

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**Estudio de casos y controles, transversal, observacional, abierto y prolectivo
para medir la asociación entre los niveles séricos de colesterol y riesgo
suicida (conducta e ideación).**

**TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE
PSIQUIATRA**

QUE PRESENTA:

SAUER VERA TIZBÉ DEL ROSARIO

DR. FERNANDO CORONA HERNÁNDEZ
Tutor metodológico

DR. ALVAR COLONIA CABRERA
Tutor teórico



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.

AGRADECIMIENTOS

Primero, a los pacientes que colaboraron con sus sentimientos, pensamientos y conductas, que aunque pareciera que llegaban al fin de su vida, cuando les explicaba lo importante de sus aportaciones no se negaron a compartirlas en este estudio.

Le agradezco profundamente a los tutores que me auxiliaron en esta tesis: al Dr. Fernando Corona porque siempre estuvo pendiente de los avances y retrasos del proyecto; al Dr. Alvar Colonia por acceder en la tutoría y experiencia; al Dr. Andrés Borbón por haber colaborado en la realización del análisis estadístico y asesorarnos en algunos rubros y al Dr. Horacio Reza y Juana Ramírez al permitirme trabajar en los respectivos servicios del Hospital Psiquiátrico que coordinan.

De gran importancia fue la ayuda de mis amigos y compañeros residentes, que compartieron los espacios de trabajo y me ayudaron en todo momento.

A Margarita y Armando (mis padres) que han estado junto a mí cada día y me enseñaron la paciencia y constancia que uno debe tener para alcanzar lo que queremos; e Ilitia y Alethia (mis hermanas) que me brindan ayuda y orientación.

A mis hermanas que me auxilian en rubros que desconozco de tecnología y cultura general.

Y a mi terapeuta, el Dr. Salvador Gómez Eichelman, que me ha brindado apoyo en cada paso de la travesía de mi vida y en esta área de la medicina, la psiquiatría, que requiere de tener los pies bien puestos en la tierra.

Gracias Dios.

CONTENIDO

	PÁGINA
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	4
OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO	11
HIPOTESIS	11
METODOLOGÍA	13
INSTRUMENTOS	14
PROCEDIMIENTO	15
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	26
DEBILIDADES DEL ESTUDIO	28
COMENTARIO	29
CONCLUSIONES	30
ANEXOS	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

**“Sólo hay un problema filosófico realmente serio:
el suicidio”**

**Albert Camus
1942**

RESUMEN

Este estudio de casos y controles, transversal, observacional, abierto y prolectivo tuvo la finalidad de explorar la asociación entre los niveles séricos de colesterol y el riesgo suicida. La muestra se reclutó entre las pacientes que asistieron a los servicios de consulta externa y urgencias. Se incluyeron 30 pacientes en el grupo de casos quienes presentaron conducta o ideación suicida y 60 pacientes en el grupo control, las cuales cursaron con cualquier trastorno psiquiátrico sin conducta ni ideación suicida. Se aplicaron los siguientes instrumentos: Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale); y también se obtuvo el consentimiento informado. Se tomó una muestra de sangre para determinar el nivel sérico de colesterol. Los resultados mostraron que los niveles de colesterol en pacientes con ideación suicida (179.9 ± 45.4) fueron mayores que los de mujeres con intento suicida (161.5 ± 38.8), aunque no tuvieron significancia estadística ($t=1.5$ y $P=0.137$). Se obtuvieron menores niveles de colesterol entre las pacientes del grupo de casos (168.3 ± 41.5) que en el grupo control (175.3 ± 34); sin embargo, la diferencia tampoco fue estadísticamente significativa ($t=1.3$, $P=0.213$). Por lo tanto, no existe asociación estadísticamente significativa entre los niveles de colesterol y el riesgo suicida, en este estudio.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es definido como el “acto o conducta que daña o destruye al propio agente”. La autolisis y las conductas relacionadas se han convertido en una de las principales causas de demanda en los servicios de urgencias. Es un fenómeno complejo que involucra factores psicológicos, biológicos, sociales y familiares (Kaplan et al., 2000; Chinchilla et al., 2003). Parece surgir del sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape del dolor (Kaplan et al., 2000).

El suicidio es el acto encaminado a terminar con la propia vida de manera voluntaria e intencional, es rápido y violento, representa la culminación fatídica de un problema complejo (Almazan et al., 1997) como alguna enfermedad terminal, pérdidas económicas y otras circunstancias similares. Se experimenta desesperanza y desvalimiento, conflictos ambivalentes de la vida y estrés, sin la posibilidad de cambio o mejoría (Kaplan et al., 2000).

En las últimas décadas se ha convertido en un problema de salud pública. En el Reino Unido se atendieron 100,000 urgencias anuales por este conflicto. En Francia se registraron 120,000 intentos suicidas en un año y en Estado Unidos 750,000 (Chinchilla et al., 2003), equivalente a 75 suicidios al día, ocupando la novena causa de muerte en ese país (Kaplan et al., 2000).

La frecuencia del suicidio es tres veces mayor en hombres que en mujeres, sin embargo, los intentos suicidas se presentan cuatro veces más en mujeres, ya que ellas utilizan métodos menos letales. La tasa de suicidios se incrementa con la edad, alcanzando un pico máximo de 45 años en hombres y 55 años en mujeres, aunque en los últimos años, la incidencia en adolescentes se ha incrementado. Se

observa más en blancos, solteros y viudos, en individuos aislados socialmente y con antecedentes familiares de suicidios y tentativas (Kaplan et al., 2000).

La relación entre suicidio y enfermedad física es significativa y en asociación a enfermedad psiquiátrica, casi 95% de los pacientes suicidas tienen un trastorno mental. Los trastornos mentales de mayor relevancia son: trastornos depresivos 80%, esquizofrenia 10%, abuso de sustancias 25% y demencia y delirium 5% (Kaplan et al., 2000).

El suicidio no es una conducta absolutamente predecible, pero si prevenible si se realiza una adecuada evaluación e intervención en el momento de crisis con el fin de ayudar a cambiar la actitud del paciente sobre su intención de morir, así como estimar y delimitar los casos en los que persiste un riesgo grave de suicidio (Chinchilla et al., 2003). Es necesario establecer apoyos adecuados, así como derivar a los pacientes suicidas a centros de ayuda y recurrir a recursos personales, sociales y especializados de los servicios de urgencias psiquiátricas.

El propósito de esta tesis fué conocer la asociación entre los niveles séricos de colesterol y riesgo suicida (conducta e ideas suicidas), para prevenir con mayor certidumbre el evento autoagresivo, existiendo la posibilidad de trabajar en la búsqueda de un marcador biológico que permitiera la identificación de individuos en riesgo suicida. Sin embargo, no se demostró una diferencia significativa entre los niveles de colesterol de los pacientes que presentaban riesgo suicida de los que no lo presentaban, ni tampoco entre los pacientes que tuvieron intento suicida y los que tenía ideación solamente.

MARCO TEÓRICO

El término suicidio (del latín, *sui*, si mismo y *caedere*, matar) se define como la acción y efecto de quitarse la vida. En la lengua anglosajona la palabra se describió desde el siglo xvii y en la castellana a finales del siglo xviii (Chinchilla et al., 2003). De acuerdo con las diversas corrientes de pensamiento, se ha modificado el significado: los estoicos lo consideraban el último acto de una persona libre; para la iglesia católica romana es un pecado y a fines del siglo xix, Emile Durkeheim sugirió que era más una cuestión social que moral (Kaplan et al., 2000). Durante el siglo xx se abandonaron tales conceptos basados en el resultado final de la acción (muerte), y se inició la búsqueda de otras significaciones más operativas y que incorporaron dimensiones como la intencionalidad, el autoinfligimiento o la motivación en el acto (Chinchilla et al., 2003).

La medicina dirigió su atención al suicidio a partir del siglo xvii y frecuentemente relacionado a los psiquiatras y la melancolía. Sin embargo ha sido el punto de mira de teólogos, juristas, filósofos, demógrafos, sociólogos, psicólogos, antropólogos, epidemiólogos, artistas, literatos, historiadores y lingüistas (Bertolote, 2004).

En el siglo xviii se asociaron el suicidio y los trastornos mentales, y no fue sino hasta 1801 cuando Pinel reveló que las lesiones de órganos internos daban lugar a un estado doloroso y al suicidio. Esquirol, su discípulo, escribió en 1838 que “todos los que se suicidan están locos” y Bourdin afirmó en 1945 que “el suicidio siempre es una enfermedad y es en todos los casos un acto de locura mental” (Bertolote, 2004).

Freud suponía que *el yo* podía matarse sólo si se trataba a sí mismo como objeto, postulando que el suicidio resulta del desplazamiento de los impulsos homicidas, por lo que los deseos destructivos se dirigen hacia un objeto internalizado y son dirigidos contra el *self*. Posteriormente redefinió al suicidio como la victimización del *yo* por un *superyó* sádico (Gabbard, 2002).

En las últimas décadas el suicidio se ha convertido en un problema de salud pública (Chinchilla et al., 2003). Bertolote lo define como un problema de todas las naciones, en forma de una cuestión sanitaria situada en un punto entre la salud pública y la Psiquiatría (Silverman, 2004). En el Reino Unido se atendieron 100,000 urgencias anuales por este conflicto. En Francia se registraron 120,000 intentos suicidas en un año y en Estado Unidos 750,000 (Chinchilla et al., 2003), equivalente a 75 suicidios al día, ocupando la novena causa de muerte en ese país (Kaplan et al., 2000), calculándose que 13.5% de la población general de los Estados Unidos tiene ideación suicida (Silverman, 2004).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), 85% de los suicidios de todo el mundo tiene lugar en los países de nivel socioeconómico bajo e intermedio (Phillips, 2004) y 54% en China e India, aunque sólo se tienen datos de 73% de los países, los cuales están infrareportados, de modo que se calcula que no existen datos acerca del suicidio en 53% de los pacientes en el mundo (Vijayacumar, 2004).

La frecuencia del suicidio es tres veces mayor en hombres que en mujeres, sin embargo los intentos suicidas se presentan cuatro veces más en mujeres, ya que ellas utilizan métodos menos letales. Los hombres emplean armas de fuego, ahorcamiento o precipitación desde lugares elevados; en las mujeres se ha observado la sobredosis de medicamentos o venenos y lesiones superficiales en

extremidades superiores (Kaplan et al., 2002). En nuestro país se observó que los métodos más utilizados por los varones fueron el ahorcamiento, uso de arma de fuego y explosivos; y por mujeres el envenenamiento mediante sustancias sólidas y líquidas (Hijar, 1996). En los países asiáticos desarrollados, se observó un mayor uso de métodos como armas de fuego, tubos de escape de automóviles y venenos; y en países asiáticos en vías de desarrollo fue común la autoinmolación, ahorcamiento e intoxicación por pesticidas (Vijayacumar, 2004).

La tasa de suicidios se incrementa con la edad, y se alcanza un pico máximo de 45 años en hombres y 55 años en mujeres; aunque en los últimos años la incidencia en adolescentes ha aumentado, y ahora es la tercera causa de muerte en Estados Unidos (Gould et al., 2003; Vidal, 1999). En la Unión Americana la tasa de suicidios en hombres de 65 años es de 40 por cada 100,000 hombres, edad en la cual es más probable que se consume el suicidio (Kaplan et al., 2002). En México los hombres de 70 años y más presentaron el mayor riesgo relativo (Hijar, 1996; Vidal, 1999). En los países desarrollados en Asia la tasa de suicidios es elevada en el grupo de 15 a 24 años, y alcanza su nivel máximo en los ancianos; mientras que en los países en vías de desarrollo la tasa mayor se observa en los jóvenes menores de 30 años (Vijayakumar, 2004).

Un estudio realizado en nuestro país, donde se comparó una muestra clínica de pacientes hospitalizadas por conducta suicida y una muestra escolar, observó que a pesar de que las pacientes hospitalizadas tuvieron mayor prevalencia de ideas suicidas, el 11.8% de las escolares también presentaron ideación suicida (González et al., 1998).

El suicidio se observa más en blancos, solteros y viudos, en individuos aislados socialmente y con antecedentes familiares de suicidios y tentativas (Kaplan et al., 2000), sin embargo los países asiáticos en vías de desarrollo la proporción varón/mujer es menor que los reportados en países desarrollados, y se advierte en China proporciones de 1.4/1 y en India 1/1.3, por lo que se establece un riesgo mayor en mujeres casadas (Vijayakumar, 2004).

En cuanto a factores estresantes se observaron soledad, rechazo y conflictos conyugales, en los países desarrollados; conflictos intergeneracionales, fracasos amorosos y fracasos en los exámenes en los países en vías de desarrollo. En estos países se ha observado una asociación muy significativa entre violencia doméstica e ideación suicida en mujeres, en especial la ejercida por parte de sus parejas, con porcentajes considerables en los siguientes países: 48% en Brasil, 61% en Egipto, 64% en India, 28% en Filipinas, 11% en Indonesia y 41% en Tailandia. Los pactos suicidas y los suicidios familiares son frecuentes en India, China y Sri Lanka (Vijayakumar, 2004).

La relación entre suicidio y salud física es significativa, y casi 95% de los pacientes suicidas tienen un trastorno mental (Hijar, 1996; Kaplan et al., 2000; Pérez et al., 1997). Los trastornos mentales de mayor relevancia son: trastornos depresivos (80%), esquizofrenia (10%), abuso de sustancias (25%) y demencia y delirium (5%) (Kaplan et al., 2000, Pérez et al., 1997).

En nuestro país, los estados de Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Quintana Roo presentaron los mayores riesgos relativos al suicidio (Hijar, 1996).

Aún existen potentes tabúes sobre el suicidio y los sentimientos desagradables que despierta entre la población en general y los profesionales (Wasserman, 2004), debido a cuestiones políticas, religiosas y sociales (Phillips, 2004). El suicidio se asocia con vergüenza y culpa; el silencio, la ambivalencia y el abandono impiden un abordaje científico abierto a este problema (Wasserman, 2004).

El pensamiento suicida se constituye por cogniciones, emociones y acciones; sin embargo existen diversas expresiones del proceso suicida, que aún no se han determinado con precisión: la ideación suicida, el propósito de suicidio, los ademanes de suicidio, los intentos de suicidio, las autolesiones deliberadas y el suicidio consumado, al igual que los calificativos “suicida” o “tendencia al suicidio”. Por lo tanto, no hay definiciones estándares producto de la investigación respecto a muchos de los términos que se asocian a comportamientos autodestructivos o autolesivos (Silverman, 2004).

Con respecto a la neuroquímica, se ha encontrado que los paciente suicidas tienen niveles disminuidos de serotonina, lo cual parece condicionar un escaso control de impulsos (Almazán, 1997). En personas con intento suicida se han hallado niveles disminuidos de ácido 5-hidroxiindolacético (metabolito de la serotonina) en el líquido cefalorraquídeo. Por estudios de PET se observó una disminución de neurotransmisión de serotonina en regiones de la corteza prefrontal y temporoparietal en sujetos suicidas en comparación con controles, relacionada también al control de impulsos. (Arango et al., 1997).

También existe evidencia de alteraciones en el sistema noradrenérgico, al encontrarse menor número de neuronas noradrenérgicas en la porción rostral del *locus coeruleus* (estudios postmortem), así como disminución del metabolito de la noradrenalina (3-metoxi,4-hidroxifenilgicol) en orina de pacientes con intento suicida. Se ha registrado mayores niveles de tirosina hidroxilasa, enzima

involucrada en la síntesis de noradrenalina, atribuyendo un efecto compensatorio ante la depleción de ésta última (Arango et al, 1997). En una revisión de 10 años se consideró como factor de riesgo biológico el polimorfismo en tres genes: a. triptofano hidroxilasa, b. transportador de serotonina (SERT) y c. receptor A de serotonina (Gould, 2000).

Una conducta suicida no es predecible, sin embargo una adecuada evaluación e intervención en el momento de crisis puede ayudar a cambiar la actitud de un paciente sobre su decisión de morir (Chinchilla et al, 2003), ya que cerca de un 75% de pacientes suicidas consultaron antes a un profesional de la salud (Gould et al, 2000), la prevención está fundamentada en la predicción (Silverman, 2004). Ringel refiere que el objetivo de la predicción del suicidio no es tanto disminuir las tasas del mismo (después de todo sabemos la poca fiabilidad que tienen las cifras de cualquier caso), sino el de ayudar a las personas (Soubrier, 2004).

Aun no se sabe lo suficiente acerca de las relaciones causales, interactivas y de promoción existentes entre ideación, propósitos, planificación y acción (Silverman, 2004). Existen mucho más estudios sobre factores de riesgo que respecto a los factores de protección (Bertolote, 2004; De Leo, 2004; Silverman, 2004), y estos últimos tampoco han sido evaluados (Soubrier, 2004).

Los datos conocidos sobre los factores de riesgo son (Silverman, 2004; Bertolote, 2004):

- Comportamientos anteriores constituyen un factor predictivo de comportamientos futuros.
- Antecedentes de pensamientos, emociones, acciones de carácter suicida son predictivos de la “tendencia al suicidio futura” (ideación, propósitos, intentos/autolesiones deliberadas y suicidios consumados).
- Trastornos mentales de todo tipo y algunos problemas físicos contribuyen a la expresión de “comportamientos suicidas”.
- Los factores fijos son: el sexo, la edad, la raza, la orientación sexual y los intentos previos.
- Los factores potencialmente modificables son: acceso a los medios, trastornos mentales, enfermedades médicas, aislamiento social, estado civil, situación laboral, ansiedad, desesperanza y satisfacción vital.

En el Forum Mundial de prevención del suicidio del 2004, se consideró que cada país debe realizar sus propios estudios de investigación respecto a los factores de riesgo y los factores de protección frente a los comportamientos suicidas, desarrollar y evaluar estrategias de prevención más indicadas, sostenibles económicamente y que permitan reducir las tasas de comportamiento suicida (Phillips, 2004).

De Leo considera “El suicidio es la peor de todas las tragedias humanas, el deseo de encontrar soluciones nos lleva de manera inevitable a aceptar simplificaciones poco realistas y búsquedas infructuosas de teorías de unificación”, y las medidas preventivas no han influido en reducir las tasas suicidas en jóvenes, ni tampoco los tratamientos psiquiátricos (De Leo, 2004).

Las medidas preventivas del suicidio ya se consideraban desde hace un siglo, iniciándose en Nueva York (Nacional Save-A-Life League), siguiendo en Londres en 1906 (Suicide Prevention Department of the Salvation Army), Viena en 1948 (Suicide Prevention Agency) y Berlín en 1956 (Suicide Prevention Service). Pero no fue hasta 1953 cuando se propagó a varios países rápidamente el principio de la protección o “befriending”, iniciada por los Samaritans en Londres. Sin embargo, la información de las medidas preventivas no ha sido debidamente publicada y ocasionalmente es contradictoria, ya que el probable control de variables implicadas en el proceso suicida ha sido parcial (Bertolote, 2004).

Existe una gran cantidad de estudios en cuanto a la relación entre el colesterol sérico y el suicidio. El colesterol es el principal componente de las membranas neuronales, por lo que la concentración de colesterol podría determinar la disponibilidad del receptor de serotonina y su transportador al inducir cambios en su estructura cuaternaria. Se ha observado que el colesterol, por incremento de la microviscosidad de la membrana sinaptosomal en ratones incrementa la recaptura de serotonina intracelular. Por lo que la función postserotoninérgica no solo está ligada a depresión, conductas parasuicidas o suicidio consumado, sino también a agresión e impulsividad (Garland, 2000). Se ha reportado que el incremento del colesterol en la membrana sinaptosomal del ratón tiene como consecuencia un incremento en el número de receptores serotoninérgicos, y menor colesterol membranal disminuye el número de receptores, por lo que el nivel disminuido en la concentración sérica del colesterol puede contribuir a la disminución de serotonina en el cerebro con pobre supresión de la conducta agresiva (Hawthorn et al., 1993).

De los primeros estudios que demostraron una asociación entre niveles séricos de colesterol y riesgo suicida fueron aquellos que notaron que los pacientes con dietas, y/o fármacos que disminuían los niveles de colesterol, como prevención

primaria de enfermedades cardiovasculares, presentaban incremento de muertes por violencia o suicidio (Hawthorn et al., 1993). Posteriormente varios estudios apoyaron estos resultados (Gallerani et al., 1995; Golier et al., 1995; Wannamethee et al., 1995; Zureik et al., 1996; Seefried y Gumpel, 1997) y otros descartaron la asociación suicidio y bajos niveles de colesterol (Variainen et al., 1994; Brown et al., 1994), o altos niveles de colesterol séricos y asociación con riesgo suicida (Tanskanen, 2000).

En España se observó la relación entre los bajos niveles de colesterol en sangre, la disminución de la transmisión serotoninérgica e impulsividad en 82 pacientes con intento suicida. Se valoraron a través de la escala de intento suicida de Beck (Beck's Suicidal Intent Scale), encontrándose que los niveles séricos disminuidos de colesterol puede asociarse con intento suicida impulsivo en varones (Diaz-Sastre, 2000).

En un meta análisis no se encontró relación entre el incremento de mortalidad por accidentes o suicidio al disminuir los niveles séricos de colesterol a través de tratamiento farmacológico y dietas, aunque indirectamente pudo no haberse incluido en tales estudios a sujetos con historia de trastornos mentales (Muldoon, 2001).

Paplos y su equipo, examinaron la relación existente entre lípidos séricos y grado de depresión o anhedonia con intento suicida. 34 paciente con intento suicida fueron valorados de la sintomatología depresiva a través de la escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), en especial la anhedonia con MADRS-8. Los resultados sugirieron que la anhedonia con riesgo suicida tienen una correlación positiva con triglicéridos séricos y negativa con niveles de colesterol (lipoproteínas de alta densidad). La

depresión es correlacionada positivamente con niveles séricos de lipoproteínas de baja densidad (Paplos et al, 2003). Estos autores también han realizado estudios con esquizofrenia. Midieron los niveles séricos de triglicéridos y colesterol en pacientes con trastorno depresivo e intento suicida, con dos grupos controles: uno de esquizofrénicos y otro de sujetos sanos. Encontraron niveles séricos disminuidos de triglicéridos en los pacientes con trastorno depresivo e intento suicida, y mayores niveles en los grupos controles, con significancia estadística. Los niveles de colesterol en pacientes con intento suicida se encontraron más disminuidos que en esquizofrénicos y en sujetos sanos (Kontaxakis, 2003).

De los estudios más recientes, en la Universidad de Korea, se exploró la aplicabilidad del colesterol sérico disminuido como un indicador de riesgo suicida en depresión mayor. Se compararon 149 pacientes con depresión mayor con riesgo suicida violento contra 149 pacientes con mismo diagnóstico pero con riesgo suicida no violento y con 251 controles normales. Se observaron diferencias con significancia estadística entre el grupo de pacientes deprimidos suicidas con violencia y ambos grupos controles. Los niveles séricos de colesterol fueron menores en pacientes suicidas. También los niveles fueron menores en pacientes suicidas violentos en comparación con los del grupo con intento no violento. Por lo que es posible que el parámetro bioquímico pueda ser aplicado clínicamente para predecir el riesgo suicida. Se determinaron los límites del colesterol sérico: 180mg/dl con una sensibilidad del 82% y 150mg/dl como límite de alta especificidad en 72% (Kim y Myint, 2004).

No se encontraron estudios sobre la asociación entre los niveles de colesterol y riesgo suicida publicados en México.

OBJETIVO GENERAL Y ESPECÍFICO

Estudiar la asociación entre los niveles séricos de colesterol y el riesgo suicida (conducta o ideación).

HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo. Los niveles séricos de colesterol disminuidos se asocian con el incremento de riesgo suicida (conducta o ideación).

Hipótesis nula (H_0) Los niveles de séricos de colesterol no se asocian con riesgo suicida (conducta o ideación).

Hipótesis alternativa (H_1) Los niveles séricos de colesterol incrementados se asocian con riesgo de suicida (conducta o ideación).

Variables

Independiente: Nivel sérico de colesterol

Definición operacional

El colesterol es uno de los esteroides más importantes del organismo, debido a que de él derivan ácidos biliares, hormonas corticosuprarrenales y sexuales, vitamina D, glucósidos cardiacos. Este esteroide tiene un grupo hidroxilo secundario en la posición C_3 . El colesterol está ampliamente distribuido en todas las células del cuerpo, pero de manera especial en el sistema nervioso; se sintetiza en muchos tejidos, pero especialmente en hígado y la pared del intestino. Aproximadamente tres cuartos de colesterol se forman por síntesis y una cuarta parte se ingiere con la dieta. Se presenta en grasas animales, pero no en grasas vegetales. Todos los esteroides poseen un núcleo cíclico semejante al del fenantreno (anillos A, B y C) al cual se enlaza un anillo (D) ciclopentano (Murray et al, 2004).

Medición de la variable.

Test enzimático in vitro para la determinación cuantitativa del colesterol en suero y plasma humanos con analizadores automáticos de química clínica (Colesterol CHOD-PAP).

Dependiente: Riesgo suicida

Definición operacional

Todo sujeto que tenga una conducta suicida, o sea el acto encaminado a terminar con la propia vida de manera voluntaria e intencional, rápida, rebasando su integridad corporal al lesionarse con objetos punzocortantes o tomar sustancias con el fin de morir. Parece surgir del sentimiento de que la vida es tan insoportable que la muerte es la única vía de escape del dolor (Kaplan et al, 2000). También se considerará como riesgo suicida quien tenga únicamente la ideación de morir con o sin un plan específico.

Medición de la variable

A través de dos escalas: Escala de ideación suicida (anexo 1), la cual está diseñada para evaluar los pensamientos suicidas, la intensidad de los deseos de vivir o morir, la letalidad del método considerado, la disponibilidad de éste, sensación de control sobre la acción o el deseo y la presencia de disuadores. Es decir, proporciona la cuantificación de la gravedad de la ideación suicida.

La escala de intencionalidad suicida de Beck (anexo 2) está diseñada para evaluar las características de la tentativa suicida, circunstancias en las que se lleva a cabo, pensamientos y conductas anteriores durante y posteriores a la tentativa.

METODOLOGÍA

1. Tipo de estudio

Estudio de casos y controles, observacional, abierto y prolectivo.

2. Universo de trabajo

Muestra probabilística de pacientes mayores de 18 años, de sexo femenino, que acudieron a los servicios de Consulta Externa y Urgencias del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

3. Tamaño de la muestra

El grupo de casos lo integraron 30 pacientes que realizaron alguna conducta suicida o que presentaron ideación suicida con cualquier otro diagnóstico psiquiátrico comórbido.

El grupo control se formó por 60 pacientes con diagnóstico psiquiátrico sin ideación ni conducta suicida, que acudieron a los servicios de consulta externa o urgencias psiquiátricas.

4. Criterios de selección

4.1 Criterios de inclusión

1. Sexo femenino.
 2. Mayores de 18 años.
 3. Con ideación o conducta suicida consignado en el expediente clínico.
-
- a) Casos: 30 individuos con ideación e intento suicida según se consignó en el expediente.
 - b) Controles: 60 individuos sin ideación ni intento suicida (ambos grupos incluyeron pacientes con diagnóstico psiquiátrico).

- c) Qué proporcionaron consentimiento informado para la realización del estudio.

4.2 Criterios de exclusión

1. Régimen de alimentación especial
2. Tratamiento con agentes hipocolesterolémicos (carbamacepina u hormonales)
3. Enfermedad médica grave (anormalidad hematológica, insuficiencia renal, cardíaca o hepática, hipertensión y diabetes mellitus descontroladas, hipotiroidismo y trastorno del metabolismo de lipoproteínas).
4. Cualquier tipo de neoplasia
5. Portadores de VIH
6. Pérdida significativa de peso un mes anterior a la toma de la muestra (mayor a 2kg).
7. Trastornos de alimentación, trastornos asociados al abuso de alcohol u otras sustancias adictivas (6 meses anteriores al estudio).
8. Pacientes bajo tratamiento con TEC (seis meses anteriores),
9. Que no autorizaron su participación en el estudio.

4.3 Criterios de eliminación

1. Retiro del consentimiento informado durante la realización del estudio.
2. No realizar la medición de signos vitales.
3. No recibir resultados de nivel de colesterol sérico.

INSTRUMENTOS

Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI) Anexo 1

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS) Anexo 2

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Anexo 3

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale) Anexo 4

Consentimiento informado. Anexo 5

PROCEDIMIENTO

1. Se consultó el registro de ingresos al servicio de hospitalización continua del hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para el reclutamiento de casos y controles.
2. Se explicó la mecánica del estudio al paciente y se solicitó la firma del formato del consentimiento informado para su inclusión en el estudio.
3. Se recabaron los datos demográficos de los sujetos.
4. Se aplicaron las siguientes escalas a ambos grupos: Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS), Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI), MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional y Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale).
5. Se midió talla y peso y se calculó el índice de masa corporal según la fórmula= Peso/Talla^2 .
6. Toma y procesamiento de la muestra para la determinación de niveles séricos de colesterol.

Medición bioquímica

Se utilizó la técnica CHOD-PAP, que es un test enzimático in vitro para la determinación cuantitativa del colesterol en suero y plasma humanos con analizadores automáticos de química clínica (Roche Diagnostics). La determinación del colesterol de Roche cumple con los requisitos de 1992 del National Institute of Health en cuanto al rendimiento aceptable.

Este método se basa en la determinación de Δ^4 -colesteno después del desdoblamiento enzimático de los ésteres de colesterol con colesterolesasa así como la medición subsiguiente del peróxido de hidrógeno formado a través de la reacción de Trinder. La optimización del desdoblamiento de los ésteres permite la estandarización por estándares primarios y secundarios y una comparación directa con los métodos de referencia.

RESULTADOS

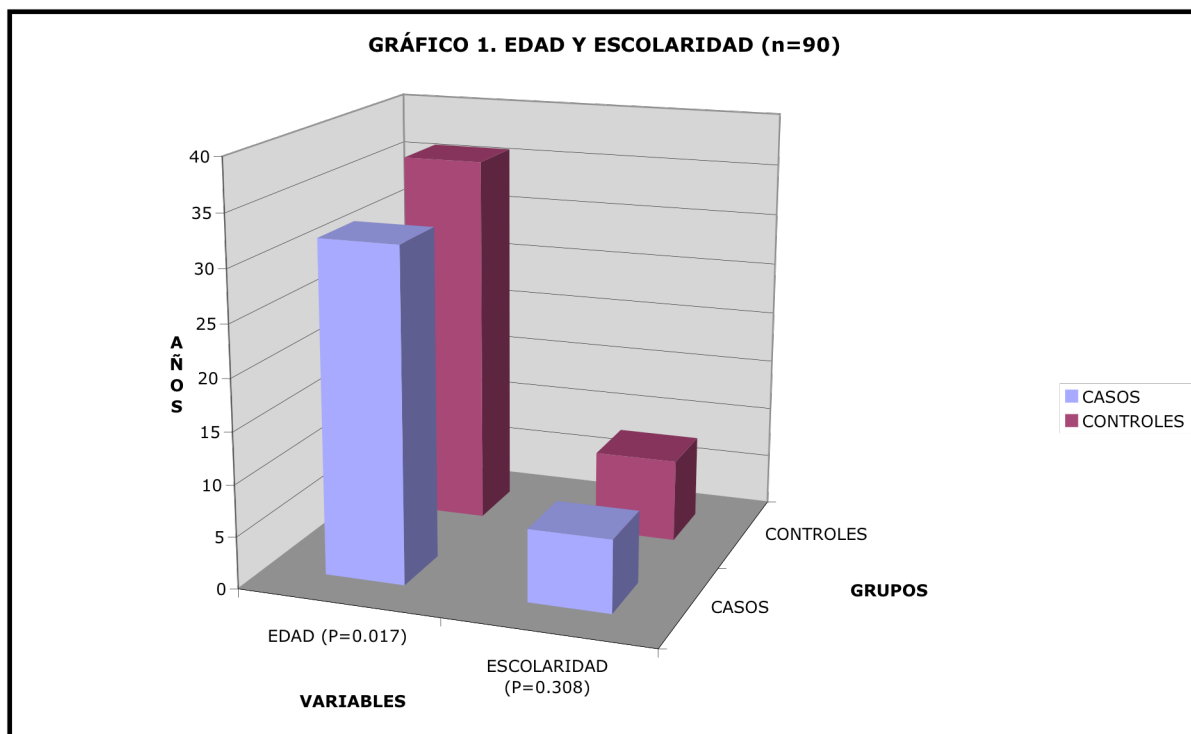
Se entrevistaron 34 pacientes del grupo de casos, de las cuales se excluyeron 4; tres por falta de muestra suficiente para la determinación de los niveles séricos de colesterol y una por carencia de datos de peso y talla.

El grupo control lo integraron 62 pacientes. Se excluyeron dos por falta de datos sobre los niveles séricos de colesterol.

El promedio de edad de las mujeres del grupo de casos fue 32.4 (DE±8.7) y en el grupo control 36.9 (DE±10.5), t 2.4 y P de 0.017 (tabla 1 y gráfico 1).

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA (n=90)

VARIABLE	CASOS		CONTROLES		P
EDAD	32.4 (±8.7)		36.9 (±10.5)		0.017
ESCOLARIDAD (años)	7.6 (±3.4)		7.9 (±3.2)		0.308
PESO (kg)	63.9 (±9.5)		63.3 (±13.5)		0.407
TALLA (cm)	155.3 (±5.7)		153.5 (±5.7)		0.081
IMC	26,6 (±4.5)		26.9 (±6.1)		0.397
Número de internamientos	1.8 (±1.3)		3.2 (±3.6)		0.006
	%	n	%	n	
ESTADO CIVIL					
Soltera	43	13	53	32	
Casada	36	11	17	10	
Divorciada	0	0	3.4	3	
Separada	7	2	20	12	
Unión libre	14	4	3	2	
Viuda	0	0	1.6	1	
OCUPACIÓN					
Desempleada	6.6	7	75	45	
Hogar	53.4	16	21.6	13	
Comerciante	3.4	1	1.7	1	
Estudiante	6.6	2	0	0	
Cuidadora	6.6	2	0	0	
Otro	6.6	2	1.7	1	
DIAGNÓSTICO					
Esquizofrenias	10	3	66.6	40	
Trastornos de personalidad	23.3	7	3.4	2	
Trastornos de ansiedad	10	3	0	0	
Trastornos afectivos	40	12	0	0	
Disfunción cerebral	6.7	2	13.3	8	
Retraso mental*otros	10	3	11.7	7	
Trastorno bipolar	0	0	5	3	

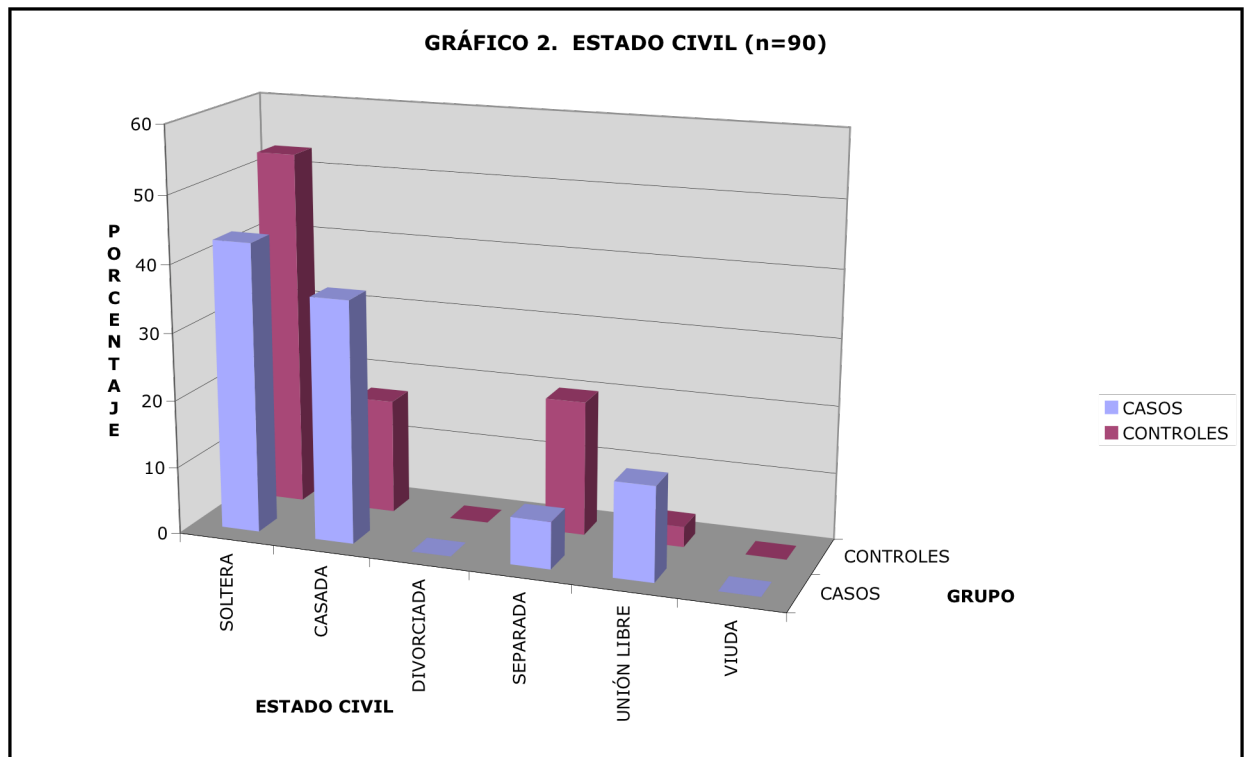


El promedio de edad, en el grupo de casos, de las mujeres con ideación suicida fue 30.7 (DE±9.1) y con intento suicida 33.3 (DE±8.5), $t=1.2$ y $P=0.222$ (tabla 3).

TABLA 3. COMPARATIVO CASOS CON INTENTO VS IDEACIÓN SUICIDA (n=90)

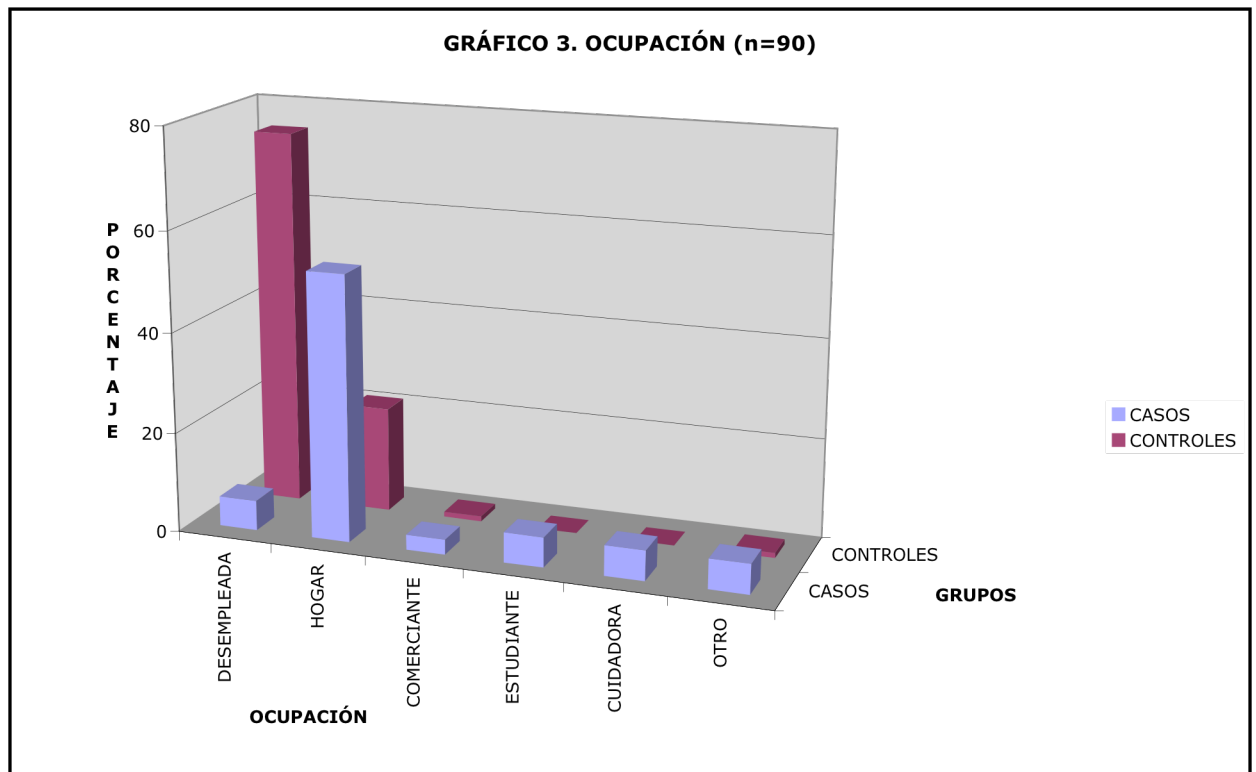
	EDAD	ESCOLARIDAD	SIS	SSI	MINI	MADRS	COLESTEROL	PESO	TALLA	IMC	NÚMERO INTENAMIENTOS
IDEACIÓN SUICIDA	30.7	8.9	14.5	23.2	26.1	31.7	179.9	63.6	153.5	26.8	1.6
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	9.1	3.3	7.9	5.4	4.7	12.5	45.4	11.5	5.2	3.8	1.3
INTENTO SUICIDA	33.3	6.8	20.9	25.4	31.8	34.5	161.5	64.1	156.3	26.5	1.9
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	8.5	3.3	4.4	4.4	3.3	12.6	38.8	8.6	5.9	5.0	1.4
t	1.2	1.9	2.6	1.6	3.6	1.1	1.5	0.8	1.7	0.8	1.1
p	0.222	0.059	0.013	0.128	<0.001	0.284	0.137	0.450	0.096	0.412	0.271

De las 30 pacientes del grupo de casos 43% (n=13) eran solteras, 36% (n=11) casadas, 13% (n=4) vivían en unión libre y 7% (n=2) era separadas; en cambio en el grupo control de las 60 pacientes 53% (n=32) solteras, 20% (n=12) separadas, 17% (n=10) casadas, 5% (n=3) divorciadas, 3.4% (n=2) en unión libre y 1.6% (n=1) viuda (tabla 1 y gráfico 2).

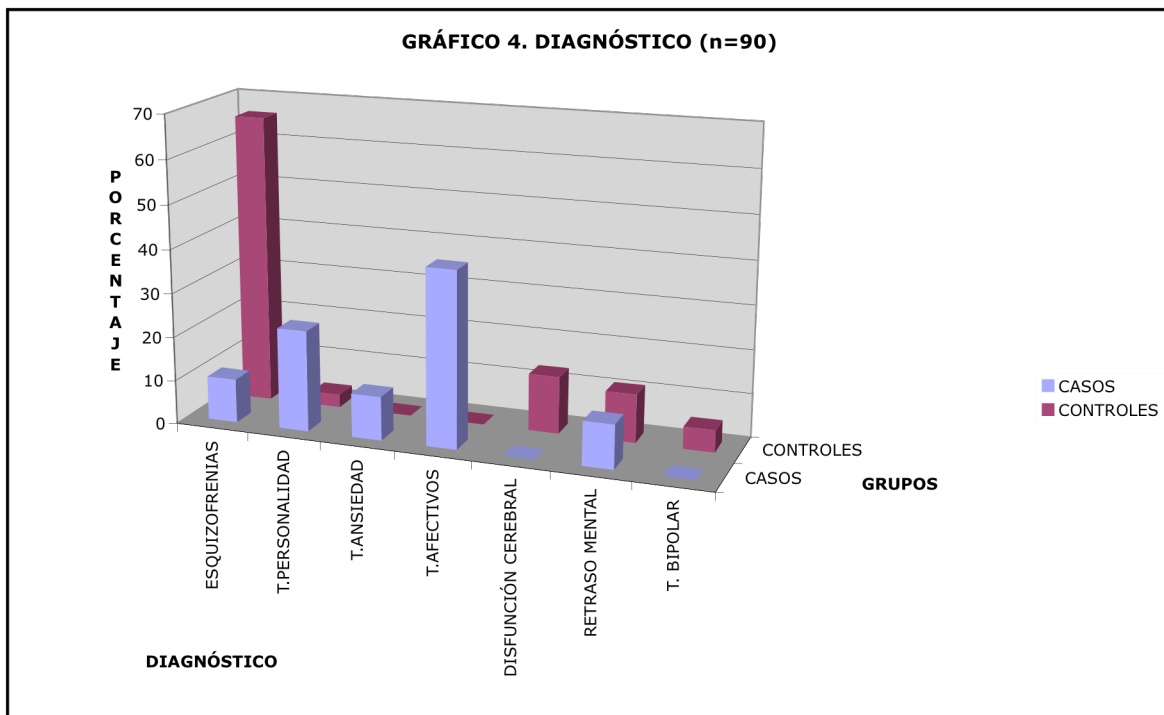


En lo referente a la escolaridad el grupo de casos tuvo 7,6(DE±3.4) y el grupo control 7.9 (DE±3.2) años, con $t=1.0$ y $P=0.308$ (tabla 1 y gráfico 1). Respecto a la escolaridad de mujeres con ideación suicida fue 8.9 (DE±3.3) y para mujeres con intento suicida 6.8 (DE±3.3), $t=1.9$ y $P=0.059$ (tabla 3).

53.4% (n=16) de los casos se dedicaban al hogar, 23.4% (n=7) de desempleo, 6.6% (n=2) estudiantes, 6.6% (n=2) cuidadoras de enfermos, 6.6% (n=2) otro empleo (una abogada y una archivista) y 3.4% (n=1) comerciante. En el grupo control 75% (n=45) desempleadas, 21.66% (n=13) se dedicaban al hogar, 1.7% (n=1) comerciante y 1.7% (n=1) otro empleo (tabla 1 y gráfico 3).



En lo referente al diagnóstico, el grupo de casos presentó los siguientes: trastornos afectivos (Depresión y distimia) 40% (n=12), trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad 23.3% (n=7), trastorno de ansiedad 10% (n=3), esquizofrenias 10% (n=3), otros trastornos (Dos con retraso mental leve y una con trastorno psicótico agudo polimorfo con sintomatología de esquizofrenia) 10% (n=3). En el grupo control: esquizofrenia 66.6% (n=40), trastorno psicótico secundario a disfunción o lesión cerebral 13.3% (n=8), retraso mental leve 11.6% (n=7), trastorno bipolar en fase de manía 5% (n=3) y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad 3.4% (n=2) (tabla 1 y gráfico 4).



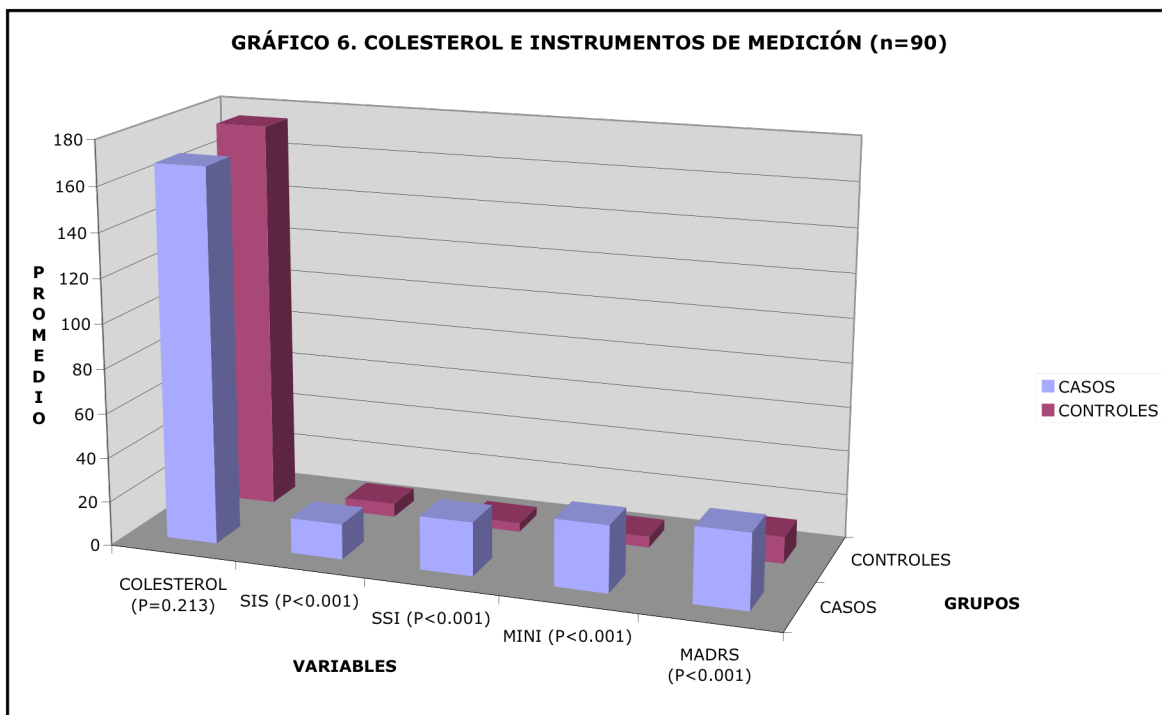
En el grupo control se observó un porcentaje mayor de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia 66% que en el grupo de casos 10%, y viceversa, en el grupo de casos se advirtió mayor porcentaje de trastorno afectivos 40 % que en el grupo control 0%. Probablemente esto se deba a que las pacientes con trastornos afectivos presentaron como criterios de internamiento el riesgo suicida, que las pacientes esquizofrénicas, quienes los criterios de hospitalización más comunes son las ideas delirantes de daño y referencia, los errores de juicio y conducta, la irritabilidad e insomnio.

También el porcentaje de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad fue más evidente en el grupo de casos que en control, ya que el padecimiento tiene la característica de la autolesión, los sentimientos de vacío crónico, tendencia a la impulsividad, poca tolerancia a la frustración, miedo al abandono, inestabilidad en el humor.

Al analizar las diferencias encontradas entre los sujetos del grupo de casos vs grupo control se encontró: SSI (24.6 ± 4.8 vs 0.5 ± 0.8 ; $t=50000000$ y $P < 0.001$), MINI (29.7 ± 4.7 vs 0.6 ± 0.9 ; $t=50000000$ y $P < 0.001$) y MADRS (33.5 ± 12.4 vs 3.0 ± 4.1 ; $t=50000000$ y $P=0.001$) (tabla 2 y gráfico 6).

TABLA 2. COMPARATIVO CASOS VS CONTROLES (n=90)

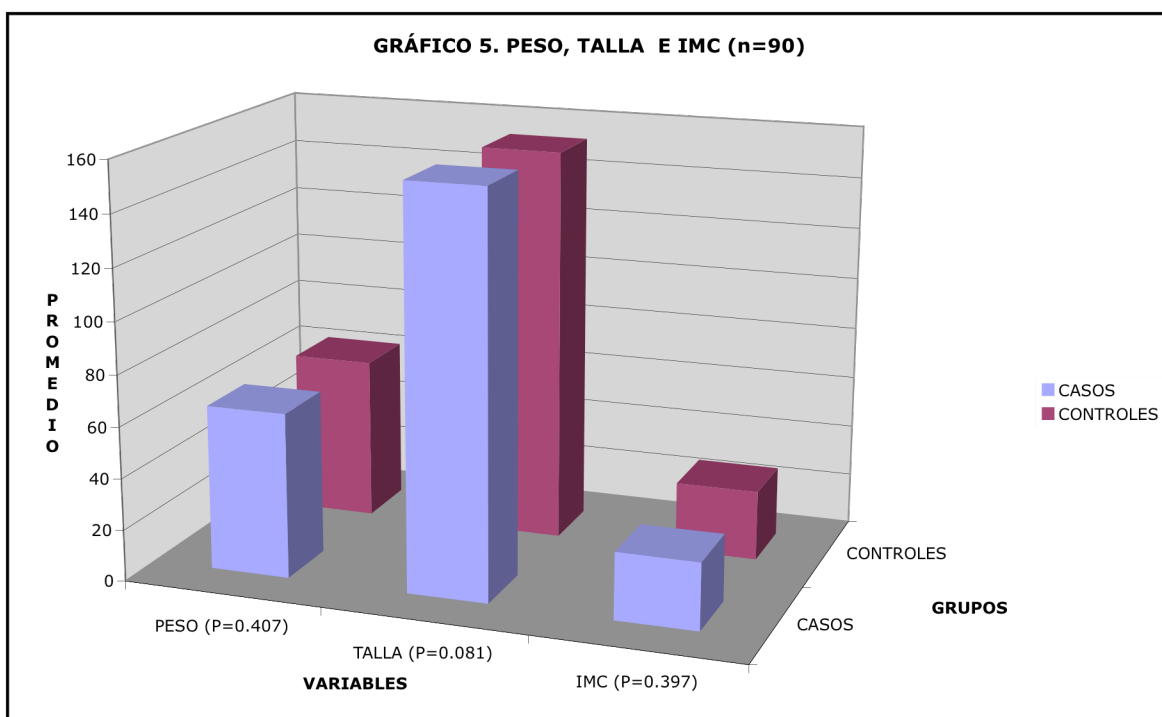
	EDAD	ESCOLARIDAD	SIS	SSI	MINI	MADRS	COLESTEROL	PESO	TALLA	IMC	NÚMERO INTERNAMIENTOS
CASOS	32.4	7.6	18.6	24.6	29.7	33.5	168.3	63.9	155.3	26.6	1.8
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	8.7	3.4	6.6	4.8	4.7	12.4	41.5	9.5	5.7	4.5	1.3
CONTROLES	36.9	7.9		0.5	0.6	3.0	175.3	63.3	153.5	26.9	3.2
DESVIACIÓN ESTÁNDAR	10.5	3.2		0.8	0.9	4.1	34.0	13.5	5.7	6.1	3.6
t	2.4	1.0		5E+07	5E+07	5E+07	1.3	0.8	1.7	0.8	2.8
P	0.017	0.308		<0.001	<0.001	<0.001	0.213	0.407	0.081	0.397	0.006



En el grupo de casos, las diferencias encontradas entre las mujeres con ideación suicida vs intento suicida se hallaron los siguientes resultados: SIS (14.5 ± 7.9 vs 20.9 ± 4.4 ; $t=2.6$ y $P=0.013$), SSI (23.2 ± 5.4 vs 25.4 ± 4.4 ; $t=1.6$ y $P=0.128$), MINI (26.1 ± 4.7 vs 31.8 ± 3.3 ; $t=3.6$ y $P<0.001$) y MADRS (31.7 ± 12.5 vs 34.5 ± 12.6 ; $t=1.1$ y $P=0.284$) (tabla 3).

Respecto a los niveles de colesterol del grupo de casos vs el grupo control, se obtuvo: (168.3 ± 41.5 vs 175.3 ± 34.0 ; $t=1.25$ y $P=0.213$) (tabla 2 y gráfico 6). Los niveles de colesterol en pacientes con ideación suicida vs intento suicida fueron (179.9 ± 45.4 vs 161.5 ± 38.8 ; $t=1.5$ y $P=0.137$) (tabla 3).

El resto de los resultados para grupo de casos vs grupo control, fueron: peso (63.9 ± 9.5 vs 63.3 ± 13.5 ; $t=0.8$ y $P=0.407$), talla (155.3 ± 5.7 vs 153.5 ± 5.7 $t=1.7$ y $P=0.081$), masa corporal (26.6 ± 4.5 vs 26.9 ± 6.1 ; $t=0.8$ y $P=0.397$) y número de internamientos (1.8 ± 1.3 vs 3.2 ± 3.6 ; $t=2.8$ y $P=0.006$) (tabla 2 y gráfico 5).



Se obtuvieron menores niveles de colesterol entre las pacientes del grupo de casos que de controles, sin embargo la diferencia no tiene significancia estadística. De igual forma los niveles de colesterol séricos fueron menores en las pacientes que presentaron intento suicida en comparación con las que presentaron ideación suicida, sin embargo tampoco existió significancia estadística.

Las correlaciones entre los instrumentos de medición: SSI, SIS, MADRS y MINI si fueron estadísticamente significativos, sin embargo, al correlacionarlos con los niveles de colesterol no existió significancia (tabla 4).

TABLA 4. ASOCIACIONES ENTRE VARIABLES (n=90)

VARIABLE		EDAD	ESCOLARIDAD	SIS	SSI	MINI	MADRS	COLESTEROL	PESO	TALLA	IMC	NÚMERO INTERNAMIENTO
EDAD	r	1.000	-.0278	0.189	-.0003	-.0144	0.327	0.437	0.281	0.058	0.231	0.236
	p		0.136	0.317	0.986	0.448	0.078	0.016	0.132	0.759	0.219	0.209
ESCOLARIDAD	r	-.0278	1.000	-.0155	-.0134	-.0105	-.0125	-.0194	-.0314	0.081	0.219	-.0230
	p	0.136		0.413	0.479	0.582	0.512	0.304	0.091	0.670	0.246	0.221
SIS	r	0.189	-.0155	1.000	0.646	0.643	0.450	-.0159	0.112	0.044	-.0051	0.191
	p	0.317	0.413		<0.001	<0.001	0.013	0.402	0.556	0.819	0.787	0.312
SSI	r	-.0003	-.0134	0.646	1.000	0.403	0.446	-.0308	0.090	0.138	0.196	0.214
	p	0.986	0.479	<0.001		0.027	0.014	0.098	0.637	0.466	0.299	0.257
MINI	r	-.0144	-.0105	0.673	0.403	1.000	0.265	-.0139	-.0103	0.140	-.0212	-.0046
	p	0.448	0.582	<0.001	0.027		0.157	0.464	0.589	0.471	0.261	0.808
MADRS	r	0.327	-.0125	0.450	0.446	0.265	1.000	0.035	0.055	-.0172	0.071	-.0072
	p	0.078	0.512	0.013	0.014	0.157		0.853	0.773	0.372	0.710	0.706
COLESTEROL	r	0.407	-.0194	-.0159	-.0308	-.0139	0.035	1.000	-.0175	-.0138	0.027	0.050
	p	0.016	0.304	0.402	0.048	0.464	0.853		0.354	0.467	0.886	0.792
PESO	r	0.281	-.0314	0.112	0.090	-.0103	0.055	-.0175	1.000	-.0088	0.027	-.0053
	p	0.132	0.091	0.556	0.637	0.589	0.773	0.354		0.643	0.886	0.781
TALLA	r	-.0058	0.081	0.044	0.138	0.140	-.0172	-.0138	-.0088	1.000	0.239	0.298
	p	0.759	0.670	0.819	0.466	0.461	0.362	0.467	0.643		0.204	0.110
IMC	r	0.231	0.219	-.0051	0.196	-.0212	0.071	0.027	0.027	0.239	1.000	0.230
	p	0.219	0.246	0.787	0.299	0.261	0.710	0.886	0.886	0.204		0.222
NO. INTERNAMIENTOS	r	0.236	-.0230	0.191	0.214	-.0046	-.0072	0.050	-.0053	0.298	0.230	1.000
	p	0.209	0.221	0.312	0.257	0.808	0.706	0.792	0.781	0.110	0.222	

Con significación estadística

El promedio en los instrumentos de medición SSI, MINI y MADRS del grupo de casos fueron menores a los del grupo control, con significancia estadística (tabla 2).

Únicamente el colesterol tuvo correlación estadísticamente significativa con la edad de los pacientes, a mayor edad mayores niveles de colesterol (tabla 4).

Las demás variables como edad, escolaridad, peso, talla, índice de masa corporal y número de internamientos tampoco tuvieron en la correlación una significancia estadística (tabla 4).

Con respecto al promedio de edad, las pacientes del grupo control fueron mayores, con validez estadística. Y un último dato con validez fue un número mayor de internamientos entre las pacientes del grupo de casos, que el control.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Nuestra hipótesis de trabajo proponía que la disminución de niveles séricos de colesterol se asociaba con mayor riesgo suicida. Se obtuvieron menores niveles de colesterol entre las pacientes del grupo de casos (168.3 ± 41.5) que en el grupo control (175.3 ± 34); sin embargo, la diferencia no fue estadísticamente significativa, $t=1.3$, $P=0.213$. También entre las pacientes con conducta suicida se obtuvo menor colesterol sérico (161.5 ± 38.8) que en las pacientes solo con ideación suicida (179.9 ± 45.4), pero tampoco existió significancia estadística $t=1.5$, $P=0.132$. Tampoco se observó asociación con significancia estadística entre colesterol y los 4 instrumentos de medición (SSI, SIS, MINI y MADRS).

En el caso de la asociación colesterol y edad, se observó mayor nivel de colesterol en pacientes de mayor edad, sin embargo desconocemos si esto se debió a alteración del metabolismo hepático por la ministración de medicamentos o dietas poco equilibradas.

El número de internamientos del grupo control fue mayor en su promedio (3.2 ± 3.6) en comparación al de casos (1.8 ± 1.3), estadísticamente significativos $t=2.8$ y $P=0.006$, ya que las pacientes del primer grupo tenían más tiempo de evolución por el mismo padecimiento crónico esquizofrénico. La edad de las pacientes guarda cierta relación al respecto, ya que el grupo control presentó mayor promedio (36.9 ± 10.5) por el propio padecimiento crónico, que las pacientes del grupo de casos con promedio de (32.4 ± 8.7), los cuales son estadísticamente significativos $t=2.4$ y $P=0.017$. A este respecto y también podría considerarse la correlación de colesterol y edad, $r=0.4$ y $P=0.016$, ya que las pacientes con mayor edad tienen mayor cronicidad de padecimiento, aunado a que no controlamos las variables de administración de medicamentos.

Los instrumentos de medición del riesgo suicida tuvieron correlación entre ellos con significancia estadística: SSI con SIS $r=0.646$ y $P<0.001$, SSI con MADRS $r=0.446$ y $P=0.014$, SSI con MINI $r=0.403$ y $P=0.027$. SIS con MADRS $r=0.450$ y $P=0.013$, SIS con MINI $r=0.673$ y $P<0.001$; y solo MADRS con MINI $r=0.265$ y $P=0.157$, no tuvo significancia. Lo que implica la adecuada aplicación de los instrumentos de medición.

Se observó mayor promedio en los instrumentos de medición entre las pacientes con conducta suicida (SIS 20.9 ± 4.4 y MINI 31.8 ± 3.3) en comparación con pacientes que solo presentaron ideación (SIS 14.5 ± 7.9 y MINI 26.1 ± 4.7) con significancia estadística.

No existió correlación entre los niveles de colesterol con el peso, la talla y el índice de masa corporal, probablemente debido a que no existe un control dietético entre las pacientes o por los diversos fármacos del tratamiento psiquiátricos que son principalmente metabolizados en hígado, alterando (incrementando o disminuyendo) su función.

A diferencia de los estudios reportados con asociación entre los niveles disminuidos de colesterol y mayor riesgo suicida como los reportados en la población italiana en 1992 y otros (Gallerani, 1995; Golier et al., 1995; Golomb, 1998; Kim, 2004); en este estudio la asociación no tuvo significancia estadística, como los datos reportados por Brown et al(1994). En este mismo año, Variainen et al (1994) concluyó que no existía asociación entre los niveles disminuidos de colesterol sérico y el incremento de mortalidad por accidentes suicidio o violencia. También existen estudios que han determinado que los bajos niveles de colesterol

en sangre disminuyen el riesgo de enfermedades cardiovasculares, sin incrementar o asociarse con mayor riesgo suicida (Muldoon, 2004).

Un estudio realizado en población francesa a mediados de los 90's, donde se observó que los hombres con menores niveles de colesterol o disminución de éstos tuvieron muerte por suicidio pudo tener sobrestimación de los casos, confusión de factores, depresión en los pacientes como consecuencia de la disminución de colesterol, dietas deficientes con pérdida importante de peso, etc. (Zureik, et al., 1996), que no dan consistencia al estudio de cohorte. Dos reportes consideraron que el incremento de la mortalidad en población que tenía menores niveles de colesterol sérico podía incrementar las tasas de suicidio y accidentes como consecuencia en incremento de tendencia a la impulsividad en esa población (Garland et al., 2000; Vevera et al., 2003).

Otros estudios han demostrado que no existe asociación entre los niveles de colesterol y el riesgo suicida no violento (Álvarez et al., 2000; Tanskanen et al., 2000; Vevera et al., 2003), aunque difieren sus resultados con respecto al riesgo de suicidio violento.

La correlación entre los diferentes instrumentos diagnósticos no pretenden predecir el intento suicida, pero si valorar la intensidad del deseo y así saber si el sujeto se encuentra en riesgo de hacerlo, detectándolo oportunamente como se ha realizado en algunos estudios, e incluso en nuestro país (González et al., 2000).

DEBILIDADES DEL ESTUDIO

En el presente estudio existieron dos variables de confusión no controladas: los diversos tratamientos farmacológicos utilizados en cada una de las pacientes que pudieron interferir en las cifras de colesterol, aunque se especificaron algunos en los criterios de exclusión al respecto y se trató de tomar la muestra sanguínea en las primeras 24 horas a partir del ingreso de la paciente a hospitalización, y los diferentes diagnósticos incluidos en ambos grupos, propiciado que ambos influyeran en la heterogeneidad del estudio en general. Por lo que la inclusión de un solo diagnóstico y determinado medicamento pudiera haber ayudado en el control de las variables y homogeneizado ambos grupos.

También hubiera sido idóneo incluir un tercer grupo de pacientes sanas con el fin de eliminar ciertas variables propias de la enfermedad mental que pudieran propiciar la disminución de los niveles de colesterol, así como el uso de medicamentos con metabolismo en hígado.

Para obtener resultados más esclarecedores es conveniente realizar un estudio con una muestra más grande y con un control más exigente de algunas variables.

En algunas pacientes, del grupo control, no fue posible completar los cuestionarios de intento suicida por la desorganización del pensamiento que presentaban, ya que como anteriormente se mostró, el porcentaje de esquizofrenia fue superior en este grupo.

Hubiera sido adecuado registrar el número de intentos suicidas de cada paciente, y saber y las pacientes del grupo control cursaron en sus antiguos internamientos con riesgo suicida, para poder verificar si los niveles disminuidos de colesterol se deben a una historia de intentos o ideas y no simplemente a un evento registrado transversalmente como en este estudio.

No se tuvo un control dietético de cada paciente, ni previo ni durante el internamiento.

COMENTARIO

Hasta el momento no se encuentra ninguna publicación de niveles de colesterol asociado a riesgo suicida, por lo que sería interesante más estudios al respecto, tanto en adultos como en menores de edad, ya que el riesgo suicida se ha incrementado notablemente en todo el mundo, sin ser nuestro país la excepción.

Existen varios estudios sobre los niveles de colesterol séricos y riesgo suicida, que han sido realizados directa o indirectamente (al estudiar complicaciones de medicamentos hipocolesteromiantes en pacientes cardiópatas), sin embargo no se han llegado a conclusiones definitivas. Sin embargo sería adecuado conocer el patrón de resultados en nuestra población, al respecto.

CONCLUSIONES

No existió correlación significativa entre los niveles disminuidos de colesterol y riesgo suicida (conducta e ideación).

La edad de las pacientes del grupo control tuvo un promedio mayor que el grupo de casos, con significancia estadística.

Se observó asociación significativa entre los instrumentos de medición (SSI, SIS y MINI).

Se observaron menores promedios en los instrumentos de medición para riesgo suicida (SSI, MINI y MADRS) en las pacientes del grupo control que las del grupo de casos.

Las pacientes con conducta suicida tuvieron promedios mayores en los instrumentos de medición SIS y MINI, en comparación con las pacientes que solamente tuvieron ideación suicida.

Se observó una correlación significativa estadísticamente entre los niveles de colesterol y la edad de las pacientes.

Aun no existe una homogeneidad en resultados sobre los niveles disminuidos de colesterol sérico asociados a riesgo suicida.

Escala de Ideación Suicida (Scale for Suicide Ideation, SSI)

1. <i>Deseo de vivir</i> 0. Moderado a fuerte 1. Débil 2. Ninguno
2. <i>Deseo de morir</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
3. <i>Razones para vivir/morir</i> 0. Porque seguir viviendo vale más que morir 1. Aproximadamente iguales 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo
4. <i>Deseo de intentar activamente el suicidio</i> 0. Ninguno 1. Débil 2. Moderado a fuerte
5. <i>Deseos pasivos de suicidio</i> 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida
6. <i>Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)</i> 0. Breve, períodos pasajeros 1. Por amplios períodos de tiempo 2. Continuo (crónico) o casi continuo
7. <i>Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)</i> 0. Raro, ocasional 1. Intermitente 2. Persistente o continuo
8. <i>Actitud hacia la ideación/deseo</i> 0. Rechazo 1. Ambivalente, indiferente 2. Aceptación
9. <i>Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out</i> 0. Tiene sentido del control 1. Inseguro 2. No tiene sentido del control
10. <i>Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)</i> 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos
11. <i>Razones para el intento contemplado</i> 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse 1. Combinación de 0 y 2 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta
12. <i>Método (especificidad/planificación del intento contemplado)</i> 0. No considerado 1. Considerado, pero detalles no calculados 2. Detalles calculados/bien formulados
13. <i>Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)</i> 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa 2. Método y oportunidad accesibles 2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

-
14. *Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento*
0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
1. Inseguridad sobre su valor
2. Seguros de su valor, capacidad
-
15. *Expectativas/espera del intento actual*
0. No
1. Incierto
2. Sí
-
16. *Preparación actual para el intento contemplado*
0. Ninguna
1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)
-
17. *Nota suicida*
0. Ninguna
1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
2. Nota terminada
-
18. *Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)*
0. Ninguno
1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales
-
19. *Engaño/encubrimiento del intento contemplado*
0. Reveló las ideas abiertamente
1. Frenó lo que estaba expresando
2. Intentó engañar, ocultar, mentir
-

Escala de Intencionalidad Suicida de Beck (Suicide Intent Scale, SIS)

I. Circunstancias objetivas

1. *Aislamiento*
 0. Alguien presente
 1. Alguien próximo o en contacto visual o verbal (p. ej., teléfono)
 2. Nadie cerca o en contacto
2. *Medición del tiempo*
 0. La intervención es muy probable
 1. La intervención es poco probable
 2. La intervención es altamente improbable
3. *Precauciones tomadas contra el descubrimiento y/o la intervención de otras personas*
 0. Ninguna
 1. Toma precauciones pasivas (p. ej., evita a los otros pero no hace nada para prevenir su intervención, estar solo/a en la habitación pero con la puerta sin cerrar, etc.)
 2. Toma precauciones activas (p. ej., cerrando la puerta, etc.)
4. *Actuación para conseguir ayuda durante o después del intento*
 0. Avisó a alguien que potencialmente podía prestarle ayuda
 1. Colaborador potencial contactado pero no específicamente avisado
 2. No contactó, ni avisó a nadie
5. *Actos finales en anticipación de la muerte (legado, testamento, seguro)*
 0. Ninguno
 1. Preparación parcial, evidencia de alguna preparación o planificación para la tentativa
 2. Hizo planes definitivos o terminó los arreglos finales
6. *Preparación activa del intento*
 0. Ninguna
 1. Mínima o moderada
 2. Importante
7. *Nota suicida*
 0. Ninguna
 1. Nota escrita pero rota, no terminada, pensó escribirla
 2. Presencia de nota
8. *Comunicación verbal (ideas, preocupaciones o planes suicidas)*
 0. No comunicación verbal
 1. Comunicación ambigua (p. ej., «estoy cansado de la vida», «pienso que estáis mejor sin mí», «nada tiene objeto»)
 2. Comunicación no ambigua (p. ej., «quiero morir», «siento como si quisiera matarme», «tomar pastillas»)

II. Autoinforme

9. *Propósito supuesto del intento*
 0. Manipular a los otros, efectuar cambios en el entorno, conseguir atención, venganza
 1. Componentes de 0 y 2
 2. Escapar de la vida, buscar finalizar de forma absoluta, buscar solución irreversible a los problemas
10. *Expectativas sobre la probabilidad de muerte*
 0. Pensó que era improbable
 1. Posible pero no probable
 2. Probable o cierta
11. *Concepción de la letalidad del método*
 0. Hizo menos de lo que pensaba que sería letal
 1. No estaba seguro si lo que hacía era letal
 2. Igualó o excedió lo que pensaba que sería mortal
12. *Seriedad del intento*
 0. No intentó seriamente poner fin a su vida
 1. Inseguro
 2. Intentó seriamente poner fin a su vida

13. *Actitud hacia el vivir/morir*

- 0. No quería morir
- 1. Componentes de 0 y 2
- 2. Quería morir

14. *Concepción de la capacidad de salvamento médico*

- 0. Pensó que la muerte sería improbable si recibía atención médica
- 1. Estaba inseguro si la muerte podía ser impedida por la atención médica
- 2. Seguro de morir aunque recibiese atención médica

15. *Grado de premeditación*

- 0. Ninguno, impulsivo
- 1. Suicidio contemplado por 3 horas antes del intento
- 2. Suicidio contemplado por más de 3 horas antes del intento

III. Circunstancias subjetivas

16. *Reacción frente al intento*

- 0. Arrepentido/a de haber hecho el intento. Sentimientos de ridículo, vergüenza
- 1. Acepta tanto el intento como su fracaso
- 2. Rechaza el fracaso del intento

17. *Preconcepciones de la muerte*

- 0. Vida después de la muerte, reunión con fallecidos
- 1. Sueño interminable, oscuridad, final de las cosas
- 2. No concepciones de/o pensamientos sobre la muerte

18. *Número de intentos de suicidio previos*

- 0. Ninguno
- 1. 1 o 2
- 2. 3 o más

19. *Relación entre ingesta de alcohol e intento*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de alcohol para facilitar llevar a cabo el intento

20. *Relación entre ingesta de drogas e intento (narcóticos, alucinógenos... cuando la droga no es el método utilizado para el intento)*

- 0. Alguna ingesta previa pero sin relación con el intento, lo informado era insuficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad
- 1. Ingesta suficiente para deteriorar la capacidad de juicio, evaluando la realidad y disminuyendo la responsabilidad
- 2. Ingesta intencional de drogas para facilitar llevar a cabo el intento

ANEXO 3

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Instrucciones generales

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

ENTREVISTA:

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

PRESENTACIÓN:

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

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

CONVENIOS:

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

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

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

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

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

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

INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F 75651 Paris, Francia
Tel.: + 33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: + 33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@text.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel.: + 91 564 47 18
Fax: + 91 411 54 32
e-mail: iap@lander.es

Marelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: + 1 813 974 4544
Fax: + 1 813 974 4575
e-mail: mon0619@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

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

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

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNAS	NO	SÍ	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9
¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?		NO	SÍ	

NO **SÍ**
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
ACTUAL**

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

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

NO **SÍ**
**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

A6 **Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:**

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

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

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

D. Episodio (hipo)maniaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?</p>					
			NO	SÍ	

D3 **SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL**
SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:

	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?</p>					
			NO	SÍ	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

 ↓ ↓
 HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D4**?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

E. Trastorno de angustia

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

F. Agorafobia

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

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

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

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

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

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

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

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO **SÍ**
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO **SÍ**
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

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

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

- | | | | | |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| a | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| b | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- | | | | | |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---|
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SÍ | 4 |

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO **SÍ**
**DEPENDENCIA
 DE SUSTANCIAS
 ACTUAL**

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

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

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

NO **SÍ**
**ABUSO DE SUSTANCIAS
 ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS		
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.						
L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 1.6	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 1.6	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ	5
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 1.6	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 1.6	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ	9
	b	Si SÍ : ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ		11
		Si SÍ : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ - 1.8b	12

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13						
	b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14						
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:											
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15						
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16						
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17						
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SI EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO DEPORVIDA</td> </tr> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DEPORVIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DEPORVIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> </table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">TRASTORNO DELESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DELESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
NO	SÍ	19									
TRASTORNO DELESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL											
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)											

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5?

NO **SÍ**

**ANOREXIA NERVIOSA
ACTUAL**

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

N. Bulimia nerviosa

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

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO	SÍ	
		↓		
		Ir a N8		
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

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

NO SÍ

**BULIMIA NERVIOSA
ACTUAL**

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA
TIPO
COMPULSIVO/PURGATIVO
ACTUAL**

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	3

O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	4
----	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------	---

O3 CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	5
b	¿Se sentía tenso?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	6
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	7
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	8
e	¿Se sentía irritable?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	9
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ	10

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO **SÍ**
**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO SÍ
**TRASTORNO ANTISOCIAL
DE LA PERSONALIDAD
DE POR VIDA**

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

ANEXO 4

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS)

1. Tristeza aparente

El paciente expresa abatimiento, tristeza, y desesperación a través de la voz, el gesto y la expresión mímica.
Evalúese en función de la gravedad e incapacidad para ser animado.

0. No tristeza
- 1.
2. Parece desanimado, pero se anima fácilmente
- 3.
4. Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo
- 5.
6. Parece desgraciado todo el tiempo. Extremadamente abatido

2. Tristeza expresada

El enfermo aporta datos verbales sobre su humor deprimido, independientemente de que lo exprese por su apariencia o no.
Incluye ánimo bajo, abatimiento, desesperanza, sentimiento de desamparo.
Evalúese de acuerdo con la intensidad, duración, e influenciabilidad del humor por las circunstancias.

0. Tristeza ocasional en consonancia con las circunstancias ambientales
- 1.
2. Tristeza que cede (se anima) sin dificultad
- 3.
4. Sentimientos de tristeza o abatimiento profundo, pero el humor es todavía ligeramente influenciable por las circunstancias externas
- 5.
6. Continua e invariable tristeza, abatimiento, sentimiento de desgracia

3. Tensión interior

El paciente expresa sentimientos de malestar indefinido, nerviosismo, confusión interna, tensión mental que se vuelve pánico, temor o angustia.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia, o duración de la tranquilidad perdida:

0. Placidez aparente. Sólo manifiesta tensión interna
- 1.
2. Ocasionales sentimientos de nerviosismo y malestar indefinido
- 3.
4. Continuos sentimientos de tensión interna o sentimientos de pánico que aparecen intermitentemente y que el paciente puede dominar, pero con dificultad
- 5.
6. Angustia o temor no mitigado. Pánico abrumador

4. Sueño reducido

El paciente expresa una reducción en la duración o en la profundidad de su sueño en comparación a cómo duerme cuando se encuentra bien.

0. Sueño como los normales
- 1.
2. Leve dificultad para dormir o sueño ligeramente reducido: sueño ligero
- 3.
4. Sueño reducido o interrumpido al menos durante 2 horas
- 5.
6. Menos de 2 o 3 horas de sueño

5. Disminución del apetito

El paciente expresa una reducción del apetito en comparación con cuando se encuentra bien.

Evalúese la pérdida del deseo de alimento o la necesidad de forzarse uno mismo a comer.

0. Apetito normal o aumentado
- 1.
2. Apetito ligeramente disminuido
- 3.
4. No apetito. Los alimentos saben mal
- 5.
6. Necesidad de persuasión para comer

6. Dificultades de concentración

El paciente expresa dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse.

Evalúese de acuerdo con la intensidad, frecuencia y grado de la incapacidad producida.

0. Ninguna dificultad de concentración

1.

2. Dificultades ocasionales para mantener los propios pensamientos

3.

4. Dificultades en la concentración y el mantenimiento del pensamiento que reduce la capacidad para mantener una conversación o leer

5.

6. Incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad

7. Laxitud. Abulia

El paciente expresa o presenta una dificultad para iniciar y ejecutar las actividades diarias:

0. Apenas dificultades para iniciar las tareas. No inactividad

1.

2. Dificultad para iniciar actividades

3.

4. Dificultades para comenzar sus actividades rutinarias, que exigen un esfuerzo para ser llevadas a cabo

5.

6. Completa laxitud, incapacidad para hacer nada sin ayuda

8. Incapacidad para sentir

El paciente expresa un reducido interés por lo que le rodea o las actividades que normalmente producían placer. Reducción de la capacidad para reaccionar adecuadamente a circunstancias o personas.

0. Interés normal por las cosas y la gente

1.

2. Reducción de la capacidad para disfrutar de los intereses habituales

3.

4. Pérdida de interés en lo que le rodea, incluso con los amigos o conocidos

5.

6. Manifiesta la experiencia subjetiva de estar emocionalmente paralizado, anestesiado, con incapacidad para sentir placer o desagrado, y con una falta absoluta y/o dolorosa pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos

9. Pensamientos pesimistas

El paciente expresa pensamiento de culpa, autorreproche, remordimiento, inferioridad, ideas de ruina, ideas de pecado.

0. No pensamientos pesimistas

1.

2. Ideas fluctuantes de fallos, autorreproches o autodepreciaciones

3.

4. Persistentes autoacusaciones o ideas definidas, pero todavía razonables de culpabilidad o pecado. Pesimismo

5.

6. Ideas irrefutables de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Autoacusaciones absurdas e irreducibles

10. Ideación suicida

El paciente expresa la idea de que la vida no merece vivirse, de que una muerte natural sería bienvenida, o manifiesta ideas o planes suicidas.

0. Se alegra de vivir. Toma la vida como viene

1.

2. Cansado de vivir. Ideas suicidas fugaces

3.

4. Manifiesta deseos de muerte, ideas suicidas frecuentes. El suicidio es considerado como una solución, pero no se han elaborado planes o hecho intención

5.

6. Planes explícitos de suicidio cuando exista una oportunidad. Activa preparación para el suicidio

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

TITULO DEL ESTUDIO: Estudio de casos y controles, transversal, observacional, abierto y prolectivo para medir la asociación entre los niveles séricos de colesterol y riesgo suicida

INICIALES DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DEL PACIENTE: _____

INVESTIGADORES: Tutor teórico: Dr. Alvar Colonia.
Tutor metodológico: Dr. Fernando Corona.
Residente: Dra. Tizbé Sauer Vera. (Número telefónico 0445513841171)

INTRODUCCIÓN

Se le invita a participar voluntariamente en un estudio de investigación para medir los niveles de colesterol en sangre de pacientes que han presentado conductas e ideación suicidas y aquellos que no han presentado ambos hechos. Por lo que es necesario que lea y comprenda esta información que tiene la intención de explicar el objetivo, los beneficios, los riesgos, las molestias, las precauciones, los procedimientos alternativos para usted y su derecho de no aceptar participar en el estudio en cualquier momento que lo decida.

El estudio se realizará durante una entrevista, con la colaboración de 90 pacientes. Al autorizar su participación se le proporcionará una copia de este documento.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO

En este estudio se evaluará en una sola ocasión, para conocer la asociación existente entre los niveles de colesterol en sangre y las conductas o ideas suicidas. Usted formará parte de uno de los dos grupos de pacientes. Un grupo lo formarán 30 pacientes que presenten conducta o ideación suicida. El segundo grupo lo formarán 60 pacientes que no hayan tenido ni conductas ni ideación suicida.

CRITERIOS DE PARTICIPACIÓN

El médico encargado del estudio discutirá los requisitos para que participe en este estudio, por lo que es necesario que proporcione información adecuada sobre algún medicamento que esté tomando o su estado de salud. Si no cumple con los siguientes requisitos, no podrá participar:

- Ser mayor de 18 años.
- Ser mujer.
- Haber efectuado conducta suicida, tener ideas suicidas o no presentar ninguna de las anteriores.
- Aceptación del consentimiento informado para participar y colaborar en el estudio.

No podrá participar en caso de:

- Estén en régimen de alimentación especial
- Que estén en tratamiento con agentes hipocolesterolémicos (carbamecicina u hormonales)
- Cursen con una enfermedad médica grave (anormalidad hematológica, insuficiencia renal, cardíaca o hepática, hipertensión y diabetes mellitus descontroladas, hipotiroidismo y trastorno del metabolismo de lipoproteínas).
- Cursen con cáncer
- Sean portadores de VIH
- Menores de 18 años
- Sexo masculino
- Pérdida significativa de peso un mes anterior a la toma de la muestra (mayor a 2kg).

- Cursen con trastornos de alimentación, trastornos asociados al abuso de alcohol u otras sustancias adictivas (6 meses anteriores al estudio). Además aquellos pacientes bajo tratamiento con TEC (seis meses anteriores),
- Que no autoricen su participación en el estudio.

Usted aceptará una toma de sangre con material estéril, en una ocasión, para medir los niveles de colesterol.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

El estudio se realizará en una entrevista.

1. Se valora su admisión en el estudio, si usted cumple con los criterios de riesgo suicida o no los ha presentado.
2. Autorizará el consentimiento informado.
3. Usted resolverá cuestionarios de medición psiquiátrica.
4. Se tomará una muestra sanguínea de una vena de su brazo para determinar los niveles de colesterol.

RIESGOS

Puede presentar efectos colaterales producidos por la toma de la muestra sanguínea como “moretones”, por lo que debe de notificar al médico si cursa con alguna enfermedad de la sangre (coagulación).

BENEFICIOS

Usted está contribuyendo a conocer la asociación entre los niveles de colesterol y el riesgo de suicidio, el cual puede ser prevenible, pudiendo desarrollar posteriormente valores que nos indiquen que los individuos pudieran estar en riesgo suicida.

COMPENSACIÓN FINANCIERA

No hay compensación financiera por su participación en este estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA Y RETIRO

Su participación en este estudio es voluntaria. Puede elegir no participar en el estudio, sin que sufra usted de alguna penalización o pérdida de sus beneficios, continuando con la atención médica en esta institución. Si usted decide retirar su participación solicitamos que le haga saber al médico responsable.

El médico puede finalizar su participación del estudio, con o sin su consentimiento si usted no cumple con los criterios necesarios.

CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que usted proporciona en el estudio será confidencial y no estará públicamente disponible, a menos que sea requerida por la ley.

Su expediente clínico podrá ser revisado por el Comité de Ética del hospital y autoridades regulatorias con el fin de verificar la información clínica y los procedimientos de estudio. La información y resultados médicos serán procesados por una computadora. Por lo que al firmar este consentimiento usted autoriza la revisión de los registros, la información y transferencia de los datos proporcionados.

Usted tendrá derecho a realizar cualquier pregunta en relación al estudio y los procedimientos en cualquier momento del estudio. Es importante que comunique al médico cualquier efecto secundario, problema médico o duda que puedan surgir durante la investigación. También podrá comunicarse con el Comité de Ética del hospital si tiene alguna duda sobre sus derechos como paciente en investigación, a través del médico asignado.

El Comité de Ética e Investigación es un conjunto de profesionales y expertos que cuidan de sus derechos como paciente y que ha revisado y autorizado la realización de este estudio.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Mediante mi firma certifico que he leído la información proporcionada sobre el estudio, que entiendo todos sus contenidos y he pedido y recibido una respuesta satisfactoria a cada pregunta que tengo con respecto al estudio de investigación. Se me han explicado los riesgos y beneficios.

Estoy de acuerdo en participar voluntariamente, comprometiéndome a brindar la información requerida y cumplir con los procedimientos indicados.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario de consentimiento. Mediante mi firma en este formulario, no he renunciado a ninguno de los derechos jurídicos que yo normalmente tendría como participante en un estudio de investigación.

Se me ha enterado que puedo solicitar mi salida del estudio voluntariamente, en cualquier momento de éste.

Si usted decide no participar en este estudio, esta decisión no tendrá ninguna repercusión en la atención que reciba en esta institución.

FIRMAS:

Fecha

Nombre y firma del participante.

Fecha

Nombre y firma del responsable legal.

Fecha

Nombre y firma del investigador.

Fecha

Nombre y firma del testigo.

Fecha

Nombre y firma del testigo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMAZAN MUÑOZ JOSE DE JESUS, GRAIN JARQUIN PATRICIA, BECERRIL MONROY JORGE RICARDO Y CUEVAS CUEVAS CUAUHTÉMOC, 1997. Suicidio e intento suicida: Revisión actualizada, Rev San Milit Méx; 51(6): 260-266.

ARANGO VICTORIA Y UNDERWOOD MARK, 1997. Biologic alterations in the brainstem of suicides, Psychiatric Clinics of North America, 20(3): 581-593.

BERTOLOTE JOSÉ M, 2004. Prevención del suicidio: ámbitos de intervención. World psychiatry (Ed Esp) 2(3): 147-151.

BROWN S, SALIVE M, HARRIS T, SIMONSICK E, GUARLNICK Y KOHOUT F, 1994: Low cholesterol concentrations and severe depressive symptoms in elderly people, British Medical Journal, 308:1328-1332.

CHINCHILLA ALFONSO, CORREAS JAVIER, QUINTERO FRANCISCO JAVIER Y VEGA MIGUEL, 2003. Manual de urgencias psiquiátricas, 1ª edición, Masson, España, pp123-148.

DE LEO DIEGO, 2004. La prevención del suicidio es mucho más que una cuestión psiquiátrica. World Psychiatry (Ed Esp); 2(3): 155-156.

DIAZ-SASTRE C, BACA-GARCIA E, CEVERINO A, GARCIA-RESA E, DE LEON J Y SAIZ-RUIZ J, 2000: Suicide attempts, impulsivity and low serum cholesterol levels in male patients, Biol Psychiatry 47:173S

GABBARD GLEN, 2002. Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica, 3ª edición, Panamericana, España, pp226-229.

GARLAND M, HICKEY D, CORVIN A, GOLDEN J, FITZPATRICK P, CUNNINGHAM S Y WALSH N, 2000: Total cholesterol in relation to psychological correlates in parasuicide, British Journal of Psychiatry, 177:77-83.

GALLERANI M, MANFREDINI R, CAARACCILO S, SCAPOLI C, MOLINARI S Y FERSINI C, 1995: Serum cholesterol concentrations in parasuicide, British Medical Journal, 310:1632-1639.

GOLIER J, MARZUK P, LEON A, WEINER C Y TARDIFF K, 1995: Low serum cholesterol level and attempted suicide, American Journal of Psychiatry, 152(3):419-423.

GONZÁLEZ CATALINA, BEREZON SHOSHANA, TELLO ANA MARÍA, FACIO DULCE, MEDINA MORA MARIA ELENA, 1998. Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. Salud Mental, 40:430-437.

GONZÁLEZ SOCORRO, DIAZ ALEJANDRO, ORTIZ SILVIA, GONZALEZ CATALINA Y GONZALEZ JOSE DE JESÚS, 2000. Característica psicométricas de la escala de Ideación Suicida de Beck en estudiantes universitarios de la ciudad de México. Salud Mental, 23(2): 21-30.

GOLOUM BEATRICE, 1998. Cholesterol and violence: is there a connection? Ann Intern Med. 128: 478-489.

GOULD M, GREENBERG T, VELTING D Y SHAFFER DAVID, 2003: Riesgo suicida en adolescentes e intervenciones preventivas: una revisión de 10 años, *Journal American Academy of Child and adolescent. Psychiatry*, 42:4.

HAWTHON K, COWEN P, OWENS D, BOND A Y ELLIOTT M, 1993: Low serum cholesterol and suicide, *The British Journal of Psychiatry*, 162:818-825.

HIJAR MARTHA, RASCON RAMÓN ALBERTO, BLANCOS JULIA Y LÓPEZ MARIA VICTORIA, 1996. Los suicidios en México. Características sexuales y geográficas (1979-1993). *Salud Mental V*, 19(4): 14-21.

KAPLAN HAROLD, SADOCK BENJAMIN, 2000. Sinopsis de psiquiatría, 1ª edición, Editorial Medica Panamericana, España, pp983-992.

KIM YONG-KU Y MYINT AYE-MU, 2004. Clinical application of low serum cholesterol as an indicator for suicide risk in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 81:161-166.

KONTAXAKIS VP, PAPLOS KG, HAVAKI-KONTAXAKI BJ Y CHRISTODOULOU GN, 2003: Serum total cholesterol and triglycerides in suicide attempters: Comparison with schizophrenic patients and healthy subjects, *European Neuropsychopharmacology*, 13(1):113

MULDOON MATTHEW, MANUCK STEPHEN, MENDELSON AARON, KLAPAN JAY Y BELLE STEVEN, 2001. Cholesterol reduction and non-illness mortality: meta-analysis of randomised clinical trials, *British Medical Journal*, 322:11-15.

MURRAY R, GRANNER D, MAYER P Y RODWELL V, 2004: Harper. Bioquímica ilustrada, 16ª edición, México, Manual Moderno, pp 131.

PAPLOS KG, KONTAXAKIS VP, HAVAKI-KONTAXAKI BJ, ALAVERAS AG, ISSIDORIDES MR Y CHRISTODOULOU GN, 2003: Serum lipids, depression and anhedonia in suicide attempters, *European Neuropsychopharmacology*, 13(1):112.

PÉREZ SERGIO, ROS LUIS ÁNGEL, PABLOS TERESA Y CALAS RAFAEL, 1997. Factores de riesgo suicida en adultos. *Revista Cubana de Medicina general Integral*, 13 (1):7-11.

PHILLIPS MICHAEL, 2004. Prevención del suicidio en un país en vías de desarrollo: ¿dónde debemos comenzar?. *World Psychiatry*; 2(3): 156-157.

SEEFRIED G Y GUMPEL K, 1997: Low serum cholesterol and triglycerides and risk of death from suicide, *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 25:111-117.

SILVERMAN MORTON M, 2004. Prevención del suicidio: hay que tomar medidas. *World psychiatry (Ed Esp)* 2(3): 152-153.

SOUBRIER JEAN PIERRE, 2004. Mirando hacia atrás y hacia adelante. La suicidiología y la prevención del suicidio: ¿hay perspectivas? *World Psychiatry (Ed Esp)*; 2(3): 159-160.

TANSKANEN A, VARTIAINEN E, TUOMILEHTO J, VIINAMÄKI H, LEHTONAN J Y PUSKA P, 2000: High serum cholesterol ad risk of suicide, American Journal of Psychiatry, 157:648-650.

VARIAINEN E, PUSKA P, PEKKANEN J, TUOMILEHTO J, LONNQVIST J Y EHNHOLM C, 1994: Serum cholesterol concentrations and mortality from accidents, suicide, and other violent causes, British Medical Journal, 309:445-447.

VEVERA J, ZUKOV I, MORCINEK T Y PAPEZOVÁ, 2003. Cholesterol concentrations in violent and non-violent women suicide attempters. European Psychiatry, 18:23-27.

VIDAL DANIEL ALVERTO, 1999. Factores de riesgo suicida en el anciano. Revista Argentina de Clínica neuropsiquiátrica, 2; 103-112.

VIJAYAKUMAR LAKSHMI, 2004. Prevención del suicidio: una necesidad urgente en los países en vías de desarrollo. World Psychiatry (Ed Esp); 2(3): 158-159.

WANNAMETHEE G, SHAPER G, WHINCUP P Y WALKER M, 1995: low serum cholesterol concentrations and mortality in middle aged British men, British Medical Journal, 311:409-413.

WASSERMAN DANUTA, 2004. Evaluación de la prevención del suicidio: necesidad de enfoques diversos. World Psychiatry (Ed Esp) 2(3): 153-154.

ZUREIK M, COURBON D Y DUCIMETIERE P, 1996: Serum cholesterol concentrations and death from suicide in men: Paris prospective study I, British Medical Journal, 313:649-651.