

11241

28

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

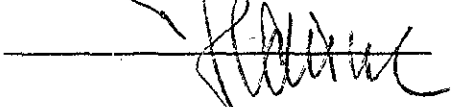
Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica

EFICACIA DEL PINDOLOL COMO COADYUVANTE A LA PAROXETINA EN EL TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES DEPRIMIDOS. ESTUDIO DOBLE CIEGO.

Tesina que para obtener el diploma de especialista en
psiquiatría presenta :

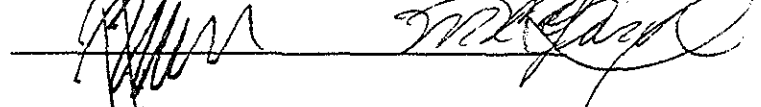
Dr. Arturo López Bastidas

TUTOR TEÓRICO



DR. GERARDO HEINZE MARTIN

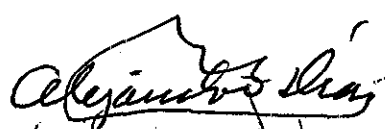
TUTORES METODOLÓGICOS



DR. FRANCISCO DE LA PEÑA OLVERA
DRA. MARÍA DEL CARMEN LARA

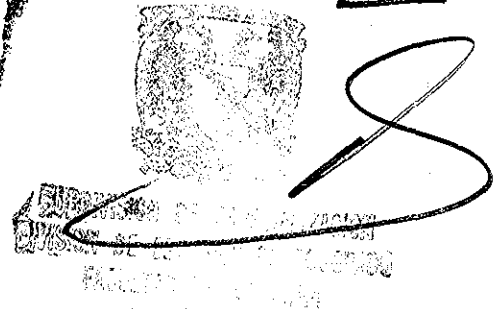
Vó. Bo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN


Dr. Alejandro Díaz Mtz

Febrero de ~~1999~~

2002





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradezco el apoyo brindado por la compañía farmacéutica Novartis para la realización de esta tesina. Agradecemos también el apoyo brindado por el personal de enfermería, AL Dr. Alejandro Corte y al Dr. Julio González por continuar con el protocolo en mi ausencia, a mis asesores, el Dr. Gerardo Heinze, la Dra. María del Carmen Lara y en especial el Dr. De La Peña que sin su empuje y entusiasmo este proyecto no se hubiera culminado.

A Rosa

Instituto Mexicano de Psiquiatría

Asesor Teórico :

Dr. Gerardo Heinze M.

Asesores Metodológicos :

Dra. María Del Carmen Lara M.

Dr. Francisco De La Peña O.

ÍNDICE

I.	Introducción.....	6
II.	Objetivos del estudio.....	19
III.	Material y Método.....	20
	a) Pacientes.....	20
	b) Criterios de inclusión al estudio.....	20
	c) Criterios de exclusión al estudio.....	21
	d) Criterio de eliminación del estudio.....	22
	e) Variables e instrumentos de medición.....	23
	f) Definiciones operacionales.....	29
	g) Apego al tratamiento.....	29
	h) Procedimiento.....	30
IV.	Resultados.....	37
V.	Discusión.....	46
VI.	Conclusiones.....	55
VII.	Anexo.....	56
VIII.	Bibliografía.....	57

INTRODUCCIÓN

Los trastornos del estado de ánimo, en especial los trastornos depresivos, se encuentran entre los trastornos psiquiátricos más frecuentes. Se considera que puede afectar por lo menos una vez en la vida al 12% de las mujeres y al 8 % de los hombres (1). Los criterios clínicos de los Manuales Diagnósticos en Psiquiatría (DSM III, DSM III-R y DSM IV) han sido descritos en adultos, sin embargo se ha confirmado que estos criterios se pueden aplicar de manera válida y confiable en las poblaciones de niños y adolescentes.

En esta población, el conocimiento epidemiológico ha sido lento debido a múltiples complicaciones metodológicas (3,4,5). En Estados Unidos, la prevalencia de trastorno depresivo mayor en niños y adolescentes oscila entre 0.4% y 2.5% y entre 0.4% y 8.3%

respectivamente (2) mientras que la prevalencia de por vida en adolescentes está estimada entre el 15% y el 20% (6). Este último dato es comparable con la prevalencia de por vida en adultos, lo que sugiere que la depresión en adultos inicia con frecuencia en la adolescencia.

Además existen varios estudios que sugieren que este trastorno afectivo está aumentando en la población pediátrica en general así como la presentación del mismo en una edad más temprana (13-16).

El campo de la terapia psicofarmacológica en niños y adolescentes también se ha desarrollado lentamente. Los medicamentos más estudiados en la población pediátrica son los antidepresivos tricíclicos (ADT) como la amitriptilina, imipramina y la desipramina. Aunque los reportes anecdóticos y algunos estudios

abiertos han sido prometedores, los estudios controlados no han confirmado su efectividad de manera significativa sobre el placebo (7,17-19).

El uso de ADT es laborioso y requiere de una vigilancia constante por parte del terapeuta, ya que se necesita de estudios basales, aumentar gradualmente el medicamento, requiere de seguimiento electrocardiográfico, de la presión arterial y de los efectos colaterales, además de niveles séricos del antidepresivo de manera periódica. Los efectos colaterales de los medicamentos antidepresivos tricíclicos, en algunos casos serios, limitan en muchas ocasiones el tratamiento de niños y adolescentes.

La más reciente revisión de los estudios doble ciego con ADT en adolescentes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM) fue la publicada por Birmaher et al (7) (Tabla 1).

Tabla 1. Estudios doble-ciego con antidepresivos tricíclicos en adolescentes con trastorno depresivo mayor.

Estudio	N	Instrumentos Diagnósticos	ADT	Dosis	Duración del tratamiento	Resultados
Kramer & Feiguine 1981	20	?	AMI	200mg/día	6 semanas	AMI= placebo
Geller et al 1990	31	K-SADS/RDC	NT	Niveles en plasma "fijos" (80±20ng/mL)	8 semanas	NT= placebo
Klein & Koplewicz, 1990	30	K-SADS/DSM-III- R	DMI	Hasta 5 mg/kg/día	6 semanas	AMI= placebo
Boulus & Kutcher, 1991	30	K-SADS/DSM-III- R	DMI	200mg/día	6 semanas	DMI= placebo
Kutcher et al 1994	60	K-SADS/DSM-III- R	DMI	200mg/día	6 semanas	DMI= placebo
Kye et al., 1996	31	K-SADS/DSM-III- R	AMI	Hasta 5 mg/kg/día	6 semanas	AMI= placebo

N= número de pacientes en el estudio. ADT= antidepresivo tricíclico, AMI=amitriptilina, NT=nortriptilina, DMI= desimipramina, K-SADS= Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, RDC= Research Diagnostic Criteria, DSM-III-R =Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition revised.

Debido a la inconsistencia de los resultados con ADT, muchos investigadores se han enfocado al estudio de los Inhibidores

Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS). En una revisión publicada en 1996, se habían reportado en la literatura tres estudios abiertos en niños y adolescentes con depresión, dos con fluoxetina y otro con fluvoxamina en los que se observó mejoría con tratamiento farmacológico. En esa misma revisión se reportó un estudio controlado con fluoxetina donde no encontraron diferencias entre fluoxetina y placebo después de 8 semanas de estudio (20-21).

En los niños y los adolescentes menores (13 a 15 años) la dosis no se ha establecido de manera adecuada, a diferencia de los adolescentes mayores (16 a 18 años) y los adultos (8).

En 1997 se reportó un estudio abierto con paroxetina en pacientes menores de 14 años con diagnóstico de TDM. Los pacientes se valoraron mediante la escala de severidad clínica global

y se reportó mejoría al mes y a los tres meses de tratamiento. Se reportó además una remisión completa en la sintomatología depresiva en todos los pacientes al final del tratamiento (8.4 meses como promedio), siendo además una droga bien tolerada (22).

En un estudio doble ciego, comparativo entre venlafaxina y placebo en niños y adolescentes deprimidos no se encontraron diferencias significativas atribuibles a la venlafaxina después de 6 semanas de estudio (23).

Hasta la fecha solo se ha reportado un estudio controlado que demuestra la superioridad de un ISRS sobre el placebo (24). En este estudio se comparó a la fluoxetina en contra del placebo. Se reportó superior a la fluoxetina sobre el placebo en el tratamiento de la fase

aguda en depresión mayor en niños y adolescentes, pero la remisión completa del cuadro depresivo fue muy similar en ambos grupos.

En el Western Psychiatric Institute, en la ciudad de Pittsburgh, Pennsylvania, el Dr. Boris Birmaher y colaboradores llevan a cabo un estudio doble ciego en niños y adolescentes con depresión mayor utilizando paroxetina vs placebo. Los hallazgos preliminares son aparentemente alentadores (Boris Birmaher, comunicación personal, Congreso Nacional de la APM, Chiapas, 1997).

El uso de medicamentos coadyuvantes para la depresión en niños y adolescentes no se ha estudiado de manera controlada.

Los betabloqueadores se han empleado en el tratamiento de la migraña, el temblor esencial y algunos trastornos de ansiedad (27).

En la población pediátrica se han usado particularmente a niños y adolescentes con problemas de conducta agresiva, otros trastornos de conducta, en el estrés postraumático y en el Síndrome de Gilles de la Tourette (9).

En los últimos años, se ha reportado el uso de un betabloqueador, el pindolol, que además tiene efecto antagonista en los autorreceptores 5-HT_{1a} y funciona como coadyuvante de un inhibidor de la recaptura de serotonina para la depresión mayor. Un estudio del departamento de psiquiatría del hospital de Sant Pau (Barcelona, España) se llevó a cabo para examinar el efecto del pindolol (a dosis de 2.5mg tres veces al día) en el periodo de la latencia de respuesta a la paroxetina (grupo 1) y como potenciador del ISRS en pacientes resistentes a tratamiento (grupo 2). A todos los pacientes en el grupo 1 se les administró de manera abierta

paroxetina a dosis de 20 mg/día y pindolol 2.5 mg tres veces al día. 4 de los 7 pacientes del grupo 1 tuvieron una remisión completa de sus síntomas en menos de una semana, y otro paciente obtuvo remisión parcial de su sintomatología en 5 días. En el grupo 2 los pacientes habían sido tratados con ISRS e inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) por espacio de por lo menos 6 semanas sin respuesta satisfactoria al antidepresivo. Se les administró tratamiento antidepresivo (paroxetina 20mg/día, 40mg/día, fenelzina 60mg/día, fluvoxamina 200mg / día imipramina 200mg/día) y después de 4 a 8 semanas se les inició pindolol a la misma dosis que al grupo 1. 5 de 8 pacientes del grupo 2 se recuperaron completamente en una semana mientras otro paciente tuvo una remisión parcial de su sintomatología (11).

En otro estudio abierto se reportó mejoría (disminución de más de un 50% en la escala de depresión de Hamilton ; HAM-D) en una semana en 7 de 9 pacientes deprimidos vírgenes a tratamiento que tomaron paroxetina 20mg/día junto con pindolol 2.5mg/tres veces al día. En el mismo estudio se reportó mejoría en 10 de 19 pacientes deprimidos resistentes en una semana y al final de la segunda semana todos tenían una puntuación igual o menor a 10 en HAM-D (27).

En un estudio doble ciego comparativo con placebo se observó la eficacia de las combinaciones pindolol-trazodona y fluoxetina-trazodona sobre placebo-trazodona en pacientes deprimidos, la mayoría considerados resistentes a tratamiento (12). Esta estrategia terapéutica se desarrolló basada en estudios electrofisiológicos llevados a cabo en animales por Blier y de Montigny (28).

Teóricamente, se ha propuesto como uno de los mecanismos de retraso en el inicio de acción de los inhibidores selectivos de la serotonina a la presencia de autorreceptores 5-HT_{1a} sensibilizados, que su papel es inhibir la liberación de 5-HT. Esto se limita después de dos semanas de tratamiento, lo que corresponde con el inicio de la respuesta clínica con los ISRS.

Hay dos estudios doble-ciego, comparativos con placebo en donde se reporta un acortamiento en el período de espera para el efecto antidepresivo con pindolol y paroxetina o fluoxetina (29,30).

Sin embargo en otro estudio doble-ciego pindolol-placebo con fluoxetina no se encontraron diferencias significativas en eficacia terapéutica y en acortamiento en el tiempo de respuesta al tratamiento (31).

Recientemente se publicó un estudio doble ciego (36) en donde 63 pacientes con depresión mayor fueron asignados aleatoriamente en tres diferentes grupos. El grupo 1 recibió 20 mg de paroxetina al día mas placebo por 4 semanas, el grupo 2 recibió 20 mg de paroxetina al día mas 7.5 mg de pindolol al día por una semana y luego placebo por tres semanas. El tercer grupo recibió paroxetina y pindolol por las 4 semanas. Además a otro grupo de pacientes hospitalizados con depresión mayor se les administró paroxetina y metoprolol a dosis de 50mg al día, ya que este betabloqueador no tiene afinidad significativa a nivel de los receptores 5-HT_{1a}. Se definió como respuesta clínica a la reducción por abajo de 8 puntos en la escala de Hamilton para depresión (HAM-D). Después de una y dos semanas de tratamiento se encontraron diferencias significativas en cuanto a respuesta al tratamiento en los grupos que tomaron paroxetina y pindolol en comparación con el grupo que

tomó paroxetina y placebo. Al finalizar el tratamiento, los pacientes del grupo tres tuvieron un índice de respuesta significativamente mayor al del grupo que tomó paroxetina + placebo (81% vs 48%, $p= 0.05$) y una puntuación promedio en el HAM-D significativamente menor en comparación con los otros dos grupos de estudio ($p= 0.00003$ vs el grupo 1 y $p= 0.02$ vs el grupo 2 respectivamente). El grupo abierto que tomó paroxetina y metoprolol tuvo un perfil de efectos colaterales semejante al grupo de paroxetina y placebo y su índice de respuesta también fue semejante a la de este grupo.

Hay varios reportes que difieren en cuanto al mecanismo de acción terapéutica del pindolol (33-35), así como la presencia de otras variables del sujeto que pueden contribuir a la presencia de respuesta al medicamento como la personalidad (32). No se ha

reportado en la literatura el uso de pindolol como coadyuvante en el trastorno depresivo en adolescentes. Tomando en cuenta que la población adolescente no ha respondido a los esquemas farmacológicos de manera significativa, el uso de coadyuvantes podría estar indicado.

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

1. Comparar la efectividad de la combinación paroxetina + pindolol vs paroxetina + placebo en adolescentes con episodio depresivo mayor.
- 2.- Comparar el inicio de respuesta con ambas combinaciones.

MATERIAL Y MÉTODO

PACIENTES

Se incluyeron pacientes adolescentes, que se captaron en el servicio de preconsulta y de la clínica de adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría entre el 25 de Mayo y el 11 de Diciembre de 1998, que tuvieran como diagnostico de Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN AL ESTUDIO.

1.- Pacientes con edad entre 13 y 18 años al inicio del año 1998, hombres y mujeres que supieran leer, escribir y hablar fluidamente el español, esto por efecto de llenado de autorregistros.

2.-Aceptar bajo consentimiento propio y familiar su inclusión al estudio firmando la hoja de aceptación.

3.- Presencia de TDM como diagnóstico principal según la entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA) (25, 40) para los criterios diagnósticos del DSM-IV.

4.- Calificación de 18 puntos o más en la escala de Hamilton para depresión (HAM-D).

5.- Estudios de laboratorio y gabinete normales.

6.- Sin tratamiento farmacológico por lo menos una semana antes de entrar al estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN AL ESTUDIO.

1.- Presencia de síntomas psicóticos.

- 2.- Enfermedad médica crónica o de condiciones que contraindiquen el uso de pindolol o paroxetina (ej. diabetes mellitus, asma).
- 3.- Diagnóstico de dependencia a alcohol y/o una sustancia.
- 4.- Abuso de alcohol y/o sustancias en la última semana.
- 5.- Diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno psicótico breve.
- 6.- Diagnóstico de Trastorno Bipolar tipo I o II, ciclotimia o trastorno afectivo secundario a causa médica.
- 7.- Embarazo.
- 8.- Electroencefalograma (EEG) con fenómenos paroxísticos.

CRITERIO DE ELIMINACIÓN DEL ESTUDIO

- 1.- Mejoría del cuadro depresivo después de una semana de tratamiento.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

El diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM) se llevó a cabo mediante la entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Esta entrevista semiestructurada se desarrollo a partir de otros instrumentos como el Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS), el Interview Schedule for Children (ISC) el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) y el Schedule for Clinical Assesment in Neuropsychiatry (SCAN). La ESA esta validada en español en un estudio de confiabilidad interevaluador y temporal (25,40) y se utiliza para realizar diagnósticos según el DSM-IV(37).

En cada entrevista se tomaron signos vitales como tensión arterial (tanto sistólica como diastólica) acostado y sentado,

frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria. Además se aplicaron las siguientes escalas :

Escala de Hamilton para depresión (HAM-D).

Existen estudios de validación en inglés (41, 42) mientras que en español solo se ha validado pero mediante el uso de una entrevista estructurada (43). La escala es ampliamente utilizada.

Inventario de Beck para depresión (IBD).

Este instrumento esta validado en español en pacientes cardiopatas (38). El análisis de las características del receptor indicó que el punto de corte mas adecuado fue de 14, lo que determinaba una sensibilidad y una especificidad del 86%. La confiabilidad prueba-contraprueba (consistencia externa) fue de 0.77 (coeficiente de correlación intraclase).

Escala de Birleson (EB).

La EB es una escala traducida y es específica para valorar severidad de depresión en adolescentes (39). Se llevó a cabo la validez de constructo y de criterio externo; y tiene una sensibilidad del 87% y especificidad del 74% como prueba diagnóstica cuando el punto de corte fue 14. El valor alfa de Cronbach fue de 0.85 y el análisis factorial explicó con un solo factor el 28.8% de la varianza.

Escala de la Impresión Clínica Global (ICG).

Se utilizó la versión autoaplicable y la calificada por el observador. En la versión de calificación por el clínico se utilizó únicamente el reactivo de mejoría.

Escala de Spielberger para ansiedad (ES).

También es conocida como el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory)(44). Esta escala consiste a su vez dos subescalas: La subescala ansiedad-rasgo (ES-ras) y subescala ansiedad-estado (ES-edo).

La subescala ES-ras, se conceptualiza como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprehensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo. Se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones, en la intensidad de la subescala ES-edo. La ES-ras es mas bien un

componente que está presenta a lo largo del tiempo y no solo ante una situación amenazadora, y se puede anticipar que aquellos que califiquen alto en ES-ras calificaran en ES-edo mas elevado que aquellos que tengan un ES-ras bajo. Se han hecho estudios de confiabilidad test-retest en un grupo de universitarios no graduados la subescala de ES-ras tuvo una alta correlación que oscilo entre 0.73 y 0.86 mientras que las correlaciones para ES-edo fueron bajas variando entre 0.16 y 0.54. La baja correlación de ES-edo era anticipada ya que esta subescala deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presenten en el momento del examen y no a través del tiempo. Se ha obtenido otras formas de consistencia interna de la ES a través de correlaciones de reactividad contra escala (para ES-edo, 0.55 en estudiantes de bachillerato, 0.45 para los estudiantes del primer año de universidad y 0.55 para los estudiantes universitarios no graduados). En ES-ras fue de 0.54, 0.46

y 0.53 respectivamente. Aparte de estudios de consistencia interna también tiene estudios de validez concurrente de la escala ES-ras y de validez de locuciones de la escala ES-edo en el que se aplicó la escala en condiciones normales e inmediatamente antes de un examen. Hay datos obtenidos al aplicar en una sola sesión la escala ES-edo en 197 estudiantes no graduados pero bajo cuatro condiciones experimentales distintas, esto con el fin de constatar la influencia de la subescala ES-edo en diferentes situaciones. Existen también estudios donde se determina la correlación entre ambas subescalas (con el fin de que se determine si no están “midiendo” lo mismo) así como el estudio de correlaciones entre ES y otras pruebas de personalidad (validez divergente).

Registro de efectos colaterales de antidepresivos (RECA).

Este instrumento se validó en una población clínica de adolescentes a través de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax y análisis de comunalidad por mínimos cuadrados. El análisis arrojó 3 factores que explicaron el 93.6% de la Varianza común y tuvo una confiabilidad del 91% (alfa de Chronbach) y su especificidad fue del 47% (45). No se ha validado hasta el momento su estabilidad temporal.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Respuesta clínica : Disminución del 50% o más en HAM-D.

Remisión clínica : Incumplimiento de los criterios diagnósticos para TDM según la ESA y una valoración de mejorado en el ICG autoevaluable.

APEGO AL TRATAMIENTO.

- 1.- Para llevar a cabo un mejor control del apego al tratamiento, el Instituto Mexicano de Psiquiatría por medio de la compañía Novartis, proporcionó a los pacientes incluidos en el protocolo los medicamentos empleados (paroxetina y el pindolol).
- 2.- Se evaluó el apego al tratamiento por medio del conteo semanal de las tabletas regresadas.
- 3.- La paroxetina (Aropax) se administró en tabletas de 20 mg, siendo la dosis diaria de 20 mg por día.
- 4.- El Pindolol (Visken) se dio en cápsulas de 5 mg y se administró dos veces al día (mañana y noche) al igual que las cápsulas de placebo. Las presentaciones del pindolol y del placebo fueron idénticas.

PROCEDIMIENTO

Los pacientes fueron evaluados en el servicio de preconsulta y enviados a la clínica de adolescentes después de 5 (+/- 2 días). En este servicio uno de los asesores (FPO) valoró a los pacientes mediante la ESA (visita -1). Una vez establecido el diagnóstico de TDM, los pacientes eran evaluados (ALB) para su probable inclusión al estudio en las siguientes 24 a 48 horas (visita 0 o basal). Los pacientes que cumplieron con los criterios para pertenecer al estudio, se les solicitaron los siguientes estudios: biometría hemática completa, perfil tiroideo, EMIT, pruebas de función hepática y renal, examen general de orina, electrocardiograma (EKG) y electroencefalograma (EEG). En mujeres también se solicitó prueba de embarazo.

Asimismo se les inició placebo, una cápsula por la noche por los siguientes 7 ± 2 días. Los que al final de este tiempo (visita 1) cumplieron con criterios de respuesta clínica se eliminaron del estudio.

A los que permanecieron en el estudio se les inició tratamiento farmacológico de la siguiente manera : paroxetina tabletas de 20 mg a dosis de una diaria ; placebo una cápsula en la mañana y una por la noche o pindolol 5 mg una por la mañana y una por la noche para una dosis total de 10 mg/día.

En cada visita, después de la visita basal, el paciente recibió un total de dos frascos personalizados; uno con paroxetina y el otro con pindolol o placebo. Los preparados de placebo y pindolol y los frascos personalizados fueron realizados por el investigador

principal (ALB). Uno de los asesores metodológicos (FPO) fungió como monitor del estudio. La distribución para recibir placebo o pindolol se hizo de forma aleatoria. Se evaluó a todos los sujetos de manera basal y en los días 8, 11, 15, 22, 29, 35 (± 2 días) de tratamiento. Por medio de la entrevista clínica se evaluó la presencia de criterios diagnósticos para TDM según DSM-IV, la presencia de respuesta y remisión clínica según las definiciones operacionales establecidas. Se valoraron los signos vitales, y se evaluó al paciente con Ham-D, IBD, ICG, ICG autoevaluable, ES, y REC. En la tabla 2. Se ilustra el procedimiento del estudio.

Tabla 2. Ilustración del procedimiento del estudio "Eficacia del pindolol como coadyuvante a la paroxetina en el tratamiento de adolescentes deprimidos. Estudio doble ciego."

Procedimiento	Entrevistas anteriores al estudio	Entrevistas del estudio						
		0 Día 0	1 Día 8	2 Día 11	3 Día 15	4 Día 22	5 Día 29	6 Día 35
Historia Clínica	X							
Entrevista semiestructurada para adolescentes	X							
Laboratorio y gabinete	X							
Consentimiento informado		X						
Signos vitales		X	X	X	X	X	X	X
Escala de Hamilton para depresión (HAM-D)		X	X	X	X	X	X	X
Inventario de Depresión de Beck (BDI)		X	X	X	X	X	X	X
Escala de Birleson (EB)		X	X	X	X	X	X	X
Escala de Spicldberger, subescalas de rasgo y estado (ES-ras, ES-edo)		X	X	X	X	X	X	X
Registro de Efectos Colaterales de Antidepresivos (RECA)		X	X	X	X	X	X	X
Impresión Clínica Global (CGI)			X	X	X	X	X	X
Impresión Clínica Global autoevaluable (CGI-auto)			X	X	X	X	X	X
conteo tabletas de paroxetina				X	X	X	X	X
conteo cápsulas placebo o pindolol			X	X	X	X	X	X

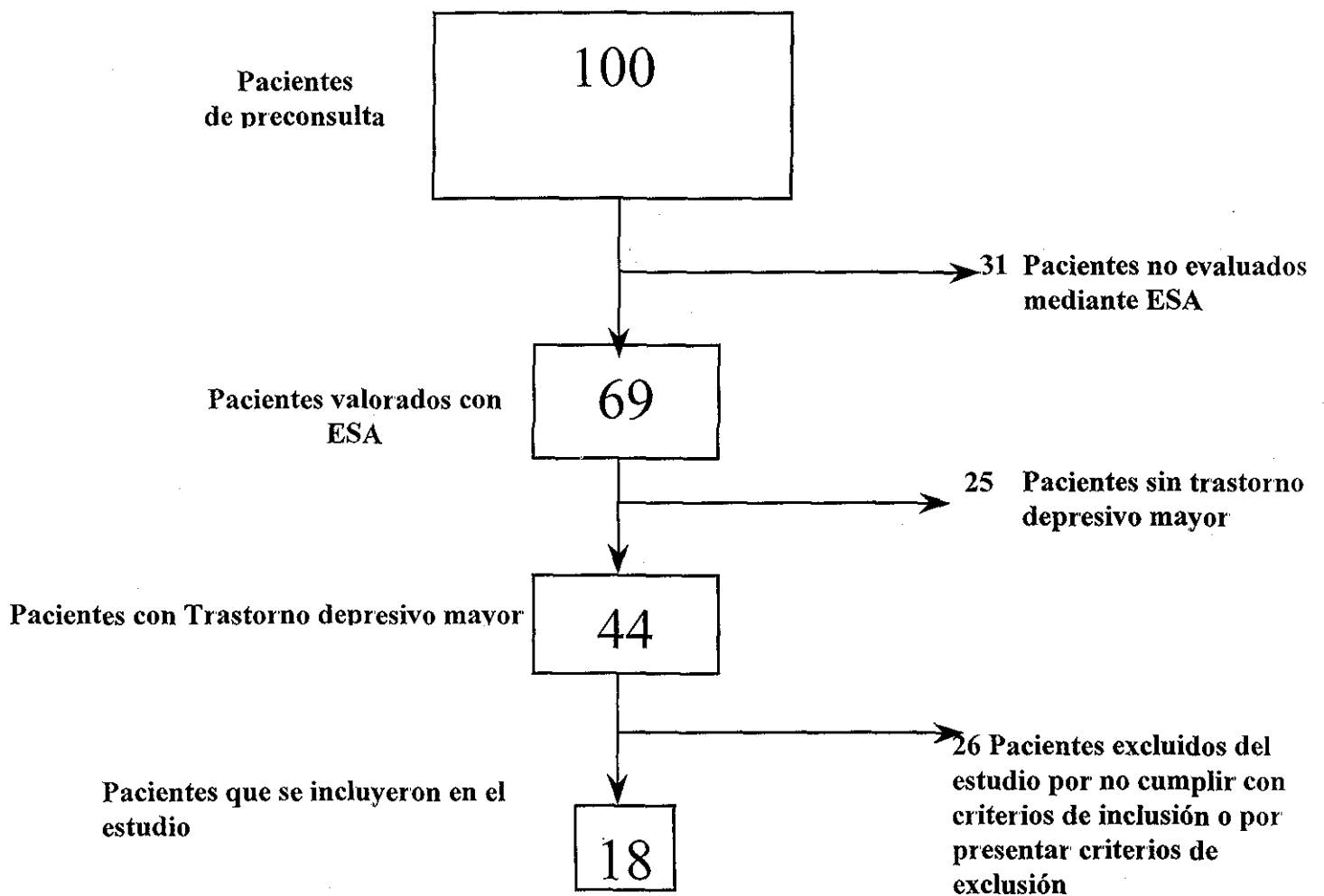
Del 25 de Mayo al 11 de Diciembre de 1998 se recibieron 100 pacientes para su evaluación a primera vez en la clínica de adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría a uno de los

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

investigadores (FPO). De estos, solo 69 pacientes fueron evaluados mediante la ESA y 44 cumplieron con criterios para TDM. De estos, 26 (59.09%) no cumplieron con los criterios de inclusión para pertenecer a nuestro estudio. Siete (26.9%) obtuvieron un Ham-D menor de 18 puntos, cinco (19.2%) cumplieron criterios de abuso y/o dependencia al alcohol, tres (11.53%) tuvieron EEG anormal, tres (11.53%) presentaban condiciones médicas que contraindicaban su ingreso al estudio (una paciente con tiroiditis de Hashimoto, un paciente con asma bronquial y una paciente con soplo cardiaco), dos (7.69%) nunca volvieron a presentarse, uno tuvo síntomas psicóticos, uno se hospitalizó por intento suicida, uno tuvo diagnóstico principal de trastorno obsesivo compulsivo, uno tuvo diagnóstico principal de trastorno de conducta, uno tuvo diagnóstico principal de trastorno de la alimentación y uno presentó abuso de

Refractil. De esta manera, solo 18 de 43 (41.8%) ingresaron al estudio (figura 1.)

Figura 1. Relación de pacientes evaluados en la clínica de adolescentes del Instituto Mexicano de Psiquiatría y los pacientes que se incluyeron en el estudio



La prestación de servicios de atención médica en psiquiatría debe de revestirse de los principios éticos y humanos que se observan en cualquier campo de la medicina. Siguiendo estos lineamientos, a todos los pacientes se les proporcionó de manera gratuita todos los medicamentos del protocolo (paroxetina, pindolol y placebo), así como las consultas con el investigador principal a lo largo del estudio (ALB). Además se les proporcionó a todos los pacientes del estudio el numero del radiocalizador del investigador principal con el cual podían comunicarse las 24 horas del día si así lo creían necesario.

RESULTADOS.

De los 18 pacientes que ingresaron al estudio, el promedio de edad fue de 16.61 años ($de = 1.577$) y con rango entre 13 y 18 años. Trece (72.2%) fueron hombres y cinco (27.7%) fueron mujeres. Diez pacientes pertenecieron al grupo de paroxetina + placebo (grupo control) y 8 pertenecieron al grupo de paroxetina + pindolol (grupo experimental). En el grupo control, 8 fueron hombres y 2 fueron mujeres, mientras que en el grupo experimental 5 fueron hombres y 3 mujeres. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a edad; en el grupo control el promedio de edad fue de 16.7 y en el grupo experimental fue de 16.5 ($t = 0.26$, $gl=16$, $p=0.7982$). Tampoco hubo diferencias en cuanto a sexo ($\chi^2(1gl) = 0.6785$ $p = 0.41$).

En la tabla 3. se ilustra los valores basales (entrevista 0) en los signos vitales de los pacientes en ambos grupos. No hubo diferencias significativas entre ellos.

Tabla 3. Valores basales de los signos vitales en el grupo tratado con paroxetina + placebo (PARPLA) y el grupo tratado con paroxetina + pindolol (PARPIN). (los valores se expresan en promedio)

Variable	PARPLA (n= 10)	PARPIN (n=8)	t (g=16)	p
Tensión arterial sistólica acostado	115	107.5	1.49	0.1555
Tensión arterial sistólica sentado	110	113.75	-0.84	0.4044
Tensión arterial diastólica acostado	71.5	68.75	0.70	0.4925
Tensión arterial diastólica sentado	72.5	72.5	0.00	1.0000
Frecuencia cardíaca	76.7	69.62	1.36	0.1926
Frecuencia respiratoria	18.9	19.37	-0.05	0.9775

En cuanto a valores basales de Ham-D, EB, BDI, ES, REC (tabla 4) tampoco existieron diferencias significativas entre el grupo control y el experimental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tabla 4. Valores basales de las diferentes escalas en el grupo tratado con paroxetina + placebo y el grupo tratado con paroxetina + pindolol. Los valores se expresan en promedio.

Escala	Placebo (n=10)	Pindolol (n=8)	t(21-16)	p
Escala de Hamilton para depresión (Ham-D)	28.4	26.62	0.56	0.5837
Inventario de depresión de Beck (BDI)	22	26.75	-0.96	0.326
Escala de Birtleson (EB)	19.2	19.75	-0.17	0.8704
Escala de Spielberger subescala rasgo (ES-ras)	55.4	55.5	-0.02	0.984
Escala de Spielberger subescala estado (ES-edo)	54.1	52.875	0.23	0.822
Registro de efectos colaterales de antidepresivos (RECA)	37.1	42.875	-1.05	0.2911

Después de haberse iniciado el estudio, varios sujetos se extrajeron del análisis posterior por diversas circunstancias. Dos sujetos hombres respondieron a placebo, una paciente femenina abusó de alcohol durante el protocolo, un paciente hombre abandonó el protocolo porque sus padres se opusieron a seguir dentro del estudio a pesar de que solo llevaba la semana de placebo y otro paciente no regresó después de la primera entrevista. De esta manera, el análisis posterior se realizó con 13 pacientes. Durante las

visitas 2,3 y 4 abandonaron tres pacientes el protocolo, uno en cada visita; todos fueron del grupo placebo. En la visitas 5 y 6 no se presentó ningún abandono y se finalizó el estudio con 10 pacientes; 4 del grupo placebo y 6 del grupo pindolol.

Los valores basales para ambos grupos no mostraron diferencias significativas. Sin embargo en la tabla 5 se observa que en la primera entrevista (visita 1) los pacientes del grupo placebo tuvieron una tensión arterial sistólica sentado y una tensión arterial diastólica sentado significativamente menor al grupo ($p= 0.0187$ y $p=0.0481$, respectivamente). En cuanto a la tensión arterial sistólica sentado, este hallazgo se revierte en la entrevista numero 4 cuando el grupo pindolol tiene valores significativamente menores que el grupo placebo ($p=0.0304$). En cuanto a la tensión arterial sistólica acostado hubo diferencias significativas en la entrevista 5, en donde

las cifras fueron menores en el grupo experimental (grupo placebo = 120, grupo pindolol = 100, $p=0.0242$). No hubo diferencias en cuanto a la tensión arterial diastólica acostado, ni en cuanto a la frecuencia cardiaca o frecuencia respiratoria.

Tabla 5. Valores de los signos vitales a lo largo del estudio en el grupo tratado con paroxetina + placebo y el grupo tratado con paroxetina + pindolol. Los valores están reportados en promedios

	Entrevista Basal		Entrevista 1		Entrevista 2		Entrevista 3		Entrevista 4		Entrevista 5		Entrevista 6	
	Día 0		Día 8		Día 11		Día 15		Día 22		Día 29		Día 35	
Signos vitales	Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol	
	n=7	n=6	n=7	n=6	n=6	n=6	n=5	n=6	n=4	n=6	n=4	n=6	n=4	n=6
Tensión arterial sistólica acostado	114.28	110	112.85	111.66	95	105	108	105	127.5	108.33 ζ	120	100 $\&$	115	111.66
Tensión arterial sistólica sentado	110	118.33	107.14	125 $*$	93.33	106.66	112	111.66	127.5	106.66 $**$	115	105	120	111.66
Tensión arterial diastólica acostado	72.14	71.66	74.28	75	60	70.83	68	70.83	83.75	73.33	75	68.33	75	75
Tensión arterial diastólica sentado	75	75	71.42	83.33 $^{\wedge}$	65	73.33	72	80	85	73.33	85	72.5	77.5	80
Frecuencia cardiaca	77.57	68.5	79	75.33	66.33	69.66	79.6	82.33	78	83.5	74	73.66	77.5	77.83
Frecuencia respiratoria	19.28	20.16	19.57	19	16.33	20.66	20	20.83	19.5	19.66	21	20	19.5	20

* $p=0.0187$, ** $p=0.0304$, $^{\wedge}$ $p=0.0481$, ζ $p=0.0802$, & $p=0.0242$

En cuanto a escalas se refiere no hubo diferencias en la entrevista basal entre los dos grupos de estudio. En general ambos grupos mejoraron en todas sus escalas, a excepción del grupo pindolol que mejoró de manera mínima en ES-edo y en el RECA. En la entrevista numero 4, el grupo placebo tuvo valores significativamente menores que el grupo pindolol en la EB (grupo placebo = 9.25 vs grupo pindolol=18.83, $p=0.0308$). Esta diferencia se mantuvo hasta el final del estudio, aunque no fue de manera significativa (grupo placebo = 10.5 vs grupo pindolol = 19.5). En ES-edo hubo una tendencia hacia lo significativo ($p=0.07$) en la entrevista 4, con valores menores para el grupo placebo, y mantuvo también la misma diferencia de aproximadamente 11 puntos aunque no de manera significativa (grupo placebo = 40.5 vs grupo pindolol =51.66 al final del estudio). No hubo diferencias significativas o tendencias hacia la significancia.

Tabla 6. Valores de las escalas a lo largo del estudio en el grupo tratado con paroxetina +placebo y el grupo tratado con paroxetina + pindolol. Los valores están reportados en promedios.

	Entrevista Basal		Entrevista 1		Entrevista 2		Entrevista 3		Entrevista 4		Entrevista 5		Entrevista 6	
	Día 0		Día 8		Día 11		Día 15		Día 22		Día 29		Día 35	
Escala	Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol		Placebo Pindolol	
	n=7	n=6	n=7	n=6	n=6	n=6	n=5	n=6	n=4	n=6	N=4	n=6	n=4	n=6
Escala de depresión de Hamilton (Ham-D)	29	27.83	26	24.66	18.83	19	14.6	15.5	12	13.5	10.25	15.33	11.75	14.33
Escala de Birlson (EB)	19.85	22.16	18.71	19.5	17.83	20	14.4	20.5	9.25	18.83**	9.5	20.33^	10.5	19.5
Inventario de depresión de Beck (BDI)	21.57	29	22.14	24.16	19	22.66	20	19.83	13.25	20	12.5	19.83	12.75	18.33
Escala de Spielberger subescala rasgo (ES-ras)	55.85	59.16	55.14	55	54.33	54.5	46.4	51	41.5	50.66	40.5	47.16	42.5	52
Escala de Spielberger subescala estado (ES-estado)	55.28	56.16	54.42	53.33	53.16	50.33	53.2	51.16	40.5	52*	37.25	52.33	40.5	51.66
Impresión clínica global (CGI)	X	X	4.14	4	3	2.66	2.4	2.16	2.25	2.16	2	2.33	2	2.33
Impresión clínica global versión autoaplicable	X	X	2.83	2.83	2.83	2.83	2.2	2.33	2	2.33	2	2.66	2.25	2.33
Registro de efectos colaterales (RECA)	40.71	42.66	36.85	33	40	34.83	35	36.33	17.25	37	19.25	39	18.75	37.83

* p=0.0739, ** p=0.0308, ^p=0.0803

En cuanto al número de pacientes que se consideraron respondedores al tratamiento, al final del estudio no hubo diferencias entre ambos grupos (grupo placebo = 3, grupo pindolol = 2, $\chi^2(1) = 0.1238$, $p = 0.725$). Tampoco hubo diferencias en cuanto al número de pacientes que tuvieron remisión de su cuadro depresivo (grupo placebo = 2, grupo pindolol = 1, $\chi^2(gf=1) = 0.2579$, $p = 0.612$). Para analizar de diferente manera el criterio de respuesta, utilizamos el CGI evaluado por el clínico y se consideró como respuesta a la valoración de mejorado o muy mejorado. No se encontraron diferencias entre ambos grupos durante y al final del estudio (grupo placebo = 3, grupo pindolol = 3, $\chi^2(gf=1) = 0.0663$, $p = 0.797$).

En cuanto al apego al medicamento placebo o pindolol, se encontró una tendencia hacia la significancia en la entrevista 3, encontrándose mayor apego en el grupo recibiendo pindolol

tomando en cuenta el número de cápsulas regresadas (grupo placebo $\bar{x}=4.25$, $s=2.5$; grupo pindolol $\bar{x}=1.25$, $s=0.95$, $t=2.24$ (gl=6), $p=0.0662$.)

DISCUSIÓN

En este estudio comparamos la efectividad de la combinación paroxetina + pindolol en contra de la combinación paroxetina + placebo, proponiendo para la primera combinación, una mayor eficacia y una disminución en el tiempo de respuesta al tratamiento.

Pese a que se evaluaron 44 pacientes con diagnóstico de depresión mayor durante aproximadamente 7 meses, solo 18 cumplieron con los estrictos criterios metodológicos. Presentamos los resultados de una muestra de 13 pacientes adolescentes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor, de los cuales solo 10 concluyeron el estudio. Los datos presentados señalan algunos puntos de interés.

En cuanto a los signos vitales, hubo, en algunos momentos del estudio, diferencias estadísticamente significativas en los valores de la tensión arterial (tensión arterial sistólica en la entrevista 4 y 5). Esta fue menor en los pacientes que recibieron pindolol. Este hallazgo era esperado, debido a la influencia del pindolol que, como medicamento antihipertensivo, ocasiona una disminución de las cifras de la presión arterial. Sin embargo al final del estudio no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Hay que tomar en cuenta también que en estudios anteriores generalmente la dosis de pindolol utilizado ha sido de 7.5 mg por día. Sin embargo, por razones de organización y de apego al tratamiento decidimos establecer una dosis de 10 mg por día, mediante dos tomas de 5 mg cada 12 horas. Se sabe que el apego es mayor en pacientes que tienen un menor número de tomas al día

(46). Se debe considerar que la dosis de pindolol puede ser reducida a 5 ó 7.5 mg por día, para evitar disminuciones importantes en la tensión arterial. Algunas investigaciones en poblaciones de niños y adolescentes han utilizado dosis mayores a los 20 mg por día, reportando diversos y severos efectos colaterales como parestesias o incrementando pesadillas y alucinaciones (50), por lo que consideramos que la dosis utilizada no era excesiva.

En el seguimiento mediante las escalas de valoración de la severidad del padecimiento, observamos que presentaron todos una mejoría clínica. Al finalizar el estudio, en ninguna escala hubo diferencias estadísticamente significativas.

En los instrumentos de autoregistro, se observó en la EB que hubo diferencias estadísticamente significativas en la entrevista

numero 4 ($p=0.0308$), en donde encontramos valores menores en el grupo placebo. En cuanto a los efectos colaterales, encontramos que la asociación con pindolol se relacionó más con mareos y dificultad para conciliar el sueño. Al finalizar el tratamiento se observó que el grupo de pindolol mejoró de manera mínima en la escala ES-edo (de 56.16 puntos al inicio del estudio a 51.66 al finalizar la sexta entrevista) así como en el RECA (de 42.66 a 37.83 respectivamente) a diferencia del grupo placebo que disminuyó mas importantemente en estas escalas (ES-edo de 55.28 a 40.5 y RECA de 40.71 a 18.75 respectivamente). No hubo diferencias estadísticamente significativas pero sí hubo diferencias clínicas importantes. Podemos considerar que los pacientes en el grupo tratado con pindolol se mantuvieron mas ansiosos debido a la presencia de efectos colaterales. Esto también puede explicar de alguna manera las diferencias en EB entre los grupos de estudio, donde el grupo tratado

con pindolol no mejoró tanto (22.16 en la visita 0 a 19.5 en la visita 6) como el grupo tratado con placebo (de 19.85 a 10.5 respectivamente), ya que esta escala tiene varios reactivos que miden síntomas somáticos como “me duele la panza” o “duermo muy bien”. En el inventario de depresión de BDI también se reportó algo parecido, aunque no hubo diferencias entre ambos grupos, la diferencia al finalizar el estudio es notable (grupo placebo = 12.75 vs grupo pindolol 18.33) aunque no tan importante como en EB.

En las escalas contestadas por el clínico (HAM-D, CGI) en ningún momento del estudio hubo diferencias estadísticamente significativas o clínicas entre ambos grupos.

En cuanto a la presencia de respuesta o remisión de enfermedad no hubo diferencias significativas entre grupos,

podríamos considerar que la paroxetina por sí misma es un buen medicamento para el trastorno depresivo mayor en adolescentes.

Debido al tamaño de la muestra se decidió utilizar un análisis estadístico simple: t de student y chi cuadrada para variables categóricas o dimensionales y no utilizamos métodos como análisis de sobrevida, análisis de punto final por imputación, o métodos de regresión aleatoria (random regression models, “intent to treat”), estos últimos considerados más adecuados para el análisis de estudios longitudinales (47, 48).

Algo que llama la atención es que en el grupo tratado con pindolol tuvo mayor adherencia al estudio que el grupo tratado con placebo (del grupo pindolol terminaron los 6 pacientes (100%) y del grupo placebo terminaron 4 de 7 pacientes (56.8%)). Esto puede ser

debido a que los pacientes del grupo placebo se sentían mejor y dejaban de asistir, o también porque el paciente del grupo pindolol continuaba con mayores efectos colaterales y acudían más a sus consultas. También llama la atención que en la entrevista número 3 existió mayor apego al tratamiento por parte del grupo pindolol en cuanto a la toma de éste o placebo, medido a través del conteo en el regreso de las cápsulas; sin embargo aunque el valor tiene una tendencia a la significancia ($p=0.06$) no es de relevancia clínica.

Por último habrá que comentar sobre el tiempo que duró nuestro estudio. Fue un estudio de 5 semanas, 4 de ellas con medicamento antidepresivo (paroxetina) más pindolol o placebo. Es posible, como se ha reportado anteriormente (22), que existan pacientes que requieran de más tiempo para responder al tratamiento. Además tenemos que tomar en cuenta el fenómeno de

comorbilidad en nuestros pacientes. Aunque no fue objetivo de estudio, nos percatamos que existieron varios pacientes comórbidos con distimia (4 en el grupo placebo y 4 en el grupo con pindolol), con algún trastorno de ansiedad (3 en el grupo placebo y 4 en el grupo de pindolol), o de conducta (1 en el grupo de placebo y 1 en el grupo de pindolol). Solo 2 pacientes del estudio (1 en el grupo placebo y 1 en el grupo de pindolol) tuvieron un solo diagnóstico y 9 pacientes tuvieron 3 o más diagnósticos (5 en el grupo placebo y 4 de pindolol). Ya se ha reportado en artículos anteriores (2) y recientes (49) la importante comorbilidad en pacientes adolescentes con TDM y cómo esto puede ser un factor importante para la respuesta al tratamiento psicofarmacológico o de otra índole ya que presentan un peor funcionamiento psicosocial y mayor severidad de sus síntomas.

Debe de analizarse cuidadosamente la realización de nuevos estudios clínicos con una mayor población ya que nuestros pacientes tratados con pindolol, aunque pocos, evidenciaron mayores efectos adversos colaterales que condicionaron puntuaciones clínicamente más altas de los que recibieron placebo.

CONCLUSIONES.

La combinación paroxetina + pindolol es igual de efectiva para el trastorno depresivo mayor que la combinación paroxetina + placebo.

Las dos combinaciones parecen tener el mismo perfil de inicio de respuesta, sin embargo la combinación paroxetina + pindolol estuvo caracterizada por mayores efectos colaterales.

ANEXO.

**Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)
del Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)**

Indice

A. Presentación	2
B. Procedimiento	2
1. Datos Generales	3
2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual	4
3. Trastorno Depresivo Mayor	5 - 6
4. Distimia	6 - 7
5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)	7 - 8
6. Trastorno por Déficit de Atención	8 - 9
7. Trastorno de Conducta	9 - 10
8. Trastorno Desafiante Oposicionista	10-11
9. Trastornos por Tics	11-12
Trastorno por Tics Transitorio	11
Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal	12
Trastorno Gilles Tourette	12
10. Trastorno de Ansiedad de Separación	12-13
11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo	13-14
12. Trastorno de Crisis de Angustia (Agorafobia)	14-15
13. Trastorno por Fobia Específica	16
14. Abuso de Sustancias	16-17
15. Dependencia de Sustancias	17
16. Esquizofrenia	17-19
17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual	19
18. Trastornos de la Eliminación	20-21
Enuresis	20
Encopresis	20-21
19. Historia del Desarrollo	21-22
Embarazo y Parto	21
Desarrollo Motor	21
Desarrollo Lenguaje	21
Desarrollo Social-Adaptativo	21
Desarrollo Académico	22
Desarrollo de los Hábitos	22
Desarrollo Sexual	22
20. Antecedentes	22-23
Antecedentes Personales No Patológicos	22
Antecedentes Personales Patológicos	23
Antecedentes Heredo-Familiares	23
21 Evaluación del Funcionamiento Psicosocial	23-24

A. Presentación

La presente entrevista semiestructurada esta diseñada para corresponder con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-IV), y para ser aplicada por psiquiatras o por residentes en psiquiatría a adolescentes entre los 13 y los 19 años.

B. Procedimiento

El entrevistador debe presentarse, explicando al paciente se trata de una entrevista bajo un diseño específico por lo que la mayoría de las preguntas ya están establecidas y obligan a ciertas restricciones en las respuestas, sin embargo al final de la misma, el paciente tendrá tiempo suficiente para profundizar en cualquier área que así lo desee.

Se debe solicitar la autorización por escrito del adolescente y de uno de los padres para la realización de la entrevista, explicando se trata de un proyecto de investigación cuyos resultados serán confidenciales y sólo servirán para fines científicos, si el adolescente se niega, se deberá insistir tratando de indagar los motivos por los cuáles pudiera negarse, explicándole detalladamente el procedimiento y haciendo énfasis en la confidencialidad, si pese a ésto persiste en su negativa, la entrevista se suspende en este momento.

La entrevista se realizará con el adolescente y con la presencia de uno o ambos padres o tutores, los apartados de consumo de alcohol y sustancias y del área sexual se buscará interrogar en privado con el paciente.

Todas las preguntas están orientadas al adolescente, se debe solicitar al padre que participe en las respuestas cuando se percate de imperfecciones u omisiones en lo contestado por su hijo; en caso de diferencias se buscará un acuerdo entre ambos, si después de ésto persistieran queda a criterio del entrevistador consignar la respuesta. Debe tenerse en consideración que las conductas externalizadas incluyendo el área de los trastornos de conducta, oposicionista desafiante y déficit de atención pueden ser bien reportadas por los padres, las conductas internalizadas incluyendo el área de los trastornos de ansiedad y depresión pueden ser bien reportadas por los adolescentes.

1. Datos Generales

- 1.1. ¿Cómo te llamas?
- 1.2. ¿Cuántos años tienes? (codificar al lado el número de expediente de la institución)
- 1.3. ¿Cuándo y dónde naciste? (*día, mes y año, así como ciudad, edo. y país*)
- 1.4. ¿Qué estudias, en que escuela, (*especificar si es escuela pública o privada*) y en que año estás o cuál fue el último curso que terminaste?
- 1.5. (*Sólo si no estudia actualmente*) ¿Hace cuánto tiempo (*en meses*) dejaste de estudiar? (*Anotar cuántos periodos y por cuánto tiempo (en meses) cada uno, dejó en alguna ocasión de estudiar*)
- 1.6. ¿Alguna vez reprobaste año desde la primaria (*en caso afirmativo*) cuáles?
- 1.7. ¿Estás trabajando, cuánto tiempo llevas trabajando? (*buscar que el adolescente detalle sobre las características del trabajo*)
- 1.8. ¿Cuántos trabajos has tenido? (*buscar que el adolescente detalle cada uno de éstos*)
- 1.9. ¿Cuál es tu dirección?
- 1.10. ¿Cuál es tu teléfono (*si no tiene teléfono*) en qué teléfono podemos localizarte y de quién es?
- 1.11. ¿Con quién vives? (*Detallar edades de cada uno de los familiares con los que vive, sino menciona a uno de los dos padres preguntar dirigidamente por él/ella con motivo de muerte, separación, etc. o tiempo de no verlo*)
- 1.12. ¿Desde hace cuánto vives con ellos?
- 1.13. ¿Qué religión tienes?

(Interrogatorio dirigido al padre)

- 1.14. ¿Cuál es su nombre y edad?
- 1.15. ¿Cuál es su relación con el paciente (*es el padre o la madre u otro familiar*)?
- 1.16. ¿Cuáles son sus estudios?
- 1.17. ¿Cuál es su ocupación?
- 1.18. ¿Vive usted con el paciente?

2. Motivo de Consulta y Padecimiento Actual

Preguntarle al adolescente si viene por su propia voluntad o si es traído sin su total aprobación, comenzar el interrogatorio centrados en el paciente dirigiendo las preguntas directamente al adolescente.

2.1. ¿Porqué vienes con nosotros, en que podemos ayudarte?

Posteriormente se preguntará al adulto que lo acompaña:

2.1. ¿En qué podemos servirle, cuál es el problema de su hijo?

Se recomienda que una vez expresado el motivo de consulta y el problema inicialmente referido se haga un interrogatorio por áreas abarcando la familiar, la escolar, la de amigos, la laboral, etc.

2.2 al 2.5. ¿Qué otros problemas tienes?

Una vez que el paciente y el padre consideren agotados los problemas que llevaron al paciente a consulta el entrevistador enumerará de forma sintomática o sindromática los problemas referidos por el paciente, solicitando su acuerdo y marcando su evolución en semanas (listado del 2.1 al 2.5 en la hoja de respuestas). Cuando el entrevistador tenga claro el motivo de consulta y el padecimiento actual del adolescente, decidirá cuál será el orden de aplicación de los diferentes apartados conforme a la enumeración hecha de los mismos. Deberá igualmente decidir si el interrogatorio se realizará para el padecimiento actual, a lo largo de la vida o ambos, se consignará la presencia o la ausencia del síntoma así como tiempo de evolución en la hoja de respuestas, debe recordarse que puede establecerse el síntoma como un elemento caracterológico y así deberá consignarse en la hoja de respuestas en rasgo. Es posible que también exista duda sobre el síntoma aun después de un interrogatorio completo o bien que la exploración fuera incompleta ésto deberá quedar registrado en cada síntoma. Existen puntos de salto que permiten acelerar la entrevista cuando no existe evidencia de síntomas fundamentales del apartado, estos puntos de salto están marcados en algunas áreas con letras cursivas.

Se recomienda permitirle tribuna libre al paciente o al familiar, otorgando una duración aproximada de 15 a 30 minutos en este apartado.

3. Trastorno Depresivo Mayor

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar:, ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 3.1 ¿Has tenido algún cambio en el estado de ánimo, te sientes triste o enojado?
- 3.2 ¿Disfrutas hacer las cosas tanto como antes, salir con amigos, ver la T.V., ir al cine?
- 3.3 ¿Has bajado de peso sin estar a dieta?
- 3.4 ¿Tienes problemas para dormir, te cuesta trabajo empezar, te levantas a mitad de la noche o mucho antes de la hora que acostumbras o duermes de más durante el día?
- 3.5 ¿Has estado más agitado o inquieto o por el contrario lento en los movimientos?
- 3.6 ¿Te has sentido cansado o con menos energía?
- 3.7 ¿Te has sentido inútil o muy culpable?
- 3.8 ¿Has tenido problemas para poner atención, concentrarte o te has sentido muy indeciso?
- 3.9 ¿Te han surgido ideas continuas sobre la muerte o el suicidio?
- 3.10 ¿En algún momento durante la última semana te has sentido muy alegre, con mucha seguridad en ti mismo, duermes mucho menos, hablas continuamente o sientas que tus ideas pasan muy rápidamente?
- 3.11 ¿Estos síntomas que me has referido te han ocasionado problemas o han deteriorado tu funcionamiento en la casa, con tus amigos, en la escuela o en el trabajo?
- 3.12 ¿Estos síntomas se han presentado asociados al estar consumiendo alguna medicina o alguna droga o vinculados con cualquier otro padecimiento fuera de los psiquiátricos?
- 3.13 ¿Ha muerto algún familiar cercano o algún amigo en los últimos meses?
- 3.14 ¿Hace cuánto?

Criterios de Corroboración para el Trastorno Depresivo Mayor

Se recomienda que los siguientes cuatro reactivos se confirmen como un listado de chequeo con el paciente y el padre cuando al menos cuatro síntomas del TDM estén presentes.

(Si el paciente no cumple con cuatro síntomas del apartado 3 se pasará al siguiente apartado)

3.15. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos te has sentido triste o infeliz o con sufrimiento o con llanto? *(Debe haber evidencia expresada recientemente de tristeza, infelicidad, sufrimiento o llanto)*

3.16 ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que durante los últimos tiempos has tenido un cambio de conducta en tu casa o en la escuela o con tus amigos? *(Deben haber antecedentes de un cambio de conducta de las últimas dos semanas hasta hace un año)*

3.17. ¿Dirías tu que hay una clara evidencia que en los últimos tiempos has tenido problemas en tus actividades en casa o con tus amigos o has bajado en tu desempeño escolar? *(Debe haber evidencia de un deterioro reciente en las actividades sociales y/o una declinación en el desarrollo académico)*

3.18. Dos o más de los siguientes síntomas deberán estar presentes: *problemas para dormir, problemas con el apetito, pérdida de la energía o del interés usual, reducción de las actividades, expresar ideas de autodepreciación, amenazas o conductas suicidas.*

4. Distimia

¿Durante todo un año o más tiempo te has sentido triste o enojado la mayor parte del tiempo?

(Si es negativa la respuesta se debe suspender el interrogatorio de distimia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el período a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

4.1. ¿Durante el último año has estado triste o sintiéndote enojado la mayor parte del tiempo, (dos de los siguientes seis) con poco apetito o comiendo de más, con insomnio o durmiendo mucho, con poca energía o fatigado, sintiéndote que vales poco, con pobre concentración y dificultades para tomar decisiones o sin esperanzas?

4.2. Me has dicho que hasta por lo menos un año te has sentido triste la mayor parte del tiempo, en alguna ocasión durante este periodo ha habido algún tiempo hasta de dos semanas o más en los cuales la tristeza fuera mucho más importante? *(Se debe descartar la presencia de un TDM durante el año de aparición de la distimia y sólo se consignara depresión doble si el TDM comenzó después del año)*

4.3 ¿Durante el año o el periodo en que han aparecido estos síntomas te has sentido excesivamente alegre o acelerado o ha habido episodios mixtos de tristeza y alegría?

4.4.¿Durante este tiempo en el cual te has sentido triste has tenido la completa seguridad que alguien te perseguía y te quería hacer daño o que escucharas voces, vieras imágenes, luces o sombras, te llegaran olores extraño o sintieras que te tocaran de forma continua.? *(Se debe de descartar la presencia de sintomatología psicótica crónica)*

4.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

4.6. ¿Los síntomas han provocado algún problema en tus actividades escolares, familiares o con las amistades?

5. Trastorno Bipolar (Episodio Maníaco)

El entrevistador debe corroborar la presencia de un episodio anormal, persistente de ánimo elevado, expansivo o irritable con duración mínima de una semana. Este criterio pudo haber sido interrogado dentro del apartado de TDM de manera suficiente, si no fuera así deberá proseguir el interrogatorio.

(Si no se cumple con este criterio de la definición de manía se descarta el resto del interrogatorio para el apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interroge la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interroge sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá

preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 5.1. ¿Te has sentido con una gran autoestima, te sientes grandioso? ¿Sientes que eres el mejor?
- 5.2. ¿Has tenido poca necesidad de dormir, te sientes descansado durmiendo sólo tres horas?
- 5.3. ¿Has estado mucho más platicador?
- 5.4. ¿Tienes la sensación que tus ideas van muy rápido?
- 5.5. ¿Has tenido problemas para poner atención y te distraes por cualquier cosa?
- 5.6. ¿Has estado muy agitado o inquieto con tus amigos, en la escuela o en la casa?
- 5.7. ¿Has tenido mayor actividad sexual que la usual, o has iniciado negocios con una fuerte inversión o has gastado mucho más dinero de lo acostumbrado?
- 5.8. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en la escuela, la casa, los amigos o el trabajo?
- 5.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

6. Trastorno por Déficit de Atención

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 6.1. ¿Tienes problemas para poner atención o eres de los que comenten errores por falta de cuidado en el trabajo escolar o en cualquier actividad?
- 6.2. ¿Tienes problemas para mantener la atención en tareas o en juegos?
- 6.3. ¿Te han dicho que pareciera que no escuchas cuando se te habla?
- 6.4. ¿Te cuesta trabajo seguir las instrucciones o terminar las tareas?
- 6.5. ¿Se te dificulta organizar tus tareas o actividades?
- 6.6. ¿Te molestan o evitas las tareas o trabajos donde debas mantener la atención por un buen rato, sostenidamente?
- 6.7. ¿Eres de los que pierden fácilmente las cosas?
- 6.8. ¿Eres de los que se distraen por cualquier cosa?
- 6.9. ¿Se te olvidan los trabajos que debes hacer durante el día?

- 6.10. ¿Eres de los que se mueven continuamente, se frotan las manos o están de un lado a otro en el asiento?
- 6.11. ¿Eres de los que se paran del asiento cuando deberías permanecer sentado, como pudiera suceder en la escuela?
- 6.12. ¿Tienes una sensación continua de estar inquieto o de chico corrías en lugares en donde no se debía?
- 6.13. ¿Eres de los que no pueden jugar calladamente?
- 6.14. ¿Andas como si trajeras un motor puesto?
- 6.15. ¿Eres de los que habla mucho?

- 6.16. ¿Eres de los que contestas antes de terminar de hacerte la pregunta?
- 6.17. ¿Se te dificulta esperar tu turno, en las filas, etc.?
- 6.18. ¿Eres de los que llegas e interrumpes las conversaciones o los juegos?

- 6.19. ¿Algunos de los síntomas se han presentado antes de los siete años?

- 6.20. ¿Has tenido algún problema debido a los síntomas en la escuela, la casa o con tus amigos?

- 6.21. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

7. Trastorno de Conducta

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 7.1. ¿Amenazas o intimidas a otros?
- 7.2. ¿Eres de los que inician peleas físicas?
- 7.3. ¿Has utilizado algún instrumento para herir o dañar?
- 7.4. ¿Has maltratado físicamente a un animal?
- 7.5. ¿Has maltratado físicamente a una persona?
- 7.6. ¿Has robado sin enfrentarte al dueño?
- 7.7. ¿Has robado enfrentándote al dueño?
- 7.8. ¿Has obligado a alguien a tener relaciones sexuales?
- 7.9. ¿Has incendiado buscando causar daño?
- 7.10. ¿Has destruido deliberadamente la propiedad de otros?
- 7.11. ¿Te has metido al auto o la casa de alguien sin su permiso?

- 7.12. ¿Eres mentiroso para obtener un beneficio a tu favor o evitar hacer obligaciones?
- 7.13. ¿Te has quedado fuera de casa en alguna ocasión pese a que te lo prohibieran? (antes de los 13 años)
- 7.14. ¿Te has escapado en la noche? (más de dos veces o una si tarda en regresar)
- 7.15. ¿Te has ido de pinta? (antes de los 13 años)
- 7.16. ¿Estos síntomas han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con tus amigos?

8. Trastorno Desafiante Oposicionista

¿Dirías tu que eres una persona negativista que a todo dices que no, que llevas la contraria, que eres agresivo y que desafías sobre todo la autoridad de los adultos ya sean tus padres o maestros? *(El entrevistador debe determinar por medio de cuestionamiento directo al adolescente y al padre la presencia de una conducta negativista, hostil (agresiva) y desafiante durante los últimos 6 meses.)*

(Si se responde negativamente a la presencia de esta conducta, se descarta el interrogatorio de Trastorno Desafiante Oposicionista)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 8.1. ¿Es seguido que pierdas la calma?
- 8.2. ¿Es frecuente que discutas con los adultos?
- 8.3. ¿Eres de los que seguido desafías o desobedeces las reglas de los adultos?
- 8.4. ¿Es frecuente que molestes a los demás?
- 8.5. ¿Culpas a otros de tus errores?
- 8.6. ¿Te irritas y enojas fácilmente por lo que otros te dicen?
- 8.7. ¿Estás frecuentemente enojado y resentido?
- 8.8. ¿Eres malicioso y vengativo?
- 8.9. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en la casa o con sus amigos?
- 8.10. Estos síntomas deben de presentarse independientes a un trastorno psicótico o depresivo. *(Puede incluirse la presentación mixta si durante el periodo de la manifestación existieron independientemente).*

8.11. El adolescente no debe tener diagnóstico conjunto de trastorno de conducta y de ser mayor de 18 años no se deberá cumplir con criterios para un trastorno antisocial de la personalidad.

9. Trastornos por Tics

¿Tienes algún movimiento o haces ruidos extraños con la boca (vocalización estereotipada), que te venga de repente, que sea rápida, que se repita (recurrente) y que no tenga ningún ritmo (arrítmica), como tics?

(Si responde negativamente a la definición operacional de tic, se descarta el interrogatorio de Trastornos por Tics)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

Trastorno por Tics Transitorio

- 9.1. ¿Has tenido múltiples tics motores y/o vocales?
- 9.2. ¿Los tics se te han presentado muchas veces al día, casi todos los días las últimas 4 semanas pero no más de 12 meses consecutivos?
- 9.3. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.4. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.5. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?

Trastorno por Tics Crónico Motor o Vocal

- 9.6. ¿Has tenido uno o múltiples tics motores o vocales, pero no ambos simultáneamente?
- 9.7. ¿Los tics se presentan muchas veces al día, continua o intermitentemente por más de un año y nunca has estado más de 3 meses consecutivos sin la molestia?

- 9.8. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.9. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o alguna enfermedad en general?
- 9.11. (El Trastorno de G. Tourette siempre ha estado ausente)

Trastorno de G. Tourette

- 9.12. ¿Has tenido tanto tics motores como vocales en algún momento de la enfermedad aunque no sean simultáneos?
- 9.13. ¿Los tics se te presentan muchas veces al día, de manera continua por más de un año y nunca ha existido un periodo de 3 meses sin ellos?
- 9.14. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?
- 9.15. ¿Los tics te aparecieron antes de los 18 años?
- 9.16. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

10. Trastorno de Ansiedad de Separación

¿Te da mucho miedo separarte de tus papás o salir de tu casa o piensas que algo muy malo les pueda pasar?

Si responde negativamente se suspende el interrogatorio para este apartado

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 10.1. ¿Te pones muy nervioso o te da mucho miedo cuando te separas de tu casa, de tu mamá o de tu papá?
- 10.2. ¿Te preocupa mucho que se pueda enfermar o que algo le pueda pasar a tu mamá o tu papá?
- 10.3. ¿Tienes miedo a que te separen de tu mamá o tu papá?
- 10.4. ¿Has dejado de ir a la escuela o de ir a otro lado por miedo a separarte de tu casa o papás?
- 10.5. ¿Te da miedo estar solo o sin adultos?

- 10.6. ¿Te da miedo dormir solo o fuera de la casa?
- 10.7. ¿Tienes pesadillas frecuentes?
- 10.8. ¿Eres de los que continuamente se están quejando de un dolor o una molestia en el cuerpo?
- 10.9. ¿Llevas 4 semanas con estas molestias?
- 10.10. ¿Estos síntomas te han provocado algún problema en la escuela, en tu casa o con tus amigos?

11. Trastorno Obsesivo-Compulsivo

¿Tienes o has tenido ideas, imágenes o conductas repetitivas, que te incomoden, que las sientas ajenas, que te ocupen por más de una hora al día y que te produzcan malestar?, por ejemplo, hay persona que piensan continuamente que al saludar a los demás se contaminarán las manos y deben lavárselas continuamente, esto los ocupa hasta una hora o más al día, ¿te sucede eso a ti o algo similar?

(Si responde negativamente a la pregunta, se descarta el interrogatorio completo de trastorno Obsesivo-Compulsivo).

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

- 11.1. ¿Tienes imágenes, impulsos o pensamientos continuos (persistentes o recurrente) que se repitan, que te sientas incómodo con ellos, que los sientes ajenos a ti, que te invaden (intrusivos e inapropiados) y que te produzcan ansiedad y tensión?
- 11.2. ¿Estas imágenes, impulsos o pensamientos son más que preocupaciones simples en torno a los problemas convencionales de la vida diaria?
- 11.3. ¿Has intentado ignorar o suprimir las imágenes, impulsos o pensamientos o neutralizarlos con otros pensamientos o acciones?
- 11.4. ¿Reconoces que las imágenes, impulsos o pensamientos son producto de tu mente o piensas que una fuerza extraña domina tus acciones y tus pensamientos?
- 11.5. ¿Tienes conductas repetitivas como lavarte las manos o rezar y hablar en quedito o estar contando las cosas? ¿Sientes que esto lo haces por una idea obsesiva o por ciertas reglas que deben de ser aplicadas rigidamente?

11.6. ¿Cuándo tienes estas conductas te sientes menos tenso o te relajas? (El entrevistador debe determinar si las conductas están conectadas realísticamente al motivo que las originó, si las neutraliza, si las previene o son claramente excesivas).

11.7. ¿Has reconocido en alguna ocasión que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o irrazonables? (Este criterio no se aplica en niños, queda a criterio del entrevistador aplicarlo en el adolescente).

11.8. ¿Las obsesiones y las compulsiones te generan mucha tensión, te ocupan mucho, más de una hora al día, o interfieren significativamente con tu rutina normal diaria, con tu trabajo o tus estudios o en tus relaciones sociales o de amigos?

11.9. El entrevistador debe determinar que las obsesiones o las compulsiones no estén restringidas al contexto de otra patología del eje I comórbida, por ejemplo: preocupación por la comida en un trastorno del comer, jalarse los cabellos en la presencia de tricotilomanía, preocupación por las drogas en el caso de abuso o dependencia, etc.

11.10. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12. Crisis de Angustia

¿Has tenido durante un periodo específico mucho miedo y tensión que te venga de repente te dure algún tiempo y luego se te quite con alguno (*deben estar presentes por lo menos cuatro*) de éstos síntomas: aceleración del corazón, palpitaciones, sudoración, temblor o sacudidas, dificultad para respirar, sensación de desbordarte, molestia o dolor en el cuello, náusea o molestias abdominales, mareado, sensación de ser ajeno a lo que te sucede, miedo a perder el control o volverte loco, miedo a morir, hormigueos o calofríos?

(Si el adolescente no alcanza el criterio de crisis de angustia se detiene aquí el interrogatorio para este apartado)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

12.1 ¿Tienes recurrentes e inesperadas crisis de angustia?

12.2. ¿Has tenido preocupaciones por las crisis, que te repitan, que tengan consecuencias o implicaciones en tu salud o has tenido cambios en la conducta relacionados por las crisis? (Estas preocupaciones o estos cambios de conducta, al menos uno, deben estar presentes hasta después de un mes o más de alguna de las crisis, por lo que el lapso deberá ser interrogado por el entrevistador).

12.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

12.4. El entrevistador debe descartar que las crisis de angustia no formen parte de otro padecimiento como fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, etc., que las explique mejor.

12.5. Debe establecerse la presencia o no de agorafobia

(La agorafobia se define como la ansiedad asociada de estar en lugares o situaciones de donde escapar pueda resultar difícil o embarazoso o donde la ayuda no pueda estar disponible en el caso que la situación predisponga una crisis de angustia, se incluyen situaciones como salir sólo de casa, estar en multitudes, esperar en la fila, viajar en un autobús, tren, etc.)

(Si no se alcanza la definición de agorafobia se suspende en este momento el interrogatorio para este apartado)

12.6. ¿Has evitado las situaciones que predispongan estos síntomas, o requieres la presencia de un acompañante para sentirte tranquilo?

12.7. (La ansiedad o la evitación fóbica no se explican mejor con otro diagnóstico como: fobia social, fobia específica, trastorno por estrés postraumático)

13. Trastorno por Fobia Específico

¿En alguna ocasión te ha sucedido que algo (animal, objeto o situación) te de mucho miedo de una forma excesiva, te sude el cuerpo, te cueste trabajo respirar, te lata rápida el corazón y que tengas que cambiar tu conducta como cambiar la acera por donde caminas al toparte con un perro o que tengas que salir del salón cuando te toque hablar, etc.?

Si no cumple con el criterio anterior se suspende el interrogatorio de este apartado.

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

13.1. ¿Te da mucho miedo algo? (El entrevistador debe determinar que sea excesivo e irracional el miedo ya sea anticipatorio o ante la presencia de un objeto o situación)

13.2. ¿Cuando estás frente a lo que te da miedo (animal, situación, cosa, etc.) invariablemente te provoca la respuesta? (La respuesta mimetiza una crisis de angustia o un estado catastrófico)

13.3. ¿Reconoces que el miedo que te da es excesivo e irracional? (Para los niños puede estar ausente este criterio)

13.4. ¿Tratas de evitar a como de lugar la situación o el animal que te da miedo?

13.5. ¿Este miedo, o las actitudes para evitarlo te han provocado problemas en la casa, con tus amigos o en la escuela?, ¿Te preocupa mucho que te venga el miedo?

13.6. ¿Llevas por lo menos seis meses con este miedo?

13.7. El entrevistador debe determinar si el miedo, las crisis de angustia o la evitación fóbica no se explican mejor por otra enfermedad como el trastorno Obsesivo-Compulsivo, el trastorno por estrés postraumático el trastorno de ansiedad de separación, etc.

14. Abuso de Sustancias

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 16)

(Se deberá interrogar comenzando por alcohol, cannabis, inhalantes, fármacos, cocaína, otros y consignar en la hoja de respuestas para cada uno).

(Si responde negativamente al consumo de cualquier sustancia se suspende aquí el interrogatorio para abuso y dependencia a sustancias). (El consumo negativo de sustancias se entiende cuando: para alcohol es menor o igual a dos copas al mes, para otras sustancias como inhalantes, cannabis, cocaína, etc. cuando es nulo o experimental en ocasión única)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido ésto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado ésto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

- 14.1. ¿El uso de la sustancia te impide cumplir tus tareas u obligaciones?
14.2. ¿Has usado la sustancia en situaciones peligrosas como manejar, nadar, patinar, etc.?
14.3. ¿Has tenido problemas con la ley por el uso de la sustancia?
14.4. ¿Has seguido usando la sustancia a pesar de que te ocasionen problemas con tu familia, tus amigos o aumenten los que ya tenías?

15. Dependencia de Sustancias

- 15.1. ¿Has tenido tolerancia, has aumentado el consumo o los efectos ahora son menos con la misma cantidad de la sustancia?
15.2. (¿Se ha presentado supresión?), ¿Has tenido la necesidad de consumir la sustancia para aliviar los síntomas cuando no la tomas?
15.3. ¿Has tomado la sustancia por más tiempo o por más cantidad de lo que planeabas o pensabas?
15.4. ¿Tienes el deseo continuo de dejar de consumir la sustancia?
15.5. ¿Utilizas gran parte de tu tiempo para conseguir la sustancia?
15.6. ¿Has reducido o abandonado actividades académicas, sociales o deportivas por consumir la sustancia?
15.7. ¿Reconoces que la sustancia te ha producido un problema físico o psicológico?

16. Esquizofrenia

¿En alguna ocasión te ha sucedido que escuches voces que sólo tu pueda oír, que veas cosas que solamente tu puedas ver, que sientas que te vigilan, que te persiguen, que tienes alguna misión especial que cumplir o bien te has olvidado mucho de tu higiene personal, de bañarte o andar limpio o no quieres salir a la calle y prefieres siempre, siempre estar solo?

(Si no cumple con alguno de los síntomas interrogados anteriormente se suspende el interrogatorio de esquizofrenia)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

(Dos de los siguientes cinco reactivos deben estar presentes por lo menos durante un mes)

16.1. ¿Has tenido la sensación de ser perseguido, vigilado, que hablen de ti o que te quieran hacer daño?, ¿Tienes una misión espiritual o sagrada que realizar en el mundo? (El entrevistador puede utilizar cualquier pregunta para determinar ideas delirantes sometiéndolas a prueba de realidad).

16.2. ¿Has escuchado voces que solamente tu puedas oír?, ¿Has visto imágenes luces o sombras que solamente tu puedas ver?, ¿Te han llegado olores que sólo tu puedas oler?, ¿Has sentido que te toquen sin que haya nadie junto a ti?

16.3. (El entrevistador debe determinar si existe desorganización en el discurso o en el lenguaje, incoherencia y establecerlo).

16.4. (El entrevistador debe determinar si existe conducta desorganizada o catatónica).

16.5. (El entrevistador debe determinar si existe la presencia de síntomas negativos como aplanamiento afectivo, aislamiento, abulia, etc.).

16.6. ¿Estos síntomas te han provocado problemas en el desempeño académico o laboral, en las relaciones familiares o con tus amigos?

16.7. ¿Has tenido estos síntomas durante los últimos 6 meses? (Deben estar presentes al menos dos de los síntomas del 16-1 al 16.5 por un mes continuo o menos si hubo tratamiento oportuno, sin embargo entre el periodo prodrómico o los síntomas residuales se debe cumplir el periodo de 6 meses con síntomas menos intensos o exclusivamente sintomatología negativa).

16.8. (El entrevistador debe excluir la presencia de sintomatología depresiva o maníaca).

16.9. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

16.10. (En el caso de existir un trastorno profundo (generalizado) del desarrollo el diagnóstico de esquizofrenia sólo se establece si existen alucinaciones o delirios importantes)

17. Interrogatorio Acerca del Abuso Físico y Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugiere pasar al apartado 18)

Para este estudio hablaremos de órganos sexuales de la siguiente manera: vagina es la parte sexual de la mujer, pene es la parte sexual del hombre, entrepierna es el área que existe entre las piernas de una persona, el ano es la apertura posterior del organismo por donde se defeca, las nalgas son las asentaderas o gluteos de una persona, senos son las mamas en la mujer.

17.1. ¿Alguien te ha enseñado las partes sexuales de su cuerpo cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.2. ¿Alguien te ha amenazado con tener sexo cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.3. ¿Alguien ha tocado tus zonas sexuales cuando no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.4. ¿Alguien ha intentado tener sexo contigo o alguien te ha atacado sexualmente cuando tu no lo deseabas? (Si responde afirmativamente se debe preguntar: ¿Cuántos años tenías cuando eso te pasó).

17.5. ¿Si alguna vez alguien te atacó sexualmente, se lo dijiste o lo reportaste a alguien? (Si responde afirmativamente con quién habló).

17.6. ¿Antes de los 16 años alguna persona mayor que tu 5 ó más años te pegó o te pateó?

17.7. ¿Actualmente alguien de tu edad o mayor te pega o te patea?

18. Trastornos de la Eliminación

Enuresis

¿Te has hecho pipí, te orinas en la cama o en la ropa involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de enuresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempos de evolución.

18.1. ¿Te has hecho pipí por lo menos dos veces a la semana en los últimos 3 meses? o ¿hacerte pipí te ha provocado problemas en la escuela, en la casa o con tus amigos?

18.2. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 5 años)

18.3. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general?

Encopresis

¿Te has hecho popó, caca, en lugares inapropiados, en la ropa o en el piso involuntaria o intencionalmente después de los 5 ó 6 años?

(Si responde negativa la pregunta anterior se suspende el interrogatorio de encopresis)

Para cada pregunta deberá de mencionarse el periodo del episodio actual cuando se interrogue la sintomatología presente en el momento, especificando más o menos el tiempo de evolución. Cuando se interrogue sobre el periodo a lo largo de la vida se podrá preguntar: ¿te había sucedido esto antes, cuántas veces, cuando? o bien, ¿te había pasado esto en alguna ocasión en la vida?, especificando de igual manera los tiempo de evolución.

18.4. ¿Te has hecho por lo menos una vez al mes popó en los últimos 3 meses?

18.5. (Este diagnóstico no se aplica para menores de 4 años)

18.6. ¿Estos síntomas se han presentado como resultado de estar consumiendo alguna medicina, alguna droga o por alguna enfermedad en general excepto por mecanismos que involucren la constipación?

19. Historia del Desarrollo

El entrevistador deberá interrogar la edad a la cual se presentaron cada una de las siguientes apartados de preferencia con el apoyo de uno de los padres: *(se recomienda que el clínico haga una breve descripción para cada reactivo en esta etapa de la entrevista)*

Embarazo y Parto

19.1. Embarazo planeado

19.2. Embarazo con complicaciones

- 19.3. Tipo de parto
- 19.4. Peso al nacer
- 19.5. Talla al nacer
- 19.6. APGAR

Desarrollo Motor

- 19.7. Sostén cefálico
- 19.8. Sedestación
- 19.9. Gateo
- 19.10. Bipedestación
- 19.11. Deambulaci3n

Desarrollo del Lenguaje

- 19.12. Primeros Fonemas
- 19.13. Primeras Palabras
- 19.14. Primeras Frases
- 19.15. Frases Estructuradas

Desarrollo Social-Adaptativo

- 19.16. Control de Esfínter Vesical
- 19.17. Consolidaci3n del Esfínter Vesical
- 19.18. Control de Esfínter Anal
- 19.19. Consolidaci3n del Esfínter Anal

Desarrollo Académico

- 19.20. Edad a la que asistió a guardería
- 19.21. Edad a la que ingresó a preescolar (kinder) y años que cursó, conducta y aprovechamiento
- 19.22. Edad a la que ingresó a primaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.23. Edad a la que ingresó a secundaria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.24. Edad a la que ingresó a la preparatoria, años reprobados, conducta y aprovechamiento
- 19.25. Otros estudios

Desarrollo de los Hábitos

- 19.26. ¿Hubo alimentaci3n al seno materno y por cuántos meses?
- 19.27. ¿Cuál fue la edad de ablactaci3n?
- 19.28. ¿Hubo problemas para la alimentaci3n?

19.29. ¿Cuándo durmió la primera noche completa?

19.30. ¿Hubo o hay problemas para el dormir? (Interrogar propositivamente noctilalia, bruxismo, sonambulismo, terrores nocturnos)

Desarrollo Sexual

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente por lo que se sugere pasar al apartado 20))

19.31. ¿A que edad se presentó tu interés en el sexo?

19.32. ¿A que edad se presentaron juegos con roles sexuales?

19.33. ¿A que edad se presentaron los caracteres sexuales secundarios?

19.34. ¿A qué edad se presentó la menstruación? ¿A qué edad se presentó la primera eyaculación?

19.35. ¿A qué edad se inició la masturbación?

19.36. ¿Cuál es la frecuencia de masturbación?

19.37. ¿Cuándo comenzó la vida sexual activa?

19.38. ¿Cuál es la preferencia sexual expresada?

20. Antecedentes

Antecedentes Personales No Patológicos

20.1. Interrogar sobre el tipo de familia e integración

20.2. Interrogar sobre el tipo de vivienda

20.3. Interrogar sobre la situación económica

Antecedentes Personales Patológicos

20.4. Interrogar sobre antecedentes patológicos generales de enfermedades importantes (interrogar sobre tabaquismo).

20.5. Interrogar sobre número y circunstancias de hospitalizaciones

20.6. Interrogar sobre número y circunstancias de intervenciones quirúrgicas

20.7. Interrogar sobre intervenciones psicológicas o psiquiátricas previas, número, motivos y circunstancias de cambio o abandono

Antecedentes Heredo Familiares

20.8. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades no psiquiátricas en familiares de primer grado en línea paterna y materna

20.9. Interrogar sobre antecedentes de enfermedades psiquiátricas o neurológicas en familiares de primer grado en línea paterna o materna

21. Evaluación del Funcionamiento Psicosocial

(Se recomienda realizar este apartado en privado con el paciente)

Esta evaluación del funcionamiento psicosocial es una versión adaptada del "LIFE Base Schedule" para ser interrogadas por el entrevistador, consta de seis rubros del aspecto social y uno global que se responden del 1 al 5, 1 equivale a un funcionamiento superior y 5 equivale a un grave deterioro. En el caso de no aplicación, (debido a no inicio de vida sexual o no inicio de actividades laborales, etc.) se consignará NA.

Trabajo

- 21.1. ¿Cómo te desempeñas en tu escuela?
- 21.2. ¿Cómo te desempeñas con tus obligaciones en casa?
- 21.3. ¿Cómo te desempeñas en tu empleo?

Relaciones Interpersonales

- 21.4. ¿Cómo te llevas con tu novia, tu pareja?
- 21.5. ¿Cómo te llevas con los miembros de tu familia?
- 21.6. ¿Cómo te llevas con tus amigos?

Funcionamiento Sexual

- 21.7. ¿Qué tan frecuente tienes relaciones sexuales?
- 21.8. ¿Qué tanto disfrutas las relaciones sexuales?

Satisfacción con la Vida

- 21.9. ¿Te sientes satisfecho con la vida?

Actividades Recreacionales

- 21.10. ¿Qué tan frecuente sales al cine, al deportivo, a divertirte?
- 21.11. ¿Qué tanto disfrutas salir a divertirte?

Valoración Global

- 21.12. El entrevistador debe determinar cuál es el funcionamiento psicosocial global y calificarlo en la hoja de respuestas, basándose en los puntos anteriores del área.

Francisco R. de la Peña Olvera
Instituto Mexicano de Psiquiatría
1996

Entrevista Semiestructurada para Adolescentes (ESA)
del Instituto Mexicano de Psiquiatría
(Relacionada para los criterios del DSM-IV)

Hoja de Respuestas

Nombre de quien entrevista: _____

Nombre de quien califica: _____

Fecha test: _____ Fecha retest: _____

Fecha de llenado de esta hoja de respuestas: _____

Lugar de aplicación: _____

1.1. Nombre: _____

1.2. Edad: _____ (años cumplidos) Expediente: _____

1.3. Fecha y lugar de nacimiento: _____

1.4. Año que cursa o último año cursado, escuela: _____

Nombre y dirección de la escuela: _____

1.5. Tiempo en meses que dejó la escuela: _____

1.6. Años que reprobó: _____

1.7. Trabajo, tiempo en meses que lleva trabajando: _____

1.8. Número de trabajos que ha tenido: _____

1.9. Dirección: (Calle, número, colonia, código postal y ciudad) _____

1.10. Teléfono: _____

1.11. Miembros de la familia que viven con él: _____

1.12. Tiempo de vivir con ellos: _____

1.13. Religión: _____

1.14. Nombre del padre que acompaña: _____

1.15. Relación familiar con el paciente: _____

1.16. Estudios del padre: _____

1.17. Ocupación del padre: _____

1.18. Vive con el paciente: si: _____ no: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1. Problema 1: _____
 Evolución: _____

2.2. Problema 2: _____
 Evolución: _____

2.3. Problema 3: _____
 Evolución: _____

2.4. Problema 4: _____
 Evolución: _____

2.5. Problema 5: _____
 Evolución: _____

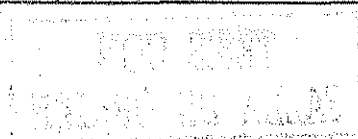
Otros Problemas: _____

Debe establecerse cómo ha decidido realizarse la entrevista:

Evolución Actual: _____ Evolución a lo largo de la vida: _____

Evolución Actual hace referencia a los síntomas presentes durante los últimos seis meses aunque el inicio sea lejano temporalmente y la evolución a lo largo de la vida hace referencia a síntomas que estuvieron presentes antes y durante los últimos seis meses han estado ausentes. La columna de rasgo hace referencia a la presencia del síntoma como un elemento caracterológico, la columna duda hace referencia a que no se sabe si el síntoma está presente o ausente tras una exploración adecuada y la columna E. I. hace referencia a una exploración incompleta.

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
3.1.							
3.2.							
3.3.							
3.4.							
3.5.							
3.6.							
3.7.							
3.8.							
3.9.							
3.10.							
3.11.							



2



	Evolución Actual	Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
3.12.					
3.13.					
3.14.					
3.15.					
3.16.					
3.17.					
3.18.					
4.1.					
4.2.					
4.3.					
4.4.					
4.5.					
4.6.					
5.1.					
5.2.					
5.3.					
5.4.					
5.5.					
5.6.					
5.7.					
5.8.					
5.9.					
6.1.					
6.2.					
6.3.					
6.4.					
6.5.					
6.6.					
6.7.					
6.8.					
6.9.					
6.10.					
6.11.					
6.12.					
6.13.					
6.14.					
6.15.					

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
6.16.							
6.17.							
6.18.							
6.19.							
6.20.							
6.21.							
7.1.							
7.2.							
7.3.							
7.4.							
7.5.							
7.6.							
7.7.							
7.8.							
7.9.							
7.10.							
7.11.							
7.12.							
7.13.							
7.14.							
7.15.							
7.16.							
8.1.							
8.2.							
8.3.							
8.4.							
8.5.							
8.6.							
8.7.							
8.8.							
8.9.							
8.10.							
8.11.							
9.1.							
9.2.							
9.3.							
9.4.							

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
9.5.							
9.6.							
9.7.							
9.8.							
9.9.							
9.10.							
9.11.							
9.12.							
9.13.							
9.14.							
9.15.							
9.16.							
10.1.							
10.2.							
10.3.							
10.4.							
10.5.							
10.6.							
10.7.							
10.8.							
10.9.							
10.10.							
11.1.							
11.2.							
11.3.							
11.4.							
11.5.							
11.6.							
11.7.							
11.8.							
11.9.							
11.10.							
12.1.							
12.2.							
12.3.							
12.4.							
12.5.							

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
12.6.							
12.7.							
13.1.							
13.2.							
13.3.							
13.4.							
13.5.							
13.6.							
13.7.							
14.1.							
14.2.							
14.3.							
14.4.							
14.1.							
14.2.							
14.3.							
14.4.							
14.1.							
14.2.							
14.3.							
14.4.							
15.1.							
15.2.							
15.3.							
15.4.							
15.5.							
15.6.							
15.7.							
15.1.							
15.2.							
15.3.							
15.4.							
15.5.							
15.6.							
15.7.							
15.1.							
15.2.							

		Evolución Actual		Evolución Vida	Rasgo	Duda	E. I.
15.3.							
15.4.							
15.5.							
15.6.							
15.7.							
16.1.							
16.2.							
16.2.							
16.2.							
16.2.							
16.3.							
16.4.							
16.5.							
16.6.							
16.7.							
16.8.							
16.9.							
16.10.							
17.1.							
17.2.							
17.3.							
17.4.							
17.5.							
17.6.							
17.7.							
18.1.							
18.2.							
18.3.							
18.4.							
18.5.							
18.6.							
	Repuestas Descriptivas para Desarrollo						
19.1.							
19.2.							
19.3.							
19.4.							
19.5.							

19.6.	
19.7.	
19.8.	
19.9.	
19.10.	
19.11.	
19.12.	
19.13.	
19.14.	
19.15.	
19.16.	
19.17.	
19.18.	
19.19.	
19.20.	
19.21.	
19.22.	
19.23.	
19.24.	
19.25.	
19.26.	
19.27.	
19.28.	
19.29.	
19.30.	
19.31.	
19.32.	
19.33.	
19.34.	
19.35.	
19.36.	
19.37.	
19.38.	
	Antecedentes
20.1.	
20.2.	
20.3.	
20.4.	

20.5.						
20.6.						
20.7.						
20.8.						
20.9.						
Evaluación del Funcionamiento Psicosocial						
21.1.	1	2	3	4	5	NA
21.2.	1	2	3	4	5	NA
21.3.	1	2	3	4	5	NA
21.4.	1	2	3	4	5	NA
21.5.	1	2	3	4	5	NA
21.6.	1	2	3	4	5	NA
21.7.	1	2	3	4	5	NA
21.8.	1	2	3	4	5	NA
21.9.	1	2	3	4	5	NA
21.10.	1	2	3	4	5	NA
21.11.	1	2	3	4	5	NA
21.12.	1	2	3	4	5	NA

Notas Extras:

Hoja de Datos

Nombre del paciente _____

Número de Expediente _____

Número de paciente de protocolo _____

Diagnósticos (BSA)

Terapéutica Anterior si no

Medicamentos utilizados, tiempo de evolución.

variable	Basal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
fecha											
TA sentado											
TA acostado											
FC											
FR											
Ham-D											
BDI											
ES											
REC											
ICG											
ICG autoevaluable											
tab. regresadas Paroxetina											
cap. regresadas Pindolol o Placebo											
Respuesta clínica											
Remisión clínica											
EB											

Carta de consentimiento para la participación en el protocolo de investigación para el tratamiento de la depresión.

Instituto Mexicano de Psiquiatría

Clínica de adolescentes

A quien corresponda:

Por medio de la presente

yo _____

reconozco que el Dr.

_____ Me ha explicado con detalle la naturaleza de mi enfermedad y los riesgos de no recibir un tratamiento oportuno.

Estoy de acuerdo en participar en el protocolo de investigación para el tratamiento de la depresión en adolescentes, sabiendo que además de recibir un medicamento antidepresivo(Paroxetina), recibiré uno de dos elementos químicos, Pindolol o placebo.

Estoy de acuerdo en realizarme los estudios necesarios que el medico juzgue conveniente y en tomarme puntualmente el medicamento que el instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), a través de mi medico tratante me proporcione.

Estoy enterado de que la duración de la investigación es de cinco semanas a partir de la primera toma de medicamento y solo después de este periodo se podrán evaluar los resultados finales del tratamiento. Después de las cinco semanas, dejará de ser responsabilidad del IMP la proporción del medicamento.

En el momento que lo crea conveniente podré abandonar la investigación, sin que esto repercuta en la continuidad de los servicios que el IMP me proporciona.

Firma del Adolescente:

_____ Nombre del padre, madre o tutor:

_____ Firma del padre, madre o tutor:

_____ Firma del médico :

México D.F. a _____ de _____ de 1998

IDARE

Inventario de Autoevaluación por

C. D. Spielberger, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	①	②	③	④
2. Me siento seguro	①	②	③	④
3. Estoy tenso	①	②	③	④
4. Estoy contrariado	①	②	③	④
5. Estoy a gusto	①	②	③	④
6. Me siento alterado	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	①	②	③	④
8. Me siento descansado	①	②	③	④
9. Me siento ansioso	①	②	③	④
10. Me siento cómodo	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo	①	②	③	④
12. Me siento nervioso	①	②	③	④
13. Me siento agitado	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar"	①	②	③	④
15. Me siento reposado	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho	①	②	③	④
17. Estoy preocupado	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido	①	②	③	④
19. Me siento alegre	①	②	③	④
20. Me siento bien	①	②	③	④

IDARE

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④
26. Me siento descansado	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada"	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	①	②	③	④
30. Soy feliz	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo	①	②	③	④
33. Me siento seguro	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades	①	②	③	④
35. Me siento melancólico	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	①	②	③	④
39. Soy una persona estable	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	①	②	③	④

BECK

Instrucciones : Por favor lee cada grupo cuidadosamente y escoge la oración que mejor describa cómo te has sentido las últimas dos semanas. Marca con una X la oración que hayas seleccionado. Aunque varias oraciones en el grupo parecieran aplicarse a tu caso marca sólo una. Asegúrate de leer toda las aseveraciones en cada grupo antes de contestar. No hay respuestas buenas o malas. gracias.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- 1. No me siento triste
- Me siento triste
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
- Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto

- 2. No me siento desanimado acerca del futuro
- Me siento desanimado acerca del futuro
- Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
- Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar

- 3. No me siento como un fracasado
- Siento que he fracasado más que otras personas
- Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos
- Siento que como persona soy un completo fracaso

- 4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
- No disfruto las cosas como antes
- Ya no obtengo satisfacción de nada
- Estoy insatisfecho y molesto con todo

- 5. No me siento culpable
- En algunos momentos me siento culpable
- La mayor parte el tiempo me siento algo culpable
- Me siento culpable todo el tiempo

- 6. No siento que seré castigado
- Siento que puedo ser castigado
- Creo que seré castigado
- Siento que estoy siendo castigado

- 7. No me siento descontento conmigo mismo
- Me siento descontento conmigo mismo
- Me siento a disgusto conmigo mismo
- Me odio a mí mismo

- 8. No siento que sea peor que otros
- Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores
- Me culpo todo el tiempo por mis errores
- Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9. No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
- Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
- Quisiera suicidarme
- Me suicidaría si tuviera la oportunidad

- 10. No lloro más que de costumbre
- Lloro más que antes
- Lloro todo el tiempo
- Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 11. Ahora no estoy mas irritable que antes
Me molesto o irrito mas facilmente que antes
Me siento irritado todo el tiempo
No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban

- 12. No he perdido el interes en la gente
No me interesa la gente como antes
He perdido la mayor parte de mi interes en la gente
He perdido todo el interes en la gente

- 13. Tomo decisiones tan bien como siempre
Pospongo decisiones con mas frecuencia que antes
Se me dificulta tomar decisiones
No puedo tomar decisiones en nada

- 14. No me siento que me vea más feo que antes
Me preocupa que me vea viejo y feo
Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo
Creo que me veo horrible

- 15. Puedo trabajar tan bien como antes
Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
No puedo trabajar para nada

- 16. Duermo tan bien como antes
No duermo tan bien como antes
Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme
Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme

- 17. No me canso más de lo habitual
Me canso más fácilmente que antes
Me canso casi de hacer cualquier cosa
Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa

- 18. Mi apetito es igual que siempre
Mi apetito no es tan bueno como antes
Casi no tengo apetito
No tengo apetito en lo absoluto

- 19. No he perdido peso o casi nada
He perdido más de 2.5 Kilos
He perdido más de 5 Kilos
He perdido más de 7.5 Kilos
(Estoy a dieta SI o NO)

- 20. Mi salud me preocupa más que antes
Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estrujamiento
Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa

- 21. Mi interés por el sexo es igual que antes
Estoy menos interesado en el sexo que antes
Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
He perdido completamente el interés por el sexo

Instrucciones: Por favor responde honestamente cómo te has sentido las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas. Gracias.

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1. Me interesan las cosas tanto como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Duermo muy bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me dan ganas de llorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me gusta salir con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me gustaría escapar, salir corriendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me duele la panza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tengo mucha energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Disfruto la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Puedo defenderme por mí mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Creo que no vale la pena vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Soy bueno para las cosas que hago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Disfruto lo que hago tanto como lo hacía antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me gusta hablar con mi familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Tengo sueños horribles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me siento muy solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Me animo fácilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me siento tan triste que me cuesta trabajar soportarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me siento muy aburrido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



IMPRESIÓN GLOBAL DEL PACIENTE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Nº. EXPEDIENTE: _____ Nº PAC: _____

INSTRUCCIONES:

POR FAVOR MARQUE CON UNA CRUZ (X) EL CASILLERO QUE CORRESPONDA A COMO SE SIENTE USTED DESDE QUE COMENZÓ A RECIBIR EL TRATAMIENTO.

1. MUCHO MEJOR _____

2. ALGO MEJOR _____

3. APROXIMADAMENTE IGUAL _____

4. ALGO PEOR _____

5. MUCHO PEOR _____

FIRMA: _____

No EXP: _____ FECHA: _____

1. CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA CLINICA, ¿QUE TAN SEVEROS SON LOS SINTOMAS DEL PACIENTE EN ESTE MOMENTO, EN COMPARACION CON OTROS PACIENTES CON EL MISMO DIAGNOSTICO?

- _____ NO SON SEVEROS
- _____ MUY LEVES
- _____ LEVES
- _____ MODERADOS
- _____ MARCADOS
- _____ SEVEROS
- _____ EXTREMADAMENTE SEVEROS

2. COMPARANDO CON LAS CONDICIONES DEL PACIENTE AL INICIO DEL TRATAMIENTO, ¿QUE TANTO SE HAN MODIFICADO?

- _____ MUY MEJORADAS
- _____ MEJORADAS
- _____ MINIMAMENTE MEJORADAS
- _____ SIN CAMBIOS
- _____ MINIMAMENTE PEOR
- _____ EMPEORADAS
- _____ MUY EMPEORADAS

3. SELECCION EL TERMINO QUE CARACTERIZA AL EFECTO DEL FARMACO EN EL PACIENTE.

- _____ EMPEORADO
- _____ SIN CAMBIOS
- _____ MINIMO
- _____ MODERADO
- _____ MARCADO

4. SELECCION EL TERMINO QUE MEJOR DESCRIBE LA SEVERIDAD DE LOS EFECTOS COLATERALES.

NINGUNO: _____
 NO INTERFIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE: _____
 INTERFIERE SIGNIFICATIVAMENTE CON EL FUNCIONAMIENTO DEL PACIENTE: _____
 ANULIFICA POR COMPLETO EL EFECTO TERAPEUTICO: _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Registro de Efectos Colaterales para Adolescentes
Instituto Mexicano de Psiquiatría

Nombre: _____ Expediente: _____

Fecha: _____ Día del estudio: _____ No. de estudio: _____

Instrucciones:

Marca con una "X" el número que mejor describa cómo te has sentido para cada oración en la última semana, responde todas no hay buenas ni malas.

	Nunca		Algunas veces		Siempre
Tengo problemas para dormir	0	1	2	3	4
Me late rápido el corazón	0	1	2	3	4
Me late muy fuerte el corazón	0	1	2	3	4
Me siento mareado	0	1	2	3	4
Siento que el cuarto me da vueltas	0	1	2	3	4
Me siento tenso por dentro	0	1	2	3	4
Me siento inquieto	0	1	2	3	4
Se me duermen los pies y las manos	0	1	2	3	4
Me hormiguean los pies y las manos	0	1	2	3	4
Pierdo el equilibrio	0	1	2	3	4
Se me seca la boca	0	1	2	3	4
Veo borroso	0	1	2	3	4
Veo doble	0	1	2	3	4
Estoy estrñido	0	1	2	3	4
Tengo diarrea	0	1	2	3	4
Me esfuerzo para poder orinar	0	1	2	3	4
Tengo comezón	0	1	2	3	4
La luz me lastima los ojos	0	1	2	3	4
Tengo nauseas	0	1	2	3	4
Tengo vómito	0	1	2	3	4
No tengo apetito	0	1	2	3	4
Me duele la panza	0	1	2	3	4
Estoy somnoliento	0	1	2	3	4
Me dan calambres en las noches	0	1	2	3	4
Sudo mucho	0	1	2	3	4
Tengo temblor	0	1	2	3	4
Otro: _____	0	1	2	3	4
Otro: _____	0	1	2	3	4

BIBLIOGRAFÍA

1. Akiskal H. S., "Mood Disorders", Comprehensive Textbook of Psychiatry, Edited by Kaplan H.I., Sadock B.J., Williams and Wilkins. Sixth Edition, 1995, Vol. 1, Chapter 16, section 1, pg 1067-1079.
2. Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E. :, Brent D.A., Kaufman J., Dahl R. E., Perel J., Nelson B. "Childhood and Adolescent Depression : A Review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35 :1427-1439, 1996.
3. Ryan N.D., Puig-Antich J., Ambrosini P., Rabinovich H., Robinson D., Nelson B., Ivengar S., Twomey J., "The clinical picture of major depression in children and adolescents" Arch Gen Psychiatry 1987, 44 :854-861.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

4. Kandel D.B., Davies M. “ Epidemiology of depressive mood in adolescents : An empirical study”, Arch Gen Psychiatry 1982, 39 : 1205-1212.
5. Carlson G., Strober M., “ Affective disorders in adolescence”, Psychiatr Clin North Am 1979,2 :511-526.
6. Carlson G., Abbot S.F., “Mood disorders and suicide”, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Edited by Kaplan H.I., Sadock B.J., Williams and Wilkins, Sixth Edition, 1995, Vol. 2, Chapter 44, Pg 2367-2391.
7. Birmaher B., Ryan N.D., Williamson D.E :, Brent D. A., Kaufman J. “Childhood and Adolescent Depression : A Review of the Past 10 years. Part II. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 35 :1575-1583, 1996.
8. Weller F.B :, Weller R.A., Svasjan H., “Mood disorders”, Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Second

Edition, Edited by Lewis M., Williams and Wilkins, 1996,
Section VII, Chapter 60 pg 657.

9. Green W.H., "Principles of psychopharmacotherapy and Specific Drug treatments", Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Second Edition, Edited by Lewis M., Williams and Wilkins, Chapter 72, pg 790.

10. Green W. H., "Principles of Psychopharmacothepry and Specific drug Treatments", Child and Adolecent Psychiatry, A Comprehensive Textbook, Second Edition, Edited by Lewis M., Williams and Wilkins Chapter 72, pg 797.

11. Artigas F., Perez V., Alvarez E., "Pindolol induces a rapid improvement of depressed patients treated with serotonin reuptake inhibitors" Arch Gen Psychiatry 51 : 248-251,1994.

12. Maes M., Vandoolaeghe E., Desnyder R., "Efficacy of treatment with trazodone in combination with pindolol or fluoxetine in major depression" J Affect Dis 41, 201-210(1996).
13. Ryan N.D., Williamson D.E., Iyengar S., Orvaschel H., Reich T., Dahl R.E., Puig-Antich J.A., "A secular increase in child and adolescent onset affective disorder" J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 31 :600-605,1992.
14. Kovacs M. Gatsonis C., "Secular trends in age at onset of major depressive disorder in a clinical sample of children" J. Psychiatr Res 28 :319-329, 1994.
15. Kessler R.C., McGonagle K.A., Nelson C. B., Hughes M., Swartz M., Blazer D.G., "Sex and depression in the National Comorbidity survey. II : Cohort effects" J Affect Dis 30 :15-26, 1994.

16. Klerman G.L., Weissman M.M., "Increasing rates of depression"
JAMA 261 :2229-2235, 1989.
17. Geller B., Cooper T.B., Graham D.L., Marsteller F.A., Bryant
D.M., "Double-blind placebo-controlled study of Nortryptiline in
depressed adolescents using a 'fixed plasma level' design.
Psychopharmacol Bull 26 :85-90, 1990.
18. Boulus C., Kutcher S., Marton P., Simeon J., Ferguson B.,
Roberts N., "Response to desipramine treatment in adolescent
major depression" Psychopharmacol Bull 27 :59-65, 1991.
19. Kutcher S., Boulus C., Ward B., Marton P., Simeon J., Ferguson
B., Szalai J., Katic M., Roberts N., Dubois C., Reed K., "Response
to desipramine treatment in adolescent depression : A fixed-dose,
placebo-controlled trial" J Am Acad Child Adolesc Psychiatry
33 :686-694, 1994.

20. Devane C.L., Sallee F.R., "Serotonin Selective reuptake inhibitors in child and adolescent psychopharmacology : A review of published experience" *J Clin Psychiatry* 57 :55-66, 1996.
21. Apter A., Ratzoni G., King R.A., Weizman A., Iancu I., binder M., Riddle M.A., "Fluvoxamine open-label treatment of adolescent inpatients with obsessive-compulsive disorder or depression" *J AM Acad Child Adolesc Psychiatry* 33 : 342-348, 1994.
22. Rey-Sanchez F., Gutiérrez-Casares J.R., "Paroxetine in children with major depressive disorder : an open trial" *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 36 :1443-1447, 1997.
23. Mandoki M.W., Tapia M.R., Tapia M.A., Sumner G.S., Parker J.L., "Venlafaxine in the treatment of children and adolescents with major depression" *Psychopharmacol Bull* 33 :149-154, 1997.

24. Eimsle G.J., Rush J. Weinberg W.A., Kowatch R.A :, Hughes C.W :, Carmody T., Rintelmann J., “A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of fluoxetine in children and adolescents with depression” Arch gen Psychiatry 54 :1031-1037, 1997.
25. De la Peña F., Cruz-Elizondo E., Ulloa R.E. y col., “Estudio de confiabilidad interevaluador de la entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA)”, Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 39 (Supl. 1) : 16, 1996.
26. Gleiter C.H., Deckert J., “Adverse cns-effects of beta-adrenoceptor blockers” Pharmacopsychiat 29 :201-211, 1996.
27. Blier P., Bergeron R., “Effectiveness of pindolol with selected antidepressant drugs in the treatment of major depression” J Clin Psychopharmacol 15 :217-222, 1995.

28. Blier P., de Montigny C., "Electrophysiological investigations on the effect of repeated zimelidine administration on serotonergic neurotransmission in the rat" *J Neurosci* 3 :1270-1278, 1983.
29. Perez V., Gilaberte I., Faries D., Alvarez E., Artigas F., "Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pindolol in combination with fluoxetine antidepressant treatment" *Lancet* 349 :1594-1597, 1997.
30. Tome M.B., Isaac M.T., Haarte R., Holland C., "Paroxetine and pindolol: a randomized trial of serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency" *Int Clin Psychopharmacol* 12 :81-89, 1997.
31. Bermann R.M., Darnell A.M., Miller H.L., Anand AA., Charney D. S., "Effect of pindolol in hastening response to fluoxetine in the treatment of major depression: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 154 :37-43, 1997.

32. Tome M., Cloninger C., Watson J. Isaac M. "Serotonergic autoreceptor blockade in the reduction of antidepressant latency personality variables and response to SSRI antidepressant and 'augmenting agent'" *J Affect Dis* 44 :101-109, 1997.
33. Howland R :H: "Biochemical effects of antidepressant augmentation" *Arch Gen Psychiatry* 52 :156, 1995.
34. Anderson G.M., "Comments on the effectiveness of pindolol with selected antidepressant drugs in the treatment of major depression" *J Clin Psychopharmacol* 16 :256, 1996.
35. Potter W.Z., "Adrenoceptors and serotonin receptor function : relevance to antidepressant mechanisms of action" *J Clin Psychiatry* 57 (suppl 4) :4-8, 1996.
36. Zanardi R., Artigas F., Franchini L., Sforzini L., Gasperini M., Smeraldi E., Perez J. "How long should Pindolol be associated

- with paroxetine to improve the antidepressant response ?” J Clin Psychopharmacol 17 : 446-450, 1997.
37. American Psychiatric Association “Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, American Psychiatric Association. Washington, 1994.
38. Torres-Castillo M., Hernández-Malpica E., Ortega-Soto H.A., “Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un hospital de cardiología” Salud Mental 14 : 1-6, 1991.
39. De la Peña F., Lara M.C., Cortés J., Nicolini H., Paez., Almeida L., “Traducción al español de la escala de Birleson para el trastorno depresivo mayor en la adolescencia” Salud Mental 19 :17-23, 1996.
40. De la Peña F., Patiño M., Mendizabal A. y cols. “ La entrevista semiestructurada para adolescentes (ESA). Características del

- instrumento y estudio de confiabilidad interevaluador y temporal”
Salud Mental, 21 : 11-18, 1998.
41. Knesevich J. W., Biggs T., Clayton P.J., Ziegler V. E., “Validity of the Hamilton rating scale for depression” Brit J. Psychiatry 131 : 49-52, 1977.
42. O’Brien K. P., Glaudin V., “Factorial structure and factor reliability of the Hamilton rating scale for depression” Acta Psychiatr Scand 78 : 113-120, 1988.
43. Senties H. “Validación de la escala de Hamilton mediante la utilización de una entrevista estructurada” Tesina para la especialidad de Psiquiatría, 1987.
44. Spieldberger C.D., Martínez-Urrutia A., González-Reigosa F., Natalicio L., Díaz-Guerrero R., “Manual técnico del Inventario de la ansiedad rasgo-estado versión en español” Editorial El Manual Moderno S.A. 1980.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

45. De la Peña F., López-Bastidas A., Cortes J. y cols. "Validación del registro de efectos colaterales de antidepresivos" *Salud Mental* 22: 7-10, 1999.
46. Kaplan H.I., Sadock B.J., "The doctor-patient relationship and interviewing techniques" *Synopsis of Psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry* p 13-14, 8th edition, 1998.
47. Gibbons R. D., Hedeker D., Elkin I., Wateraux C., Kraemer H.C., Greenhouse J.B., Shea T., Imber S.D., Sotsky S.M., Watkins J.T. "Some conceptual and statistical issues in analysis of longitudinal psychiatric data" *Arch Gen Psychiatry* 50 : 739-750, 1993.
48. Lavori P.W. "Clinical trials in psychiatry :should protocol deviation censor patient data ?" *Neuropsychopharmacology* 6 : 39-48, 1992.

49. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
“Practice parameters for the assessment and treatment of children
and adolescents with depressive disorders” *J Am Acad Child
Adolesc Psychiatry* 37(10 suppl.) : 63s-83s, 1998.
50. Buitellar J. K., Van der Gaag R. J., Swaab-Barnevald H. “A
placebo controlled comparison of methylphenidate and pindolol in
ADHD” *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry:
Scientific Proceedings of the 41st Annual Meeting, New York,
NY, Oct. 25-30, New Research, NR: 6, 1994.*