiquiátricos, pero también algunas características de resiliencia, como “En

una situación de emergencia real, ¿encuentras soluciones rápidamente, es decir, eres de los que reaccionan eficazmente para solucionarla?"; "En momentos de discusión y pelea, ¿eres especialmente capaz y buen guerrero?" (50)

La importancia del EN surge de su potencial para evaluar a pacientes psiquiátricos y psicosomáticos de manera global, centrándose en signos y síntomas tanto "mentales" como "somáticos". Este nuevo constructo clínico se ha desarrollado con la participación activa de los pacientes e incluye no sólo síntomas y signos sino también características de resiliencia. Con el nuevo enfoque que ofrece el EN, los pacientes pueden mejorar su conocimiento sobre sus síntomas, percepciones y posteriormente, alcanzar una mayor comprensión y mejor manejo de su enfermedad. Áreas a menudo descuidadas, como la percepción corporal (51) y propiocepción son particularmente importantes en el EN, que introduce la evaluación sistemática de estas percepciones subjetivas, cuya presencia tanto en sujetos con SHA como en pacientes con ansiedad es común y tiene un gran valor (50)

El Cuestionario EN fue desarrollado para evaluar las cinco dimensiones del modelo. La información se recopila a través de cuatro cuestionarios autoadministrados (sensibilidad sensorial, signos y síntomas corporales, estrategias de comportamiento polar y características psicológicas) y otra parte de diagnóstico estructurado que debe ser completado por un observador capacitado. Esta parte heteroadministrada incorpora (a) diagnósticos psiquiátricos (utilizando criterios estructurados, por ejemplo, MINI), (b) diagnóstico de trastornos somáticos, utilizando criterios estructurados, y (c) evaluación de criterios de hiperlaxitud articular.(50)

La escala de sensibilidad sensorial incluye 19 preguntas autoadministradas con múltiples respuestas tipo Likert con cinco respuestas (nada = 0, un poco = 1, bastante = 2, mucho = 3, muchísimo = 4).

La escala de signos y síntomas corporales consta de 20 preguntas con respuestas de sí/no que incluyen la presencia de manifestaciones corporales a menudo asociadas con el SHA. Se agrega calibración del dolor en forma de intensidad (Sin dolor = 0, leve = 1, incomodo = 2, estresante = 3, horrible = 4, insoportable = 5) y una cifra para localizar el sitio (50).

La escala de estrategias de comportamiento polar, captura algunos patrones de adaptación y defensivos, generalmente identificables por su tendencia hacia los dos extremos del mismo eje. Los cinco ejes de este bloque son los siguientes: yo-otros, supercontrol-descontrol, lucha-huida, evitación-intrusión y aislamiento-dependencia.

La dimensión psicológica y psicopatológica (características y sensaciones) incluye 29 preguntas autoadministradas con múltiples respuestas tipo Likert con cinco respuestas (nada = 0, un poco = 1, bastante = 2, mucho = 3, muchísimo = 4) (50).

El componente heteroadministrado aplicado por un entrevistador capacitado incluye lo siguiente: Diagnóstico psiquiátrico en forma sí/no (forma categórica), siguiendo siempre el sistema de entrevista MINI utilizando criterios homogéneos. Se recomienda recopilar la prevalencia a lo largo de la vida (50).

Diagnóstico de condiciones somáticas en forma de sí/no con un total de 15 diagnósticos somáticos recopilados (más un campo abierto) utilizando criterios de diagnóstico definidos. Este bloque también incluye el examen clínico de hiperlaxitud articular utilizando la escala validada de nueve ítems, que incluye todos los criterios de Beighton (18). Esta escala de nueve ítems se superpone sustancialmente, pero la diferencia es que la escala de nueve ítems requiere que solo un lado del cuerpo sea positivo, mientras que la escala de Beighton permite un punto para cada lado en varios ítems. Siempre la utilizamos como complementaria a la escala de Beighton. Es importante recordar que estas escalas sólo pueden ser evaluadas por médicos que hayan sido previamente capacitados y validados por un experto en esta condición (50).

Para su validación se invitó a participar en el estudio a un total de 38 pacientes de la Unidad de Ansiedad del Hospital del Mar (Parc de Salut Mar, Barcelona) y 38 controles emparejados; Se obtuvo el consentimiento informado de cada participante antes de ingresar al estudio, los criterios de inclusión abarcaron personas con edades comprendidas entre 18 y 75 años y residentes en la provincia de Barcelona, la consistencia interna medida por el alfa de Cronbach, fue de 0,866 para la escala de sensibilidad sensorial de 19 ítems, de 0,763 para la escala de signos y síntomas

corporales de 20 ítems, de 0,876 para la escala de características y sensaciones psicológicas de 30 ítems, de 0,724 para la escala de 5 ítems de estrategias de conducta polar, y 0,792 para la escala de hipermovilidad de 9 ítems (50).

Finalmente, el instrumento propuesto para este nuevo endofenotipo clínico mostró buenos estándares psicométricos de confiabilidad y validez, la consistencia interna alcanzó cifras aceptables para cada escala. La confiabilidad test-retest fue bastante satisfactoria ya que la mayoría de los coeficientes estaban por encima de 0,8 y los valores kappa entre examinadores obtenidos estaban dentro de un rango similar (50).

Entrevista MINI (The Mini-International Neuropsychiatric Interview)

Las entrevistas de diagnóstico estructuradas se utilizan cada vez con más frecuencia en psiquiatría. Utilizadas por primera vez para estandarizar la recopilación de datos en estudios de epidemiología psiquiátrica, ahora se han convertido en la norma para garantizar que los pacientes que ingresan a ensayos clínicos multicéntricos cumplan consistentemente con los criterios de diagnóstico. Se están adoptando entrevistas clínicas estructuradas para garantizar la precisión diagnóstica para el seguimiento de resultados en entornos no relacionados con la investigación. A diferencia de la entrevista clínica habitual, los diagnósticos estructurados permiten comparaciones entre centros clínicos y tienen la capacidad de reducir la variabilidad en el diagnóstico en aras de mejorar la calidad de la atención (52).

Se desarrollaron por primera vez en centros académicos, reflejaron el interés del académico en detalle, exactitud y precisión. La desventaja de este enfoque detallado fue que muchas de las primeras entrevistas fueron largas y a menudo difíciles y engorrosos de utilizar, requerían una amplia formación y también exigían experiencia y conocimientos técnicos en psiquiatría o psicología, costosas de administrar, lo que constituyó en muchas dificultades para su uso clínico generalizado (52).

Debido a los obstáculos anteriormente mencionados se vio la necesidad de una entrevista estructurada que cerraría la brecha entre lo detallado y académico, y

estaría más orientada a la investigación y la proyección, diseñada para atención primaria, más corta que las típicas, una entrevista de investigación pero más completa que la prueba de detección, un instrumento de este tipo podría proporcionar una menor alternativa costosa en ensayos clínicos internacionales y ser utilizado en entornos clínicos de psiquiatría. Teniendo esto en cuenta se inició el desarrollo de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), con los siguientes objetivos: que fuera un instrumento corto y económico, simple, claro y fácil de administrar, altamente sensible, es decir, una alta proporción de pacientes con un trastorno debe ser detectado por el instrumento, específico, es decir, tienen la capacidad de descartar pacientes sin trastornos, compatible con los criterios de diagnóstico internacionales, incluyendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (53) así como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Tercera Edición Revisado (DSM-III-R) (54) y posteriores el Diagnóstico y Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, Cuarto edición (DSM-IV), capaz de capturar variantes subsindrómicas importantes, útil en psiquiatría clínica y en investigación (52).

Cuenta con 19 diagnósticos cuya escogencia se basó en datos de estudios epidemiológicos, la encuesta nacional de comorbilidad, se dio prevalencia a los trastornos que tuvieron una prevalencia a 12 meses del 0,5%. Se eligieron 17 trastornos del eje I, un módulo de tendencias suicidas y un trastorno del eje II (trastorno de la personalidad antisocial) (52).

Para su validación se realizaron dos estudios paralelos para probar la validez de los diagnósticos MINI en dos sitios, la Universidad del Sur de Florida en Tampa (330n participantes) y el INSERM (Instituto Nacional de Salud Mental) en París (306 participantes). Para lograr una representación adecuada de los trastornos psiquiátricos mayores y un número suficiente de controles no pacientes, se establecieron las siguientes cuotas mínimas de reclutamiento para cada sitio: trastorno depresivo mayor (N = 60), manía (N = 30), trastorno de ansiedad (N = 60), trastorno psicótico (N = 50) con un trastorno de dependencia de alcohol o drogas (N = 50) y controles adultos (N = 50). Todos los sujetos debían tener 18 años o más. Se excluyeron los sujetos con demencia, retraso mental o enfermedades médicas graves. Las dos muestras se distribuyeron uniformemente por género. La edad

media fue de 44,8 años para el sitio estadounidense y de 42,2 años para el sitio francés (52).

Para cada uno de los 17 trastornos del Eje I generados por el MINI, se evaluó la concordancia diagnóstica con el instrumento estándar (SCID-P o CIDI) utilizando el kappa de Cohen, 19– 21 sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN) y eficiencia. Se realizaron análisis separados para las versiones del MINI calificadas por el médico y el paciente en la comparación SCID-P. La confiabilidad entre evaluadores y retest se evaluó utilizando el kappa de Cohen. En general, los resultados fueron muy positivos. Los datos sugieren que el MINI consigue de forma fiable y válida los criterios de síntomas utilizados en la elaboración del DSM III R y la CIE-10, y lo hace en menos de la mitad del tiempo (15 minutos) en comparación a otras escalas (SCID-0 o CIDI) (52).

Objetivos

Objetivo general:

Establecer la asociación del Trastorno Mental Severo con SHA en pacientes que son atendidos en una unidad de salud mental en la ciudad de Manizales entre 2021 y 2023.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar sociodemográficamente pacientes con trastorno mental severo.
2. Identificar los pacientes con hiperlaxitud articular.
3. Estimar la frecuencia de hiperlaxitud articular en pacientes con trastorno mental severo.
4. Identificar los síntomas articulares y extraarticulares del síndrome de hiperlaxitud articular en pacientes con trastorno mental severo mediante el cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo.

Estrategia metodológica

Se trató de un estudio observacional, analítico, retrospectivo de casos y controles, de corte transversal.

Se evaluaron dos grupos: el grupo de los casos, integrado por pacientes hospitalizados en la Clínica Psiquiátrica San Juan de Dios, en Manizales – Caldas y el grupo control, conformado por personas sin historia de enfermedad mental y cumplidores de los criterios de inclusión.

El investigador no realizó intervenciones en los pacientes asignados al grupo de los casos, ni en los controles sanos; lo que lo hace observacional.

Se compararon las variables investigadas en ambos grupos, por ello es analítico.

Se comparó la presencia de síntomas del Síndrome de hiperlaxitud articular en el grupo de pacientes con enfermedad mental grave (casos) respecto al grupo de individuos sanos (controles).

El diseño metodológico se realizó de acuerdo a los lineamientos propuestos por la Universidad de Caldas

Hipótesis del investigador

No existe asociación entre el Trastorno Mentales Severo con el Síndrome de Hiperlaxitud Articular

Población y muestra

Universo muestral:

Pacientes del departamento de Caldas con Trastorno Mental Grave

Población:

Pacientes mayores de 18 años hospitalizados en los servicios de “Piso Hombres, piso mujeres, intermedios hombres e intermedias mujeres” de la Clínica San Juan

de Dios de Manizales, por enfermedad mental grave entre 2021 y 2023, que cumplieron los criterios de inclusión y que aceptaron participar en el estudio.

El grupo control se conformó por personas sanas sin diagnósticos de enfermedad mental, que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Cálculo de la muestra:

El cálculo de la muestra fue de tipo censal, se incluyeron pacientes de los diferentes servicios con un total de 60 casos ($n = 60$). Para invitar a los pacientes del grupo “casos” se revisaron las historias clínicas y se realizó la entrevista semiestructurada MINI por parte de un residente de psiquiatría, con el fin de corroborar los diagnósticos de Trastorno Mental Severo (Trastorno Depresivo Grave, recurrente, con síntomas psicóticos, Trastorno bipolar, Trastorno esquizoafectivo, Esquizofrenia) y la ausencia de criterios de exclusión

El grupo “control” fue pareado por edad, sexo, grado de escolaridad, estrato socioeconómico. Se incluyeron personas sin diagnósticos de enfermedad mental, con iguales criterios de exclusión que en el grupo de casos, con un total de 60 controles ($n = 60$).

Criterios de inclusión (casos):

- Entre 18-60 años
- Diagnóstico de Trastorno Depresivo Grave, recurrente, con síntomas psicóticos, Trastorno bipolar, Trastorno Esquizoafectivo, Esquizofrenia.

Criterios de inclusión (controles):

- Entre 18 – 60 años
- Sin antecedente de Trastorno mental

Criterios de exclusión:

- Enfermedades neurológicas graves
- Discapacidad intelectual
- Discapacidad visual o auditiva

Procedimiento:

Posterior al aval del comité de Bioética de la Universidad De Caldas, y de la Clínica San Juan de Dios, además de la firma del consentimiento informado por parte de cada participante, se realizó la entrevista semiestructurada MINI (los módulos A-I, L, O) aplicada por el residente de Psiquiatría. Posteriormente se aplicó el cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo (bajo la supervisión de residente de Psiquiatría o estudiante de semillero) que incluye la pauta de hiperlaxitud, para la cual se realizó la medición de algunas articulaciones con un instrumento denominado goniómetro el cual para su uso se requiere la intervención de dos personas (residente de Psiquiatría y estudiante del semillero, previamente capacitados para rea realización de la misma).

Instrumentos aplicados:

MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview), Cuestionario Fenotipo Neuroconectivo.

Tabla de operacionalización de variables:

Nombre	Definición operacional	Valores finales	Tipo de variable
Trastorno psiquiátrico severo	Diagnóstico psiquiátrico	Trastorno bipolar 1 Depresión con síntomas psicóticos	Cualitativa nominal politómica

		Depresión recurrente (3 hospitalizaciones) Esquizofrenia Trastorno esquizoafectivo	
Edad	Años cumplidos al momento de la entrevista	Años	Cuantitativa de razón continua
Sexo	Sexo del paciente registrado	Hombre Mujer	Cualitativa nominal dicotómica
Escolaridad	Último año de escolaridad alcanzada	Ninguna Primaria Secundaria Media Universitario Posgrado Mayor a posgrado	Cualitativa Ordinal politómica
Seguridad social	Tipo de afiliación al SGSS	Contributivo Subsidiado Sin afiliación	Cualitativa nominal politómica
Estado civil	Estado civil referido por entrevistado	Casado Soltero Separado /divorciado Viudo	Cualitativa Nominal politómica
Origen	Lugar de nacimiento	Ciudad	Cualitativa Nominal politómica
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico registrado en servicios públicos	1 al 6	Cuantitativa De razón discreta
Ocupación	Ocupación referida por el entrevistado	Empleado Desempleado Hogar Estudiante Pensionado	Cualitativa Nominal politómica
Profesión	Profesión referida por el entrevistado		Cualitativa Nominal politómica
Pregunta #1 del	¿Considera que tiene un olfato sensible y muy	1: Nada 2: Un poco	Cualitativa, ordinal, politómica

Cuestionario de sensibilidad sensorial	capaz de notar olores (sobre todo los malos)?	3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	
Pregunta #2 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Considera que es sensible frente a ruidos? (¿le molestan?)	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #3 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Se considera una persona muy sensible en general?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #4 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Le cuesta o le incomoda mirar a los ojos o mantener la mirada cuando le miran?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #5 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿En períodos en que disminuye la luz (ej.: invierno) nota cambios de energía o de ánimo?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #6 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Nota que los cambios meteorológicos (ej. días nublados, antes de llover, etc.) le afectan a su estado anímico?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #7 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Alguna vez siente cierta inestabilidad o inseguridad al caminar? (ej. como ir en barco o como si caminase sobre nubes)	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #8 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Considera que el calor o el frío (rodee con un círculo cuál, o las dos) le afectan especialmente?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #9 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Siente pesadez o hinchazón abdominal después de las comidas?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #10 del	¿Ha notado que hace a menudo suspiros?	1: Nada 2: Un poco	Cualitativa, ordinal, politómica

Cuestionario de sensibilidad sensorial		3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	
Pregunta #11 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Percibe con facilidad su cuerpo, su respiración, los movimientos de sus intestinos o su pulso?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #12 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Nota que su corazón a veces se desboca/le late demasiado rápido?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #13 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Siente que se ahoga o que le falta el aire en momentos de tensión?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #14 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Siente un nudo o bulto en la garganta en momentos de tensión?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #15 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Tiene dolores en las vértebras cervicales?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #16 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Tiene dolores en las vértebras lumbares?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #17 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Ha sentido alguna vez dolor/ardor en la boca o dolor/ardor en zonas genitales?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #18 del Cuestionario de sensibilidad sensorial	¿Considera que los medicamentos en general le hacen demasiado efecto o no los tolera bien?	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante 4: Mucho 5: Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #19 del Cuestionario	¿Ha tenido molestias alguna vez relacionadas con el uso de jabones,	1: Nada 2: Un poco 3: Bastante	Cualitativa, ordinal, politómica

de sensibilidad sensorial	joyas u otros productos químicos?	4: Mucho 5: Muchísimo	
Pregunta #1 del Cuestionario de signos corporales	¿Ha observado que le salen moratones al mínimo golpe o que tiene moratones dónde no recuerda haberse hecho daño?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #2 del Cuestionario de signos corporales	¿Tiene alguna cicatriz un poco abultada o algo ensanchada?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #3 del Cuestionario de signos corporales	¿Alguna vez se le han hinchado las manos o los pies al pasear un rato o permanecer en unos almacenes, o al hacer un rato de cola?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #4 del Cuestionario de signos corporales	¿Ha tenido alguna vez un desmayo como un síncope (con flojera, sudoración, etc.)?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #5 del Cuestionario de signos corporales	¿Nota que a veces le cuesta tragar o casi se atraganta con los alimentos?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #6 del Cuestionario de signos corporales	¿Su forma de caminar es a veces algo inestable, torpe e incluso tropieza?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #7 del Cuestionario de signos corporales	¿Ha padecido esguinces o dislocaciones? señale	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #8 del	¿Ha tenido dolor temporomandibular (delante de los	Sí No	Cualitativa, nominal,

Cuestionario de signos corporales	oídos) o bruxismo (apretar dientes al dormir)?		dicotómica
Pregunta #9 del Cuestionario de signos corporales	¿A menudo su sueño no es reparador y se levanta ya cansado/a?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #10 del Cuestionario de signos corporales	¿Ha tenido hernias (inguinal, umbilical, hiato..)? señale	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #11 del Cuestionario de signos corporales	¿Al finalizar el día le aparecen dolores en la espalda al tumbarse para descansar?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #12 del Cuestionario de signos corporales	Siente reflujo después de las comidas o al levantarse de la cama?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #13 del Cuestionario de signos corporales	Tiende a tener períodos de aumento de deposiciones	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #14 del Cuestionario de signos corporales	Tiende a tener períodos de aumento del número de micciones	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #15 del Cuestionario de signos corporales	Tiene episodios de temor a descontrol de orina	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica

Pregunta #16 del Cuestionario de signos corporales	¿Ha padecido desprendimiento de retina o de luxación del cristalino?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #17 del Cuestionario de signos corporales	¿Padece el síndrome premenstrual? (dolor, mal humor, tristeza, ansiedad, etc.)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #18 del Cuestionario de signos corporales	¿Le han diagnosticado de soplo de la válvula mitral o prolapsos (ej. útero, recto, etc?)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #19 del Cuestionario de signos corporales	¿ Ha tenido síndrome del túnel carpiano o neumotórax? señale	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #20 del Cuestionario de signos corporales	¿Tienes algún familiar que padezca algunos de estos síntomas o parecidos? Detallar	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #1 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Suele tener dificultades en el sueño? ¿en dormirse? ¿despertar de madrugada? (señalar)	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #2 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiene dificultad en acudir a lugares cerrados, ej. ascensores, metros, aviones?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, nominal, politómica
Pregunta #3 del Cuestionario de	¿Tiene dificultad en acudir a lugares muy concurridos?	Nada Un poco Bastante Mucho	Cualitativa, ordinal, politómica

características y sensaciones		Muchísimo	
Pregunta #4 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Le resulta insufrible esperar, hacer cola o tener que aceptar turnos?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #5 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Ha tenido alguna vez la sensación de sentirse extraño, como si no fuera usted mismo?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #6 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Suele ser una persona muy activa, siempre resolviendo cosas y le cuesta estar sin hacer nada?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #7 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Le afectan fuertemente las pérdidas, por ejemplo, muerte del padre o madre, amigos, mascota, pérdida de pareja, etc.?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #8 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Es muy sensible a ser rechazado/a, ser ignorado/a, a no sentirse tenido/a en cuenta o abandonado/a?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #9 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Se podría definir como persona sufridora?	1.Nada 2.Un poco 3.Bastante 4.Mucho 5.Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #10 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiende a la anticipación de lo peor y a pensar en lo malo?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #11 del	En una situación de emergencia real, ¿Usted	Nada Un poco	Cualitativa, ordinal, politómica

Cuestionario de características y sensaciones	encuentra rápidamente soluciones, es decir, es de los que reacciona eficazmente para solucionarla?	Bastante Mucho Muchísimo	
Pregunta #12 del Cuestionario de características y sensaciones	En momentos de discusión y pelea ¿es especialmente capaz y buen guerrero/a?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #13 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiende a “ver” o “detectar” las cosas antes que los demás?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #14 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Su entorno (ej. amigos) considera que usted tiene éxito en sus estudios o trabajo o familia?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #15 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Considera que usted ha sido especialmente capaz de superar los obstáculos de la vida?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #16 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Suele ser usted más rápido/a y resolutivo/a que los demás?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #17 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiende a emplear mucho tiempo en la ducha o en el aseo?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #18 del Cuestionario de	¿Tiene tendencia a lavarse mucho las manos?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica

características y sensaciones			
Pregunta #19 del Cuestionario de características y sensaciones	Siente intenso malestar y rechazo ante las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #20 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Ha tenido miedo o pensamientos de hacer o de hacerse daño?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #21 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiene tendencias a comprobar, si ha cerrado la puerta, gas, electrodomésticos, etc.?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #22 del Cuestionario de características y sensaciones	Tiende a tener miedo a enfermedades o teme mucho por su salud cuando nota algún síntoma?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #23 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiene tendencias a contar números o contar matrículas o a confeccionar listas?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #24 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Tiene aprensión a tomar medicación cuando un médico se la receta?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #25 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Se considera un comprador/a compulsivo/a?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica

Pregunta #26 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Ha tenido momentos en que se ha quedado sin habla?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #27 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Ha tenido episodios de parálisis en brazos o piernas?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #28 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Ha tenido episodios de convulsiones raras (ej. no epilépticas) o temblores extraños?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #29 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Se ha quedado alguna vez minutos u horas, desconectado/a mentalmente?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #30 del Cuestionario de características y sensaciones	¿Se ha quedado alguna vez minutos u horas, sin memoria?	Nada Un poco Bastante Mucho Muchísimo	Cualitativa, ordinal, politómica
Pregunta #1 del Cuestionario de tendencias y comportamientos	¿Tiende a super-controlar sus cosas y sus situaciones (ej., orden, limpieza, cumplir normas, etc.), mientras que en otras ocasiones se halla haciendo lo contrario (desorden, descontrol, etc.)?	No Ciertamente Tiendo al Descontrol Tiendo al Súper control	Cualitativa, nominal, politómica
Pregunta #2 del Cuestionario de tendencias y comportamientos	¿Le ocurre que en unas ocasiones se sabe bastante dependiente de alguien o de algún grupo, mientras que otras veces se aísla, se aparta o se esconde de los demás?	No Ciertamente Tiendo sólo a la Dependencia Tiendo sólo al Aislamiento	Cualitativa, nominal, politómica

Pregunta #3 del Cuestionario de tendencias y comportamientos	¿En ocasiones le cuesta o le resulta difícil hablar o expresarse con los demás, pero en cambio cuando toma la palabra lo hace con cierta vehemencia o incluso enfado? Marque una de las cuatro respuestas.	No Ciertamente Tiendo sólo a la Evitación Tiendo sólo a la "Invasión"	Cualitativa, nominal, politómica
Pregunta #4 del Cuestionario de tendencias y comportamientos	¿A veces es una persona muy guerrera e incisiva mientras que en otras, prefiere huir, escapar o simplemente evitar el conflicto?	No Ciertamente Tiendo sólo a la Lucha/Pelea Tiendo sólo a la Evasión o "Escape"	Cualitativa, nominal, politómica
Pregunta #5 del Cuestionario de tendencias y comportamientos	¿Le ocurre que a veces su dedicación a los demás es muy grande (en la familia, en el trabajo, etc.) mientras que en otras ocasiones usted se encierra en sí mismo/a y quiere que le dejen en paz?	No Ciertamente Tiendo sólo a mi propia dedicación o encierro Tiendo sólo a dedicarme a los demás	Cualitativa, nominal, politómica
Pregunta #1 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Síndrome del intestino irritable?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #2 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Esófago disfuncional?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #3 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Vértigo?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #4 del Cuestionario	¿Síndrome postural ortostático?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica

de diagnóstico: Trastornos somáticos			
Pregunta #5 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Fatiga crónica?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #6 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Fibromialgia?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #7 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Migraña?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #8 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Hipotiroidismo?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #9 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Asma?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #10 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Sensibilidad Química Múltiple?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #11 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Intolerancia al gluten?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica

Pregunta #12 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	¿Intolerancia a algún medicamento?	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #13 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	Síndrome temporomandibular	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #14 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	Observar Biotipo asténico/ectomorfo:	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #15 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	Observar Biotipo asténico/ectomorfo:	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #16 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos somáticos	OTROS DIAGNÓSTICOS	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #1 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno Depresivo Mayor? (F32)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #2 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno Bipolar? (F31)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #3 del Cuestionario de diagnóstico:	¿Anorexia Nerviosa? (F50.0) ¿¿Bulimia Nerviosa? (F50.2)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica

Trastornos psiquiátricos			
Pregunta #4 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno por Atracciones? (F50.8)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #5 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno Obsesivo Compulsivo? (F42.)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #6 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno por Síntomas Neurológicos Funcionales (T. Conversión) (F44)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #7 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno de Ansiedad Generalizada? (F41.1) ¿Trastorno de Pánico? (F41.0)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #8 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno de Ansiedad Generalizada? (F41.1) ¿Trastorno de Pánico? (F41.0)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #9 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Ansiedad Social? (F40.1) ¿Agorafobia? (F40.0) ¿Fobia específica? (F40.2)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #10 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno Límite Personalidad? (F60.3)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica

Pregunta #11 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Esquizofrenia? (F 20)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #12 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno por Hiperactividad (TDAH)? (F90)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #13 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno por Uso Alcohol? AUDIT (F10)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #14 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	¿Trastorno por Uso Substancias? Marihuana (F12)- Cocaína- (F14)	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #15 del Cuestionario de diagnóstico: Trastornos psiquiátricos	OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	Sí No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #1a, hiperlaxitud:	Flexión meñique derecha	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #1b, hiperlaxitud:	Flexión meñique izquierda	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #2a, hiperlaxitud:	Flexión pulgar derecha	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #2b, hiperlaxitud:	Flexión pulgar izquierda	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #3 ^a hiperlaxitud	Hiperextensión codo derecha	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica

Pregunta #3b hiperlaxitud	Hiperextensión codo izquierda	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #4a hiperlaxitud	Rotación hombro derecha	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #4b hiperlaxitud	Rotación hombro izquierda	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #5a hiperlaxitud	Hiperextensión rodilla derecha	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta #5b hiperlaxitud	Hiperextensión rodilla izquierda	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta # 6a hiperlaxitud	Rotación de cabeza derecha	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta # 6b hiperlaxitud	Rotación de cabeza izquierda	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta # 7 hiperlaxitud	Flexión columna	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta # 8 Hiperlaxitud	Equimosis	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica
Pregunta # 9 Hiperlaxitud	Cicatrices hipertróficas o queloides	Si No	Cualitativa, nominal, dicotómica

Análisis estadístico:

Las variables sociodemográficas y clínicas fueron evaluadas utilizando frecuencias relativas y absolutas, para las variables cuantitativas se calculó medianas y desviación estándar. Se realizó un análisis bivariado usando la prueba de Chi cuadrado de Pearson para variables nominales, además de la estimación de Odds Ratio con un intervalo de confianza del 95%. Para las variables con distribución diferente a la normal, se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney para determinar si hay diferencias significativas entre dos grupos independientes en una variable continua ordinal o de intervalo.

Finalmente se utilizó el modelo de regresión logística para modelar la relación entre una variable dependiente categórica (binaria) y una o más variables independientes (categóricas) y se evaluó la probabilidad de que ocurra un evento dado.

El análisis estadístico se realizó con una significancia $p < 0,05$.

Para el análisis de la información se utilizó el software SPSS® versión 21.0 (SPSS Inc.; Chicago, Illinois, Estados Unidos), licencia amparada.

Aspectos éticos:

La presente investigación se considera con riesgo mínimo según el artículo 11 de la resolución N0 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, la cual establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud (55). El proyecto se adhiere y rige por los principios fundamentales de: autonomía inviolable, igualdad de derechos y ejercicio del principio de beneficencia y no maleficencia (56). La propuesta de proyecto se presentó ante el Comité de bioética de la Universidad de Caldas, el Colectivo del Departamento Clínico de Salud Mental de la Facultad de Ciencias para la Salud, y las instituciones de salud involucradas.

Toda la información de tipo personal o confidencial de cada paciente fue omitida de los resultados; cualquier paciente que decidía declinar su intención de participar en la investigación podía hacerlo sin represalia alguna.

Para no utilizar datos como cédula de ciudadanía a cada paciente se le asignó un código único, basado en la fecha y hora exacta en que se iniciaba la valoración, dado que no hubo valoraciones de pacientes de manera simultáneas, esto garantiza la ausencia de confusión en la identificación de pacientes mediante este método.

Resultados

El estudio incluyó 120 participantes, de los cuales 60 corresponden a casos de pacientes con enfermedad mental grave y 60 controles de pacientes sin enfermedad mental, el 50% de los casos y el 48.3% de los controles eran hombres. La edad media de los casos fue de 36 años (DE 12,29; Rango 18-60), y en los controles la edad media fue de 35 años (DE 12,33; Rango 18-60).

En cuanto a las variables sociodemográficas no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los casos y los controles, excepto que se encontró una asociación entre los casos y la seguridad social, al igual que la ocupación y el número de años estudiados (Ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra			
Variables	Casos	Controles	P
Sexo			
Masculino	30 (50.0)	29 (48.3)	
Femenino	30 (50.0)	31 (51.7)	0.855
Peso	66.52 (13.56)	68.77 (11.51)	0.330
Edad	36.2 (12.29)	35.8 (12.33)	0.865
Seguridad social			
Subsidiado	6 (10.0)	17 (28.3)	
Contributivo	53 (1.7)	43 (44.8)	0.026
Estado civil			
Casado/Unión libre	25 (41.7)	31 (51.7)	
Soltero/separado/viudo	35 (58.3)	29 (48.3)	0.227
Hijos			
Si	35 (58.3)	39 (65.0)	
No	25 (41.7)	21 (35.0)	0.453
Ocupación			
Desempleado	29 (48.3)	16 (26.7)	
Empleado/Estudiante	30 (50.0)	43 (71.7)	0.048
Pensionado	1 (1.7)	1 (1.7)	
Años estudiados	10.75 (3.58)	12.93 (4.32)	0.003

En cuanto al Trastorno Mental Severo, se evidenció que, que la totalidad de los casos, el 58.3% presentaban el diagnóstico de Trastorno Depresivo Grave, el 51,6% Trastorno Bipolar, y el 10% Esquizofrenia (ver tabla 2)

Variables	f	%
Trastorno depresivo grave	25	41.6
Trastorno bipolar	29	51.6
Esquizofrenia	6	10

Referente a la asociación entre Trastorno Mental Severo e hiperlaxitud, se obtuvieron los siguientes resultados: la relación entre aquellos pacientes hiperlaxos con diagnósticos de trastorno depresivo grave no fue estadísticamente significativa ($P = 0,93$), tampoco hubo relación entre los pacientes hiperlaxos con trastorno bipolar ($P = 0,29$) y finalmente no se encontró relación entre los individuos hiperlaxos diagnosticados con esquizofrenia ($P = 0,08$) (ver tabla 3)

Variables	Hiperlaxos	No hiperlaxos	P
Trastorno depresivo	13 (59.1)	12 (40.9)	0.92
Trastorno bipolar	15 (51.7)	14 (48.3)	0,29
Esquizofrenia	2 (28.6)	4 (61.4)	0.08

Con respecto a la Asociación entre Hiperlaxitud Articular y casos y controles, encontramos que tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas; sin embargo es importante tener en cuenta que se presentó un porcentaje representativo de Hiperlaxitud en el grupo de controles 63.3%, en relación al grupo de casos 56.7%. (Ver tabla 4)

Variable	Casos	Controles	OR (IC95%)	P
Hiperlaxitud	34 (56,7)	38 (63,3)	0,757 (0,364-1,575)	0,456
	Depresión			
	Si	No	OR (IC95%)	p
Hiperlaxitud	37 (57,8)	35 (62,5)	0,822 (0,395-1,713)	0,601
	Ansiedad			
	Si	No	OR (IC95%)	p
Hiperlaxitud	41 (38,8)	31 (58,5)	1,119 (0,537-2,333)	0,764

Se tuvieron en cuenta 3 dimensiones del cuestionario endofenotipo neuroconectivo (EN): sensibilidad sensorial, características y sensaciones y signos corporales; se utilizó el estadístico U de Mann-Whitney para determinar si hay diferencias significativas entre dos grupos independientes, se tomaron las variables con resultado estadísticamente significativo y posteriormente se utilizó el modelo de regresión logística para modelar la relación entre estas variables (tablas 4, 5 y 6)

Con respecto a la dimensión de sensibilidad sensorial se encontró que aquellas personas con enfermedad mental grave tienen una mayor tendencia a presentar una sensación de nudo en la garganta en momentos de tensión con una P del 0,04. (Ver tabla 5)

Tabla 5. Sensibilidad sensorial			
Variable	B (DE)	Valor de P	IC 95%
Cambios estado de ánimo con menos luz	1,38 (0,75)	0,060	(0,05-1,09)
Cambios meteorológicos afectan estado de ánimo	0,21 (0,66)	0,740	(0,03-4,50)
Inestabilidad al caminar	0,73 (0,86)	0,396	(0,08-2,61)
Con frecuencia suspira	0,91 (0,59)	0,123	(0,12-1,28)
Percibe con facilidad intestinos, cuerpo, pulso	0,45 (0,50)	0,370	(0,23-1,71)
El corazón le late muy rápido	0,56 (0,60)	0,354	(0,53-5,77)
Le falta el aire en momentos de tensión	0,63 (0,77)	0,412	(0,41-8,51)
Siente un nudo en la garganta en momentos de tensión	1,59 (0,79)	0,041	(0,04-0,93)
Dolor o ardor en boca o genitales	0,65 (0,74)	0,379	(0,12-2,23)
Los medicamentos le hacen demasiado efecto	0,34 (0,60)	0,570	(0,21-2,32)

Referente a la dimensión de características y sensaciones se identificó que aquellas personas con Trastorno Mental Severo tienen una mayor tendencia a considerarse como personas sufridoras ($p= 0,59$), a presentar ideas auto y heterolíticas ($p= 0,055$) y a sentirse especialmente capaces de superar obstáculos ($p= 0,006$). (Ver tabla 6).

Tabla 6. Características y sensaciones			
Variables	B (DE)	Valor de P	IC 95%
Dificultad para despertar	0,55 (0,67)	0,405	(0,46-6,49)
Dificultad en acudir a lugares concurridos	0,66 (0,69)	0,343	(0,13-2,02)
Sensación de sentirse extraño	1,21 (0,74)	0,103	(0,06-1,27)
Se considera muy sensible a ser rechazado	0,25 (0,60)	0,674	(0,39-4,22)
Se considera una persona sufridora	1,63 (0,86)	0,059	(0,03-1,06)
Frecuentemente anticipa lo peor	0,51 (0,67)	0,448	(0,16-2,24)
Se entorna lo considera exitoso	0,80 (0,61)	0,190	(0,67-7,44)
Especialmente capaz de superar obstáculos	1,90 (0,69)	0,006	(1,72-26,29)
Pensamiento de hacer o hacerse daño	2,53 (1,31)	0,055	(0,00-1,52)
Episodios donde se ha quedado sin habla	19,85 (8366,52)	0,998	0,000
Episodios de parálisis en brazos o piernas	1,78 (1,39)	0,202	(0,01-2,59)
Episodios de convulsiones raras	1,48 (1,51)	0,324	(0,01-4,35)
Minutos u horas desconectado mentalmente	0,28 (1,20)	0,810	(0,12-14,10)
Minutos u horas sin memoria	1,61 (1,55)	0,299	(0,00-4,18)

Con respecto a la dimensión de signos corporales se evidenció que aquellas personas con Trastorno Mental Severo tienen una mayor tendencia a presentar una forma de caminar inestable ($p= 0,043$), a presentar reflujo después de las comidas ($p= 0,040$) y a tener episodios de temor a descontrol de orina ($p= 0,046$) (Ver tabla 7).

Tabla 7. Signos Corporales			
Variable	Beta (DE)	Valor de P	IC 95%
Forma de caminar inestable	0,93 (0,46)	0,043	(0,15-0,97)
Reflujo después de las comidas	0,82 (0,40)	0,040	(0,19-0,96)
Episodios de temor a descontrol de orina	1,08 (0,54)	0,046	(0,11-0,97)

Discusión

Los Trastornos Mentales Severos se caracterizan por un deterioro significativo del comportamiento, discapacidad en las actividades diarias y síntomas graves que afectan la calidad de vida, puesto que también prolongan el curso de la enfermedad (12).

En Colombia y específicamente en el departamento de Caldas se ha evidenciado un aumento en la consulta externa por trastorno depresivo recurrente, grave, trastorno bipolar, esquizofrenia, a lo largo de los últimos años (14).

El SHA se define por el aumento en la hiperlaxitud de las articulaciones acompañado de síntomas intra y extraarticulares dentro de los cuales encontramos síntomas afectivos, ansiosos, somáticos que conllevan un deterioro en el nivel de vida de los afectados (2). Para su diagnóstico se requiere la realización de la escala de Beighton que consta de 9 ítems, la cual es positiva con una puntuación igual o mayor a 4 (18), y un modelo llamado Endofenotipo Neuroconectivo (EN) para recopilar y evaluar todas las características somáticas y psicológicas observadas con mayor frecuencia en pacientes que padecen ansiedad, otros trastornos mentales y SHA, en el que se tienen en cuenta cinco dimensiones: sensibilidad sensorial, signos y síntomas corporales, afecciones somáticas, estrategias de comportamiento polar y características y sensaciones. Con esto se logra evaluar al paciente de una manera global y también permite que este pueda mejorar su conocimiento con respecto a sus síntomas y percepciones, y así, alcanzar un mejor manejo de su enfermedad (50).

A nivel global la prevalencia es limitada, se ha estimado que aproximadamente un tercio de la población que presenta hiperlaxitud articular (HA) puede progresar al SHA (1,57). Sin embargo, en un estudio realizado en Gales en el año 2019 mostró una prevalencia de 1 en 3.200 (58), aunque se menciona según la sociedad de Ehlers Danlos que la prevalencia combinada entre el Síndrome de espectro de Hiperlaxitud y el Ehlers Danlos tipo Hipomóvil es de 1 en 600 a 1 en 900 (19).

Referente a nuestra población encontramos que en Colombia no se han realizado estudios para estimar la prevalencia del mismo en adultos. Se realizó una

investigación entre los años 2018 y 2019 en Cartagena para valorar la caracterización epidemiológica de la hipermovilidad articular en adultos de esta población, en la que se concluyó que hay una prevalencia del 45.5% en su mayoría mujeres mestizas (59). También encontramos un estudio descriptivo en el año 2015 en el cual se menciona la relación existente entre la hipermovilidad articular generalizada (HAG) y el dolor articular en niños de 4 a 17 años en Pasto, en el que se estableció una prevalencia del 52% en este grupo etario (60).

Con este estudio se ha querido establecer si existe relación entre estas dos condiciones en la población Caldense, sin embargo, según los resultados obtenidos se encontró que no hay relación entre el Trastorno Mental Severo y el SHA, pero si hay relación entre algunas de las características de las dimensiones del EN lo cual respalda los hallazgos encontrados en la literatura.

Como resultado importante de la investigación, se encontró la ausencia de relación entre el Trastorno Mental Severo y el SHA, la cual se puede dar debido a que la presencia de este último tiende a disminuir con la edad y por tanto según los estudios realizados, ésta se observa en una proporción mayor en niños y adolescentes menores de 18 años, lo cual es respaldado por las investigaciones realizadas en la ciudad de Pasto (60). Sin embargo, cabe resaltar que el SHA es una entidad muy poco conocida en nuestro entorno y por tanto poco evaluada y diagnosticada por el personal médico lo cual también aporta a los hallazgos sobre la baja prevalencia del el mismo.

Se evidenció una relación estadísticamente significativa con algunas características de las dimensiones del modelo EN dentro de las cuales se encuentran: en la dimensión de sensibilidad sensorial: sensación de nudo en la garganta en momentos de tensión, lo que concuerda con los hallazgos de un estudio transversal realizado en Perú en el que se examinaron diferentes síntomas somáticos en pacientes con trastornos depresivo, bipolar y síntomas ansiosos, donde se encontró que presentan estas características como sensación de nudo en la garganta y las patologías anteriormente mencionadas (61). En la dimensión de características y sensaciones: se siente especialmente capaz de superar obstáculos, lo que se relaciona con los estudios realizados por Bulbena et al, en los que mencionan que aquellas personas

que padecen de trastornos de ansiedad pese a que presentan pensamientos catastróficos previos a una situación de estrés, en el momento exacto de cursar por situaciones complejas son especialmente buenos para lidiar con ellas (49), pero no hay hallazgos que respalden esta asociación en pacientes con diagnósticos de trastorno bipolar, trastorno depresivo grave y esquizofrenia . Y finalmente en la dimensión de signos corporales: forma de caminar inestable, encontramos que hay una relación entre los trastornos de la marcha, inestabilidad al caminar y depresión, principalmente como etiología de esta última según una investigación realizada en la universidad de Chile en el año 2010, sin embargo este fue realizado en su mayoría en población geriátrica (mayores de 65 años) (62), pero no se han observado estos resultados en adultos jóvenes ni tampoco con otro tipo de trastornos mentales. Referente a la sensación de reflujo después de las comidas, se relacionó con un estudio realizado en el año 2023 en cual se determinaron comorbilidades y correlaciones genéticas entre enfermedades del tracto gastrointestinal y trastornos psiquiátricos, con la hipótesis del eje intestino-cerebro como una posible base biológica (54), También en otro estudio de aleatorización mendeliana bidireccional para explorar las relaciones causales entre el trastorno depresivo mayor y la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), concluyeron que existe una relación bidireccional entre las mismas (63), sin embargo en un estudio que se realizó en Turquía en el año 2015 en el cual evaluaron la frecuencia de los síntomas de reflujo gastroesofágico en pacientes con esquizofrenia no encontraron que los síntomas hayan cambiado posterior al manejo farmacológico por lo que no se puede hablar de una relación entre estas dos patologías, pero si hay otros estudios donde mencionan que el manejo con psicofármacos pueden precipitar los síntomas de ERGE y tener un efecto inverso sobre la motilidad esofágica (64).

Este estudio presenta limitaciones que deben ser tenidas en cuenta, en primer lugar, podemos mencionar que el tamaño de la muestra fue pequeño, tanto para los casos como para los controles, por lo que sería necesario aumentar el tamaño de la misma para mejorar la fiabilidad de los resultados y la generalización de los hallazgos.

En segundo lugar, el lenguaje utilizado en la encuesta del EN, pese a que se encuentra validada en español, hay algunos términos que resultaron difíciles de comprender para las personas de nuestro entorno cultural, por lo que estamos a la

espera de la validación cultural según lo han mencionado los autores de modelo EN, con lo que se lograría mayor comprensión en las respuestas. En tercer lugar, aunque la medición de las articulaciones mediante el goniómetro fue realizada por personal capacitado, éstas se podrían efectuar por profesionales especializados en el área como fisioterapeutas, para reducir errores en dichas mediciones y obtener resultados más preciosos.

Como fortalezas podemos mencionar que este es el primer estudio en Latinoamérica y específicamente en Colombia, en el cual se realiza una evaluación de pacientes con enfermedad mental grave y SHA, lo cual abre el camino a futuras investigaciones para continuar en esta línea del conocimiento. Adicionalmente cabe resaltar que se tuvo en cuenta pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia para realizar la evaluación del SHA, el cual ha sido uno de los diagnósticos que en menor medida se tiene en cuenta dentro para evaluar en síndrome y en el que se observaron hallazgos interesantes en los que se puede ahondar y buscar más asociaciones en un futuro.

Con lo anteriormente expuesto se observa la amplia relación que existe entre la enfermedad mental grave y los síntomas físicos descritos anteriormente identificados en el cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo, los cuales en su mayoría corresponden a padecimientos que causan marcado malestar y sufrimiento en los pacientes que lo padecen, no son síntomas aislados ya que en varios casos se ha encontrado etiología genética compartida con trastorno mentales; por eso es importante que al momento de realizar la evaluación del paciente con patología psiquiátrica también se indaguen por síntomas físicos que estén llevando al empeoramiento de la condición del individuo; y una vez identificados se realice un abordaje integral de la persona para obtener resultados que logren impactar no solamente la salud mental sino también física. La identificación de estos síntomas nos ayuda a establecer la pertinencia de realización de tratamientos adicionales y remisión a otros especialistas, pero sobre todo a impactar en la calidad de vida de nuestros pacientes.

Conclusiones

Nuestro estudio indica que no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el Trastorno Mental Severo y el Síndrome de Hiperlaxitud Articular.

Debido a que se encontraron hallazgos en los que se observa un gran número de individuos hiperlaxos, incluso en ausencia de enfermedad mental, sería de gran importancia indagar el porqué en nuestra población se encuentra un número elevado de personas con Hiperlaxitud Articular, cuáles son los factores que influyen en esto y encaminar futuras investigaciones referentes a este hallazgo que aunque incidental, es de relevancia.

Es importante continuar con una búsqueda activa del SHA debido a que si se identificó relación entre algunas características del SHA presentes en el cuestionario Endofenotipo Neuroconectivo (sensación de nudo en la garganta en momento de tensión, el sentirse capaz de superar obstáculos, forma de caminar inestable, sensación de reflujo posterior a las comidas, episodios de temor a discontrol de la orina) y el Trastorno Mental Severo, con lo cual se debe tener en cuenta que aquellos individuos con patología mental tienen un riesgo adicional de padecer alteraciones sensoriales, comportamentales, somáticas, que requieren ser evaluadas para mejorar el abordaje y tratamiento de estos pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Puerto Martínez Marianela. Caracterización clínica y manejo del Síndrome de Ehlers Danlos. *Rev Ciencias Médicas* . 2017 Aug;124–50.
2. Baeza-Velasco C, Bulbena A, Polanco-Carrasco R, Jaussaud R. Cognitive, emotional, and behavioral considerations for chronic pain management in the Ehlers-Danlos syndrome hypermobility-type: a narrative review. *Disabil Rehabil* . 2019;41(9):1110–8.
3. Bulbena A, Baeza-Velasco C, Bulbena-Cabr_e A, Pailhez G, Critchley H, Chopra P, et al. Psychiatric and psychological aspects in the Ehlers–Danlos syndromes. *Am J Med Genet Part C Semin Med Genet* . 2017;1–9.
4. Bravo J.F. Síndrome de Ehlers-Danlos tipo III, llamado también Síndrome de Hiperlaxitud Articular (SHA): Epidemiología y manifestaciones clínicas. *Rev Chil Reumatol*. 2010;26(2):194–202.
5. Baeza-velasco C, Pailhez G, Cantab M.S et al. Joint hypermobility and the heritable disorders of connective tissue : clinical and empirical evidence of links with psychiatry. *Gen Hosp Psychiatry* . 2014;
6. Cederlöf M, Larsson H, Lichtenstein P, Almqvist C, Serlachius E, Ludvigsson J.F. Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers – Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. *BMC Psychiatry* . 2016;1–7.
7. Hershenfeld S.A, Wasim S, McNiven V, Majewski P, Faghfoury H, So J. Psychiatric disorders in Ehlers-Danlos syndrome are frequent, diverse and strongly associated with pain. 2016;36:341–8.
8. Bair MJ, Robinson RL, Katon W, Kroenke K. Depression and pain comorbidity: A literature review. *Arch Intern Med* . 2003;136:2433–45.
9. Gurer G, Sendur F, Gultekin B.K, Ozcan M.E. The anxiety between individuals with and without joint hypermobility. *Eur J Psychiatry* . 2010;24(4):205–9.
10. Bulbena A, Sperry L, Anguiano B, Pailhez G, Gago J. Joint Hypermobility in Schizophrenia: A Potential Marker for Co-Morbid Anxiety. *The Open Psychiatry Journal* . 2007;1:31–3.
11. Linton SJ, Shaw WS. Impact of psychological factors in the experience of pain. *Phys Ther* . 2011;91(5):700–11.
12. Schinnar A.P, A.B Rothbard, R Kanter, Y.S Jung. An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *Am J Psychiatry* . 1990;147(12):1602–8.
13. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews* . 2017;
14. Delgado Enriquez LP, Jaramillo Ortegón DP. Política pública de salud mental del departamento de Caldas : un aporte al bienestar y a la inclusión . UAM Colombia, Manizales; 2017.

15. Rotes-Querol JJ. Articular laxity considered as factor of changes of the locomotor apparatus. *Rev Rhum Mal Osteoartic.* 1957;24(7–8):535–9.
16. Pailhez G, Gago J, Carbonell J, Sperry L, Ros S. *La Hiperlaxitud Articular.* Barcelona;
17. Acasuso D, Collantes E. Joint hypermobility in patients with fibromyalgia syndrome. *Arthritis Care & Res.* 1998;11(1):39–42.
18. Malek S, Reinhold E, Pearce G. The Beighton Score as a measure of generalised joint hypermobility. *Rheumatol Int.* 2021 Mar 18;1707–16.
19. Carroll M. Hypermobility spectrum disorders: A review. *Rheumatol Immunol Res.* 2023 Jul 22;4(2):60–8.
20. Carbonell-Bobadilla N, Rodríguez-Álvarez A, Rojas-García G, Barragán-Garfias J, Orrantia-Vertiz M, Rodríguez-Romo. Síndrome de hiper movilidad articular. *Acta ortop mex.* 2022 Jun 13;34(6):441–9.
21. Haro MD, Morante MR, Lillo SS. Síndrome de hiperlaxitud articular benigno en el niño. *Revista Médica Clínica Las Condes.* 2014 Mar;25(2):255–64.
22. Bulbena A, Baeza C, Pailhes G, Martin LM, Mallorquí N, Bulbena A. Psychopathology of joint hypermobility.
23. Bravo JF. Ehlers-Danlos syndrome, with special emphasis in the joint hypermobility syndrome. *Rev Med Chil.* 2009;137(11):1488–97.
24. Castori M, Tinke B, Levy H, Grahame R, Malfait F, Hakim A. A framework for the classification of joint hypermobility and related conditions. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* 2017 Feb 1;175(1):148–57.
25. Toker S, Soyucen E, Gulcan E, Kabay S, Ozbek O, Ozveren O. Presentation of two cases with hypermobility syndrome and review of the related literatura. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2010;46(1):89–94.
26. Castori M, Morlino S, Celletti C, Celli M, Morrone A. Management of pain and fatigue in the joint hypermobility syndrome: : principles and proposal for a multidisciplinary approach. *Am J Med Genet A.* 2012;158A:2055–70.
27. Toker S, Soyucen E, Gulcan E, Kabay S, Ozbek O, Ozveren O. Presentation of two cases with hypermobility syndrome and review of the related literatura. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2010;46(1):89–94.
28. Kumar B, Lenert P. Joint Hypermobility Syndrome: Recognizing a Commonly Overlooked Cause of Chronic Pain. *Am J Med.* 2017 Mar 9;130(6):640–7.
29. Gazit Y, Nahir A, Grahame R, Jacob G. Dysautonomia in the joint hypermobility syndrome. *Am J Med.* 2003 Jul;115(1):33–40.
30. Hakim AJ, Grahame R. Non-musculoskeletal symptoms in joint hypermobility syndrome. Indirect evidence for autonomic dysfunction? *Rheumatology (Oxford).* 2004 Sep;44(9):1194–5.
31. Iturrino J, Camilleri M, Busciglio I, Burton D, Zinsmeister AR. Sensations of gas and pain and their relationship with compliance during distension in human colon. *Neurogastroenterol Motil.* 2012 Jul 6;24(7):646–51.
32. Zarate N, Grahame R, Mohammed S D, Knowles CH, Scott SM, Aziz Q, et al. Unexplained gastrointestinal symptoms and joint hypermobility: is

- connective tissue the missing link? *Neurogastroenterol Motil.* 2010 Mar;22(3):252–78.
33. Kozanoglu E, Benlidayi I, Akilli R, Tasal A. Is there any link between joint hypermobility and mitral valve prolapse in patients with fibromyalgia syndrome? *Clin Rheumatol.* 2016;35(4):1041–4.
 34. Bendik EM, Tinkle BT, Al-shuik E, Levin L, Martin A, Thaler R, et al. Joint hypermobility syndrome: A common clinical disorder associated with migraine in women. *Cephalalgia.* 2011 Jun 28;31(5):603–13.
 35. Garcia-Campayo J, Asso E, Alda M. Joint Hypermobility and Anxiety: The State of the Art. *Curr Psychiatry Rep.* 2011 Oct 21;13:18–25.
 36. Keer R, Grahame R. *Hypermobility Syndrome.* New York: Butterworth Heinemann. 2003;
 37. Pailhez G, Bulbena A, Fullana M, Castaño J. Anxiety disorders and joint hypermobility syndrome: the role of collagen tissue. *Gen Hosp Psychiatry.* 2009;31(299).
 38. Remvig L, Jensen D V, Ward RC. Epidemiology of general joint hypermobility and basis for the proposed criteria for benign joint hypermobility syndrome: review of the literature. *J Rheumatol.* 2007 Jan 15;34(4):804–9.
 39. Uvais N, Sreeraj V. Comorbid Bipolar Disorder and Benign Joint Hyper Mobility Syndrome (BJHS): More than a Mere Coincidence? *Indian J Psychol Med .* 2019;41(4):399–402.
 40. Manji H, Quiroz J, Payne J, Singh J, Lopes B, Viegas J, et al. The underlying neurobiology of bipolar disorder. *World Psychiatry.* 2003 Oct;2(3):136–46.
 41. Djurovic S, Gustafsson O, Mattingsdal M, Athanasiu L, Bjella T, Tesli M, et al. A genome-wide association study of bipolar disorder in Norwegian individuals, followed by replication in Icelandic sample. *J Affect Disord.* 2010 Oct;126(1–2).
 42. Rodgers K, Gui J, Dinulos M, Chou R. Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type is associated with rheumatic diseases. . *Sci Rep.* 2017 Jan;4(7).
 43. Muneer A. Bipolar Disorder: Role of Inflammation and the Development of Disease Biomarkers. . *Psychiatry Investig.* 2016 Jan;13(1):18–33.
 44. Pailhez G, Rodríguez A, Ariza J, Palomo A, Bulbena A. Somatotipo y esquizofrenia. Un estudio caso-control [Somatotype and schizophrenia. A case-control study]. *Actas Esp Psiquiatr.* 2009;37(5):258–66.
 45. Eccles JA. *Hypermobility and autonomic hyperactivity: relevance for the expression of psychiatric symptoms .* University of Brighton; 2016.
 46. Tinkle B, Levy HP. Symptomatic Joint Hypermobility: The Hypermobile Type of Ehlers-Danlos Syndrome and the Hypermobility Spectrum Disorders. *Med Clin North Am .* 2019 Nov;103(6):1021–33.
 47. Rahman A, Daniel C, Grahame R. Efficacy of an out-patient pain management programme for people with joint hypermobility syndrome. *Clin Rheumatol.* 2014;33(11):535–9.
 48. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).* 5th ed. Arlington. ; 2013.

49. Bulbena A, Pailhez G, Bulbena-Cabré A, Mallorquí-Bagué N, Baeza-Velasco C. Hiperlaxitud articular, ansiedad y psicósomática: dos décadas y media de avances hacia un nuevo fenotipo. *Adv Psicósoma Med.* 2015;34:146–57.
50. Bulbena A, Rosado S, Cabaleiro M, Martínez M, Baeza-Velasco C, Martín L, et al. Validation of the neuroconnective endophenotype questionnaire (NEQ): a new clinical tool for medicine and psychiatry resulting from the contribution of Ehlers-Danlos syndrome. *Front Med (Lausanne).* 2023 May;
51. Cabrera A, Kolacz J, Pailhez G, Bulbena-Cabre A, Bulbena A, Porges S. Assessing body awareness and autonomic reactivity: factor structure and psychometric properties of the body perception questionnaire-short form (BPQ-SF). *Int J Methods Psychiatr Res.* 2018;
52. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;34(57):22–33.
53. International Classification of Diseases, Tenth Revision. Geneva Switzerland: World Health Organization. 1992.
54. American Psychiatric Association. *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised.* Washington, DC; 1987.
55. Ministerio de Salud de la República de Colombia. Resolución Número 8430 De 1993. 1993 p. 1–19.
56. Ángel M, Pérez G. Los principios de la bioética y la inserción social de la práctica médica. *Rev Adm Sanit.* 2006;4(2):341–56.
57. Castori M, Morlino S, Celletti C, Ghibellini G, Bruschini M, Grammatico P. Re-writing the natural history of pain and related symptoms in the joint hypermobility syndrome/Ehlers-Danlos syndrome, hypermobility type. *Am J MedGenet A.* 2013;116(12).
58. Demmler J, Atkinson M, Reinhold E, Choy E, Lyons R, Brophy S. Diagnosed prevalence of Ehlers-Danlos syndrome and hypermobility spectrum disorder in Wales, UK: a national electronic cohort study and case-control comparison. *BMJ Open.* 2019 Nov 4;9(11).
59. Serna Otero DA. Caracterización epidemiológica de la Hiper movilidad Articular en adultos en la ciudad de Cartagena, Colombia. 2018-2019. [Cartagena]: Universidad del Sinú; 2019.
60. Suárez Ayala DV, Valencia AM, Gómez Mora M del P. Relación entre hiper movilidad articular generalizada y dolor articular en niños de 4 a 17 años en Pasto, Colombia. *Rev Colomb Reumatol.* 2015 Nov 26;22(4):2010–6.
61. Fiestas TL, Vega DJM. Síntomas físicos en pacientes con trastornos de ansiedad y depresión que acuden a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia.. *Rev Neuropsiquiatr.* 2012;47(57):75–2.
62. Cerda A L. Evaluación del paciente con trastorno de la marcha. *Rev Hosp Clín Univ Chile.* 2010;326–36.

63. Miao Y, Yuan S, Li Y, Chen J, Li X, Larsson S, et al. Bidirectional Association between Major Depressive Disorder and Gastroesophageal Reflux Disease: Mendelian Randomization Study. . *Genes (Basel)*. 2022 Nov 2;13(11).
64. Kasap E, Ayer A, Bozođlan H, Ozen C, Eslek I, Yüceyar H. Schizophrenia and gastroesophageal reflux symptoms. *Indian J Psychiatry*. 2015;57(1):73–7.

Anexos

1. Consentimiento informado

Consentimiento informado:

Lugar y fecha: _____.

Yo, _____, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía _____ de _____ expreso que he sido informado acerca del estudio que actualmente adelantan la Universidad de Caldas con el fin de conocer la asociación del síndrome de hiperlaxitud articular y los trastornos mentales severos denominado “**ASOCIACIÓN DEL TRASTORNO MENTAL SEVERO Y SINDROME DE HIPERLAXITUD ARTICULAR EN PACIENTES DE LA CLINICA SAN JUAN DE DIOS, MANIZALES**”, cuyo desarrollo ha sido aprobado por el Comité Bioética de la Facultad de Ciencias para la Salud de dicha Universidad y Clínica San Juan de Dios.

Conozco que los propósitos del estudio son:

Determinar la asociación entre el síndrome de hiperlaxitud articular y el trastorno mental severo en pacientes ambulatorios y hospitalizados de la Clínica San Juan de Dios de Manizales. Esta investigación se hará por medio de la aplicación de una entrevista y de la aplicación de unos signos y síntomas clínicos para medir la presencia de hiperlaxitud articular por medio del test de Brighton.

Reconozco que los investigadores me han informado de los métodos para obtener la información y no existe un método más apropiado y económico para alcanzar los fines que se pretenden con este estudio.

Reconozco que mi participación es libre, espontánea y consistirá en responder a las preguntas contenidas, una evaluación que va a ser realizada por un médico residente de psiquiatra o estudiante de medicina perteneciente al semillero de Biopsique, cuyo nombre es _____.

Conozco que se me ha informado ampliamente sobre los alcances posibles, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El diseño de la investigación está hecho para que los resultados de la investigación solamente puedan ser conocidos por el entrevistador y el grupo que realiza la investigación. No obstante existe una mínima posibilidad de que otras personas podrían tener acceso a los resultados.

La molestia eventual está representada por el tiempo concedido para la realización de la evaluación.

Me han informado que la investigación tiene un beneficio individual debido a que obtendré información acerca de mis funciones mentales, las cuales podrán ser analizadas por el psiquiatra que trata mi enfermedad.

En caso de encontrar hallazgos que sean importantes para mi bienestar, estos serán comentados conmigo y con el psiquiatra tratante.

El entrevistador se ha comprometido a darme en forma oportuna los resultados específicos derivados de la evaluación y enviarlos al psiquiatra tratante.

Igualmente se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de la investigación desarrollada o eventuales riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente.

Se me ha asegurado que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que mis datos serán manejados en forma totalmente privada.

De acuerdo con lo anterior apruebo mi colaboración con el estudio y en constancia firmamos:

Participante
Dirección:

Testigo 1
Dirección
Relación con el entrevistado:
cc

Testigo 2
Dirección
Relación con el entrevistado:
cc.

Nombre de investigadores

Mauricio Castaño/ cel 300618944/ oscar.castano@ucaldas.edu.co
Erika Manuela Ortega Jurado /cel 3118171991/ erika.ortega26726@ucaldas.edu.co
Dirección: Calle 72- 28-20 Clínica San Juan de Dios

2. Cuestionario Endofenotipo neuroconectivo

CUESTIONARIO FENOTIPO NEUROCONECTIVO

Nombre.....

Edad.....

Mujer Hombre

Fecha...../...../ 202.....

A menudo las personas con ansiedad o depresión tienen características, manifestaciones o físicas del cuerpo que no se recogen adecuadamente. **En este cuestionario le preguntaremos acerca de esas características para entender y comprender todo lo que le afecta y experimenta a nivel corporal y no sólo los problemas mentales.**

El fenotipo neuroconectivo se desarrolló con el fin de comprender los síntomas físicos o rasgos psicológicos de las personas que sufren problemas de ansiedad. Este fenotipo tiene 5 partes: sensibilidad sensorial, signos físicos, enfermedades somáticas, así como algunos aspectos psicológicos-psiquiátricos y comportamientos asociados.

Sensibilidad sensorial

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1-¿Considera que tiene un olfato sensible y muy capaz de notar olores (sobre todo los malos)?	0	1	2	3	4
2-¿Considera que es sensible frente a ruidos? (¿le molestan?)	0	1	2	3	4
3-¿Se considera una persona muy sensible en general?	0	1	2	3	4
4-¿Le cuesta o le incomoda mirar a los ojos o mantener la mirada cuando le miran?	0	1	2	3	4
5-¿En períodos en que disminuye la luz (ej.: invierno) nota cambios de energía o de ánimo?	0	1	2	3	4
6-¿Nota que los cambios meteorológicos (ej. días nublados, antes de llover, etc.) le afectan a su estado anímico?	0	1	2	3	4
7-¿Alguna vez siente cierta inestabilidad o inseguridad al caminar? (ej. como ir en barco o como si caminase sobre nubes)	0	1	2	3	4
8-¿Considera que el calor o el frío (rodee con un círculo cuál, o las dos) le afectan especialmente?	0	1	2	3	4

	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
9-¿Siente pesadez o hinchazón abdominal después de las comidas?	0	1	2	3	4
10-¿Ha notado que hace a menudo suspiros?	0	1	2	3	4
11-¿Percibe con facilidad su cuerpo, su respiración, los movimientos de sus intestinos o su pulso?	0	1	2	3	4
12-¿Nota que su corazón a veces se desboca/le late demasiado rápido?	0	1	2	3	4
13-¿Siente que se ahoga o que le falta el aire en momentos de tensión?	0	1	2	3	4
14-¿Siente un nudo o bulto en la garganta en momentos de tensión?	0	1	2	3	4
15-¿Tiene dolores en las vértebras cervicales?	0	1	2	3	4
16-¿Tiene dolores en las vértebras lumbares?	0	1	2	3	4
17-¿Ha sentido alguna vez dolor/ardor en la boca o dolor/ardor en zonas genitales?	0	1	2	3	4
18-¿Considera que los medicamentos en general le hacen demasiado efecto o no los tolera bien?	0	1	2	3	4
19-¿Ha tenido molestias alguna vez relacionadas con el uso de jabones, joyas u otros productos químicos?	0	1	2	3	4
TOTAL					

Signos corporales

	SÍ	NO
1-¿Ha observado que le salen moratones al mínimo golpe o que tiene moratones dónde no recuerda haberse hecho daño?	1	0
2-¿Tiene alguna cicatriz un poco abultada o algo ensanchada?	1	0
3-¿Alguna vez se le han hinchado las manos o los pies al pasear un rato o permanecer en unos almacenes, o al hacer un rato de cola?	1	0
4-¿Ha tenido alguna vez un desmayo como un síncope (con flojera, sudoración, etc.)?	1	0
5-¿Nota que a veces le cuesta tragar o casi se atraganta con los alimentos?	1	0
6-¿Su forma de caminar es a veces algo inestable, torpe e incluso tropieza?	1	0
7-¿Ha padecido esguinces o dislocaciones? señale	1	0
8 - ¿Ha tenido dolor temporomandibular (delante de los oídos) o bruxismo (apretar dientes al dormir)?	1	0
9- ¿A menudo su sueño no es reparador y se levanta ya cansado/a?	1	0
10 -¿Ha tenido hernias (inguinal, umbilical, hiato..)? señale	1	0
11 - ¿Al finalizar el día le aparecen dolores en la espalda al tumbarse para descansar?	1	0

12 – Siente reflujo después de las comidas o al levantarse de la cama?	1	0
13 – Tiende a tener períodos de aumento de deposiciones	1	0
14 – Tiende a tener períodos de aumento del número de micciones	1	0
15 - Tiene episodios de temor a descontrol de orina	1	0
16 – ¿Ha padecido desprendimiento de retina o de luxación del cristalino?	1	0
17 – ¿Padece el síndrome premenstrual? (dolor, mal humor, tristeza, ansiedad, etc.)	1	0
18 – ¿Le han diagnosticado de soplo de la válvula mitral o prolapso (ej. útero, recto, etc?)	1	0
19 - ¿ Ha tenido síndrome del túnel carpiano o neumotórax? señale	1	0
20 – ¿Tienes algún familiar que padezca algunos de estos síntomas o parecidos? Detallar	1	0
TOTAL		
OBSERVACIONES		

MIDA y SÍTUE SU DOLOR DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

MIDA y SÍTUE SU DOLOR DURANTE LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS



Características y Sensaciones	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
1-¿Suele tener dificultades en el sueño? ¿en dormirse? ¿despertar de madrugada? (señalar)	0	1	2	3	4
2-¿Tiene dificultad en acudir a lugares cerrados, ej. ascensores, metros, aviones?	0	1	2	3	4
3-¿Tiene dificultad en acudir a lugares muy concurridos?	0	1	2	3	4
4-¿Le resulta insufrible esperar, hacer cola o tener que aceptar turnos?	0	1	2	3	4
5-¿Ha tenido alguna vez la sensación de sentirse extraño, como si no fuera usted mismo?	0	1	2	3	4
6-¿Suele ser una persona muy activa, siempre resolviendo cosas y le cuesta estar sin hacer nada?	0	1	2	3	4
7-¿Le afectan fuertemente las pérdidas, por ejemplo, muerte del padre o madre, amigos, mascota, pérdida de pareja, etc.?	0	1	2	3	4

Características y Sensaciones	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
8-¿Es muy sensible a ser rechazado/a, ser ignorado/a, a no sentirse tenido/a en cuenta o abandonado/a?	0	1	2	3	4
9-¿Se podría definir como persona sufridora?	0	1	2	3	4
10-¿Tiende a la anticipación de lo peor y a pensar en lo malo?	0	1	2	3	4
11-En una situación de emergencia real, ¿Usted encuentra rápidamente soluciones, es decir, es de los que reacciona eficazmente para solucionarla?	0	1	2	3	4
12-En momentos de discusión y pelea ¿es especialmente capaz y buen guerrero/a?	0	1	2	3	4
13-¿Tiende a “ver” o “detectar” las cosas antes que los demás?	0	1	2	3	4
14-¿Su entorno (ej. amigos) considera que usted tiene éxito en sus estudios o trabajo o familia?	0	1	2	3	4
15 – ¿Considera que usted ha sido especialmente capaz de superar los obstáculos de la vida?	0	1	2	3	4
15 -¿Suele ser usted más rápido/a y resolutivo/a que los demás?	0	1	2	3	4
16 – ¿Tiende a emplear mucho tiempo en la ducha o en el aseo?	0	1	2	3	4
17 - ¿Tiene tendencia a lavarse mucho las manos?	0	1	2	3	4
18 - Siente intenso malestar y rechazo ante las secreciones corporales (orina, heces, saliva)	0	1	2	3	4
19 -¿Ha tenido miedo o pensamientos de hacer o de hacerse daño?	0	1	2	3	4
20 - ¿Tiene tendencias a comprobar, si ha cerrado la puerta, gas, electrodomésticos, etc.?	0	1	2	3	4
21 - Tiende a tener miedo a enfermedades o teme mucho por su salud cuando nota algún síntoma?	0	1	2	3	4
22 - ¿Tiene tendencias a contar números o contar matrículas o a confeccionar listas?	0	1	2	3	4
23 -¿Tiene aprensión a tomar medicación cuando un médico se la receta?	0	1	2	3	4
24 -¿Se considera un comprador/a compulsivo/a?	0	1	2	3	4
25-¿Ha tenido momentos en que se ha quedado sin habla?	0	1	2	3	4
26- ¿Ha tenido episodios de parálisis en brazos o piernas?	0	1	2	3	4
27- ¿Ha tenido episodios de convulsiones raras (ej. no epilépticas) o temblores extraños?	0	1	2	3	4
28- ¿Se ha quedado alguna vez minutos u horas, desconectado/a mentalmente?	0	1	2	3	4
29- ¿Se ha quedado alguna vez minutos u horas, sin memoria?	0	1	2	3	4

Características y Sensaciones	Nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
TOTAL					

Tendencias y Comportamientos

Para comprender las preguntas puede ser útil observar el gráfico, examinando cada eje y sus extremos.



Hay personas que pueden presentar comportamientos aparentemente contrarios pero que les “salen” como si fueran dimensiones automáticas de su carácter. A menudo son perfiles muy propios y bastante íntimos de cada persona y los demás a veces sólo ven uno de los dos.

Precisamente queremos saber si usted combina estas dos polaridades. Así:

1 – Supercontrol/ Descontrol. ¿Tiende a super-controlar sus cosas y sus situaciones (ej., orden, limpieza, cumplir normas, etc.), mientras que en otras ocasiones se halla haciendo lo contrario (desorden, descontrol, etc.)? *Marque UNA de las cuatro respuestas.*

No tengo ni super-control ni descontrol	
Ciertamente tiendo a comportarme en esos dos polos / Mi control oscila entre demasiado o escaso.	
Tiendo al Descontrol	
Tiendo al Super control	

2 – Dependencia/ Aislamiento. ¿Le ocurre que en unas ocasiones se sabe bastante dependiente de alguien o de algún grupo, mientras que otras veces se aísla, se aparta o se esconde de los demás? *Marque UNA de las cuatro respuestas.*

No me considero una persona dependiente o que tienda a apartarme.	
Ciertamente oscilo entre ser dependiente a veces y aislarme otras.	
Tiendo sólo a la Dependencia	
Tiendo sólo al Aislamiento	

3 – Evitación /Invasión. ¿En ocasiones le cuesta o le resulta difícil hablar o expresarse con los demás, pero en cambio cuando toma la palabra lo hace con cierta vehemencia o incluso enfado? *Marque una de las cuatro respuestas. Marque UNA de las cuatro respuestas.*

No me considero una persona a la que le cueste expresarse o hablar con los demás, ni que tome la palabra de forma vehemente.	
Ciertamente tiendo a comportarme en esos dos polos: o bien no hablo o lo hago con casi enfado.	
Tiendo sólo a la Evitación	
Tiendo sólo al “Invasión”	

4 – Lucha/Huida. ¿A veces es una persona muy guerrera e incisiva mientras que en otras, prefiere huir, escapar o simplemente evitar el conflicto? *Marque UNA de las cuatro respuestas.*

No me considero una persona muy guerrera ni que evite el conflicto	
Ciertamente tiendo a oscilar entre muy guerrero/a y activo/a mientras que otras veces me pongo evasivo/a.	
Tiendo sólo a la Lucha/Pelea	
Tiendo sólo a la Evasión o Escape”	

5 – Yo/ Los demás. ¿Le ocurre que a veces su dedicación a los demás es muy grande (en la familia, en el trabajo, etc.) mientras que en otras ocasiones usted se encierra en sí mismo/a y quiere que le dejen en paz? *Marque UNA de las cuatro respuestas.*

No me considero una persona que se dedique o plenamente a los demás o a plenamente a sí misma.	
Ciertamente oscilo entre dedicarme a los demás o encerrarme en mí mismo/a según el momento.	
Tiendo sólo a la mi propia dedicación o encierro	
Tiendo sólo a dedicarme a los demás	

DIAGNÓSTICO- Trastornos somáticos

DIAGNÓSTICOS (rellenar con el médico o con enfermería)	SÍ	NO
1- ¿Síndrome del intestino irritable?	1	0
2- ¿Esófago disfuncional?	1	0
3 - ¿Vértigo?	1	0
4- ¿Síndrome postural ortostático?	1	0
5- ¿Fatiga crónica?	1	0
6- ¿Fibromialgia?	1	0
7- ¿Migraña?	1	0
8-¿Hipotiroidismo?	1	0
9-¿Asma?	1	0
10-¿Sensibilidad Química Múltiple? (no solo intolerancias o reacciones alérgicas)	1	0
11-¿Intolerancia al gluten?	1	0
12-¿Intolerancia a algún medicamento? Detallar:	1	0
13 – Síndrome temporo-mandibular	1	0
14 – Observar Biotipo asténico/ectomorfo:	1	0
15- Escleras nacaradas (algo oscuras)	1	0
OTROS DIAGNÓSTICOS:	1	0
TOTAL		

DIAGNÓSTICO: Trastornos psiquiátricos

DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS (rellenar con el médico o enfermería)	SÍ	NO
1-¿Trastorno Depresivo Mayor? (F32)	1	0
2-¿Trastorno Bipolar? (F31)	1	0
3-¿Anorexia Nerviosa? (F50.0) ¿¿Bulimia Nerviosa? (F50.2) (señalar cuál)	1	0
4-¿Trastorno por Atracónes? (F50.8)	1	0
5-¿Trastorno Obsesivo Compulsivo? (F42.)	1	0

6-¿Trastorno por Síntomas Neurológicos Funcionales (T. Conversión) (F44)	1	0
7-¿Trastorno de Ansiedad Generalizada? (F41.1)¿Trastorno de Pánico? (F41.0)	1	0
8-¿Hipocondría? ¿Trastorno Síntomas Somáticos? (F45.1)	1	0
9-¿Ansiedad Social? (F40.1)¿Agorafobia? (F40.0)¿Fobia específica? (F40.2)	1	0
10-¿Trastorno Límite Personalidad? (F60.3)	1	0
11-¿Esquizofrenia? (F 20)	1	0
12-¿Trastorno por Hiperactividad (TDAH)? (F90)	1	0
13 – ¿Trastorno por Uso Alcohol? AUDIT (F10)	1	0
14 - ¿Trastorno por Uso Substancias? Marihuana (F12)- Cocaína- (F14)	1	0
OTROS DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS	1	0
TOTAL		

PAUTA EVALUACIÓN HIPERLAXITUD

Nº caso..... Nombre.....

Edad..... Hombre Mujer Evaluador.....



Item		Dcha	Izq
1		★	★
	<p>Flexión de 90° del dedo meñique. Con la palma de la mano sobre una base, debe doblarse hacia arriba más de 90°.</p> <p>Si la tercera falange es capaz de doblarse en más de 90°, cumpliría criterio.</p>		
2		★	★
	<p>Flexión pulgar. Con la muñeca en flexión hacia abajo, se debe tocar el antebrazo con el pulgar.</p> <p>También es positivo si el dedo pulgar queda en posición horizontal paralela al antebrazo.</p>		
3		★	★
	<p>Hiperextensión del codo</p> <p>Con el brazo en extensión y el codo hacia abajo. El codo se extiende 10° o más.</p> <p>Algunos brazos no están rectos, primero colocar el brazo de manera que quede recto (plano), y luego comprobar el ítem.</p>		
4			
	<p>Rotación hombro</p> <p>Con el brazo pegado al cuerpo y afirmando con la mano contraria el bíceps, el antebrazo debe girar hacia atrás 85°.</p> <p>Aguantar con firmeza el antebrazo sin tocar el codo y ayudar a girar el brazo suavemente desde la muñeca.</p>		
5		★	★
	<p>Hiperextensión de la rodilla de más de 10°</p> <p>Tendido en una superficie plana con la rodilla estirada. El evaluador pone una mano en la rodilla y con la otra intenta elevar la pierna. Debe elevarse 10° o más.</p> <p>Estando la persona de pie, a veces ya se puede ver a simple vista.</p>		
6			
	<p>Rotación de la cabeza</p> <p>Rotar la cabeza hacia un lado en ángulo cercano a los 90°.</p> <p>La barbilla queda alineada/encima del hombro. Se puede llegar a tocar el hombro con el mentón (¡Atención, no subir el hombro!).</p>		
7		★	
	<p>Flexión columna</p> <p>De pie, flexión de tronco con las rodillas completamente extendidas hasta tocar el suelo con las palmas de las manos. Las piernas pueden estar un poco separadas y no es necesario que la palma entera toque el suelo, pueden tocar las falanges.</p>		
8			
	Facilidad en presentar equimosis (morados, hematomas).		
9			
	Cicatrices hipertróficas y/o queloides.		
★ Criterios Beighton		Criterios Hiperlaxitud HLX 9 TOTAL	

3. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica 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. Gilbert
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)

4

A. Episodio depresivo mayor

(= SIGNIFICA IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CODIFICAR 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	SI	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	SI	2	
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	=	NO	SI	
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 SI, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SI	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	SI	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	SI	5	
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6	
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7	
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8	
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SI	9	
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SI		
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	
SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINÚE CON A4, DE LO CONTRARIO CONTINÚE CON EL MÓDULO B:					
A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros periodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11
				EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

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

5

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

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

6

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

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

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

7

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"/>

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

D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período 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 períodos 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», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritable 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 crea 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)

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

D4	¿Duraron esos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12						
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
		HIPOMANÍACO	MANÍACO							
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	NO	SÍ							
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO:	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1175 533 1419 554">EPISODIO HIPOMANÍACO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1192 575 1273 596">ACTUAL</td> <td data-bbox="1370 575 1386 596"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1192 596 1273 617">PASADO</td> <td data-bbox="1370 596 1386 617"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			EPISODIO HIPOMANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
EPISODIO HIPOMANÍACO										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	NO	SÍ							
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO:	<table border="1"> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1175 686 1419 707">EPISODIO MANÍACO</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1192 728 1273 749">ACTUAL</td> <td data-bbox="1370 728 1386 749"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1192 749 1273 770">PASADO</td> <td data-bbox="1370 749 1386 770"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			EPISODIO MANÍACO		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
EPISODIO MANÍACO										
ACTUAL	<input type="checkbox"/>									
PASADO	<input type="checkbox"/>									
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)										

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

10

E. Trastorno de angustia

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

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

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, BODEE 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	

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

12

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseados, 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	SI	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	SI	2
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SI <input type="checkbox"/> 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	SI <input type="checkbox"/> compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO	SI	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO	SI	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 SI 6 TRASTORNO OBSESIVO/ COMPULSIVO ACTUAL		

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

14

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 o/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 angustiosa (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 cólera?	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 I4?	= 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

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

					EXTRAÑAS	
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?	NO	SI	SI	1
		<small>NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACCIDENTE.</small>				
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1b	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SI	SI	3
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1b	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SI	SI	5
		<small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.</small>				
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1b	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SI	SI	7
	b	Si SI: ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SI	SI = 1b	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SI	SI	9
		<small>ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CÉLICO, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.</small>				
	b	Si SI: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SI	SI	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	SI		11
		<small>LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:</small>				
		Si SI: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SI	
	b	Si SI: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SI	SI = 18b	12

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

19

17	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 INAPROPADAS.	NO	SI	13						
	b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SI	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:											
18	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SI	15						
19	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CAZATÓNICO?	NO	SI	16						
110	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	SI	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS -b-? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS -b-?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SI										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS -a-? 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?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </table>			NO	SI	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SI	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SI							
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1E: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SI</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SI	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SI	19									
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)											

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

22

O. Trastorno de ansiedad generalizada

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, BORRAR 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	SI	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	2
CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.			NO	SI	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	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	SI	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SI	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SI	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SI	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SI	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO	SI
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

4. Eventos en los que se participó con el proyecto:


ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA - ACP

NIT: 860.016.790-0

 Afiliada a la Asociación Mundial de Psiquiatría WPA
 Miembro de la Asociación Psiquiátrica de América Latina APAL

ACP-327-23

Bogotá D.C., 16 de agosto de 2023

 Doctora
ERIKA MANUELA ORTEGA JURADO
 Ciudad

Doctora Ortega,

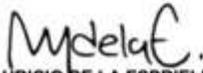
Le informamos que su trabajo "Asociación de trastorno mental severo y síndrome de hiperlaxitud articular en pacientes en unidad de salud mental en Manizales entre 2021 y 2023" fue evaluado por el Comité Científico de la Asociación Colombiana de Psiquiatría y aprobado para presentación en la modalidad de Proyecto de investigación, en el XVI Congreso Nacional de Residentes.

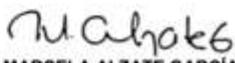
Por favor confirme su aceptación de participación, en respuesta a este correo, antes del 21 de agosto del presente año.

Le recordamos que para que su trabajo sea agendado los ponentes deben estar inscritos al Congreso.

Quedamos atentos a resolver cualquier inquietud.

Cordialmente,


MAURICIO DE LA ESPRIELLA P.
 Presidente Junta Directiva


MARCELA ALZATE GARCÍA
 Directora Comité Científico

 Carrera 18 No. 84-87 Oficina 404 - Bogotá, D.C. Colombia
 3174405672 / 6015890807
www.psiquiatria.org

