



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

***PROPUESTA DE CURSO DE CAPACITACIÓN A MÉDICOS  
FAMILIARES PARA REALIZAR UNA MINI ENTREVISTA  
PSICOLÓGICA A PACIENTES CON DIABETES MELLITUS  
TIPO I Y II E HIPERTENSIÓN ARTERIAL***

**T E S I N A**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**P R E S E N T A:  
ANA OLIVIA HERNÁNDEZ GARCÍA**

**DIRECTOR DE LA TESINA:  
MTRO. JOSÉ LUIS VILLAGÓMEZ GARCÍA**



México, D.F.

Noviembre, 2008



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.

## INDICE:

	PAG
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	<b>02</b>
<b>INTRODUCCION</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO I: LA SALUD MENTAL EN MÉXICO</b>	
■ La Salud Mental en México, de acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica	15
■ Impacto de las Enfermedades Mentales en la Calidad de Vida	25
<b>CAPÍTULO II: DEPRESIÓN</b>	
■ Epidemiología	27
■ Depresión Unipolar (Mayor)	28
■ Factores de Riesgo	28
■ Reconocimiento de la condición-diagnóstico	34
✦ Métodos y Criterios Diagnósticos	34
✦ Síntomas de la Depresión	37
■ Prevención y Detección de la Depresión en Atención Primaria	38
■ Depresiones Orgánicas	39
■ Enfermedad Médica Asociada a la Depresión	40
■ Secuencia de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento ante síntomas Afectivos y sospecha de enfermedad Médica	49
■ La Importancia de la Psicoterapia	51
<b>CAPÍTULO III: DISTIMIA</b>	
■ Factores de Riesgo	55
■ Criterios Diagnósticos	58
■ Especificadores	60
■ Características Asociadas	61

## **CAPÍTULO IV: TRASTORNO DE ANSIEDAD**

■ La Angustia como Fenómeno Humano	62
■ Conceptos Básicos	62
■ Cuando la Ansiedad se convierte en patológica	65
■ Estrés y Síndrome de Adaptación General	65
✦ Aspectos biológicos de la Angustia	65
✦ El área Neuroanatómica y Respuesta Neuroendócrina	69
✦ Aspectos sociales y culturales de la Angustia	71
■ El manejo de la Angustia por el Médico General	79

## **CAPÍTULO V: CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

■ Trastorno de Ansiedad	82
✦ Manifestaciones clínicas	84
✦ Métodos Diagnósticos	85
■ Trastorno de Ansiedad Generalizada	87
✦ Quejas presentes	87
✦ Pautas para Diagnóstico	87
✦ Manifestaciones Clínicas	88
✦ Métodos de Diagnóstico	89

■	Fobia Social	89
	✦ Quejas Frecuentes	91
	✦ Pautas Diagnóstica	91
	✦ Manifestaciones Clínicas	92
	✦ Métodos De Diagnóstico	93
■	Trastorno de Estrés Postraumático	94
	✦ Manifestaciones Clínicas	94
	✦ Métodos Diagnósticos	95
■	Trastorno Obsesivo Compulsivo	95
	✦ Obsesiones y Compulsiones más frecuentes en los adultos que padecen TOC	96
	✦ Métodos Diagnósticos	97
■	Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo	98
	✦ Desarrollo del DSM IV e introducción del Trastorno Mixto Ansioso Depresivo	99
	✦ Cambios en el DSM IV	99
	✦ Quejas Frecuentes	100
	✦ Pautas para el Diagnóstico	100
■	La ansiedad y su relación con la Diabetes Mellitus	102

## **CAPÍTULO VI: TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

■ Aspectos psicosociales de la Alimentación en el México Contemporáneo	103
■ Cuáles son los Trastornos de la Conducta Alimentaria	108
■ Conceptos básicos	112
■ Epidemiología	114
■ Etiopatogenia	116
■ Factores de Riesgo	116
■ Anorexia nervosa	122
✦ Criterios diagnósticos	125
■ Bulimia nervosa	127
✦ Criterios diagnósticos	128
✦ Causas	128
✦ Tipos de bulimia nervosa	130
■ Trastorno de la alimentación no especificado	130
■ Trastornos limítrofes	131
■ Trastornos alimentarios en pacientes con DM	131
■ Diagnóstico diferencial	136
■ Integración Diagnóstica	137
■ Evolución de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	138
■ Generalidades del Tratamiento	141

✦ Tratamiento Psicoterapia para la anorexia nervosa	145
✦ Psicoterapia para la Bulimia nervosa	157
✦ Psicoterapia para el Trastorno por Atracón	162
✦ Tratamiento nutricional para pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria	168
✦ Bulimia Nervosa	169
✦ Tratamiento Hospitalario	171
✦ Síndrome de realimentación	174
✦ Manejo Farmacológico de los Trastornos de la Conducta Alimentaria	175
✦ Psicofarmacología de la Anorexia	176
✦ Fase de renutrición	176
✦ Antipsicóticos	176
✦ Otros Fármacos	177
✦ Fase de mantenimiento	178
✦ Antidepresivos	178

✦ Psicofarmacología de la Bulimia Nervosa	178
---	-----

✦ Antidepresivos	179
------------------	-----

✦ Estabilizadores del Estado de Ánimo	180
---------------------------------------	-----

## **CAPÍTULO VII: SÍNDROME METABÓLICO**

■ Epidemiología	183
-----------------	-----

■ La Depresión y el Síndrome Metabólico	184
---	-----

■ Tratamiento	186
---------------	-----

## **CAPÍTULO VIII: DESCRIPCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS**

■ Evolución del Término a través del Tiempo	188
---	-----

■ Aspectos Biológicos	191
-----------------------	-----

■ Clasificación de la DM y de otras Categorías de la Regulación de la Glucosa	200
---	-----

■ Definición de Diabetes Mellitus	201
-----------------------------------	-----

■ Tipos de Diabetes Mellitus	206
------------------------------	-----

■ Estándares de Atención Médica para pacientes con D M	212
--	-----

✦ Componentes Consulta Inicial	213
--------------------------------	-----

✦ Antecedentes Médicos	213
------------------------	-----

✦ Examen Físico	214
-----------------	-----

✦ Evaluación de Laboratorio	215
-----------------------------	-----

✦ Interconsultas	216
------------------	-----



■	La Importancia del Equipo Multidisciplinario	217
■	Aspectos Psicosociales de la Diabetes Mellitus	218
✦	Ajuste Psicosocial: Calidad de Vida y Bienestar Emocional	220

## **CAPÍTULO IX: CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA CAPACITACIÓN**

■	Adiestramiento	222
■	Desarrollo	222
■	Capacitación	223
■	Fases de la Capacitación	224
■	Detección de las Necesidades de la Capacitación	225
✦	Cuándo hacer un Diagnóstico	226
✦	Fases de acción que derivan en un DNC	227
✦	Aplicación de los procedimientos y técnicas para la obtención de información que lleven al DNC	230
■	Marco Legal	231

## **PROPUESTA DE CAPACITACIÓN**

■	Contenido	235
✦	La Detección de las Necesidades de Capacitación en los Centros de salud del Estado de Querétaro	235
■	Justificación	236
■	Procedimiento de la DNC	236

✚ Etapas:	237
■ Programación	240
■ Ejecución	241
■ Evaluación	241
■ Características de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI POR SUS SIGLAS EN INGLES) en su versión plus para adultos.	242
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>244</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>246</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>292</b>

**RESUMEN:** Debido las altas prevalencias de la Diabetes Mellitus y la Hipertensión Arterial, y sobretodo que en estos padecimientos es frecuente que se presente y no se diagnostique a tiempo una enfermedad mental. Considerando, además que el primer contacto, materia de salud que estos pacientes tienen es el médico familiar, el propósito de este trabajo es realizar una propuesta de capacitación, para médicos familiares quienes trabajen en Centros de Salud, de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, a fin de que adquieran los conocimientos y las habilidades para el diagnóstico temprano de una enfermedad mental, a través de la aplicación de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI, por sus siglas en inglés), en su versión PLUS para esta población; y, de este modo, se proporcione una derivación, tratamiento oportuno, preciso e integral para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

## **INTRODUCCIÓN:**

La clasificación de la Diabetes Mellitus; y el diagnóstico actual, en los Estados Unidos fueron desarrollados y publicados en 1979 por el Grupo Nacional de Datos sobre Diabetes (National Diabetes Data Group NDDG). Las razones que impulsaron el esquema de clasificación y diagnóstico propuesto entonces mantienen su vigencia y son las siguientes:

“El progreso en nuestros conocimientos sobre la etiología y la patogenia de la diabetes ha llevado a muchos individuos y grupos científicos a expresar la necesidad de revisar la nomenclatura, los criterios diagnósticos y la clasificación de la diabetes. En consecuencia, se ha considerado esencial considerar desarrollar una terminología apropiada y uniforme y una clasificación funcional y operativa de la diabetes que refleje nuestros conocimientos actuales sobre la enfermedad (National Diabetes Data Group, 1979, citado en Comité de expertos, 2003).

De acuerdo a lo anterior el sistema de clasificación de la enfermedad se comienza a basar en la etiología de la enfermedad, independientemente del esquema de tratamiento usado.

En mayo de 1995, con el auspicio de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) se formó un Comité de Expertos para revisar la bibliografía científica publicada desde 1979 y decidir si era necesario modificar la clasificación y el diagnóstico de la diabetes. Este se reunió en varias ocasiones y circuló ampliamente un borrador con sus hallazgos y recomendaciones preliminares entre la comunidad científica internacional sobre el tema. Sobre la base de los numerosos comentarios y sugerencias recibidos, y con la oportunidad de revisar en detalle datos no publicados, el comité discutió y revisó numerosos borradores de un manuscrito que

terminaron en el Informe del Comité de Expertos sobre el diagnóstico y clasificación de la DM (2003). El cual aparece dividido en cuatro secciones: definición y descripción de la diabetes, clasificación de la enfermedad, criterios diagnósticos y pruebas para la diabetes. El objetivo del informe es definir y describir la diabetes, tal como la conocemos hoy, presentar una clasificación sistemática que refleje su etiología y patogenia, proporcionar pautas para su diagnóstico, desarrollar recomendaciones para las pruebas que ayuden a reducir la morbimortalidad asociada con la DM, y revisar el diagnóstico de la diabetes gestacional (Informe, 2003, pág. 247). No obstante, dentro del área de evaluación y tratamiento para los pacientes, el Comité de Expertos no toma en cuenta el área de la evaluación psicológica, por ello, el presente trabajo pretende realizar una propuesta de capacitación, a médicos generales y familiares, quienes trabajen en Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, a fin de que adquieran los conocimientos y las habilidades para evaluar psicológicamente a los pacientes que tengan algún diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, adquiriendo los conocimientos necesarios para poder aplicar la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica (Ver Anexo UNO) en su versión Plus, para adultos (Sheehan, 2004).

Para poder derivar oportunamente, ya ésta abarca las principales patologías que se contemplan en el Eje I del DSM IV TR, además de que en múltiples estudios se recomienda su uso (APA, 2000; Berlanga, 2005; Zárate, 2005). Lo anterior, con la finalidad de mejorar la cantidad y la calidad de vida.

A continuación se presentan los resultados de estudios sobre la Prevalencia de la Salud Mental en México, en población abierta y en población con DM e HTA; también se describen las principales patologías que presentan este tipo de

pacientes y no se diagnostican a tiempo, como son: El Episodio Depresivo Mayor, la Distimia, Trastornos relacionados con la Ansiedad y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Además al final de presente trabajo se presenta la propuesta de Curso de Capacitación anexando la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica.

## **CAPÍTULO UNO: LA SALUD MENTAL EN MÉXICO**

### **LA SALUD MENTAL EN MÉXICO, DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIÁTRICA**

El aspecto psicológico es parte fundamental de nuestro ser, sin embargo, cuando se trata de la salud de los pacientes con una enfermedad crónica, como es el caso de la Diabetes Mellitus (DM) y/o de la Hipertensión Arterial (HTA), la evaluación de sus síntomas, y por ende, el tratamiento de los mismos se reduce únicamente al área física. Por ello, es importante destacar que la salud integral de las personas, enfermas, o no, depende también de su salud mental. En este capítulo se abordan los resultados más recientes sobre investigaciones llevadas a cabo en nuestro país acerca de Enfermedades Mentales.

El índice de personas con trastornos mentales en México es inferior al que se reporta en Estados Unidos, pero el índice de personas que recibe tratamiento es también más bajo (WHO, 2004; citado en Medina-Mora, 2005), sin tratamiento los padecimientos se agravan y la calidad de vida se deteriora. Los desórdenes mentales y del comportamiento afectan a un amplio espectro de la población, causan un nivel importante de discapacidad, afectan la sobrevivencia de las personas que padecen otros trastornos crónicos incrementando la mortalidad. A pesar de esto, no han logrado ocupar su lugar en las prioridades de salud de nuestro país.

La enfermedad mental surge como resultado de una interacción entre factores biológicos heredados y de desarrollo, y de los factores del contexto que interactúan con las vulnerabilidades individuales. En este contexto, las

transiciones demográficas y sociales, aunadas a un incremento en los niveles de estrés, nos hacen suponer que el problema puede incrementarse y, por lo tanto, también los retos para los profesionales de la salud mental, quienes tendremos que buscar la excelencia en el tratamiento, incluyendo un diagnóstico oportuno, y mejores formas de organización de los servicios (Medina-Mora, 2005).

México entró al tercer milenio con un aumento en el número absoluto de jóvenes, grupo vulnerable para las adicciones y los problemas de salud mental, y con población de mayor edad con riesgo de demencia y de otros padecimientos crónico-degenerativos, como es el caso del síndrome metabólico. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad y la disponibilidad de drogas traen consigo nuevos retos. La globalización y las crisis económicas han traído nuevas transiciones sociales, tales como la migración rural urbana e internacional que ha dejado a las familias desunidas, las mujeres se han tenido que ocupar de roles tradicionalmente masculinos y los hijos crecen en ausencia de la autoridad paterna; el cruce fronterizo y la vida del migrante en los Estados Unidos es dura y sujeta a múltiples vicisitudes. Las mujeres de todos los sectores se han incorporado a la fuerza de trabajo, incluyendo a las mujeres madres de hijos pequeños; una proporción preocupante de niños se están uniendo a los sectores informales de la economía, trabajando en las calles, con un incremento en el riesgo de ser víctimas de violencia, e involucrarse en el uso de drogas. La desocupación, incluida la escolarización afecta de manera importante a la población, particularmente a la masculina ya que la limita en el cumplimiento de su principal papel social como proveedora. Las crisis económicas representan una



carga mayor para las familias pobres con más tensiones y con menos recursos para atender a sus problemas. Las transiciones demográficas y, en particular, en envejecimiento de la población implican nuevos retos para la psicogeriatría. El crecimiento consecuente de enfermedades crónicas ha traído cargas adicionales a las familias, particularmente a las mujeres para quienes ha significado una tercera jornada. A pesar de que muchos de estos estresores son tan fuertes que pueden provocar malestar en personas sanas, la mayor parte de éstos no disparan la enfermedad mental, sino que incrementan el riesgo de enfermar en aquellas personas vulnerables. La atención de los riesgos, la identificación temprana de los padecimientos, su tratamiento integral y seguimiento constituyen un elemento central en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, y significan nuevos retos para la atención en materia de Salud Mental (Medina-Mora, 2005).

En el año de 2003, se llevó a cabo la *Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica* (Medina-Mora, 2003), la cual se basó en un diseño probabilístico, multietápico y estratificado para seis regiones a nivel nacional, cuya población blanco fue la población no-institucionalizada, que contaba con un hogar fijo, cuyo rango de edad fue de 18 a 65 años de edad y quienes vivían en áreas urbanas (población de más de 2 500 habitantes).

El México urbano se estratificó en seis regiones:

- 1) **Áreas metropolitanas auto seleccionadas.** Incluyó las tres regiones metropolitanas más grandes del país: Ciudad de México, Guadalajara y Monterrey.

- 2) **Noroeste.** Incluyó los estados de: Baja California, Baja California Sur, Nayarit, Sinaloa y Sonora.
- 3) **Noreste.** Incluyó los estados de: Coahuila, Chihuahua, Durango, Nuevo León, , San Luis Potosí, Tamaulipas y Zacatecas
- 4) **Centro Oeste.** Incluyó los estados de: Aguascalientes, Jalisco, Colima, Guanajuato y Michoacán.
- 5) **Centro-Este.** Incluyó los estados de: Guerrero, Morelos, Estado de México, Querétaro, Hidalgo, Tlaxcala y Puebla.
- 6) **Sureste.** Incluyó los estados de Veracruz, Oaxaca, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo.

El instrumento utilizado fue la versión computarizada del CIDI (versión certificada 15) (WHO, 2001, citado en Medina-Mora, 2003) que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM IV y el CIE 10. El CIDI contiene además módulos sobre las características sociodemográficas de los entrevistados, condiciones crónicas, farmacoepidemiología, discapacidad y uso de servicios. La confiabilidad y validez han sido ampliamente documentadas. La traducción de la encuesta al español fue realizada conforme a las recomendaciones de la OMS, con traducción, adecuación local y consenso de expertos y retraducción. Los encuestadores fueron personas con previa experiencia en levantamiento de encuestas entrenados para este estudio. Con un total de 5,826 entrevistas completas. La tasa de respuesta ponderada a nivel del hogar fue de 91.3% y la tasa ponderada de respuesta a nivel individual fue de 76.6%. El motivo principal para la No participación a nivel del individuo fue “ausente al momento de la entrevista” (7.8 % de los individuos listados). El rechazo directo fue

infrecuente (6.2 % de los individuos listados). Alrededor del 54 % de la muestra fueron mujeres, 40 % tenían entre 18 y 29 años, un 68 % tuvo únicamente estudios primarios. La información sobre Trastornos de la Infancia y Adolescencia se obtuvo de manera retrospectiva a partir de la información que dieron los adultos entrevistados sobre estos periodos de su vida. Los resultados fueron los siguientes:

Los trastornos mentales, definidos de acuerdo con el CIE 10, afectan a una parte considerable de la población, prácticamente una tercera parte (28.6 %) de la población adulta, que habita localidades urbanas ha padecido, en algún momento de su vida, uno de los 23 trastornos incluidos en la encuesta, alrededor de la mitad de estos (13.9 %) había tenido, al menos, un cuadro, en el último año y seis de cada 100 (5.8 %) durante los 30 días anteriores al estudio. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de abuso de sustancias y los trastornos afectivos. Al analizar los trastornos individuales, se puede observar que en la población total, las fobias específicas fueron las más comunes, seguido de los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol, la fobia social y el episodio depresivo mayor. Los trastornos estudiados muestran variaciones geográficas de consideración, la región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos de por vida (36.7 % contra 28.6 % que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país). Al analizar el motivo del elevado índice de la región, se puede ver que en el grupo de trastornos afectivos y de ansiedad, esta región tiene prevalencias sólo ligeramente más elevadas que el total, pero que es en el grupo de trastornos por uso de sustancias y en particular, por alcohol, en donde se encuentra la diferencia más importante. La

región con la prevalencia más baja de cualquier trastorno “alguna vez en la vida” fue la región del sureste. Esta región tiene una prevalencia comparativamente baja de trastornos afectivos (5.7 % contra 9.1 % del total Nacional) y también prevalencias más bajas de trastorno de ansiedad y por el uso de sustancias (Medina-Mora, 2003).

De los tres grandes grupos diagnósticos, es el diagnóstico por uso de sustancias el que presenta variaciones más elevadas al interior del país, con prevalencias que van desde 6.5 % (región noreste) hasta 15.2 % (región centro-oeste). En las prevalencias reportadas para los *últimos treinta días*, las diferencias se hacen menores, para este último periodo, la región centro-oeste, muestra la prevalencia más elevada de trastornos afectivos (2.5%), la región conformada por las tres áreas metropolitanas, muestra la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (3.4 %) y es la región noroeste la que muestra la prevalencias más elevada de trastornos por uso de sustancias (1.7 %) y la que presenta la prevalencia más elevada para cualquier trastorno en los últimos 30 días (8.2 %). El género afecta, de manera importante, la distribución de enfermedades, los tres principales trastornos para las mujeres fueron:

1. las fobias (específicas y sociales) seguidas del
2. Episodio Depresivo Mayor.

En los hombres, los diagnósticos más frecuentes fueron:

1. la dependencia al alcohol,
2. los trastornos de la conducta y
3. el abuso de alcohol (sin dependencia)

La encuesta tuvo especial cuidado de obtener información sobre la historia natural de los padecimientos, se encontró que la ansiedad de separación (mediana de edad de inicio de 5 años) y el trastorno de atención (mediana de edad de inicio de 6 años) son los dos padecimientos que afectan en forma más temprana a la población. La fobia específica (mediana de 7 años), y los trastornos oposicionistas desafiantes, con mediana de 8 años, siguen después (Medina-Mora, 2003)..

Cuando se analizan los trastornos más propios de la vida adulta, se observa que los trastornos de ansiedad se presentan con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos afectivos y, posteriormente, se reportaron los trastornos por uso de sustancias. Con la información recolectada es posible hacer un seguimiento en los diferentes momentos de la vida de los entrevistados en que la muestra reporta el inicio de los trastornos. La bulimia, se extiende en el transcurso de la vida, al igual que el trastorno de separación del adulto. Los trastornos de ansiedad del adulto muestran un gran número de altas y bajas a lo largo de la vida; sin embargo, tienden a concentrarse en las edades jóvenes (antes de los 15 años). En el caso de los trastornos por uso de sustancias, se observan también numerosos periodos de altas y bajas, con un gran concentración entre los 15-30 años. Por último, los trastornos "infantiles" muestran picos diferentes, según los trastornos, la mayoría de ellos concentrados entre los 5 y los 15 años (Medina-Mora, 2003)..

En general, en los tres trastornos afectivos analizados, *manía*, *distimia* y *depresión mayor*, los casos se encuentran distribuidos en forma homogénea durante el trascurso de la vida. El episodio depresivo mayor presenta un primer auge alrededor de los 17 años, otro segundo pico alrededor de los 32 años y al

final de la edad máxima de la población incluida en la encuesta (65 años) se presenta otro momento de auge (Medina-Mora, 2003).

Por otro lado, la mortalidad por *suicidio* se ha incrementado de forma importante en la población mexicana pasando de una tasa de 1.1 en 1970 a una tasa de 3.12 en 2002. De ahí que hubo interés en analizar la frecuencia de intento suicida, sus antecedentes en la ideación suicida, el haber tenido un plan, su relación con otros trastornos mentales. Tres de cada cien (2.8 %) de la población había cometido un intento suicida a lo largo de su vida en una proporción de 1.7 hombres por cada mujer. Esta conducta se reporta raramente antes de los 12 años de edad y tiene su crecimiento mayor entre los 15 y 21 años y se extiende hasta los 35 años, después de lo cual se hacen más raros. Los planes siguen ocurriendo después de los 40 años, pero se intenta llevarlos a cabo con menos frecuencia, mientras que la ideación persiste hasta los 65 años, edad máxima comprendida en esta encuesta. En total, una tercera parte (33%) de quienes reportaron ideación suicida, y 87 % de quienes reportaron haber tenido un plan, intentaron quitarse la vida. La prevalencia de por vida de trastornos mentales entre los suicidas fue de 75 %, el haber experimentado tres ó más trastornos incrementó 23.4 veces el riesgo del intento suicida. Poco más de la mitad de quienes intentaron suicidarse (53% reportaron haber solicitado tratamiento para sus problemas emocionales, pero sólo 3.4 % consultó a un psiquiatra. Poco más de las dos terceras partes (69 %) había hecho un intento antes de solicitar ayuda y 17% lo hizo después, 14 % en el mismo año (Medina-Mora, 2005).

Así también, uno de los objetivos centrales de la encuesta fue evaluar el índice de utilización de servicios, la latencia entre el primer síntoma y la solicitud de

ayuda, el tipo de ayuda solicitada y qué tan adecuado era el tratamiento recibido. El análisis se hizo en aquellas personas que reportaron algún trastorno en los últimos 12 meses. Se preguntó a la población si habían acudido a algunos de los siguientes especialistas:

- Especialista en Salud Mental: Psiquiatra, Psicólogo, Consejero, Psicoterapeuta, Enfermera, especializada en Salud Mental, Trabajador Social;
- **Medicina General: Médico Familiar, Médico General, otro Médico (cardiólogo, ginecólogo, urólogo), Enfermera, Terapeuta Ocupacional.**
- Otro profesional de la salud: Especialista en Salud Mental, otro médico general.
- Otros Recursos: Consejero espiritual, Cura, Rabino, Yerbero, Quiropráctico, Espiritista.

A lo que se observó una tendencia al incremento en el uso de “cualquier servicio” según el número de trastornos reportados por la muestra. Las personas sin trastorno reportan una prevalencia de 2.9 % en el uso de cualquier servicio, contra 11.7 % para las que reportaron un trastorno, 19.4% para las que reportaron dos trastornos y de 11.2% para las que reportaron tres y más trastornos. *Es decir, sólo uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibió atención, y sólo 1 de cada 10 sujetos con tres ó más trastornos obtuvieron atención. Una de cada cinco personas con algún trastorno afectivo usó servicios y sólo una de cada 10 con algún trastorno de ansiedad lo hizo.* Al revisar las entidades específicas, se puede observar que el trastorno con

mayor uso de cualquier servicio fue “Déficit de Atención” (44 % de uso), seguido por trastorno de pánico (28.8%) y por depresión mayor (21.8 %) (Medina-Mora, 2003).

Cuando se analiza la información por tipo de especialista consultado encontramos que sólo dos de cada 30 sujetos con tres ó más trastornos recibieron atención especializada. No se observaron diferencias importantes en la proporción de personas con diferentes grupos de diagnósticos que solicitaron atención. Sin embargo, si hay variaciones al interior de los grupos diagnósticos y por tipo de servicio solicitado. El trastorno de pánico fue el diagnóstico que generó más uso de servicios especializados (17.1 %), seguido por el trastorno de manía (12.7%) y la depresión mayor (11.9%). Por último, se puede observar una tendencia general a que para cada entidad, el uso de servicios sea más frecuente en el rubro del especialista, que en el rubro de los servicios médicos generales. Los grupos de autoayuda constituyeron un recurso para la población con dependencia al alcohol pero fueron menos frecuentemente utilizados por las personas con trastornos por dependencia a otras sustancias. La herbolaria y otro tipo de medicina alternativa fueron un recurso para el 6% de la población con algún trastorno, ocuparon el segundo lugar en las preferencias de la población después de los especialistas (9.4%), sin incluir a la atención psiquiátrica (1.8 %). Existe una tendencia al incremento de la solicitud de ayuda conforme más severo es el diagnóstico; sin embargo, la gran mayoría de las personas con padecimientos mentales no pide ayuda, una proporción menor acude a un servicio especializado. El tiempo que tardan los pacientes en llegar a la atención es también importante con una latencia que oscila entre 4 y 20 años, según el tipo de tratamiento. Cuando se considera la adecuación de



tratamiento observamos que la mitad de la población enferma (57%) recibió un tratamiento mínimo adecuado en los doce meses previos, es decir, recibió, al menos, cuatro sesiones de psicoterapia; o cuando se trataba de farmacoterapia, al menos dos visitas y tratamiento con fármacos por cualquier periodo de tiempo, o aún en tratamiento, al momento de la entrevista. Se observó que existe una proporción importante de personas con depresión que recibieron benzodiacepinas, en lugar de antidepresivos; aún cuando habían consultado a un especialista. Los tiempos de consulta fueron adecuados pero, con mucha frecuencia, los pacientes no cumplen con el tiempo establecido, con más frecuencia cuando se trató de psicoterapia (Borges, Medina-Mora, Wang y cols., en prensa; citados en Medina –Mora, 2005).

Muy probablemente esta severa baja utilización, esté relacionada con la alta proporción de la población no asegurada, y el costo de los medicamentos, cuando se les compara con los ingresos de los pacientes. Al mismo tiempo, se observa una proporción importante de la población que pide ayuda sin cumplir con el criterio diagnóstico; lo cual puede reflejar, por una parte, las limitaciones en el sistema de clasificación ya en revisión (APA, 2000); además de considerar que la atención no se dirige a las personas con más severidad, como lo confirman los datos del estudio.

## **IMPACTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN LA CALIDAD DE VIDA**

Por su parte, el estudio que llevó a cabo la Organización Mundial de la Salud (citado en Medina-Mora, 2005), sobre el peso global de la enfermedad, estimado a partir de muerte prematura y días de vida vividos con discapacidad,

puso de manifiesto que el 31 % de todos los días vividos con discapacidad podrían ser atribuidos a los trastornos neuropsiquiátricos, y que la depresión era la causa líder responsable del 12 % del total. La introducción del concepto de discapacidad en la clasificación de enfermedades y condiciones fue un paso importante. Se propuso como un eje complementario al de enfermedad. Considera al organismo, o cuerpo, que presenta un daño, a la persona que sufre una discapacidad lo cual limita su actividad; Sin contar con una sociedad que responde de maneras que aumentan o disminuyen la desventaja que sufren las personas, y que limitan su participación. A fin de comparar las limitaciones en el funcionamiento, derivadas de los trastornos mentales analizados con los reportados para otros trastornos crónicos, se incluyeron 17 trastornos que oscilaron entre dolor de espalda, hipertensión arterial, hasta SIDA, cáncer y otros trastornos severos, 54 % de la población reportó mayor limitación en el funcionamiento por trastornos mentales que por aquellos de otra índole, en especial en el área de funcionamiento social, no obstante no se consideran los casos donde coexisten ambos. La Encuesta también preguntó sobre el total de días que la población fue totalmente incapaz de trabajar, la depresión fue la responsable del mayor número de días de incapacidad (Medina-Mora, 2005). La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica incluyó la medición de la discapacidad en personas que padecen trastornos psiquiátricos, las limitaciones en diferentes áreas de su vida y los días laborales perdidos. Se comparan estas limitaciones en personas que presentan trastornos orgánicos crónicos y cuando se padecen ambas condiciones. Los resultados muestran la mayor discapacidad asociada con trastornos mentales o cuando hay comorbilidad (Medina-Mora. 2003).

## **CAPITULO DOS: DEPRESIÓN**

Por su parte, los trastornos del estado de ánimo son padecidos por la cuarta parte de la población mundial, en algún momento de su vida. La afectividad y la cognición tienen lazos funcionales estrechos. Por una parte, las alteraciones afectivas pueden expresarse como cambios cognitivos que requieren atención psicológica y psiquiátrica. Por otro lado, los trastornos cognitivos se complican con depresión y quizá más importante que esto, los cambios cualitativos y cuantitativos de la cognición se encuentran relacionados con diferentes etapas de los trastornos depresivos (etapa prodrómica, etapa aguda, recuperación, mantenimiento) y su tratamiento (Vásquez, 2007)

### **EPIDEMIOLOGÍA**

A partir de 1974, se lograron avances significativos en el diagnóstico sistemático psiquiátrico y en la evaluación de cada caso, mismo que permitieron aplicar esto a estudios epidemiológicos en los años siguientes, como veremos a continuación. Tenemos los resultados de estos estudios en Estados Unidos de Norteamérica, Puerto Rico, Canadá, Italia, Corea y Taiwán, para finalmente citar estudios en población mexicana. Todos los estudios utilizaron el Diagnostic Interview Schedule (DIS) y los criterios del DSM III (citados en Díaz, A, 2007). En primer lugar, estos estudios aportan comparaciones nacionales cruzadas e independientes con datos obtenidos con una metodología semejante. Consideramos que estos datos comunitarios aportan estimaciones más imparciales de índices de enfermedad debido a que evitan el recuento excesivo de aquellos que han recibido ayuda profesional. A continuación revisaremos dos categorías mayores de trastornos depresivos:

depresión mayor y distimia, posteriormente revisaremos los Trastornos de Ansiedad y por último los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

## **DEPRESIÓN UNIPOLAR (MAYOR)**

Revisando el Epidemiology Catchment Area (ECA) realizado en Estados Unidos (citado en Díaz, A, 2007), se encontró que en este estudio se indicó una prevalencia para Depresión mayor de 2.2 % a los seis meses y 2.7 % al año. Los niveles anuales más elevados se presentan en Florencia y nueva Zelanda y los más inferiores en Taiwán. El porcentaje a lo largo de la vida en cuanto a la incidencia de Depresión Mayor en el ECA fue de 4.4 %, mismo que es considerablemente inferior al 18 % encontrado en el estudio de New Haven, 1975 (Weissman y Myers, 1978, citado en Díaz, 2007). La parte fundamental de la discrepancia en los resultados puede ser debido al reconocimiento relativamente limitado de episodios a lo largo de la vida permitido por el DIS (empleado en el ECA) comparado con la escala para trastornos afectivos y esquizofrenia (SADS, empleado en el estudio de New Haven). Los índices en el curso de la vida del estudio ECA son similares a los encontrados en los estudios de Puerto Rico (4.6 %) y Seúl (3.4 %). Fueron considerablemente más elevados en Nueva Zelanda (12.6 %) y Edmonton, Canadá (8.6 %), pero inferiores en Taiwán (Díaz, 2007).

## **FACTORES DE RIESGO**

### **GÉNERO**

Se tiene una documentación sólida en estudios previos de una incidencia elevada de depresión mayor en mujeres. Weissman y Klerman (1977-1985, citados en Díaz, 2007) revisaron estos estudios hace más de diez años y

concluyeron que esta diferencia entre géneros no se debía solamente a que las mujeres comunicaban con más frecuencia distrés, o a que solicitan ayuda con mayor frecuencia. Encontraron índices elevados en Depresión Mayor entre las mujeres en los estudios comunitarios, lo que obviaría el sesgo de contabilizar sólo aquellos que acudiesen solicitando ayuda. También se encontró mayor incidencia de este padecimiento entre mujeres en los estudios comunitarios revisados. La relación mujeres- hombres fue de aproximadamente 2:1, incluyendo los estudios en México (Medina-Mora, 2003).

## **EDAD**

Los datos procedentes del estudio ECA muestran un insospechado descenso en los índices acumulativos de depresión mayor en función de la edad. Los índices acumulativos a lo largo de la vida mostrarían un incremento con la edad o se aplanarían si la edad ejerciese un efecto protector. Sin embargo, los datos muestran que las personas nacidas después de la segunda guerra mundial tienen un riesgo superior en el curso de la vida de presentar depresión mayor que las nacidas antes. Este hallazgo es marcadamente consistente a través de las culturas (Wickramaratne et al, 1989; Klerkman y Weissman, 1989; citados en Díaz). El declive del riesgo del curso de la vida en función de la edad ha sido constatado en estudios realizados en Estados Unidos (Klerkman y Weissman, 1989, citados en Díaz, 2007), Alemania (Wittchen, 1986, citado en Díaz, 2007), Nueva Zelanda (Joyce et al, 1990; Oakley-Browne et al 1989, citado en Díaz, 2007), Canadá (Bland et al, 1988a; Newman et al, 19988, citado en Díaz, 2007) y un estudio urbano en Seúl (Lee et al, 1987, citado en Díaz, 2007).

Hay argumentos de que estos hallazgos son debidos a un artefacto, especialmente a la pérdida de la memoria con la edad. Sin embargo, algunos estudios no han podido encontrar una hipótesis de recuerdo disminuido (Farrer et al, 1989; Lavori et al, 1987 citado en Díaz, 2007). No obstante en México se ha encontrado un pico a los 12, otro a los 32 y otro a los 65 años de edad, en relación a la prevalencia de Depresión (Medina-Mora, 2003)

No se ha observado un índice descendido en función de la edad en los trastornos distímicos, lo que podría suceder si las alteraciones de la memoria fueran las responsables. Otras posibles explicaciones incluyen una mortalidad selectiva y/o una institucionalización, emigración selectiva, cambios en los criterios de entrada para la notificación y sesgo de las personas entrevistadas, éstas y otras variables han sido revisadas en profundidad. Otras dos posibles razones para estos hallazgos incluyen un periodo de efecto y/o efecto cohorte alrededor del nacimiento; este último en relación con los índices cambiantes de una enfermedad asociada cuando una persona haya nacido. El periodo efecto hace referencia a los índices cambiantes de una enfermedad presente cuando alguien enferma. Hay amplias diferencias entre ambos efectos, que son difíciles de distinguir entre sí.

Klerman y Weissman (1989, citado en Díaz, 2007) encontraron un marcado efecto cohorte al nacimiento y en la edad más temprana sobre la aparición de trastornos afectivos, tanto en los estudios comunitarios nacionales cruzados, como en los estudios familiares realizados a gran escala en los Estados Unidos. Hagnell et al (1986; citados en Díaz, 2007) realizaron un seguimiento longitudinal durante 25 años en 2 500 habitantes de Lundby, Suecia, entre los años 1947 y 1975. Encontraron un alto riesgo de depresión en los nacidos

después de 1937. Más pronunciado, sin embargo, fue el incremento de riesgo 10 veces mayor durante el periodo 1957- 1972 comparado con varones de la misma edad durante el periodo 1947-1957. Lavori et al (1987; citados en Díaz, 2007) han comunicado la evidencia de un efecto cohorte en los nacidos después de 1930 y un poderoso efecto del periodo 1965-1975. Wickramaratne et al (1989; citados en Díaz, 2007) analizaron atentamente los datos del estudio ECA y descubrieron una combinación semejante de los efectos cohorte al nacimiento, especialmente 1935-1945, y de los efectos periodo (1960- 1975). Este mismo efecto fue más llamativo en la cohorte de nacidos de “alto riesgo”. Estos hallazgos son concordantes con otras actitudes temporales ampliamente reconocidas como asociadas a la depresión, como incremento en el alcoholismo, abuso de drogas y suicidio. Todos ellos encontraron particularmente aumentados después de mediados de los años de la década de 1950.

## **RAZA/ETNIA**

Globalmente, fueron más frecuentes las semejanzas que las diferencias entre grupos raciales en cuanto a la incidencia de depresión mayor en el estudio ECA (Somervell et al, 1989, citados en Díaz, 2007). Puerto Rico mostró una diferencia significativa con respecto a este estudio, excepto en cuanto a ausencia de un efecto cohorte al nacimiento (Canjino et al, 1987, citados en Díaz, 2007). Por otra parte el estudio de Taiwán (Hwu et al, 1989 citados en Díaz, 2007) encontró una menor incidencia de depresión mayor que en los países occidentales. Es posible que este menor índice global sea el reflejo de una diferencia racial o que la población de Taiwán haya infracomunicado de forma selectiva algunos tipos de síntomas. Los datos del estudio Taiwán

muestran unos índices globales menores de psicopatología que en Estados Unidos, pero las diferencias más notables se sitúan entre los índices diagnósticos específicos. Los trastornos relacionados con la ansiedad y los psicofisiológicos prevalecen en Taiwán, mientras que los cuadros de consumo y dependencia de drogas, así como la depresión mayor son más comunes en el estudio ECA. Lo anterior supone diferencias raciales auténticas en cuanto a los índices. En el estudio de Corea, se encontró una prevalencia global en el curso de la vida del 3.4 %, misma que es más elevada que la de Taiwán, sin embargo, este índice fue superado por los trastornos relacionados con la ansiedad (Díaz, 2007).

### **SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (SSE)**

El estudio ECA no encontró asociación entre SSE y depresión mayor, por el contrario, el pequeño estudio comunitario de 1975 efectuado por Weissman y Myers (1978; citado en Díaz, 2007) encontró que los habituales síntomas de depresión mayor eran más elevados entre las clases inferiores. Los autores pensaron que se puede deber al reflejo de una mayor persistencia más que de la frecuencia de la depresión, entre las presumibles maltratadas clases inferiores. . Aunque en el estudio ECA, la situación socioeconómica tiene poca influencia, los índices de depresión mayor fueron inferiores en los empleados y/o personas económicamente independientes. Los desempleados y los trabajadores de la asistencia pública tenían un riesgo tres veces mayor de padecer depresión mayor. La dirección causal es poco evidente, sin embargo, dado que aquéllos que presentaban una depresión mayor tenían menor capacidad de obtener o mantener un empleo. La falta de éste, con o sin



asistencia pública, también ejerce estrés psicológico que puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de la depresión mayor.

## **POBLACION RURAL/URBANA**

El estudio ECA (citado en Díaz, A, 2007) encontró diferencias significativas, aunque contradictorias, en cuanto a los índices Urbanos vs. Rurales de depresión mayor. En Durham (donde las áreas rurales se encuentran aisladas del centro urbano) se encontró una prevalencia anual de más del doble en el área urbana, comparada con las áreas rurales. Puerto Rico también mostró una mayor tendencia en los índices de seis meses, que a lo largo de la vida en habitantes de la ciudad comparados con los habitantes rurales. La otra área del estudio ECA donde se observó este efecto fue en St. Louis Missouri, donde en el área urbana es más alta que la de Durham y se encuentra conectada a través de una “comunicación suburbana” al área rural. En esta zona la depresión mayor fue el 21 % más prevalente que en el área rural. De modo semejante, las muestras realizadas en pequeñas poblaciones de Taiwán (comparables a la “rural” o metropolitana) mostraron una tendencia a mayores índices de depresión. Lo cual fue marcadamente significativo para las mujeres (Hwu et al, 1989, citados en Díaz, 2007), Hwu pensó que los residentes en las pequeñas poblaciones de Taiwán experimentaban más inestabilidad, y por lo tanto, estrés, debido a un conflicto de valores entre el área metropolitana industrializada y las tradicionales áreas rurales.

## **ESTADO CIVIL**

El Estado Marital tuvo un efecto poderoso sobre los índices de depresión mayor en el estudio ECA. (Díaz, A, 2007) Las personas casadas y no

divorciadas presentaron una menor prevalencia anual; las divorciadas o en unión libre tenían los índices más elevados. En todo caso, las personas que no habían contraído nunca matrimonio o vivían en unión libre, presentaron un índice de depresión mayor estrechamente relacionados con los índices más bajos que presentaban las personas en matrimonio estable. Las personas que se separaron o divorciaron durante el estudio presentaron un riesgo de depresión 2 ó 3 veces mayor, que las que estaban en cualquier otra situación. En el estudio de Edmonton, Canadá, se encontraron resultados semejantes. Estos datos son también concordantes con el informe de Brown y Harris (1978; citados en Díaz, 2007) en el que las mujeres con una fuerte relación tenían cuatro veces menos probabilidades de presentar depresión mayor cuando se veían sometidas a estrés.

## **HISTORIA FAMILIAR**

Como mínimo, desde 1960 se viene sugiriendo una posible susceptibilidad genética para padecer trastornos afectivos. Posteriormente, el hallazgo del diagnóstico diferencial entre enfermedades unipolares y bipolares propició la creación de estas dos categorías. Los estudios realizados en la siguiente década (Winokur y Morrison, 1973; Winokur, 1979; citados en Díaz, 2007) mostraron un riesgo de depresión mayor incrementado entre dos y tres veces, entre los descendientes en primer grado de sujetos con un diagnóstico de depresión, comparados con los descendientes de controles normales. El diagnóstico en el curso de la vida de depresión mayor tiene un probabilidad mayor del doble entre descendientes de primer grado de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar comparados con descendientes de controles normales (Freimer y Weissman, 1990; Gershon et al, 1982; citados en Díaz,

2007). Estudios en gemelos empleando los criterios del DSM III o RDC revelaron unos índices concordantes del 27 % vs. 12 % entre gemelos monocigóticos y dicigóticos en cuanto a depresión mayor (Díaz, A, 2007).

## RECONOCIMIENTO DE LA CONDICIÓN-DIAGNÓSTICO

### MÉTODOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Hay diversos instrumentos diagnósticos confiables (escalas de autoevaluación) como la MINI Structured Interview (partes A y C) (Sheehan, 2004), que permiten identificar a los individuos que presentan síntomas depresivos y posibilitan que el clínico realice una entrevista diagnóstica; muchos de estos instrumentos son útiles en los centros de atención primaria (\* de Wester JN, 1996, Lyness JM, 1997; Spitzer RL, 1994, citados en Díaz, 2007). Para detectar e identificar los síntomas de la depresión, es preciso realizar una entrevista detallada y directa, dado que los pacientes pueden presentar dificultades de concentración, alteraciones de la memoria, o incluso negar la existencia de algunos síntomas. Así mismo, las quejas de tipo somático pueden hacer que el médico familiar o general, quien muchas veces es el primer contacto del paciente con un especialista, no diagnostique una enfermedad psiquiátrica y tienda a solicitar pruebas de laboratorio y pruebas diagnósticas de todo tipo. Dado que las alteraciones del sueño, la fatiga y las quejas inespecíficas son síntomas de muchas enfermedades médicas para facilitar el diagnóstico puede resultar útil **identificar la presencia de ideas de culpabilidad, ideación suicida o baja autoestima**. Se recomienda recabar información sobre la situación matrimonial o de pareja, laboral o académica del paciente. Un examen del estado mental del enfermo debería incluir datos

sobre la ideación suicida. El riesgo de suicidio también puede valorarse mediante la formulación de preguntas breves (cuadro número uno). Cabe mencionar que los médicos no deberían mostrarse reacios a efectuar preguntas relacionadas con el suicidio, ya que muchos pacientes son capaces de hablar abiertamente sobre éste si se les brinda la oportunidad (Hirschfeld, 1997, citado en Díaz, 2007).

#### Cuadro Núm. 1.

Ha tenido pensamientos relacionados con la muerte o ha pensado en acabar con su vida?

- En caso afirmativo:
  - Tiene algún plan?
  - ¿Dispone de medios (pistola, balas, veneno, etc.)?
  - ¿Ha pensado en matarse o en cómo la haría?
  - ¿Tiende a ser impulsivo de hacerlo?
  - ¿Ha oído voces que le incitaran a lesionarse o matarse?
  - Preguntar acerca de intentos previos, y en especial, sobre la gravedad del intento.
  - Preguntar acerca del suicidio en miembros de la familia.

Adaptado de Charles B. Nemeroff y Alan F. Schazberg (citados en Díaz, 2007).

En el DSM IV TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés, cuarta edición (APA, 2000), se incluyen los criterios de los subtipos de depresión, como depresión psicótica (alucinaciones, delirios), atípica y melancólica. Algunas escalas de valoración permiten establecer una puntuación sobre la gravedad de los síntomas depresivos, por lo que pueden utilizarse para valorar el grado de mejoría de los pacientes. Tres trastornos del estado de ánimo presentes en el DSM IV TR (APA, 2000) y no tratados aquí (trastorno disfórico premenstrual, trastorno depresivo menor y depresión breve recurrente) también pueden producir un deterioro clínico significativo del funcionamiento, por lo que pueden precisar tratamiento. Hasta una cuarta parte de los individuos que presentan enfermedades médicas graves (por ejemplo, diabetes, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, infarto de miocardio cáncer, accidentes vasculares cerebrales desarrollan depresión (Evans, 1996/1997). Por desgracia, si esto sucede, el tratamiento de la enfermedad médica se hace más complejo y el pronóstico de la depresión se hace menos favorable. El trastorno depresivo mayor debe diferenciarse de los trastornos del estado de ánimo causados por una enfermedad médica (cuadro número ..), así como del abuso de sustancias o la demencia (especialmente en la vejez). No hay pruebas de laboratorio diagnósticas para el trastorno depresivo mayor.

### **Quejas Frecuentes**

El paciente puede presentar inicialmente uno ó más síntomas físicos (fatiga, dolor). La entrevista detallada nos revelará ánimo bajo o pérdida de interés. A veces el problema que se presenta es la irritabilidad. Algunos enfermos tienen un alto riesgo de presentar depresión (por ejemplo, puerperio, accidente

cerebrovascular reciente, enfermedad de Parkinson o esclerosis múltiple) (APA, 2000; Díaz, 2007).

### **SÍNTOMAS CLÍNICOS DE LA DEPRESIÓN** (APA, 2000, Díaz, 2007)

- ◆ Estado de ánimo bajo, caracterizado por tristeza
- ◆ Pérdida de interés o capacidad de disfrutar
- ◆ Frecuentemente se presentan síntomas asociados:
  - ✿ Trastornos del sueño
  - ✿ Culpabilidad o baja autoestima
  - ✿ Astenia o pérdida de energía
  - ✿ Disminución en la habilidad para concentrarse, o pensar; o estar muy indeciso.
  - ✿ Pensamientos recurrentes de muerte (no miedo a morir), con pensamientos recurrentes de suicidio o intentos de suicidio, o con plan específico para suicidarse.
  - ✿ Trastorno del Apetito como por ejemplo, pérdida de peso sin dieta restrictiva, o por el contrario, aumento de peso (más del 5 %) en un mes, disminución o aumento del apetito la mayor parte del día.
  - ✿ Pensamiento o actos suicidas
  - ✿ Agitación o enlentecimiento de los movimientos, o del habla

- ☀ Disminución de la libido
- ☀ También están presentes síntomas de ansiedad; como sentirse preocupado. casi todo el día sin causa real.

## **PREVALENCIA Y DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA**

Está claro que, de acuerdo con Medina Mora (2003) la mayoría de las personas solicitan ayuda especializada después de 4 hasta 20 años, sin embargo, el primer contacto que se tiene con un especialista es el médico familiar o general. Por su parte, los estudios internacionales realizados por la OMS en centros de atención primaria de 141 países constatan una prevalencia de la depresión superior al 10 % en este entorno. Trabajos similares realizados en España, en el contexto de la asistencia sanitaria, confirman cifras equiparables de prevalencia de la depresión y detectan unas cifras de presentación somatizada superiores al 40 % del total de los casos de depresión. En general, y desde los ya clásicos estudios de Goldberg y Huxley (citados en Vallejo, 2007), se acepta que la detección de los trastornos psiquiátricos en general, y de la depresión en particular, por parte del médico de familia es relativamente baja, con valores en el orden del 50 al 70 %, en comparación con las entrevistas psiquiátricas estandarizadas. Las causas de esta baja detección son múltiples y complejas e incluyen desde razones asistenciales, hasta aspectos concernientes al paciente, o aspectos específicos de la formación y la personalidad del médico. Por otra parte, la discontinuidad entre lo normal y lo patológico en atención primaria no se encuentra bien delimitada.

## **DEPRESIONES ORGÁNICAS**

Existen suficientes datos para afirmar que los pacientes con enfermedades no psiquiátricas, de manera especial en algunas enfermedades neurológicas, presentan una prevalencia de trastorno depresivo mayor que la observada en la población general. Según diferentes estudios, entre los pacientes hospitalizados, dicha prevalencia supera el 10 %, y en pacientes ambulatorios varía entre el 10 y el 20 %. No obstante, debe quedar claro que, en la práctica clínica, ante síntomas afectivos, cognitivos y sintomáticos, es compleja la diferenciación entre pacientes psiquiátricos y pacientes no psiquiátricos con otras enfermedades. La relación entre enfermedades “médicas” y “psiquiátricas” no es sencilla, en el supuesto de que tenga sentido realizar esta distinción, a todas luces obligada hasta ahora. Por otro lado, numerosos pacientes con enfermedades no psiquiátricas, sin un trastorno depresivo definido, presentan también síntomas depresivos, e incluso ansiosos. En consecuencia, diferenciar entre trastornos depresivos entre pacientes psiquiátricos, y trastornos depresivos en pacientes con enfermedades médicas ha llevado a una utilización, si no impropia, al menos conflictiva de los términos “Depresión somática”, “Depresión orgánica” o, de acuerdo con las nosologías norteamericanas, “trastornos afectivos asociados a enfermedades médicas”. Diversos trabajos indican que los síntomas más frecuentes en pacientes no psiquiátricos con trastornos depresivos afectan de manera esencial a las funciones ocupacionales y de relación social, a diferencia de los trastornos afectivos sin asociación orgánica, cuyos síntomas más frecuentes son (Vallejo, 2007):

- Deterioro cognoscitivo,
- Labilidad emocional,



- Hostilidad y
- Pérdida de introspección (insight)

## ENFERMEDADES MÉDICAS ASOCIADAS CON SÍNTOMAS DEPRESIVOS

En el DSM IV TR (APA; 2000) ya desapareció el término “trastorno mental Orgánico” por considerar que separaba los “trastornos mentales no orgánicos” o “funcionales” de todo proceso biológico. Este manual distingue entre “Trastornos Mentales debidos a enfermedades médicas”, de aquellos inducidos por el uso de sustancias, y de aquellos que no tienen una etiología especificada.

Tabla uno

Sistema	Ejemplos
Cardiovascular	Miocardiopatía, isquemia cerebral, insuficiencia cardiaca, congestiva, infarto de miocardio
Neurológico	Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, Traumatismo craneoencefálico,, narcolepsia, tumores Cerebrales, enfermedad de Wilson
Cáncer	Cáncer de páncreas, cáncer de pulmón

Endócrino	Hipotiroidismo, hipertiroidismo, enfermedad de Cushing, enfermedad de Addison, hipoparatiroidismo, hiperparatiroidismo, hipoglucemia, feocromocitoma, insuficiencia ovárica o testicular.
Enfermedades Infecciosas	Sífilis, mononucleosis, hepatitis, SIDA, tuberculosis, gripe, encefalitis, enfermedad de Lyme
Déficits nutricionales	Folatos, vitaminas B12, B6, B2 y B1, hierro

Adaptado de Charles B. Nemeroff y Alan F. Schatzberg (citados en Díaz, 2007)

El término “psicógeno” tampoco se utiliza en la CIE 10 (OMS, 1996) en los títulos de categorías de enfermedad, por sus diferentes acepciones en las corrientes psiquiátricas y psicológicas. Cuando el término se utiliza, significa que el clínico considera que los acontecimientos vitales o las dificultades ambientales desempeñan un papel importante en el trastorno. Se hace referencia, por lo tanto, a todos aquellos factores psicológicos, conductuales y sociales que inciden en las enfermedades médicas no psiquiátricas. Los trastornos y los síntomas afectivos en pacientes con diversas enfermedades médicas son poco diagnosticados, rara vez sometidos a un tratamiento adecuado, y contemplados con cierto recelo o prevención a efectos de tratamiento, por parte de médicos y de pacientes.

En estos casos, es crucial establecer una diferencia entre los denominadas *síntomas primarios* y *secundarios*. Incluso se ha llegado a proponer la existencia de dos síndromes específicos diferenciados. Endicott ha planteado

(Tabla Uno) la necesidad de sustituir, en estos casos, el término *síntomas somáticos*, por *síntomas psicológicos* en un intento de disminuir las dificultades planteadas, con instrumentos de evaluación (escalas de Beck, Hamilton y Goldberg, citadas en Vallejo, 2007)) no diseñados para contemplar tales particularidades.

Para hablar de trastornos depresivos “orgánicos” deben considerarse en primera instancia, una serie de características:

- La enfermedad médica específica
- El curso, la evolución y el pronóstico de esta enfermedad médica, que condicionan una serie de aspectos de gran relevancia, como por ejemplo, la cronicidad.
- El tipo de síntomas afectivos detectados, ya sea como un trastorno mental definido (con los criterios diagnósticos aceptados) o como síntoma depresivo, ansioso o de cualquier otra variedad.
- La personalidad premórbida del paciente, es decir, sus rasgos de personalidad, que puedan constituir, o no, un trastorno de personalidad y modificar algunos aspectos de las manifestaciones médicas y psicopatológicas.

Tabla Dos: Criterios que Endicott propone para evaluar trastornos afectivos en pacientes con enfermedades no psiquiátricas

<p style="text-align: center;"><b>Criterios de sustitución de Endicott para evaluar trastornos afectivos en pacientes con enfermedades no psiquiátricas</b></p>
---

Síntomas Físicos/somáticos	Síntomas Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Cambios en el apetito y peso</li> <li>◆ Trastornos del Sueño</li> <li>◆ Fatiga</li> <li>◆ Pérdida de energía</li> <li>◆ Pérdida de la concentración</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tendencia al llanto</li> <li>● Apariencia depresiva</li> <li>● Aislamiento Social</li> <li>● Disminución de la locuacidad</li> <li>● Pesimismo</li> <li>● Autocompasión</li> <li>● Falta de reactividad</li> <li>● Indecisión</li> </ul>

Tomada de Vallejo (2007)

Los trastornos depresivos orgánicos se relacionan con:

- ☀ Aumentos en las estancias hospitalarias
- ☀ Aumento de la mortalidad
- ☀ Índices de suicidio más elevados (en determinadas enfermedades médicas con trastornos afectivos)
- ☀ Problemas de cumplimiento de los diferentes tipos de tratamiento
- ☀ Interacciones entre las medicaciones prescritas para tratar ambos tipos de trastornos.

Se ha propuesto también una influencia, bioquímicamente mediada, de los trastornos afectivos sobre el sistema inmunitario y sobre diferentes neurotransmisores, lo que podría condicionar la aparición de nuevos trastornos (Vallejo, 2007, Zárata, 2005).

Por otra parte, el diagnóstico y el tratamiento adecuados, de los cuadros depresivos, en pacientes con una enfermedad de tipo médica, se relaciona con una disminución de la gravedad de la incapacidad causada por ambos trastornos, menores costos sanitarios del tratamiento, menos hospitalizaciones y menos exploraciones, menos mortalidad (disminución de las tasas de suicidio) y mejor cumplimiento de las indicaciones médicas. Además de muchas enfermedades neurológicas, algunos cuadros no psiquiátricos, ni psicológicos, se han relacionado especialmente con trastornos afectivos: El infarto agudo del miocardio y el accidente vascular cerebral (en especial en varones).

En las tablas 2, 3 y 4 se mencionan los cuadros médicos más frecuentemente asociados a trastornos afectivos. Los trabajos publicados han ido perfilando algunas particularidades de interés. En las enfermedades que afectan al sistema nervioso central se ha observado que los traumatismos que implican el área dorso lateral frontal están más relacionados con la aparición de trastornos afectivos. Tabla Tres. Relación entre Trastorno Depresivo Mayor y enfermedades médicas

<b>Trastornos depresivos y Enfermedades No Psiquiátricas</b>	
Enfermedades cardiovasculares	■ Infarto de Miocardio
Enfermedades Respiratorias	■ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
Enfermedades Gastrointestinales	■ Enfermedad Inflamatoria Intestinal

<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Carcinoma de Páncreas</li> </ul>
<p>Enfermedades Endocrinológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diabetes</li> <li>■ Hipertiroidismo</li> <li>■ Hipotiroidismo</li> <li>■ Enfermedad de Addison/Enfermedad de Cushing</li> </ul>
<p>Enfermedades musculo-esqueléticas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Artritis Reumatoide</li> </ul>
<p>Enfermedades Infecciosas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida</li> </ul>
<p>Enfermedades Oncológicas</p>

Tomada de Vallejo (2007)

En los accidentes vasculares cerebrales la afectación del lóbulo frontal izquierdo y de los ganglios basales es la que tiene mayor repercusión psicológica y psiquiátrica. Se ha propuesto el confuso término de “depresión vascular” para denominar los cuadros observados en pacientes de edad avanzada con resultados anormales en las pruebas de neuroimagen (Vallejo, 2007, Zárate, 2005).

Por ejemplo, la enfermedad de Parkinson, si se acompaña de depresión, se asocia a menudo con disforia e irritabilidad, mientras que están ausentes la baja autoestima, o los sentimientos de culpa; con frecuencia la prueba de supresión con dexametasona está alterada. En los pacientes con enfermedad de Huntington, por su lado, hay que vigilar particularmente el riesgo de conducta suicida. La depresión es frecuente en la demencia vascular. En la enfermedad de Alzheimer los resultados son muy confusos; se ha considerado

que los episodios depresivos previos son un factor de riesgo para el desarrollo posterior de este tipo de demencia.

El hipotiroidismo se asocia, con frecuencia, a cuadros depresivos (con apatía, enlentecimiento difuso, letargia e hipersomnía acompañada de irritabilidad), lo mismo que la enfermedad de Cushing, en mayor medida que el hipertiroidismo. A las enfermedades infecciosas tradicionalmente asociadas a afectación cerebral y, en consecuencia, a trastornos psiquiátricos, se ha añadido, en los últimos años, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), debido a su particular afectación en zonas límbicas. Entre las afecciones neoplásicas, es tradicional mencionar siempre, el carcinoma de la cabeza del páncreas, cuyo inicio, a veces, puede verse anticipado por un cuadro afectivo, debido a que la astenia y la anorexia son, entre otros, síntomas prodrómicos. La menor relación depresión- neoplasia se observa en los casos de afectación mamaria (Vallejo, 2007).

Por su parte, como se verá más adelante a detalle, la Diabetes Mellitus tipo dos (DM II) es un trastorno metabólico caracterizado por resistencia a la insulina, obesidad, alteraciones en el metabolismo de los lípidos y el riesgo de desarrollar complicaciones crónicas como infarto, insuficiencia renal, ceguera y amputación (Pérez, 2004).

Tabla Cuatro. Relación entre Trastorno depresivo mayor y enfermedades neurológicas

<b>Trastorno Depresivos y Enfermedades Neurológicas</b>
<b>Neoplasias</b>

<b>Traumatismos</b>
<b>Accidente Vascular Cerebral</b>
<b>Infecciones</b>
<b>Enfermedades neurológicas desmielinizantes o degenerativas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>⊕ <b>Demencia vascular</b></li> <li>⊕ <b>Demencia de Alzheimer</b></li> <li>⊕ <b>Enfermedad de Parkinson</b></li> <li>⊕ <b>Enfermedad de Wilson</b></li> <li>⊕ <b>Corea de Huntington</b></li> <li>⊕ <b>Esclerosis múltiple</b></li> </ul>
<b>Epilepsia</b>

**Tomada de Vallejo (2007)**

El tratamiento de ésta requiere de una alta motivación y conocimientos tanto del paciente, como del médico, no obstante, las dos áreas más importantes para poder conseguir un control metabólico son:

- 1) Cambios en los patrones nutricionales. En el paciente la enfermedad requiere cambios en el estilo de vida como la disminución en el consumo de calorías totales, incremento en el consumo de fibra y reducción de grasas de origen animal,
- 2) El incremento en la actividad física.

No obstante, la modificación de la conducta que la diabetes requiere, exige una adaptación adecuada a la enfermedad y un estado anímico óptimo.



La depresión es más común en personas con diabetes, que en la población general. Su incidencia es variable, según las poblaciones, pero se refiere que al menos, una de cinco personas con DM I presenta y en muchas ocasiones no se diagnostica. Además, es más grave y recurrente. La depresión y la diabetes pueden agravarse a través de cambios neuroendócrinos (Pérez, 2004, pág. 69).

La prevalencia de los pacientes con Diabetes Mellitus y Trastorno Depresivo Mayor, de acuerdo a Patrick Lustman (Citado en Vázquez y Michel) en su meta análisis realizado en el año 2001, usando cuestionarios autoaplicables y entrevistas psiquiátricas; en la población con DM fue de 2 a 3 veces mayor en comparación con la población general.

En relación a los síntomas comunes a la depresión mayor y al descontrol metabólico en la diabetes Mellitus se encuentran las ideas suicidas, la anhedonia y la minusvalía, sin embargo, tanto la fatiga, el insomnio, como las dificultades para la concentración pueden ser producidas, tanto por la diabetes Mellitus descontrolada, como por la depresión mayor, cuestiones que deben tomarse en consideración al momento de establecer el diagnóstico, el diagnóstico diferencial, como se verá en la siguiente sección, a fin de brindar un tratamiento adecuado.

La depresión puede alterar, de manera importante, el manejo de la DM. Los sentimientos de soledad y desesperanza que se asocian con depresión contribuyen a crear un círculo vicioso de pobre autocuidado y mal control glucémico, agravando, de esta forma la depresión. La cual se ha asociado a pobre control glucémico y aumento en el riesgo de complicaciones micro y

macrovasculares. La depresión sub clínica (la depresión persistente que no llega plenamente los criterios para su clínico), también asocia con disminución en la funcionalidad de las personas y con la morbilidad antes señalada. A pesar de la importancia que tiene la depresión en las personas con DM es muy frecuente que no se diagnostique o no se trate.

Esto obedece a la percepción de que la depresión en las personas enfermas es una condición secundaria a la enfermedad (Pérez, 2004 pág.. 69) y no se le da la importancia debida, por lo que se presta poca o nula importancia en su diagnóstico, máxime que algunos síntomas de depresión son comunes con los de hiperglucemia o sus consecuencias, como lo son el cansancio, el aumento del apetito, el aumento de peso y la disfunción eréctil.

### **SECUENCIA DE DIAGNÓSTICO, DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO ANTE SÍNTOMAS AFECTIVOS Y SOSPECHA DE ENFERMEDAD MÉDICA**

Ante un paciente con síntomas afectivos y sospecha de enfermedad no psiquiátrica, por ejemplo HTA y DM (Sheehan, 2004; Vallejo, 2007), se deberá:

1. Establecer un diagnóstico psicológico y psiquiátrico adecuado, diferenciando claramente entre episodio depresivo, síntomas afectivos aislados y síntomas adaptativos. Si se produce una reacción emocional similar a una reacción de duelo, a raíz de un diagnóstico de enfermedad médica, debe considerarse la proporción entre el estímulo desencadenante y la respuesta, así como la relación temporal.
2. Descartar la sospecha de que el episodio depresivo o los síntomas afectivos puedan constituir el inicio de una enfermedad

orgánica o médica. En ocasiones, el tipo y las características de la depresión ayudan a diferenciar enfermedades no psiquiátricas en su inicio (humor lábil, irritabilidad). Será necesario solicitar una analítica (recuento y fórmula leucocitaria, glucemia, pruebas de función renal y tiroidea, pruebas de función hepática, serología luética y VIH, electrolitos) y, en numerosas ocasiones, pruebas de neuroimagen, según la sospecha diagnóstica, además de solicitar el apoyo de otros especialistas, entre los que se encuentra el psicólogo.

3. Si se trata de un episodio depresivo claro, ajustado a criterios diagnósticos clínicos y que acompaña a una enfermedad no psiquiátrica diagnosticada, deberá descartarse que el episodio depresivo será inducido por el tratamiento farmacológico que sigue el paciente para tratar dicha enfermedad, por ejemplo con el uso del MINI PLUS (Sheehan, 2004). Hay muchos datos contradictorios al respecto; probablemente muchos cuadros que han sido etiquetados como depresiones inducidas por fármacos no son sino síntomas afectivos que no llegan a constituir una enfermedad como tal.

4. Valorar el episodio depresivo en sus características nucleares y ver si existen síntomas melancólicos (alteraciones en la motricidad, en los ritmos circadianos, anhedonia, etc.). En este último caso debe iniciarse de inmediato un tratamiento adecuado.

5. En los supuestos de episodio depresivo claro, el tratamiento debe instaurarse cuanto antes, en la medida de lo posible.

6. El tratamiento, por regla general, no deferirá de los tratamientos habituales de las depresiones no orgánicas, pero en este caso, se debe proceder con cautela, para valorar determinados aspectos del paciente y del fármaco.

7. La psicoterapia, como se revisará más adelante, puede ser útil, de manera coadyuvante, más eficaz para síntomas afectivos aislados en pacientes con enfermedades no psiquiátricas que ante cuadros depresivos consolidados. En cambio, la terapia electroconvulsiva deberá tenerse siempre presente en los siguientes casos: mala respuesta a antidepresivos, interacciones farmacológicas; estado del paciente que no permite el tratamiento con psicofármacos, o necesidad de respuesta muy rápida, debido a la gravedad de los síntomas afectivos.

### **LA IMPORTANCIA DE LA PSICOTERAPIA**

Después de que ha habido un diagnóstico preciso y oportuno, la combinación del manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico ofrece múltiples ventajas, en cuanto a su efectividad, comparada con los tratamientos aislados. Por su parte, los pacientes que presentan trastornos de personalidad y que con frecuencia presentan depresiones refractarias en condiciones psicosociales de estrés extremo, pero suelen mejorar su nivel de respuesta con el tratamiento combinado. Los modelos psicoterapéuticos basados en la evidencia que se han estudiado en forma más completa, son la terapia cognitiva y la terapia interpersonal (Lega, 19997; Vázquez C, 2003). El primer modelo se basa en el trabajo de Aaron T. Beck, surge de las ideas de Epícteto en el sentido de que

no son los hechos los que generan depresión sino la interpretación que se hace de ellos. Beck ha logrado identificar una triada cognitiva presente en la depresión, que consiste en una imagen negativa de sí mismo, una cognición negativa respecto a las relaciones con los demás y una cognición negativa del futuro. La terapia cognitiva ha demostrado que produce cambios en la actividad frontal en los estudios de imagen cerebral. Las ideas automáticas y los esquemas distorsionados son identificados cotidianamente, y al ser cuestionados, se adoptan gradualmente ideas alternativas. El aprendizaje del uso de estas técnicas es producto de un empirismo colaborativo entre el terapeuta y el paciente. La segunda es asignada por Gerard Klerman y su esposa Myrna Weissman (citados en Vázquez, 2007), quienes encontraron que la depresión estaba asociada a problemática relacional y plantearon unas guías manuales de tratamiento viable de utilizarse durante poco tiempo, que se pudiera estandarizar, y fueran medibles, tanto el método como los resultados basándose en cuatro tipos de problemática:

- 1.- Duelo
- 2.- Conflicto interpersonal
- 3.- Transición o cambio de rol
- 4.- Falta de habilidad social

Sus resultados han demostrado ser muy favorables en lo que respecta a trastornos afectivos.

Además, diversos estudios de seguimiento han mostrado que la probabilidad de que un grupo de pacientes deprimidos complete una intervención

nutricional es significativamente menor, al contrario con un grupo de personas emocionalmente sanas (no deprimidas). Esta reducción se estima que es del 40 al 60 %. El óptimo cuidado de la depresión requiere de un elemento cognitivo que se llama autoeficacia, es decir, la creencia de que se es competente para manejar un problema. La depresión mayor afecta notablemente la autoeficacia de los pacientes y reduce su flexibilidad y capacidad de resolver problemas (Vázquez C, 2003). Se ha demostrado que la depresión afecta notablemente las relaciones interpersonales, incluyendo las relaciones familiares. Síntomas como la irritabilidad y la apatía complican la convivencia con la familia. Glasgow y cols. (citados en Vázquez , 2003) han demostrado que la funcionalidad del sistema familiar y el apoyo que éste brinda son elementos que favorecen el control metabólico.

Además, la irritabilidad y el pesimismo pueden hacer difícil la relación médico-paciente. El paciente puede parecerle excesivamente demandante al médico, con elevada impulsividad y escasa tolerancia a las frustraciones que generan los esfuerzos fallidos por lograr el control de la enfermedad. Las posibilidades de establecer metas terapéuticas en el cuidado de la DM están relacionadas con la capacidad cognitiva del paciente de formular un futuro con la expectativa de cambios positivos en su conducta y consecuentemente en su salud. Cuando se utilizan conjuntamente, intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas en el manejo de la depresión se hace evidente el cambio de la visión del futuro que los pacientes experimentan. Tanto el apoyo del equipo de salud, como el familiar, es difícil que logren su objetivo si la tendencia del paciente es a retraerse o a mostrarse excesivamente sensible a la crítica. Curiosamente la depresión induce aislamiento y el aislamiento refuerza la

depresión manteniendo un círculo vicioso nocivo. El tratamiento de la depresión mejora la alianza terapéutica con los pacientes, ya que también mejora su capacidad para la toma de decisiones. En el manejo de la DM se requiere de una constante negociación entre el psicólogo, el médico y el paciente, y la búsqueda de opciones en las que ambos puedan colaborar. Por otra parte, los pacientes con depresión, tienen interferida su capacidad de aprendizaje. Las actitudes pesimistas inhiben la disposición o la capacidad de cuidarse, y los pacientes pueden requerir re-educación en los contenidos que fueron olvidados, o no aprendidos, mientras se encontraba experimentando un episodio depresivo (Lega, 19997; Vázquez C, 2003).

## CAPÍTULO TRES: DISTIMIA

La palabra ***distimia*** proviene del idioma griego y de acuerdo a su etimología significa *mal humor*. Se cita por vez primera en el libro de Timeo de Platón, como una de las generadoras de enfermedad en el alma (Serrano, 2001). Kahlbaum en 1863 (Citado en Serrano, 2001) por su parte hace la primera descripción clínica de la distimia al confrontarla con la ciclotimia y considerarla como una forma crónica de melancolía. No obstante, las descripciones en el área psicológica, en la primera mitad del siglo pasado, abordan la distimia como un trastorno de personalidad depresivo. Los sistemas nosológicos actuales se han convertido en un espacio común interdisciplinario, pretendiendo definir mejor el objeto de estudio a través de listados diagnósticos, como el DSM IV TR (APA, 2000) y la CIE-10 (OMS, 1996).

En tiempos pasados denominada también *depresión neurótica* (Abraham, 1940, citado en Serrano, 2001), este tipo de depresión es crónica, comúnmente se inicia en la adolescencia o adultez temprana, aunque no es poco común que se declare desde la infancia. Su curso es insidioso y las manifestaciones clínicas son similares a las que se presentan en el trastorno depresivo mayor, sólo que su intensidad va de leve a moderada. La persona afectada se siente con humor depresivo la mayor parte del tiempo, y los intervalos libres de síntomas nunca son superiores a dos meses; lo que impacta de manera negativa en la calidad de vida, ya que predominan los síntomas psicológicos de la depresión: ideas de inutilidad, culpa y minusvalía, tristeza, fallas cognoscitivas, anergia y poca capacidad para experimentar placer (anhedonia). Es frecuente también una baja en la productividad que se traduce en bajo rendimiento escolar o laboral; a lo anterior se agrega el aislamiento social y la



pérdida de interés en actividades cotidianas. En niños los síntomas predominantes son la irritabilidad, la baja en el rendimiento escolar, la poca socialización y las quejas somáticas de dolor. Debido a que los síntomas los experimenta el individuo como parte de su experiencia cotidiana, piensa que “así ha sido siempre”, o que “así es”, por lo que es raro que busquen ayuda médica, pues sus síntomas los atribuyen a debilidad de carácter o timidez; cuando lo hacen es porque se ha agregado un episodio depresivo mayor con síntomas somáticos severos (doble depresión), y por lo común han pasado años con síntomas de intensidad leve a moderada. A lo anterior se debe agregar que es común que la distimia coexista con trastornos de la personalidad, siendo los principales el de evitación, el dependiente, el limítrofe y el histriónico (APA, 2000; Zárate, 2005).

Los índices de distimia están limitados a la prevalencia a lo largo de la vida, dado que se trata de un proceso crónico por definición. La incidencia global de distimia en el estudio ECA (citado en Díaz, 2007) fue del 3 %. Casi la mitad de ellos (42 %) también experimentaron un episodio de depresión mayor a lo largo de la vida. La prevalencia global en Edmonton, Canadá, fue del 3.7 % (Bland et al, 1988c; citados en Díaz, 2007), muy parecido al índice de Estados Unidos. Corea tuvo un índice de 2.2 %; Puerto Rico reportó el mayor índice, 4.7 debido a una prevalencia muy elevada en las mujeres. Al igual que para todos los trastornos, Taiwán presentó el menor porcentaje.

## **FACTORES DE RIESGO**

Puede esperarse que los factores de riesgo para distimia y depresión mayor sean semejantes si los dos trastornos soportan una línea continua de

severidad. De hecho, hay evidencia de que ciertas distimias pueden ser alguna forma de depresión mayor incompletamente resuelta o una fase prodrómica de una depresión mayor, en alguno de estos casos deberá haber una prevalencias más elevada de distimia que de depresión mayor, lo que no sucede (Díaz, 2007).

## **GÉNERO**

En niños, el desorden distímico afecta por igual a ambos sexos. Tanto niños como adolescentes se muestran irritables, malhumorados, pesimistas, con pocas habilidades sociales. En adultos las mujeres son más afectadas dos a tres veces más que los hombres (Zárate, 2005). Por su parte, El estudio ECA otorgó un cociente aproximado de 1.9 entre mujeres y hombres en cuanto a la distimia. Como se ha mencionado con anterioridad, el cociente hombre/mujer fue considerablemente más alto en Puerto Rico, el 4.8 % (Díaz, 2007).

## **EDAD**

Se ha encontrado (Díaz, 2007) que los índices de distimia generalmente aumentan con la edad. Este incremento de la prevalencia, de acuerdo con la edad sirve de argumento frente a la hipótesis de que un simple defecto en la memoria explicara los índices descendidos de depresión mayor, según avanza la edad, dado que se podría esperar el mismo efecto sobre la distimia (Díaz, 2007).

## **RAZA/ETNIA**

Solamente se realizaron comparaciones raciales en el estudio ECA no encontrándose diferencias significativas entre blancos y negros. Los índices en

la población hispana superaron a los de los blancos y negros. También los índices hallados en Corea fueron aproximadamente comparables a los de las naciones de occidente, mientras que Taiwán mostró unos índices marcadamente más bajos (Díaz, 2007).

### **NIVEL SOCIOECONÓMICO**

Se encontraron, en el estudio ECA, unos índices de distimia significativamente más elevados en edades comprendidas entre 18 a 44 años y unos ingresos inferiores a los 20 mil dólares anuales, comparados con aquellos con mayores salarios. Sin embargo, la renta tuvo poco efecto sobre las personas de más edad (Weissman et al, 1988b, citados en Díaz, 2007).

### **ESTADO CIVIL**

El estudio ECA aportó que la distimia mostró una mayor prevalencia entre personas no casadas, por debajo de 65 años de edad, con índices dobles en las personas no casadas de edades comprendidas entre 45-65 años, comparadas con los casados. Edmonton también comunicó índices más elevados entre los divorciados o viudos, aunque con mucho los índices más bajos se encontraron entre los solteros (Díaz, 2007).

### **POBLACIÓN URBANA / RURAL**

Mientras que en el estudio ECA no se examinaron los datos en relación con posibles diferencias en cuanto a las distimias en el medio rural y en el urbano, sí lo contempló este estudio en Taiwán, Corea y Puerto Rico. Los habitantes urbanos de Puerto Rico tenían unos índices de Distimia, significativamente más elevados comparados con los habitantes del medio rural (5.5 % vs. 3.3 %). Los

ciudadanos de Corea mostraron una tendencia a índices más elevados (2.4 vs. 1.9 %). En Taiwán, por otra parte, se apreciaron escasas diferencias entre población urbana y rural (Díaz, 2007). Por su parte, en México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) llevada a cabo por María Elena Medina Mora, encontró que el 28.6 de la población había presentado alguna vez en la vida uno de los 23 trastornos que incluye el CIE 10. De acuerdo con esta encuesta, el 9.1 de la población encuestada sufrió alguna vez en la vida un trastorno afectivo. El 4.5 % de las mujeres y el 2 % de los hombres tuvieron un episodio depresivo mayor.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

Los criterios diagnósticos del DSM IV- TR (APA, 2000; Zárate, 2005) son los siguientes:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo, todo el día y durante todos los días, al menos durante dos años. Los individuos describen su ánimo como triste o melancólico. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración de al menos un año.
  
- B. Durante los periodos de ánimo depresivo, al menos dos de los siguientes síntomas adicionales han estado presentes:

- 1) Disminución o aumento del apetito
  
- 2) Insomnio o hipersomnia
  
- 3) Disminución de la energía o fatiga

- 4) Baja autoestima
- 5) Dificultad para concentrarse o tomar decisiones
- 6) Sentimientos de desesperanza
- 7) Los individuos pueden notar disminución del interés y autocrítica aumentada, ya que se ven ellos mismos como incompetentes y aburridos. Debido a que estos síntomas se han hecho parte de su experiencia cotidiana, comúnmente no lo reportan, a menos que sean interrogados directamente por el entrevistador.
- 8) Durante un periodo de dos años (un año para niños y adolescentes) no se ha estado libre de síntomas por más de dos meses
- 9) El diagnóstico de Trastorno distímico sólo se puede hacer si el periodo inicial de dos años de síntomas distímicos está libre de episodios depresivos mayores.

C. Si los síntomas depresivos crónicos incluyen un episodio depresivo mayor durante los dos años iniciales, entonces se hace el diagnóstico de trastorno depresivo mayor de tipo crónico (si se llenan todos los criterios para un episodio depresivo mayor), o trastorno depresivo mayor en remisión parcial (si no se cumplen todos los criterios para un episodio depresivo mayor). Después de los dos años iniciales del trastorno distímico, un episodio depresivo mayor puede agregarse. En tal caso, se hace el diagnóstico de ambas entidades (“doble

depresión”). Una vez que la persona retorna a la “basal” distímica, es decir, ya no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor, pero persisten los síntomas distímicos, entonces sólo se diagnostica el trastorno distímico. No debe hacerse el diagnóstico de trastorno distímico si previamente han existido episodios maníacos, hipomaniacos, mixtos, o si se cumplen criterios para un trastorno ciclotímico.

D. No se debe hacer el diagnóstico de trastorno distímico si los síntomas depresivos ocurren durante el curso de un desorden Psíquico crónico del tipo de la esquizofrenia o el desorden delirante. En este caso, los síntomas depresivos se consideran como características asociadas de este tipo de desórdenes.

E. Tampoco debe hacerse el diagnóstico, si el trastorno es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (alcohol o medicamentos antihipertensivos) o a una condición médica general (hipotiroidismo o Enfermedad de Alzheimer).

F. Los síntomas deben causar malestar clínicamente significativo, o deterioro en áreas social, ocupacional, académica u otras áreas importantes de funcionamiento.

### **Especificadores:**

Inicio Temprano: Este especificador debe utilizarse si el inicio de los síntomas distímicos ocurre antes de los 21 años de edad. En este tipo es más común que se desarrollen episodios depresivos mayores.

Inicio Tardío: Este especificador debe utilizarse si el inicio de los síntomas ocurre después de los 21 años.

Con características atípicas: Este especificador debe utilizarse si el comportamiento de los síntomas en los últimos dos años es de carácter atípico (aumento del peso, hipersomnias, sensación de cansancio o pesantez en brazos o piernas, sensibilidad excesiva al rechazo, periodos breves de eutimia reactiva a situaciones ambientales favorables) (Zárate, 2005).

### **Características Asociadas:**

Las características asociadas del trastorno distímico son similares a las del episodio depresivo mayor, revisado en la sección anterior, y son: sentimientos de vacío, pérdida generalizada de interés o placer, aislamiento social, sentimientos de culpa y rumiación sobre situaciones ocurridas en el pasado, irritabilidad o cólera excesiva, disminución de la actividad, efectividad y productividad. Hay que considerar que los síntomas vegetativos (sueño, apetito, oscilaciones en el peso y síntomas psicómotores) no son tan comunes como en la depresión mayor (Zárate, 2005).

## **CAPÍTULO CUATRO: TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

### **LA ANGUSTIA COMO FENÓMENO HUMANO**

Ha sido muy difícil identificar la línea entre los trastornos de ansiedad, en comparación con otras como la esquizofrenia o manía. Por este motivo, ha estado limitada la comprensión actual de los trastornos de ansiedad y no se dispone de un sistema de clasificación casual. Existen clasificaciones según los signos y síntomas como es el caso del CIE 10 (OMS, 1996) y el DSM IV TR (APA, 2000). La percepción de ansiedad y los esfuerzos por prevenir, evitar o disminuir sus síntomas psicológicos y físicos son las piedras angulares clínicas de los trastornos de ansiedad. Todo el mundo experimenta ansiedad, que es una sensación de aprensión difusa, desagradable y vaga que suele estar acompañada por sintomatología autónoma como dolor de cabeza, palpitaciones, opresión en el pecho, molestias gástricas, inquietud, que pueden variar de un individuo a otro.

### **CONCEPTOS BÁSICOS**

#### **ANSIEDAD**

Es la respuesta apropiada ante una situación amenazante, desconocida, interior, vaga o conflictiva; constituye una señal de alerta, ya que advierte del peligro inminente y permite a una persona tomar medidas ante la amenaza. A nivel interior, la ansiedad advierte de amenazas de daño corporal, dolor, indefensión, posible castigo o frustración de necesidades sociales o corporales, de separación de los seres queridos, de amenaza al éxito, estatus profesional, amenazas a la integridad de uno mismo; todo ello incita a la persona a tomar medidas necesarias para prevenir la amenaza o reducir sus consecuencias. La



angustia puede coincidir con el crecimiento individual, cambios, nuevas experiencias y descubrimientos de la identidad y del sentido de vida. Para algunos autores, la angustia difiere de la ansiedad en que, la primera, es más visceral y física, con sensación de espera, incierta que inmoviliza. Dentro del marco psicoanalítico, Freud concluye en su segunda teoría de la angustia, que más que una sensación es un estado afectivo. Se registra tanto en neuróticos como en sujetos normales; la clasifica en una real y en otra neurótica. La angustia real la describe como la reacción ante un peligro exterior, como una manifestación del instinto de conservación (Camarena, 2005).

## **MIEDO**

Es un signo de alerta, respuesta a una amenaza conocida, externa, definida o no conflictiva. El que un suceso sea percibido como causa de estrés, depende de la naturaleza del suceso, de los recursos, las defensas psicológicas mecanismos de afrontamiento de una persona. La ansiedad difiere del miedo en que este último es la reacción a un peligro conocido que suele plantearse. La persona en un estado de ansiedad tiene sentimientos que pueden caracterizarse por las mismas cualidades del miedo, pero que no se relacionan con una amenaza percibida de manera razonada. Los estados temerosos que se manifiestan en grupos, pueden diseminarse por contagio, con consecuencias graves y quizá ocultas para quienes se han condicionado, desde el punto de vista cultural, para ser valientes o fuertes y no sentir una clase de ansiedad secundaria en las personas que tienen que no sentirán nada más “débiles las piernas”, sin que puedan caer en realidad en colapso. El miedo al ridículo social o a la censura en estos casos puede ser tan intenso, que las víctimas de ansiedad contagiosa pueden rehusarse a relatar la crisis al

médico, o a cualquier otra persona. El estudio de la ansiedad es importante gracias a la diversidad e interacción de retroalimentación que ocurre entre los sistemas psicológico, biológico y social. Un estímulo situacional actual puede desencadenar, de una manera al parecer irracional, un estado ansioso de la mente, experimentado con anterioridad. El estímulo puede relacionarse de manera inconsciente con un trauma irracional imaginado, y activa a los sistemas fisiológicos para que se preparen a reaccionar. La excitación biológica puede producir miedo de manifestar los estigmas de la ansiedad, como sudoración o temblor. El aumento de la frecuencia respiratoria puede producir hiperventilación e hipocapnia con efectos sobre el estado del conocimiento y otros sistemas biológicos (por ejemplo, nervios periféricos). La reacción natural a la experiencia de ansiedad consiste en buscar seguridad en la negación y, quizá, en el aislamiento físico dentro de la seguridad del hogar, o incluso, dentro de una habitación del mismo, y en rehusarse a salir. Muchas personas aprenden diversas maneras de manipular la ansiedad mediante caminatas rápidas, audiciones musicales, prácticas de técnicas de meditación, relajación muscular, búsqueda de compañía, etc., métodos menos higiénicos para afrontar la ansiedad son la ingesta de bebidas alcohólicas, el abuso de los fármacos prescritos o recurrir a sustancias ilícitas (Camarena, 2005).

La ansiedad es un efecto señal (dolor) que puede motivar al individuo a detenerse y considerar las posibles amenazas a su integridad psíquica; sentirse ansioso puede significar que está por ocurrir algo peor, como una reacción de ira explosiva o un ataque grave de remordimiento o tristeza. El individuo que empieza a sentirse ansioso puede estar valorando de manera preconscious el potencial de estos problemas y, quizá, esté tratando de evitar

la aceptación consciente de que existen estos sentimientos intensos. Ocurren estados de ansiedad de la mente en personas normales, lo mismo que las que experimentan trastornos mentales, sólo que, en este caso, son persistentes, excesivos y afectan sus funciones laborales, escolares y sociales (Camarena, 2005).

### **CUANDO LA ANSIEDAD SE CONVIERTE EN PATOLÓGICA**

Forma parte de los trastornos psiquiátricos o mentales. Es una respuesta intensa, duradera, inapropiada, a un estímulo dado. Se define como una sensación de aprehensión molesta, difusa, que se acompaña de sensaciones corporales. Se diferencia de la normal por la evaluación que hacen de ella los pacientes, sus familias, amigos, y el propio clínico. Esta evaluación está basada en la información que aportan los pacientes acerca de sus estados internos, sus conductas y su nivel de funcionamiento. La ansiedad patológica llega a perturbar la vida de un sujeto, es un malestar clínicamente significativo, y puede causar deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo. En los trastornos orgánicos y funcionales los síntomas que acompañan a la enfermedad y la alteración del funcionamiento pueden producir, por sí mismos, estados ansiosos de la mente. Siempre se tomarán los antecedentes familiares como parte de la valoración de los pacientes que manifiestan ansiedad o conducta fóbica (Camarena, 2005).

### **ASPECTOS BIOLÓGICOS DE LA ANSIEDAD: ESTRÉS Y SÍNDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL**

Los mecanismos homeostáticos intentan contrarrestar el estrés de la vida diaria. Si su acción es satisfactoria, el medio interno mantiene los límites

fisiológicos normales químicos de temperatura y presión. Sin embargo, si el estrés es extremo, inhabitual o tiene una duración prolongada, los mecanismos normales pueden no ser suficientes. En estos casos, el estrés desencadena una amplia serie de cambios corporales conocidos como Respuesta al estrés o Síndrome de Adaptación General (SAG). El concepto es de Hans Selye. El SAG no mantiene el medio interno normal; establece otros niveles diferentes de condiciones controladas para preparar al organismo para responder ante una situación de urgencia. En cuanto a los factores estresantes, todo estímulo que produce una respuesta al estrés es un **factor estresante**. Muchos estímulos pueden serlo: calor, frío, toxinas, hemorragias, reacciones emocionales. Estos factores varían en las diferentes personas e incluso en la misma persona en diferentes momentos. Cuando a parece un factor estresante, éste estimula el hipotálamo, el cual inicia el SAG a través de dos vías. La primera conduce un conjunto de respuestas inmediatas que forman la reacción de alarma. La segunda, conocida como reacción de resistencia, se inicia de forma más lenta, pero sus efectos son más prolongados. La reacción de alarma, o respuesta de lucha o huida, es un complejo de reacciones iniciadas por la estimulación hipotalámica de la división simpática del sistema nervioso autónomo y de la médula suprarrenal. Podría producirse en situaciones en que una persona es atacada por un animal. Transporta grandes cantidades de glucosa y oxígeno a los órganos más activos para defenderse en contra de un peligro. Las respuestas al estrés ante la fase de alarma son (Camarena, 2005; Bremner J, 2006):

☀ La frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción aumentan para incrementar la velocidad de transporte de sustancias en la sangre hacia áreas donde son necesarias para combatir el estrés.

☀ Los vasos sanguíneos se vascularizan, la piel y las vísceras (excepto corazón y pulmones) se contraen, mientras que los vasos se vascularizan, los músculos esqueléticos y el cerebro se dilatan. Así, se envía más sangre a los órganos activos en la respuesta al estrés, mientras que disminuye el flujo sanguíneo a los órganos que no desempeñan un papel inmediato y activo.

☀ El bazo se contrae y libera sangre almacenada, lo cual aumenta el volumen de sangre en la circulación general. Además, se acelera la producción de eritrocitos y aumenta la capacidad de coagulación de la sangre. Estas respuestas combaten la hemorragia.

☀ El hígado transforma grandes cantidades de glucógeno, almacenado como glucosa, y lo libera a la circulación. La glucosa es degradada en las células para proporcionarle energía necesaria para hacer frente al factor estresante; lo cual aumenta la temperatura corporal causando sudoración.

☀ La frecuencia respiratoria aumenta y las vías aéreas se dilatan. Esto permite al organismo captar más oxígeno, necesario en las reacciones catabólicas de degradación; también permite al organismo eliminar más dióxido de carbono, producido durante el catabolismo.

☀ La producción de saliva y enzimas gástricas e intestinales se reduce debido a que la actividad digestiva no es esencial para contrarrestar el estrés.

☀ Los impulsos simpáticos que llegan a la médula suprarrenal aumentan su secreción de adrenalina y noradrenalina.

La segunda fase de la respuesta al estrés es la reacción de resistencia. Se inicia en gran parte por tres hormonas hipotalámicas: la liberadora de corticotropina (CRH), la liberadora de la hormona de crecimiento (GHRH) y la liberadora de tirotrópina (TRH) su duración es larga.

### **CRH**

Estimula la adenohipófisis para que aumente la secreción de ACTH y ésta estimule el aumento de secreción de cortisol en la corteza suprarrenal. El cortisol estimula la conversión de principios inmediatos diferentes a los hidratos de carbono en glucosa y el catabolismo proteico, lo cual aumenta la sensibilidad de los vasos sanguíneos y reduce la inflamación (Camarena, 2005; Bremner J, 2006).

### **TRH**

Estimula la secreción de hormona estimulante del tiroides (TSH) por la adenohipófisis. La TSH estimula la glándula tiroides para secretar T3 y T4 que estimulan la producción de ATP a partir de glucosa (Bremner J, 2006; Camarena, 2005).

### **GHRH**

Estimula la secreción de la hormona de crecimiento (GH) por la adenohipófisis. La GH estimula el catabolismo de las grasas y la conversión de glucógeno en glucosa. El aumento de la secreción de aldosterona por la corteza suprarrenal de lugar a la conservación de sodio, por lo cual también se retiene agua, y se mantiene la presión arterial elevada como respuesta de la reacción de alarma y la eliminación de hidrógeno. Por lo tanto, durante el estrés se evita una reducción del pH corporal. La fase de resistencia de la respuesta al estrés permite al organismo continuar combatiendo el factor estresante cierto tiempo después de que desaparece la reacción de alarma. La composición química de la sangre recupera valores casi normales. A través de esta fase se consigue superar un episodio estresante, y el organismo regresa a su estado normal (Bremner J, 2006; Camarena, 2005).

### **ÁREA NEUROANATÓMICA Y RESPUESTA NEUROENDÓCRINA**

La información sensorial llega al cerebro y es procesada a nivel del tálamo, y transmitida a los núcleos basales, y basolaterales de la amígdala; éstas transmiten los estímulos al núcleo central, el cual, a través de sus múltiples eferencias, produce las respuestas de ansiedad y miedo. La amígdala y el hipocampo son dos de las estructuras más importantes del sistema límbico. La amígdala es el asiento de la memoria emocional, así como el hipocampo lo es de la memoria declarativa. Existen fuertes conexiones anatomofisiológicas entre la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo. A diferencia del miedo, en la ansiedad el estímulo amenazante no está presente (real o imaginariamente), pero existe la misma sensación anticipatoria de peligro. Se supone que el

miedo y la ansiedad no están gobernados exactamente por los mismos circuitos (Camarena, 2005; Bremner J, 2006).

Las investigaciones en ratas revelaron que la reacción ante estímulos concretos, como luces y sonidos (modelo del miedo), activa el núcleo central de la amígdala que, a su vez, activa distintas áreas de hipotálamo y tronco cerebral, relacionadas con el circuito del miedo. Por otra parte, la infusión de un péptido ansiógeno, la hormona liberadora de corticotrofina (CRH), o sea, el modelo de la ansiedad, activa un área estrechamente ligada a la amígdala, y perteneciente a la amígdala extendida, que es la estría terminalis, que, a su vez activa áreas implicadas en el circuito de la ansiedad. Se ha observado la participación de la amígdala en seres humanos normales, a través de imágenes de resonancia magnética nuclear (RMN) cuando se les mostraban imágenes de rostros amenazantes. Cuando hablamos de miedo conviene distinguir entre el miedo incondicionado y el miedo condicionado. El miedo incondicionado, como su nombre lo indica, parecería que viene con el individuo. Lo cual se puede relacionar con, lo que, vulgarmente, se conoce como “instinto de conservación”. Ejemplos son el miedo a los predadores o el sobre salto ante ruidos fuertes. Los ratones con lesiones en la amígdala pueden caminar sobre un gato sedado y aún, mordisquearlo (Camarena, 2005; Bremner J, 2006).

Más interesante aún es el fenómeno del *miedo condicionado*, en el cual interviene la experiencia a través de la función de la memoria desarrollada principalmente por la corteza, el hipocampo y la amígdala. La mayoría de los miedos son condicionados, o aprendidos. En este caso, el mecanismo central está, nuevamente, mediado por las eferencias del núcleo central de la



amígdala que subyacente a las expresiones neuroendócrinas y motoras del miedo y la ansiedad. Las eferencias al hipotálamo lateral activan al sistema simpático y producen taquicardia, dilatación pupilar, palidez y elevación de la tensión arterial. Las proyecciones al núcleo para ventricular del hipotálamo provocan la respuesta endócrina al estrés, con la liberación de CRH y la consiguiente activación del eje hipotálamo-hipofiso-adrenal (HHA). Las proyecciones al núcleo parabraquial inducirían la hiperventilación y la disnea que acompañan al miedo. Las vías eferentes directas hacia el área tegmental ventral, que activan la vía dopaminérgica mesocortical hacia el locus coeruleus (LC) el centro más importante de neuronas noradrenérgicas y proyecciones indirectas al LC por el núcleo paragigantocelular, están implicadas en la hipervigilancia propia de los estados de ansiedad y miedo condicionado (Camarena, 2005; Bremner J, 2006).

La inervación del núcleo dorsal motor del vago y el núcleo ambiguo activan el sistema parasimpático con expresiones como diarrea y bradicardia. Las proyecciones a la sustancia gris periacueductual serían responsables de la respuesta de paralización frente al miedo y de la analgesia ante el estrés agudo, mediado por la liberación de péptidos opioides hacia los nervios facial y trigémino, e intervendrían en expresiones faciales de miedo y en la exacerbación del reflejo palpebral (Camarena, 2005; Bremner J, 2006).

## **ASPECTOS SOCIALES Y CULTURALES DE LA ANGUSTIA**

Algunos autores que se han ocupado del estudio de la angustia están de acuerdo, en que la angustia es un estado de aprehensión difuso, y que la

diferencia principal entre angustia y miedo es una reacción a un peligro inespecífico; en tanto que el miedo es una reacción a un peligro específico. La angustia es inespecífica, vaga y sin objeto. La característica especial de la angustia es el sentimiento de incertidumbre y desamparo. Los términos vago e incierto no significan que su experiencia sea menos intensa y penosa que otros afectos; con frecuencia puede ser más intolerable que el miedo. Más bien, los términos de difusa e indiferenciada, características de la angustia, se refieren al nivel de la personalidad en el cual la angustia es percibida. Un individuo puede experimentar varios temores al patrón de seguridad que ha desarrollado pero en la angustia es su mismo patrón de seguridad el que se encuentra amenazado. La naturaleza de la angustia puede ser comprendida cuando nos preguntamos de qué naturaleza es la amenaza que la produce. Ésta es algo que toca la esencia o núcleo central de la personalidad. “La angustia es el estado de aprehensión producida por la amenaza a algún valor que el individuo considera esencial para su existencia, así como para su personalidad“ (Vázquez, A, 2005).

Desde una perspectiva filosófica, la angustia es una respuesta a la posibilidad de no ser, estar y no estar, la pérdida de nuestra identidad, de no tener significado, de no existir, la disolución del self. Se distingue la angustia normal de la neurótica de la siguiente manera: La angustia normal es proporcional a la amenaza que la provoca, no implica la regresión, ni otros mecanismos del conflicto intrapsíquico, ni mecanismos de defensa de otra naturaleza neurótica para su control. Puede ser manejada constructivamente y suele ser de menor intensidad. Una de las manifestaciones comunes de la angustia normal es aquella que se refiere a la que experimenta el ser humano ante la

contingencias de la vida, que algunos autores llaman “angustia existencial”. En algunos casos puede coexistir la angustia normal y la neurótica como ocurre ante el pensamiento y la confrontación con la muerte. La angustia normal tiende a desaparecer cuando la amenaza a nuestros valores se disipa; la angustia neurótica tiende a persistir; la angustia normal puede ser creativa. En el proceso de desarrollo de un individuo en el contexto social ocurre una ruptura progresiva de la dependencia que se tiene hacia los padres, lo cual produce angustia. Esta fuente de angustia ha sido analizada por Kirkegaard y Fromm (citados en Vázquez A, 2005).

Otto Rank ha hecho énfasis en que la angustia normal esta presente en todas las experiencias de separación, desde el nacimiento. El proceso de individuación y autonomía de cada persona implica esta clase de angustia normal. En la ansiedad neurótica la represión del hecho que la produce es la característica central. Esta represión, que se inicia desde la infancia en la relación con los padres, persiste a través de la vida ante amenazas similares. La represión que se presenta en la ansiedad neurótica en sí misma lleva a la persona a ser aún más vulnerable a esta ansiedad neurótica creciente. La ansiedad neurótica es desproporcionada a la amenaza que la provoca, e implica diversas formas de conflictos inconscientes y la participación de mecanismos de defensa y la producción de síntomas. La definición de la ansiedad neurótica sólo puede hacerse desde una perspectiva subjetiva, y en este sentido no es correcto pensar que es desproporcionada a la amenaza inconsciente que la produce, ya que para el sujeto tal amenaza puede ser terrible. Objetivamente no sería lógico ni explicable. La comprensión de la ansiedad neurótica está basada en el conocimiento de los conflictos y los

registros de la estructura inconsciente de una persona, como lo propone Freud. Los patrones y registros inconscientes se originan en la infancia, cuando el niño no tiene la capacidad de manejar objetivamente las amenazas que ocurren en sus relaciones interpersonales, pues no admite conscientemente la fuente de tales amenazas, como ocurre con el rechazo de los padres o diversas construcciones malignas de sus fantasías. En el proceso del desarrollo y maduración del ser humano algunos autores consideran tres tipos de respuesta a las situaciones de peligro:

1. Los patrones iniciales o precoces, preemocionales, reacciones reflejas innatas o heredadas.
2. La ansiedad como una respuesta emocional indiferenciada.
3. El miedo, como una respuesta emocional diferenciada.

Debe haber cierto nivel de maduración neurológica para que el infante pueda reaccionar con una emoción indiferenciada (angustia), y mayor nivel de maduración es necesario para que el infante pueda diferenciar objetivamente varios estímulos y responder a ellos con temor. Laretta Bender indica que las respuestas de ansiedad claramente observables en la infancia aparecen entre el octavo y noveno mes de vida. Goldstein hace notar que, si bien pueden observarse reacciones de ansiedad en los primeros meses, bajo ciertas condiciones, la capacidad de reaccionar específicamente con temor ocurre en fases posteriores del desarrollo. En resumen, después de que se presentan las reacciones iniciales, reflejas, defensivas y proyectivas, emergen respuestas emocionales difusas e indiferenciadas a las que denominamos angustia y, posteriormente, como resultado del proceso de maduración neurológico,

aparecen respuestas emocionales diferenciadas a peligros específicos y objetivos llamados temores. Aún cuando puede pensarse que la ansiedad y el miedo responden al mismo proceso neurológico, tal consideración puede llevar a la confusión en el entendimiento de sus diferencias. Los estudios clínicos revelan y permiten esclarecer este problema (Vázquez A, 2005).

La capacidad de un organismo para reaccionar ante la amenaza a su existencia y a sus valores es, en su forma original, de angustia. Posteriormente, cuando el organismo alcanza la madurez neurológica y psicológica para diferenciar objetos o situaciones específicas, peligrosas, las reacciones protectoras pueden ser más específicas; tales reacciones específicas ante peligros específicos son los temores. Se puede decir que, la angustia es la reacción básica, subyacente en términos genéricos, y que el miedo es la expresión de la misma capacidad en su forma específica y objetiva. Como dice Mowrer, la angustia es “primaria” y el miedo es “derivado”. La angustia es “básica”, no sólo en el sentido de que es la respuesta original ante la amenaza del nivel básico de la personalidad. Es una respuesta a la amenaza del corazón o esencia de la personalidad, más bien que a un peligro periférico. La propuesta de someter el estudio de la ansiedad al estudio del miedo, o bien, tratar de entender la ansiedad a través del estudio del miedo es, según Rollo May, un procedimiento ilógico y erróneo. La ansiedad normal. Por su parte es la expresión de la capacidad del organismo para reaccionar ante amenazas; esta capacidad es innata y responde a un patrón neurofisiológico heredado. Freud indica que la tendencia hacia la ansiedad es innata en el infante; es la expresión del instinto de autopreservación y es evidente su utilidad biológica. Las diferentes formas de reaccionar ante las amenazas, en un determinado

individuo, están condicionadas por la naturaleza de las amenazas (ambiente) y de la manera cómo el individuo ha aprendido a manejarlas. El problema consiste en saber hasta qué grado el temor y la angustia son respuestas aprendidas. En relación con la condición innata del organismo humano a reaccionar con ansiedad o temor, hay suficientes argumentos de la biología para demostrarlo desde la aparición de la especie. El cuestionamiento de cuáles son los eventos particulares que son amenazantes para el individuo depende del aprendizaje. Rollo May propone que la angustia no es una respuesta aprendida, pero las formas y variedades de esta respuesta en cada individuo son aprendidas. Las condiciones en las cuales el ser humano experimenta angustia en una situación determinada ocurren en función de la amenaza particular a sus valores; esta respuesta es aprendida, se manifiesta de diferentes formas específicas de psicopatología de la angustia, como pudieran ser los temores que se observan ante una buena parte del entorno sociocultural en que vive. En relación a las fuentes de ansiedad neurótica. Freud señala de manera relevante la relacionada con el trauma del nacimiento y el temor a la castración. Aún cuando en sus primeros trabajos plantea el trauma del nacimiento como una fuente literal de la angustia, posteriormente se refiere a la experiencia del nacimiento de manera simbólica, cuando menciona la "separación de la madre"; tal respuesta tiene mayor veracidad, pues aún cuando hay escasa información sobre el grado de traumatismo del nacimiento, sin duda, el símbolo de la angustia temprana, como temor a la separación de la madre, tiene sentido y significación. Esta idea es similar al concepto de Kierkegaard, como la ansiedad que se presenta al despertar en cada experiencia del ser (Vázquez A, 2005),

En cualquier caso, si la separación de la madre es vista como el origen de la angustia, la cuestión clave para entender el desarrollo de los patrones que subyacen a las respuestas posteriores de angustia es comprender el significado de esa separación. En lo que se refiere a la castración, la propuesta de Freud es ambigua. A veces cita el temor a la castración como la fuente esencial de la ansiedad y otras veces utiliza el término de manera simbólica: la castración para referirse a la pérdida de un objeto espacialmente apreciado o valioso. Si el temor a la pérdida del pene se considera como origen de la angustia, es necesario entender qué significa esta pérdida; la cual es la relación del infante con sus padres, de tal suerte que se sienta amenazado y cuáles son los valores que están en peligro. En realidad, es un extremo tal de identificación proyectiva lo que podría explicar el caso de pánico descrito por Freud cuando los asirios se dan a la fuga al saber que Holofernes ha perdido su cabeza en manos de Judith. Por que no sólo se ha perdido el objeto extremo compartido en común (la cabeza) que los reúne, sino que habiendo, el líder, perdido la cabeza, cada soldado ha perdido la suya por estar dentro de aquél, mediante la identificación proyectiva. Los valores esenciales son originalmente los patrones de seguridad que hay entre el infante y las personas significativas, especialmente los padres. De acuerdo con Sullivan, y su concepto de ansiedad, la madre ocupa la posición más relevante. Ya que no solamente es la agente de satisfacción de todas las necesidades físicas del niño; es también la agente de seguridad y cualquier distorsión en esta relación se convierte en una amenaza al nivel social del infante en sus relaciones interpersonales. Sullivan considera que la ansiedad tiene su origen en el permanente temor del infante de ser desaprobado por su madre. Este temor ocurre por la empatía

que se da entre la madre y su hijo, y persiste hasta que el infante es suficientemente maduro para tener advertencia de esta aprobación o desaprobación (Vázquez A, 2005).

Para Karen Horney la ansiedad básica, que posteriormente se presenta como ansiedad neurótica, tiene su origen en el conflicto que se manifiesta en la infancia entre la dependencia del niño hacia sus padres y la hostilidad que siente hacia ellos. Otros autores, como Fromm y Klerkegaard, consideran que la ansiedad tiene su origen en los conflictos que se presentan entre la necesidad infantil de alcanzar su individualidad y su relación con las demás personas de su comunidad. La ansiedad desde la perspectiva cultural: “La naturaleza del hombre, sus pasiones y su angustia, son un resultado de la cultura. En realidad el hombre mismo es la creación más importante del esfuerzo humano, el registro al cual llamamos historia” (Erich Fromm). La ansiedad de un individuo está condicionada por el hecho de que vive en una cultura determinada, y en un momento particular en el desarrollo histórico de esta cultura aún cuando hay amplia aceptación de la psicología y en el psicoanálisis contemporáneo acerca de la importancia de los factores culturales para entender la conducta humana, los factores históricos han sido olvidados, con excepción de los trabajos de Fromm y Kardiner. En tanto que cada miembro de una sociedad determinada en mayor o menor grado, es el resultado de los patrones y actitudes que han sido desarrollados en la historia de su conducta, la advertencia del antepasado cultural es una extensión de la autoadvertencia. Dilthey enfatiza la importancia de la dimensión histórica: “El hombre es una criatura capaz” de establecer enlaces en el tiempo. La capacidad de la advertencia histórica, como un aspecto, de la autoadvertencia,



ha sido descrito por Kierkegaard, Casirer y otros autores como una capacidad distintiva del ser humano en relación a los seres infrahumanos (Vázquez A, 2005).

El estudio histórico de los patrones que subyacen a la angustia contemporánea permite una óptica dinámica que podría influir para modificar los patrones culturales. El pasado cultural es determinista, en el grado en que no lo advertimos. La conciencia del pasado histórico abre la posibilidad de mayor libertad para cambiar tales condiciones. Pero el hombre no es hecho solamente por la historia, dice Fromm; la historia también es hecha por el hombre. La solución a esta aparente contradicción pertenece al campo de la psicología social. Se puede decir que la estructura del carácter del hombre occidental, de naturaleza individualista, es una reacción y un contraste contra el colectivismo de la Edad Media. Como señala Burckhardt, el ciudadano de la Edad Media era consciente de sí mismo como perteneciente a una raza, colectividad, familia o corporación. Cada persona conocía su lugar dentro de la estructura psicológica familiar y su pertenencia específica a las jerarquías feudales, así como los principios morales y religiosos de la Iglesia. Las expresiones emocionales se canalizaban de manera conjunta en los festivales, y los sentimientos hostiles y agresivos en movimientos tales como las cruzadas. Las emociones se expresaban en rígidos patrones de comportamiento. Las dos últimas centurias de la Edad Media estuvieron matizadas por sentimientos de depresión, melancolía y ansiedad; esta ansiedad se reflejaba en el terror hacia la muerte y el permanente temor por la presencia de los demonios, las brujas y los hechiceros (Vázquez A, 2005).

En contraste, la cultura del Renacimiento restaura el valor del individuo y su libertad. La oración acerca de la dignidad del hombre, de Pico de la Mirándola, rescata el valor del individuo y su libertad. El hombre puede constituirse así mismo y no es únicamente un sirviente de Dios. Los cambios que se observan en la sociedad y en la cultura del Renacimiento están basados en todas las áreas, en la confianza, y en el poder del individuo como ser autónomo. Los cambios sociales otorgan reconocimiento a los individuos por su valor, destreza, conocimiento y astucia (Vázquez A, 2005).

## **EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DE ANGUSTIA POR EL MÉDICO**

### **GENERAL**

El paciente ansioso es, por lo general, un paciente difícil de tratar. Habitualmente son individuos altamente demandantes, irritables, en ocasiones con dificultades para expresar verbalmente sus síntomas y temerosos de que no se les pueda ayudar. Es necesario, como parte integral del tratamiento, establecer, desde un inicio una adecuada relación con el paciente. El médico sensible y empático suele tener mejor éxito en cualquier tipo de tratamiento que emprenda. Frente al paciente ansioso estas características adquieren una relevancia particular (Berlanga C, 2005).

## **CAPÍTULO CINCO: CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

Los trastornos de ansiedad también se presentan con frecuencia en personas que padecen DM, además de que muy pocas veces se diagnostican y por ende, tratan.

Con la publicación del DSM IV TR (APA, 2000) hoy conocemos 12 categorías formales de trastornos de ansiedad: Trastorno de angustia (o trastorno de pánico) sin agorafobia, trastorno de angustia con agorafobia, agorafobia con historia de trastorno de angustia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica, trastorno de ansiedad inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. Se ha planeado la inclusión en el DSM IV un décimo tercera categoría, el trastorno mixto ansioso-depresivo, que actualmente se encuentra en el apéndice de los trastornos que merecen un estudio adicional para su posible adición al DSM V. Además de crear tres nuevas categorías (trastorno por estrés agudo, trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica y trastorno de ansiedad inducido por sustancias), las definiciones de las categorías existentes fueron objeto de numerosas revisiones en el DSM IV. En la siguiente tabla se resumen estas revisiones y se muestran las características diagnósticas esenciales de los principales trastornos de ansiedad.

El DSM IV perpetúa el incremento incesante en el número de categorías de las ediciones precedentes y de otros grandes esquemas de clasificación de los

trastornos mentales. Así el DSM IV incluye 12 trastornos de ansiedad, pero sólo tres el DSM II (APA, 1968). Podría considerarse que este aumento obedece a la expansión acumulativa de los conocimientos acerca de la naturaleza de la psicopatología y de la clasificación de los trastornos. No obstante, algunos investigadores han expresado su preocupación por que la expansión de estas entidades nosológicas se haya efectuado a expensas de consideraciones menos empíricas, acerca de los rasgos compartidos o superpuestos de los trastornos emocionales, lo cual podría tener una repercusión mucho mayor, en relación con los rasgos singulares de cada trastorno, para la prevención, el estudio etiológico y la evolución de los trastornos, así como para la predicción de su respuesta al tratamiento (Brown, 2005).

Además esta expansión ha puesto en duda su posible validez discriminatoria; en otras palabras, se cuestiona si los actuales sistemas de clasificación diferencian, por error, síntomas y trastornos que, en realidad, representan variaciones menores de síndromes más amplios. Por ejemplo, muchos trastornos de ansiedad comparten procesos constituyentes (por ejemplo, aprehensión ante situaciones u objetos, acciones protectoras o reductoras de la ansiedad), y, desde el punto de vista descriptivo, difieren básicamente (o únicamente) en el contenido o foco de la aprehensión (por ejemplo, preocupación sobre el rechazo o situaciones embarazosas en la fobia social, preocupación por la contaminación en el TOC, preocupación por diversas cuestiones cotidianas en el trastorno de ansiedad generalizada) o en la forma de la acción (por ejemplo, evitación situacional en la agorafobia, la fobia específica y la fobia social; compulsiones en el TOC, conductas de seguridad

en todos los trastornos de ansiedad). De manera análoga, casi todas las terapias cognitivo-conductuales modernas para los trastornos de ansiedad contienen los elementos de exposición (situacional, imaginaria o interoceptiva), terapia cognitiva y ejercicios entre una sesión y otra, que varían fundamentalmente en su contenido y en el proceso. Aunque la diferenciación puede ayudar a comprender la naturaleza del trastorno, persiste la duda empírica acerca de si estas manifestaciones son lo suficientemente diferentes (por ejemplo, más allá de las variaciones de su contenido) como para separarlas (Brown, 2005).

## **TRASTORNOS DE ANSIEDAD**

### **PREVALENCIA:**

La prevalencia del trastorno de ansiedad oscila entre 1.5 y 3.5 % pero puede llegar a ser del 21% en los centros de atención primaria (Katon et al, 1986; Weissman et al, 1997, citados en Díaz, 2007). Hasta un 16 % de las personas pueden padecer durante su vida estados de ansiedad relacionados (e.g. crisis de miedo, crisis de angustia) (Eaton et al, 1994, citados en Díaz, 2007). Aunque la mayoría de los individuos que padecen agorafobia también presentan trastorno de ansiedad, la primera puede aparecer de modo independiente. La agorafobia es más habitual en mujeres y constituye el segundo trastorno de ansiedad más frecuente en la vejez (Sheikh, 1992, citados en Díaz, 2007).

Los trastornos de ansiedad son los padecimientos psiquiátricos más frecuentes a nivel mundial. El 25 % de la población general, por lo menos padece un trastorno, igual que el 20 % de la población anciana (Kessler et al,

1994; Sheikh, 1992, citados en Díaz, 2007; Berlanga, 2005). Los trastornos de ansiedad con prácticamente dos veces más frecuentes en mujeres y más comunes en los estratos de población y niveles educativos medios y bajos (Kessler et al, 1994, citados en Díaz, 2007). Especialmente en los centros de atención primaria, estas alteraciones pueden presentarse comórbidamente con la depresión (Sherbourne et al, 1996, citados en Díaz, 2007), lo que hace más difícil el diagnóstico, más complicado el tratamiento y menos favorable el pronóstico.

Por otra parte, menos del 50 % de los pacientes buscan atención médica, lo que resulta en un incremento en las tasas de morbilidad y mortalidad, y en el uso excesivo de servicios médicos por parte de estos sujetos. Los datos epidemiológicos muestran la importancia de conocer el fenómeno de la ansiedad dentro del campo de la práctica para los especialistas del área de la salud. Diversas investigaciones coinciden en que su frecuencia en la población general va del 4 al 8 %. La probabilidad de presentar un trastorno ansioso a lo largo de la vida es de alrededor del 15 %, siendo más comunes en las mujeres, en individuos jóvenes y con bajo nivel educativo (Berlanga, 2005)

En la encuesta ENEP se encontró que el 14.3 % de la población encuestada había sufrido alguna vez en su vida, algún tipo de trastorno de ansiedad; 18.5 % mujeres y 9.5 % hombres (Medina-Mora, 2003).

El trastorno de ANSIEDAD es dos veces más frecuente en mujeres (Kessler et al, 1994; Hirschfield, 1996 citados en Díaz, 2007) y constituye el trastorno de ansiedad menos habitual en la vejez (Sheikh, 1992, citados en Díaz,

2007).Posee un componente genético; los familiares de primer grado presentan un riesgo entre 4 y 7 veces mayor de desarrollar esta enfermedad (Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Am J Psychiatry, 1998 citados en Díaz, 2007; Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994). El trastorno aparece típicamente entre el periodo final de la adolescencia y la mitad de la cuarta década de la vida; el inicio de la niñez o después de los 45 años es raro, pero posible. A menudo, se trata de un trastorno comórbido con depresión, con otros trastornos de ansiedad o con el abuso de sustancia (Gorman et al, 1996 citados en Díaz, 2007). La comorbilidad predice un peor pronóstico y tiene implicaciones en el tratamiento farmacológico. Aunque las frecuencia de las crisis de angustia varía ampliamente entre los pacientes, el trastorno de angustia sindrómico es un trastorno crónico, en el que el miedo y la conducta evitativa son a menudo persistentes.

Las quejas frecuentes en este padecimiento son, que el enfermo puede presentar uno ó más síntomas físicos (dolores en el pecho, mareos, sensación de falta de aire). Una entrevista más en profundidad revelará un cuadro más completo, como el descrito adelante. Las pautas para su diagnóstico son las siguientes:

- ✘ Ataques inexplicables de ansiedad o miedo que se desarrollan rápidamente y que duran sólo unos minutos.
  
- ✘ A menudo, dichos ataques se presentan con síntomas vegetativos de ansiedad como palpitaciones, sensación de dolor en el pecho,

sensación de falta de aire, estómago, revuelto, mareos, sentimientos de irrealidad o miedo de padecer una enfermedad grave (pérdida del control o volverse loco, ataques al corazón, muerte repentina).

✘ A menudo llegan a sentir temor a un nuevo ataque, evitan los lugares donde estos ataques han ocurrido. Los pacientes llegan a evitar hacer ejercicio u otras actividades que puedan producir sensaciones físicas parecidas al pánico (APA; 1994; Díaz, 2007).

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

Un paciente diagnosticado con trastorno de angustia presentará como mínimo algunas crisis de angustia espontáneas (es decir, un periodo corto e intenso de aprensión repentina, miedo o terror, asociado posiblemente con sensación de catástrofe) (Practice guideline for the Treatment of Patients with Panic disorder. Am Psychiatric Association; 1994, citado en Díaz, 2007), ansiedad anticipatoria y generalizada, agorafobia, síntomas somáticos y obsesiones (Taylor, 1998, citado en Díaz, 2007). Los síntomas somáticos a menudo se interpretan erróneamente como trastornos médicos de tipo no psiquiátrico (si bien puede ocurrir lo contrario), Aproximadamente la mitad de los individuos que presentan trastorno de angustia padecen agorafobia (APA; 1994; Eaton, 1994, citado en Díaz, 2007).

### **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de trastorno de angustia puede ser difícil por que los síntomas físicos con frecuencia son semejantes a los de otras enfermedades médicas (por ejemplo, angina de pecho, dispepsia) (Katon, 1996, citado en Díaz, 2007). La Sheehan Patient Rated Anxiety Scale (Escala de Ansiedad de Sheehan



valorada por el paciente) o la MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI, Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Partes E y F) pueden ser útiles en los centros de atención primaria. Por lo general, los pacientes que presentan un trastorno de angustia sin diagnosticar se ven sometidos a muchas y largas pruebas diagnósticas para enfermedades que no padecen (por ejemplo enfermedad coronaria o ulcerosa), siendo frecuentes usuarios de servicio de urgencias, de los centros de atención primaria y de los médicos especialistas (Katon, 1996, citado en Díaz, 2007). Mediante la comprensión de las formas de presentación habitual del trastorno de angustia, el médico de atención primaria puede diagnosticar a pacientes con este trastorno y frenar la costosa utilización de los servicios de salud. El diagnóstico de angustia se efectúa cuando aparecen cuatro ó más síntomas físicos o cognitivos durante un periodo concreto y de modo espontáneo, con miedo o malestar intenso; los síntomas deben alcanzar su máxima intensidad en diez minutos (Hirschfeld, 1996, citado en Díaz, 2007). Las crisis de angustia pueden ser inesperadas (espontáneas, no asociadas con una causa desencadenante), estar ligadas a la situación (aparecen de inmediato frente a la explosión o al prever el desencadenante) o relacionadas con ella (con probabilidad de aparecer ante un desencadenante pudiendo producirse posteriormente, o no). El trastorno de angustia se caracteriza por crisis de angustia recurrentes e inesperadas, preocupación persistente (menos de un mes) de presentar una nueva crisis (ansiedad anticipatoria) y cambio de conducta debido a las crisis, o la ansiedad relacionada con ellas (Hirschfeld, 1996, citado en Díaz, 2007).

Deberán descartarse los trastornos médicos (por ejemplo, angina de pecho, hipertiroidismo, feocromocitoma) y el abuso de sustancias (por ejemplo,

alcohol, cafeína, cocaína) dado que pueden producir síntomas similares a los del trastorno de angustia. No hay pruebas diagnósticas de laboratorio, pero algunos pacientes presentan alcalosis respiratoria compensada. Los hallazgos físicos no son destacables, pero los enfermos presentan cifras de presión arterial ligeramente elevadas durante la crisis (Díaz, 2007).

La agorafobia se diagnostica cuando un paciente presenta ansiedad significativa o evitación de lugares o situaciones de los que puede ser difícil o molesto escapar o, en caso de aparecer síntomas parecidos a los de la crisis de angustia, ser complicado recibir ayuda (APA, 2000). Los pacientes con agorafobia a menudo acaban encerrados en casa debido a su temor; el desempleo o por incapacidad laboral puede ser un aspecto importante. Quizá sea más adecuado establecer otro diagnóstico si la evitación se limita a unas pocas situaciones (por ejemplo el trastorno de ansiedad social no generalizada (APA, 2000, Díaz, 2007)

## **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

El trastorno de ansiedad generalizada es un estado crónico de preocupación, ansiedad, nerviosismo o aprensión excesivos presente durante un periodo de seis meses) que no está relacionado con otro trastorno del estado de ánimo o de ansiedad (APA, 2000, Díaz, 2007).

La prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada es aproximadamente del 5 %, siendo dos veces más frecuente en mujeres (Kessler et al, 1994; Sheikh, 1992, citados en Díaz, 2007). Suele presentar comorbilidad con otros trastornos hasta un 40 % de los enfermos diagnosticados padecen también depresión mayor (Wittchen 1994, citado en Díaz, 2007). Otros trastornos de ansiedad, así como el abuso de alcohol o sustancias o depresión, también son frecuentes en los enfermos con trastorno de ansiedad generalizada. Este hecho no sólo dificulta la exactitud del diagnóstico, sino que tiene implicaciones terapéuticas importantes (Wittchen, 1994; Rickels et al, 1993, citados en Díaz, 2007). La comorbilidad es especialmente habitual en los pacientes ancianos.

### **QUEJAS PRESENTES:**

El enfermo puede presentar, inicialmente síntomas físicos relacionados con tensiones (cefaleas, taquicardia) o insomnio. La entrevista revelará una ansiedad predominante.

### **PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO:**

Múltiples síntomas de ansiedad y tensión:

- ☀ Tensión mental (preocupaciones, sensación de tensión, nerviosismo, dificultades de concentración)
- ☀ Tensión física (inquietud, cefaleas tensionales, temblores, incapacidad para relajarse)
- ☀ Síntomas físicos de alarma (mareos, sudoración, taquicardia, sequedad de boca, molestias epigástricas)

Los síntomas pueden durar meses y, a menudo, son recurrentes. Con frecuencia están desencadenados por sucesos estresantes en aquellos pacientes con una tendencia crónica a preocuparse.

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

La hiperactividad crónica y la ansiedad son rasgos primordiales del trastorno de ansiedad generalizada (Taylor, 1998, citado en Díaz, 2007). Además de los criterios diagnósticos, son frecuentes los síntomas físicos (sudoración, manos frías y pegajosas, escalofríos, náuseas, diarrea, problemas de deglución –nudo en la garganta- y aumento de la frecuencia urinaria). Las preocupaciones tienden a centrarse en situaciones cotidianas, como la responsabilidad en el trabajo, la economía, la salud, los hijos, o aspectos de menor importancia (por ejemplo, no llegar con puntualidad a una cita). Muchos pacientes explican sentirse ansiosos toda la vida, y más de la mitad buscan tratamiento durante la infancia o la adolescencia (APA, 2000). El trastorno de ansiedad generalizada es crónico y tiende a empeorar durante las épocas de estrés (APA, 2000). Los pacientes refieren con frecuencia signos o síntomas de depresión, otros trastornos de ansiedad o trastornos por abuso de sustancias.

## **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se realiza, a menudo, por exclusión (Thompson, 1996, citado en Díaz, 2007).

El cuestionario MINI (Parte O) puede ser útil como entrevista estructurada breve. El diagnóstico se efectúa cuando la ansiedad o el estado de preocupación no controlables se acompañan de tres ó más síntomas y la ansiedad no está relacionada con otro trastorno psiquiátrico (por ejemplo, trastorno de angustia, depresión agitada) o abuso de sustancias. La ansiedad del paciente y los síntomas físicos han generado un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento social, ocupacional o personal (APA, 2000).

Es necesario efectuar pruebas diagnósticas y de laboratorio para asegurar que los síntomas de ansiedad no se deben a una enfermedad médica general (por ejemplo, feocromocitoma, hipertiroidismo) (Díaz, 2007).

## **FOBIA SOCIAL**

El trastorno de ansiedad social, también conocido como fobia social, es un trastorno crónico incapacitante, caracterizado por un intenso miedo a encontrarse en situaciones que pueden ser embarazosas o humillantes para el paciente. Sólo recientemente ha sido objeto de investigación en psiquiatría. La enfermedad puede ser generalizada o no generalizada, como se explica en el siguiente cuadro (Díaz, 2007):

La fobia social es el trastorno de ansiedad más habitual y el tercer trastorno psiquiátrico más frecuente en Estados Unidos, precedido solamente por la depresión y la dependencia del alcohol (Kessler et al, 1994, citados en Díaz, 2007). La prevalencia puede llegar al 13 %, siendo muy ligeramente superior en mujeres (Kessler et al, 1994; Davidson et al, 1994; Weiller et al, 1996; citados en Díaz, 2007). Dos de cada tres pacientes presentan la forma generalizada más incapacitante y más difícil de tratar (Kessler et al, 1994, citados en Díaz, 2007)

Cuadro dos:

Deterioro	Síntomas	Deterioro relacionado	Tratamiento
No Generalizado	Predecible, síntomas ocasionales; limitados a una ó pocas situaciones públicas (por ejemplo, hablar en público)	Menor	ISRS, Antidepresivos de doble vía o benzodiacepinas, según necesidad para disminuir la ansiedad al actuar
Generalizado	Todas o la mayoría de las situaciones sociales o de interacción	Grave	Antidepresivos o benzodiacepinas, a menudo, resistentes al tratamiento

	producen ansiedad		
--	----------------------	--	--

. El inicio del trastorno se sitúa habitualmente entre los 12 y los 16 años de edad (Hirschfeld, 1995, citado en Díaz, 2007), pero la conducta evitativa, o la ansiedad social que posteriormente se convierte en trastorno de ansiedad social puede aparecer en la niñez o en las primeras etapas de la adolescencia. Algunos datos escasos sugieren la existencia de un componente genético (Fyer, 1993, citado en Díaz, 2007). Por otro lado, los individuos que padecen este trastorno suelen poseer un nivel de formación y un estatus socioeconómico bajos (Hirschfeld, 1995, citado en Díaz, 2007). La comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, con trastornos del estado de ánimo (por ejemplo, depresión) y con abuso de sustancias es habitual. Los pacientes con enfermedades psiquiátricas comórbidas presentan porcentajes elevados de ideación suicida y de intentos de suicidio (Hirschfeld, 1995; citados en Díaz, 2007).

### **QUEJAS FRECUENTES**

Los pacientes pueden evitar o restringir sus actividades debido al miedo. Tienen dificultades hasta para acudir a la consulta con el médico, ir de compras o visitar a sus conocidos.

### **PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO**

Miedo inmotivado ante acontecimientos o lugares concretos. Los pacientes frecuentemente evitan estas situaciones por completo.

Las situaciones temidas más comunes son:

- Abandonar su casa
- Espacios Abiertos
- Hablar en público
- Aglomeraciones o lugares públicos
- Acontecimientos sociales

Los pacientes pueden ser incapaces de dejar el hogar o de quedarse solos a causa del miedo (APA, 2000, Díaz, 2007).

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**









En situaciones de tipo social, los pacientes pueden presentar taquicardia, temblor, rubor, sudoración, ahogo y alteraciones gastrointestinales (por ejemplo diarrea). Los síntomas o la ansiedad que causan producen una sensación embarazosa o de humillación, que aumenta el malestar del paciente. Las manifestaciones físicas y cognitivas conllevan la conducta de “paralización”, por la que el paciente se siente incapaz de actuar en público. Finalmente, el enfermo evita todas las situaciones que le producen ansiedad, o las afronta con gran incomodidad (APA, 2000, Díaz, 2007).

Los pacientes que padecen trastorno de ansiedad social se sienten culpables y avergonzados y consideran de un modo exagerado el impacto que tiene su actuación social. Reconocen y son conscientes de que estas sensaciones son irracionales, por lo que su nivel de autoestima es bajo. Pueden poseer un tipo de personalidad tímida o evitativa; el contacto visual cuando se les dirige la



palabra es escaso, presentando además sudoración en las manos, así como voz temblorosa. Refieren una alteración sustancial de la actividad laboral, escolar o social, y muestran tendencia a utilizar los servicios médicos de salud con mayor frecuencia que quienes no padecen este trastorno (Schneier, 1992, citado en Díaz, 2007).

Temores y Situaciones de evitación frecuentes en el trastorno de ansiedad social

-  Hablar o actuar en público
-  Comer o escribir en público (por ejemplo firmar un cheque)
-  Utilizar lavabos públicos
-  Ser el centro de atención o el objeto de todas las miradas
-  Tener una cita
-  Acudir a fiestas
-  Dirigir la palabra a los demás (por ejemplo, empleados, trabajadores)
-  Dirigirse a desconocidos

## **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

El trastorno de ansiedad social está infradiagnosticado en atención primaria, y los pacientes, a menudo, no acuden al médico hasta que no desarrollan otros trastornos considerados secundarios (por ejemplo, depresión, abuso de sustancias, etc.). El trastorno de ansiedad social comparte muchas

características con el trastorno de angustia pero, en el primero, los temores están relacionados con la actuación en público y su percepción. La Liebowitz Social Anxiety Scale (Escala de Liebowitz para la ansiedad social) es útil para determinar la gravedad de la conducta que produce ansiedad y monitorizar la respuesta al tratamiento (Liebowitz MR, 1993, citado en Díaz, 2007). La MINI puede ser de ayuda a la hora de evaluar la gravedad de los síntomas.

### **TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)**

El TEPT es un trastorno de ansiedad que aparece después de un acontecimiento estresante o traumático amenazante para la vida, específico o repetido, como el abuso sexual, la tortura, la actividad criminal (dirigida al enfermo o que éste ha presenciado), los accidentes de automóvil, los incendios o los conflictos bélicos (APA, 2000, Díaz, 2007).

La prevalencia del TEPT oscila entre 1 y 14 %, pero puede llegar al 58 % en poblaciones de riesgo (por ejemplo, veteranos de guerra) (Helzer et al, 1987; Kessler et al, 1995, citados en Díaz, 2007). Es un trastorno crónico (Bremner et al, 1996) y la mayoría de los casos son comórbidos con el abuso de sustancias, la depresión o los trastornos de ansiedad (Deering et al, 1996; Orsillo et al, 1996, citados en Díaz, 2007).

### **MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

El TEPT puede aparecer a cualquier edad. Los síntomas suelen iniciarse en los primeros tres meses tras el acontecimiento traumático (TEPT agudo), pero

pueden retrasarse seis meses o más. Los individuos que padecen TEPT relacionados con conflictos bélicos difiere, probablemente, de los que lo presentan relacionado con asuntos civiles (por ejemplo, agresión sexual, abuso en la infancia). Los síntomas característicos incluyen la hiperactivación (por ejemplo hipervigilante, se alarma con facilidad) y la hiperactividad vegetativa intermitente (por ejemplo, presión arterial alta, frecuencia cardíaca alta) ante la exposición o reexposición a las situaciones que recuerdan el acontecimiento estresante original (Stein, 1998, citado en Díaz, 2007). Los síntomas intrusivos, como los trastornos del sueño y los recuerdos estresantes diurnos o los sueños vívidos, son habituales. Los síntomas de evitación incluyen el retraimiento social (embotamiento emocional) y la amnesia parcial del acontecimiento. La función del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal puede ser anormal (APA, 2000; Díaz, 2007).

Los veteranos de guerra que padecen TEPT afirman que el uso del alcohol y otras sustancias ilegales (por ejemplo, marihuana, heroína) mejoran los síntomas, y el alcoholismo y el uso de sustancias con frecuencia son comórbidos con el TEPT. En esta población, el trastorno puede seguirse, en primer lugar, del trastorno de ansiedad generalizada o alcoholismo y, posteriormente, fobias, depresión y trastorno de angustia (APA, 2000; Bremner, 1996, citado en Díaz, 2007).

## **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

Los criterios diagnósticos del TEPT en adultos incluyen una triada de síntomas intrusivos, evitativos y de hiperactivación, y han de estar todos presentes para

realizar el diagnóstico (APA, 2000). La Treatment Outcome PTSD Scale (TOP 8, Escala TEPT para el resultado del tratamiento o la MINI (parte 1) pueden usarse para identificar los acontecimientos traumáticos y la gravedad de los síntomas. Los instrumentos y los cuestionarios diagnósticos utilizados para evaluar a los veteranos de guerra pueden no ser útiles en la población civil y viceversa (Gaston, 1996, citado en Díaz, 2007)

## **TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO**

Las obsesiones, son pensamientos recurrentes e intrusivos, considerados por el paciente, como abrumadores, sin sentido, repugnantes y que causan marcada ansiedad. Las compulsiones son conductas repetitivas que consumen tiempo y neutralizan o alivian la ansiedad producida por las obsesiones (APA, 2000).

### **OBSESIONES Y COMPULSIONES MÁS FRECUENTES EN LOS ADULTOS QUE PADECEN TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (TOC)**

Obsesiones: Contaminación, duda patológica, preocupaciones somáticas, necesidad de simetría y orden, impulsos agresivos o sexuales.

Compulsiones: de comprobación, lavado, limpieza, recuento, interrogación o afirmación repetitiva, colocación (por simetría o precisión), acaparamiento.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) es un trastorno crónico más frecuente de lo que se pensaba en un principio y en el que se producen recaídas. En Estados Unidos afecta a más de cuatro millones de personas (Jenike, 1989; Zetin et al, 1992, citados en Díaz, 2007). Su prevalencia es del 2-3 % y afecta por igual a hombres y mujeres (Karno et al, 1988; citados en

Díaz, 2007). No se ha establecido con firmeza un componente genético, pero los trastornos de ansiedad, en general, son mucho más frecuentes en los pacientes con TOC (Stein et al, 1998, citados en Díaz, 2007); asimismo, puede existir una base genética común entre este trastorno y el Síndrome de Gilles de la Tourette. Con frecuencia, el TOC se presenta en comorbilidad con la depresión, con otros trastornos de ansiedad (por ejemplo, fobia simple o trastorno de ansiedad social, trastorno de angustia), con trastornos de la personalidad o con el abuso de alcohol (Rasmussen et al, 1994; citados en Díaz, 2007). Existen otras conductas obsesivas posiblemente relacionadas con el TOC, como la tricotilomanía (arrancamiento del pelo), el juego patológico (ludopatía), la conducta sexual compulsiva o los trastornos de la conducta alimentaria (Zetin et al, 1992, citados en Díaz, 2007).

### **MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO**

La Florida Yale-Brown Obsessive Compulsive (FLY-BOCS, Escala Florida Yale-Brown para el TOC), o la MINI parte H, pueden utilizarse para identificar síntomas del TOC y monitorear la respuesta a la terapia (Kim, 1990, citado en Díaz, 2007). Varios trastornos psiquiátricos (por ejemplo, trastornos de la personalidad, hipocondría, depresión, esquizofrenia, fobias, síndrome de Gilles de la Tourette) comparten manifestaciones clínicas con el TOC, por lo que deberían descartarse (APA, 2000). También deberían identificarse los trastornos psiquiátricos comórbidos. No hay pruebas diagnósticas para el TOC; las alteraciones cutáneas debidas a un lavado excesivo, pueden ser evidentes en algunos pacientes (APA, 2000; Díaz, 2007).

## TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO

El trastorno mixto ansioso-depresivo, una categoría diagnóstica del DSM IV TR (APA, 2000) propuesta para futuros estudios, se caracteriza por disforia junto con otros síntomas depresivos y ansiosos que no alcanzan el umbral para el diagnóstico de un trastorno primario del estado de ánimo o de ansiedad (Tabla Núm. 5). Este diagnóstico sigue la iniciativa de la OMS, que incluyó un diagnóstico subsindrómico parecido con rasgos ansiosos y depresivos, el trastorno mixto ansioso-depresivo, en la CIE 10 (OMS, 1996) Este trastorno refleja el ánimo renovado por abordar varios axiomas clínicos que habían recibido una atención insuficiente en los últimos DSM: la ansiedad y la depresión coexisten a menudo, los trastornos de los pacientes no siempre encajan de una manera clara dentro de las principales categorías diagnósticas, como la depresión mayor o el trastorno de ansiedad generalizado y los síntomas subsindrómicos pueden tener relevancia clínica.

Antes del DSM III (APA, 1980), el concepto de trastorno mixto ansioso-depresivo había sido ampliamente aceptado, como lo revelan las etiquetas diagnósticas de neurosis ansiosa-depresiva, enfermedad depresiva psiconeurótica con ansiedad asociada, o síndromes ansioso depresivos, enfermedad enmascarada como depresión, o depresión con rasgos marcados de ansiedad. El uso de los primeros psicofármacos (benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos) con efectos aparentemente más específicos frente a los síntomas de ansiedad y depresión; y el énfasis del DSM III en la clasificación diferencial por categorías exageraron la dicotomía entre estas dos grandes categorías diagnósticas, dicotomía que ha persistido hasta la fecha (Cameron, 2006).

A pesar de los intentos, algunos de ellos fructíferos, para separar una diversidad de síndromes de ansiedad y depresión la distinción entre el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor jamás ha estado clara; las pruebas genéticas indican que ambos trastornos son el resultado de una combinación entre factores hereditarios y ambientales. Aunque el trastorno mixto ansioso depresivo, tal y como se caracteriza en el DSM IV TR (APA, 2000), refleje una sintomatología situada bajo los umbrales diagnósticos de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo ya existentes (con excepción de las categorías residuales del trastorno de ansiedad no especificado y del trastorno depresivo no especificado) tiene, al parecer, una repercusión clínica importante en el malestar y la discapacidad de los pacientes y, posiblemente también, en su tratamiento. No obstante, la inclusión del trastorno mixto ansioso-depresivo no resuelve el tema del solapamiento entre la ansiedad y la depresión (en concreto, entre el trastorno de ansiedad generalizada y la depresión mayor). Más bien, describe un síndrome característico por síntomas leves de este constructo solapado. La génesis de esta nueva categoría, sobre la que se ciernen muchos interrogantes de la investigación, incluidos su evolución, pronóstico y tratamiento adecuado.

## **DESARROLLO DEL DSM IV E INTRODUCCIÓN DEL TRASTORNO MIXTO ANSIOSO-DEPRESIVO**

### **CAMBIOS DEL DSM IV**

Dos cambios del DSM han supuesto un giro en nuestra conceptualización sobre las relaciones entre la ansiedad generalizada y la depresión (Camerón, 2006).

## **QUEJAS PRESENTES:**

El paciente puede presentar una gran variedad de síntomas de ansiedad o depresión. Inicialmente, pueden existir uno ó más síntomas de ansiedad o depresión. Inicialmente, pueden existir uno ó más síntomas físicos (por ejemplo, fatiga, dolor). Una entrevista más en profundidad revelará un estado de ánimo deprimido y ansiedad (Díaz, 2007).

## **PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO**

- Estado de ánimo bajo o tristeza
- Pérdida de interés o de capacidad para disfrutar
- Ansiedad o preocupaciones predominantes

Frecuentemente aparecen los siguientes síntomas asociados:

- Trastornos del sueño
- Astenia Y Pérdida de energía
- Falta de concentración
- Trastornos del Apetito
- Ideas o Actos suicidas
- Pérdida de la libido
- Inseguridad



- Insomnio
- Temblores
- Palpitaciones
- Mareos
- Sequedad de la boca
- Tensión e intranquilidad
- Temores diversos
- Diarrea

Esta categoría debe usarse cuando están presentes síntomas de ansiedad y depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado. Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de la depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas

comparativamente leves, se ve con frecuencia en atención primaria y su prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados, rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos (Díaz, 2007).

## **LA ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LA DIABETES**

La ansiedad, por su parte, es otro trastorno frecuente en las personas con DM, de las que se conoce poco acerca de su incidencia. Sin embargo, algunos estudios sugieren que la depresión y la ansiedad son igualmente frecuentes y con mayor incidencia en pacientes con DM que en la población general. El aumento en la incidencia de estos trastornos se relaciona con el definirla como una respuesta emocional exagerada a los miedos normales.

En las personas con diabetes este trastorno es más frecuente y se relaciona con hipoglucemia, las complicaciones, y a los efectos de vivir diariamente con las demandas de la DM. Es evidente que la ansiedad afecta la calidad de vida de las personas e interfiere con las actividades de automanejo. Es probable que el efecto de la ansiedad (estrés) produzca alteraciones en el sistema nervioso autónomo y complica el control metabólico, particularmente en el DM II (Pérez, Pág. 69).

## **CAPÍTULO SEIS: LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA ALIMENTACIÓN EN EL MÉXICO**

#### **CONTEMPORÁNEO**

La obesidad es una enfermedad; es la epidemia del siglo. La padece el 30 % de la población occidental. No obstante esta situación no siempre se ha dado de esta manera. El concepto de obesidad ha estado presente desde los inicios de la humanidad hasta nuestros días con un papel cambiante; unas veces como protagonista, otras como figura representativa, ocasionalmente como deidad y, casi siempre, caracterizando figuras en el arte. El alimento, por su parte, es la representación de lo deseado, lo vital, y su primera simbolización como necesidad vital es la manzana del Paraíso (Ruvinskis, 2005).

En México prehispánico se consideraba que toda pérdida de peso corporal resultaba de un daño ocasionado por alguien que se había introducido en la persona para prosperar a expensas de su propia sustancia. Rembrandt hace obesa a Artemisa y también a Betsabé, protagonistas de momentos históricos. La obesidad era lo deseable y debía seguirse la moda. En el siglo XIX toda la corpulencia significaba salud, prosperidad, honorabilidad y, en épocas anteriores, la obesidad había sido considerada signo de riqueza. Las dietas diferían demasiado de lo que conocemos hoy día. Cuando Ambroise Paré (1510-1590) prescribía un estimulante a un paciente sugería un régimen alimentario compuesto por alimentos abundantes y succulentos. La asociación Gordura- Salud y Prosperidad comenzó a desaparecer a principios del siglo XX como consecuencia de la acción de los médicos y de las compañías de seguros. La mayoría de la gente consideraba ventajoso disponer de una

cantidad moderada de grasa acumulada en el cuerpo, porque ello mejoraba la resistencia en caso de enfermedad. Por otra parte, la delgadez se asociaba con enfermedad y con padecimientos como la tuberculosis. A partir de 1900 aparecen los estándares de peso y salud; los médicos empiezan a sugerir que la obesidad es un serio riesgo para la salud, de hecho, las compañías de seguros consideraban el sobre peso como indicador de riesgo. La Dublin's Standard Table of Heights and Weights (1908) resultó decisiva en el establecimiento de los primeros promedios de peso ideal y provocó ansiedad en las al incitarlas a cuidar del peso de sus hijos. Hoy, por el contrario, en especial de los países industrializados, la opinión hacia la comida denominada "rápida", abundante y fácil de adquirir, ya que su precio no es muy alto y su sabor es adictivo, por el alto contenido en grasas y azúcares, contrasta con la repulsión hacia la obesidad ya que en la actualidad malnutrición y pobreza significan exceso de grasa. Nuestros cánones de belleza, particularmente los de la mujer, han sufrido importantes cambios en relación con las sociedades tribales y con épocas anteriores de nuestra propia sociedad. Al inicio de los sesenta, una modelo, llamada Twiggy, impulsó la moda de la delgadez; haciendo que los diseñadores buscaran modelos con problemas de desnutrición. La delgadez y la juventud son los estándares de belleza actuales; estéticamente, la obesidad es considerada como una enfermedad, sin embargo, por otro lado, en la televisión se alienta el consumo de comida chatarra para los menores. Esta idealización del cuerpo bello, joven y sano, ha provocad una transferencia de valores. El bien, los ideales de perfección, de pureza de antaño se relacionaban con valores religiosos, ahora se corresponden con una buena salud y un cuerpo idealizado. El mal, la lujuria, la

pereza, la gula, ya no se castigan con el infierno después de la muerte, sin con infiernos terrenales como la enfermedad, envejecimiento, obesidad y muerte, como si fueran pecados contra la higiene corporal y alimentaria. El valor moral atribuido a la delgadez y a la dieta se justifica generalmente en nombre de la salud. La delgadez no sólo es presentada como atractiva, sino que se asocia con el éxito y el poder. En cambio, la gordura es considerada propia de perezosos y glotones. El ideal de delgadez se ha expandido a la mayoría de las sociedades industriales que han tenido los medios y la oportunidad de estar gordos; las clases altas eligieron distinguirse de las clases trabajadoras adoptando un ideal de delgadez, que luego fue imitado por las clases medias y bajas. Por lo tanto, la dieta y el ejercicio físico han adquirido un papel muy importante. A través de la publicidad proliferan las recomendaciones dietéticas para adelgazar y para no engordar; dietas “cuasi mágicas” para lograr el cuerpo ideal (Ruvinskis, 2005).

Este nuevo canon de belleza basado en la delgadez favorece, en muchos casos, trastornos de la alimentación como la bulimia y la anorexia nerviosa, ya que los nuevos valores instan, sobre todo a las mujeres, a comer menos para mantenerse en forma, pero, al mismo tiempo, deben comprar, preparar comidas deliciosas para los demás o compartir cuando son invitadas. Si nos preguntamos qué ha ocurrido para que, de una valoración positiva de las grasas y de los alimentos energéticos en general, se ha pasado a su rechazo y eliminación, encontraremos que hay muchos factores; entre los más destacados sobresale la influencia de la publicidad de muchos productos, como los alimentos “light”. La grasa y el exceso de calorías se han convertido en una especie de enemigos públicos, ya que son enemigos de nuestra salud y de

nuestra línea. Los alimentos light ayudan a la prevención de las enfermedades cardiovasculares; la reducción del contenido de colesterol en los alimentos es una preocupación aparecida recientemente y que se ha convertido en una obsesión. Hasta la década de los sesenta una buena alimentación para la clase trabajadora, ante todo, una alimentación nutritiva, es decir, sana, pero, sobretodo abundante y saciable; hoy en día, la mayoría de la población piensa que comemos demasiado. El conflicto principal está, por un lado, en saber qué y cuánto comer, pero, al mismo tiempo, al estar sometido a una dieta e ingerir porciones pequeñas y con pocas calorías, la gente se queda con la sensación de hambre, y es lo que generalmente lleva al ciclo de dietas estrictas seguidas de etapas de atracones. Otra de las tendencias actuales es la sustitución entre los alimentos, prefiriendo los vegetales a las carnes rojas. Así mismo, una gran cantidad de personas entrevistadas, que viven en países industrializados, comentan que evitan platos con salsas, grasas, vino y azúcar. Así vemos que la comida de los ochentas se ha aligerado, desgrasado, frugalizado, enfatizando el consumo de pescado, legumbres y cocción al vapor, frente a las opciones anteriores. Actualmente es común la presentación de dos tipos de menús en los restaurants: uno con los platillos del lugar, y el del menú bajo en calorías. Vemos que el problema central se ha vuelto el de la regularización del apetito individual ante unos recursos alimentarios casi limitados. En definitiva, nuestra sociedad contemporánea se caracteriza por una economía de la abundancia: comemos demasiado de todas las cosas, sobre todo de comida chatarra, barata y de fácil adquisición. El mensaje directo o subliminal es: que la prosperidad debe ser mantenida incrementando constantemente el consumo, en contraste con un pasado no muy distante en el que el ahorro y la

frugalidad constituían dos grandes virtudes. Sin embargo, los cambios experimentados en los consumos alimentarios no indican necesariamente un progreso. Las dietas estrictas y muchas veces mal planeadas no son un progreso en la alimentación; más bien, corresponden a la moda, la publicidad y las facilidades de empleo. Sorprende que, a pesar de los extraordinarios adelantos científicos y del interés creciente por el estado de salud de la población, las alarmas sobre el estado de salud son cada vez más frecuentes. Hoy en día, cuando la disponibilidad de alimentos y el conocimiento sobre los mismos es mayor que nunca, no parece que comamos bien. En las sociedades industriales los individuos se caracterizan por comer más de lo necesario, o sea, más de lo que exigiría su salud. Por lo tanto, vemos que el problema de la alimentación y la dieta es un problema mucho más complejo que un fenómeno estrictamente biológico, nutricional o médico. La alimentación sigue siendo un fenómeno social, psicológico, económico, simbólico-cultural. Pese a las modas, y al gran esfuerzo emprendido por las autoridades sanitarias, al relacionar la obesidad con los problemas cardiovasculares, la obesidad es un problema creciente hoy en día. La gente se deja llevar por la publicidad, sobre todo por la televisiva, por un lado presenta productos atractivos a base de harinas, azúcares y chocolate; generalmente quien lo anuncia es una modelo que seguramente nunca come algo así. Por otro lado, aparece la contraparte de la publicidad: productos bajos en calorías, aparatos para bajar de peso, jugos, etc. Un constante mensaje contradictorio. Finalmente, la alimentación correcta es una lucha personal donde cada quien debe ir aprendiendo a base de disciplina, comprensión y planeación a aceptar que, aunque vivamos en un mundo de abundancia de alimentos, podemos ser selectivos y escoger sólo lo

necesario para evitar los excesos. El primer paso es reconocer qué y cuánto comemos, qué tan seguido y establecer un compromiso con uno mismo para cambiar los malos hábitos; pedir ayuda profesional para tratar los síntomas de la ansiedad, depresión o cualquier alteración física y aceptar que no es fácil, pero que los retos más difíciles son los que nos permiten crecer y alcanzar mejores metas en la vida (Ruvinskis, 2005).



## **CUÁLES SON LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La anorexia nervosa, la bulimia y los trastornos inespecíficos del comportamiento alimentario, dentro de los que se incluye el trastorno por atracón, son alteraciones conductuales relacionadas al acto de comer y, en tiempos modernos, se agrega una distorsión en la percepción de la imagen corporal. Si bien, a finales del siglo XX y, en el siglo XXI, estos padecimientos conductuales han sido considerados como entidades estrechamente ligadas a la idolatría por la delgadez, las revisiones históricas han aportado la idea de que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) han existido desde tiempos remotos, en particular la anorexia nervosa (Bell, 1985, citado en Caballero, R., 2005). Quizá el entorno cultural en el que estos se han desarrollado sólo ha investido de características e interpretaciones particulares a estas conductas patológicas a lo largo de las épocas. Sin embargo, es menester considerar que, en los tiempos modernos, la exigencia social por un cuerpo delgado en el género femenino, y atlético en el masculino, se ha constituido como la generadora de factores considerados de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades de la conducta. En particular, el desempeño de la publicidad dirigida a los sectores juveniles de la población está notoriamente encaminado a la exaltación de las características corporales consideradas socialmente aceptadas y atractivas. El ser delgado se ha convertido en un salvo conducto para transitar por la vida, es una garantía de seguridad que proporciona al individuo la libertad para el desempeño social sin tener a ser criticado por sus congéneres (Toro, Citado en Caballero, R., 2005).

Pero volviendo al pasado, autores como Rudolf M Bell, han realizado extensas revisiones documentales que trazan la trayectoria histórica del fenómeno

anoréxico. Se sabe que en el Medioevo existieron personas que, a manera de trascendencia espiritual o autoflagelación, practicaban extensos periodos de ayuno que los hacían alcanzar estados de desnutrición severa. A este grupo paradigmático se le conoce como las “santas anoréxicas”. Existen las descripciones de varios ejemplos, sin embargo, uno de los casos mejor estudiados es el de Santa Catalina de Siena, que vivió en el siglo XIV y quien, además de ayunar, también se provocaba el vómito. Se sabe que tras su muerte, y posterior santificación por el Vaticano, la difusión de su forma de vivir ocasionó que otras personas siguieran su ejemplo. No es difícil imaginar que, en la Europa de estos tiempos oscuros, dominados por la Iglesia Católica, el ser o el tener en la comunidad a una persona que practicara largos periodos de ayuno, con un afán místico, entre otras cosas, daba prestigio a la población. No es difícil suponer que ciertos individuos siguieron el ejemplo de Santa Catalina de Siena, no obstante, es de llamar la atención, que prácticamente todos los casos conocidos que datan de ese entonces, fueron mujeres jóvenes. Este grupo que Bell adjetiva como “Las Santas Anoréxicas” se convirtieron, posteriormente, en las doncellas milagrosas, y las muchachas ayunadoras, según la interesante descripción de Toro (citado en Caballero, R., 2005). Además, a decir de Bell, muchos de los reportes existentes desde el siglo XIII, describen personas ayunadoras, que, a su juicio, reúnen criterios de lo que él llama “Anorexia Santa”, título de su obra publicada en 1985. En el devenir de los siglos se conocen varios reportes biográficos que han llamado, particularmente, la atención, por el hecho de describir estados autoinducidos ex profeso de adelgazamiento extremo, mismos que no coincidían con la descripción de algún trastorno médico conocido en su tiempo. Existe pues, la

impresión de que, la condición que hoy conocemos como anorexia nervosa, ha sido interpretada según el contexto histórico-cultural en el que se manifiesta. En el siglo XVII Morton (citado en Caballero, R., 2005) observó estado de inanición que él llamo “consunción nerviosa”, ya que no podían explicarlos como eventos secundarios a alguna enfermedad médica conocida en sus tiempos, en particular la tuberculosis. En el año de 1873 cuando Ernest Charles Lasègue describe la Anorexie Histerique en Francia (Lasègue, 1873, citado en Caballero, R., 2005); entidad clínica en donde reúne las características de un estado de inanición severa presente en mujeres jóvenes, dividido en tres estadios (en el último de los cuales considera la amenorrea), y sin ningún padecimiento médico causante. Al año siguiente, William Withey Gull publica su trabajo sobre la Anorexia Nervosa en donde sustenta la naturaleza “nerviosa” y no uterina (hysterus) como en la descripción de Lasègue del padecimiento en cuestión; además de haber observado que este trastorno también se presenta en hombres (Gull, 1874, citado en Caballero, R., 2005). Durante el siglo XX este padecimiento llamó considerablemente la atención tanto de psicoanalistas como de psiquiatras. Hilde Burch hizo varias aportaciones al campo de estudio de estos trastornos; introdujo el concepto sobre el trastorno de la imagen corporal que hoy es un criterio básico para el diagnóstico de la anorexia nervosa, describió la incapacidad de estas pacientes para reconocer estados internos como son las emociones y la propia sensación de hambre, y abundó sobre los sentimientos de ineficacia que estas pacientes sufren (Burch H, 1974; Burch H, 1978, citados en Caballero, R., 2005). En Italia, Mara Selvini Palazzoli postuló que este padecimiento se sustenta en el sentimiento de inadecuación de la mujer; sin dejar de planear la importancia de la familia como

un agente mediador entre los valores sociales y la persona afectada (Selvini, 1975, citado en Caballero, R., 2005). Al respecto, Minuchin describió cuatro características en familias de pacientes con anorexia nervosa: aglutinamiento, sobreprotección, rigidez y evitación de conflictos (Minuchin, 1978, citado en Caballero, R.; 2005).

En cuanto a los estados bulímicos, la cantidad de descripciones históricas es mucho menor. Se sabe que los romanos practicaban el vómito autoinducido después de un banquete; y, durante la Edad Media, se reportan casos de personalidades que se entregaban a dicha práctica. Por su lado, el interés médico por la bulimia la situó algunas veces como síntoma, y otras, como diagnóstico, sobretodo, durante el siglo XIX, periodo en el que Gull notó su asociación con la anorexia nervosa. El síntoma bulímico fue considerado durante mucho tiempo como parte de la anorexia nervosa o de la obesidad. Stunkard describió las características del Síndrome bulímico, pero no incluyó las conductas compensatorias, tales como el vómito o el uso de laxantes (Stunkard, 1959; Stunkard, 1974, citados en Caballero, R., 2005).

No fue sino hasta bien entrado el siglo XX que Gerald Russell describió con toda claridad lo que hoy conocemos como bulimia nervosa (Russell, 1979, citado en Caballero, R., 2005). Se trata de una condición en la que se asocian los atracones objetivos con conductas posprandiales generalmente de tipo purgativo que los compensan, resaltando el miedo a engordar (y, en algunas ocasiones, el trastorno de la imagen corporal), como una condición que necesariamente presentan estas pacientes. Russell considera que ésta condición es una variante ominosa de la anorexia nervosa, haciendo énfasis en la patoplasticidad de este síndrome. Stunkard, por su parte, en 1959, describió

el trastorno por atracones (binge eating síndrome), que actualmente ha cobrado importancia por su asociación con la obesidad y con alteraciones psicopatológicas como la ansiedad y la depresión. Este trastorno es considerado actualmente como un trastorno alimentario no especificado por el DSM IV TR (APA, 2000).

## **CONCEPTOS BÁSICOS**

Según la clasificación propuesta por la APA en el DSM IV TR (2000), los trastornos de la Conducta Alimentaria se dividen en trastornos específicos e inespecíficos. Los primeros comprenden únicamente a la anorexia y a la bulimia nervosas; mientras que los segundos, a su vez, incluyen a los síndromes parciales de ambos trastornos específicos: al masticar y escupir sin deglutir los alimentos y al trastorno por atracón. La anorexia nervosa se caracteriza por la consecución ex profeso de un peso corporal mucho menor al esperado para el género, la estatura y la edad de las personas afectadas, quienes además presentan un rechazo al incremento ponderal. Al inicio del padecimiento, durante la disminución ponderal y, en algunos casos, también en los estados de desnutrición severa, se observa la alteración en la percepción de la imagen del propio cuerpo y del peso, y/o de la silueta corporal. La amenorrea secundaria por más de tres ciclos consecutivos no tarda en aparecer una vez que el índice de masa corporal ha disminuido a  $17.5 \text{ Kg/m}^2$ , mientras que en las chicas que no han tenido aún su menarca presentan amenorrea primaria. En varones es frecuente encontrar disminución de la libido. El rechazo a mantener un peso corporal normal es inmenso, tal y como

sucede con su miedo a subir de peso o a convertirse en obesos. Este trastorno se divide en dos subtipos según la predominancia sintomática: el restrictivo y el compulsivo/purgativo (aquellas que combinan también conductas purgativas con importantes ingestiones descontroladas de alimentos). Es importante señalar que, mientras existan suficientes criterios para sustentar este diagnóstico no puede coexistir simultáneamente el de la bulimia nervosa. Sin embargo, cuando se interroga a lo largo de la vida, existen pacientes que pueden virar de la anorexia nervosa a la bulimia nervosa y viceversa (APA, 2000; Caballero, R., 2005).

La bulimia nervosa consiste en la presentación de episodios de ingestiones voraces de una gran cantidad de alimentos, con sensación de pérdida de control, que se llevan a cabo en cuestión de minutos; en un lapso menor a dos horas. En el DSM IV TR (APA, 2000), estas tres características son indispensables para identificar los atracones a los que se refiere este manual diagnóstico, los cuales son seguidos de forma inmediata por conductas compensatorias inadecuadas de tipo purgativo, tales como la provocación de vómito, el uso inadecuado de laxantes, de diuréticos o de enemas; de estrategias no purgativas como el ayuno prolongado, o la práctica de ejercicio físico que generalmente tiene características compulsivas. Existe insatisfacción corporal en la mayoría de los pacientes; algunos desarrollan alteración de la imagen corporal idéntica a la que sucede en la anorexia nervosa. Se aceptan dos tipos: el purgativo, y el no purgativo, según el predominio de las conductas compensatorias utilizadas (APA, 2000, Caballero, R., 2005).

El trastorno por atracón es un trastorno inespecífico de la conducta alimentaria, cuyos criterios de investigación del DSM IV TR (APA, 2000) incluyen la

ingestión de una gran cantidad de alimentos que cursa con la sensación de pérdida de control, pero que no es seguida de conductas compensatorias inadecuadas, como sucede con la bulimia nervosa. Los sujetos pueden comer más rápido de lo normal, o hasta sentirse llenos y con malestar, comer sin hambre, comer a solas por pena, y/o sentirse culpables o deprimidos después del episodio. Este trastorno se asocia generalmente a sobrepeso u obesidad, lo que incrementa la posibilidad de desarrollar dislipidemias, hipertensión arterial e hiperglucemia, además de los severos sentimientos de minusvalía que desarrollan estos pacientes (APA 2000; Caballero, R., 2005).

La alimentación es un tema fundamental, no sólo biológica y médicamente, sino psicológicamente. Comer es el primer vínculo con la madre.

Esta relación alimento-madre prosigue a través de toda la vida, y en ocasiones es matizada por diferentes complicaciones. Así la alimentación representa, además de una saciedad física: seguridad y amor. Comer se vuelve una forma de satisfacer necesidades y deseos emocionales, al igual que fisiológicos. Esta relación aunada al estadio de una persona con diabetes, provoca que el vínculo emocional entre el alimento y el paciente sufra un cambio más y se haga más visible, pues está en juego la vida y el bienestar de esta persona (Giordani, 2004).

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La información existente proviene principalmente de los Estados Unidos, Canadá y Europa. Los estudios epidemiológicos que han estudiado un número grande de individuos se ha generado principalmente en los Estados Unidos de Norteamérica o en Europa. La prevalencia de la anorexia nervosa oscila entre

el 0.2 y el 0.5 %, mientras que la de bulimia nerviosa es del 2 L 3 % en el género femenino, entre la segunda y la tercera década de la vida (Hsu, 1996; citado en Caballero, 2005). La incidencia anual de la anorexia nervosa varía de 14.1/100 000 en mujeres de 10 a 24 años de edad (Cullberg et al., 1988, citados en Caballero, 2005). La proporción de presentación por sexos masculino: femenino es de aproximadamente 1:10 para ambos trastornos, según varios estudios citados en una extensa revisión (Hsu, 1996; citado en Caballero, 2005). La tasa cruda de mortalidad es de 5.9 % para la anorexia nervosa, según un metaanálisis de 42 estudios publicados (Sullivan, 1999; citado en Caballero, 2005) y del 0.3 % en 88 estudios publicados en bulimia nervosa (Keel y Mitchell, 1999; citados en Caballero, 2005).

En cuanto al trastorno por atracón, con los criterios del DSM IV TR (APA, 2000), se sabe que el 30.1 % de los sujetos que acuden al tratamiento a clínicas de control de peso (31.9 % mujeres y 20.8% hombres) cursan con este diagnóstico; el 2 % en muestras comunitarias (2.5 % mujeres y 1 % hombres); y 71.2 % de muestras provenientes de Comedores Compulsivos Anónimos (Spitzer, et al., 1999; citados en Caballero, 2005).

En México no existen estudios epidemiológicos representativos de la población en riesgo, sin embargo, hay varios reportes que hablan de la presencia de conductas alimentarias de riesgo, como es el caso de un estudio que incluyó a 9 755 adolescentes entre los 12 y los 19 años de edad, de los cuales el 0.9 % de los varones y el 2.8 % de las mujeres presentaron tres ó más indicadores clínicos que podrían construir grupos de alto riesgo para el desarrollo de los trastornos alimentarios (Unikel et al., 2000; citados en Caballero, 2005).



Además, también se ha reportado un riesgo elevado de padecer trastornos de conducta alimentaria en un grupo de estudiantes universitarias mexicanas mediante aplicación de cuestionarios especializados. Estos resultados relejan la existencia de conductas alimentarias de riesgo en poblaciones jóvenes urbanas (Mancilla et al., 1999; citados en Caballero, 2005).

Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en 962 preadolescentes escolares, cuyas edades fluctuaron entre los 9 y los 13 años, el 44 % presentó insatisfacción corporal y el 54 % alteración de la imagen corporal; de los cuales el 29 % la sobreestimó, mientras que el grupo de 11 años de edad tuvo el mayor porcentaje de dietas dirigidas al control de peso y la aceptación más prominente del estereotipo cultural Delgadez-Atracción (Gómez Pérez-Mitré, 1999; citados en Caballero, 2005).

Otro reporte de la misma autora ya había descrito las tendencias encontradas en un grupo de 200 preadolescentes de ambos géneros que sobreestimaron su peso corporal, además de quienes se consideraban menos atractivos tenían un índice de masa corporal más alto, y viceversa. Por otro lado, dos reportes han señalado la presencia de conductas alimentarias de alto riesgo en grupos de bailarinas de ballet en México (Unikel y Gómez, 1999; Unnikel y Gómez, 1999; citados en Caballero, 2005).

De hecho, otro estudio que comparó la sintomatología (preocupaciones y rituales) alimentaria entre una población clínica mexicana y otra norteamericana, encontró que el grupo mexicano presentó mayor severidad sintomática, especialmente en los rituales, siendo importante resaltar que las

pacientes de México no habían recibido tratamiento especializado previo, para su trastorno alimentario (Caballero et al., 2003; citados en Caballero, 2005).

## **ETIOPATOGENIA**

Disertar sobre el origen de estos trastornos requiere considerar una serie de factores que, de alguna manera parecen interactuar entre sí, y que, seguramente tienen cada uno un peso específico dentro de cada caso, en particular.

## **FACTORES DE RIESGO**

A la fecha se han considerado diversos factores que pueden elevar el riesgo de que una persona desarrolle una patología en su conducta alimentaria, entre los que se han mencionado la menarquía temprana, haber padecido sobrepeso u obesidad en la infancia; las burlas respecto al cuerpo de parte de los hermanos o compañeros de la escuela, los comentarios adversos concernientes a la forma de comer o al cuerpo, provenientes de los padres y el hacer dietas restrictivas. Los estudios que se han ocupado de esta área han obtenido resultados diversos y controvertidos. Recientemente se publicó un estudio prospectivo que, incluyó a 1103 adolescentes que fueron seguidas a lo largo de tres años, el cual detectó que la preocupación por un cuerpo delgado y la presión, social son factores de riesgo importantes para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes (The McKnight Investigators, 2003; citados en Caballero, 2005).

## **FACTORES BIOLÓGICOS**

En este rubro se han estudiado varios aspectos entre los que se destacan los sistemas de neuroendócrinos, las áreas cerebrales relacionadas con la modulación del apetito y la obesidad entre otros. Uno de los campos que últimamente han aportado información interesante es el de la genética de los trastornos alimentarios. Los estudios familiares han mostrado repetidamente que los parientes de probandos con anorexia nervosa tiene mayor prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria al compararlos con familiares de sujetos control (Strober et al., 1985; Hudson et al., 1987; Lilenfeld et al., 1998; citados en Caballero, 2005).

Los estudios de gemelos monocigóticos de pacientes con anorexia nervosa han reportado tasas de concordancia del 52 % al 56 % mientras que las tasas de concordancia para los gemelos dicigóticos con anorexia nervosa han sido estimadas entre le 5 % y el 11 % (Holland et al., 1984; Holland et al., 1988; Wade et al., 2000; citados en Caballero, 2005). Estos hallazgos sugieren fuertemente la influencia de factores genéticos en el desarrollo de estas patologías.

Recientemente se han publicado evidencias provenientes de estudios de ligamiento genético que sugieren la existencia de susceptibilidad a padecer anorexia y bulimia nervosas. El estudio de la Fundación Price es un esfuerzo multicéntrico llevado a cabo en varios países de América y Europa (Kaye et al., 2000; citados en Caballero, 2005). En el año 2002 este grupo reportó evidencia sugestiva de la presencia de un locus de susceptibilidad para anorexia nervosa localizado en el cromosoma 1p (Grice et al., 2002, citados en Caballero, 2005). Posteriormente, también se publicó el hallazgo sugerente de evidencia de un

locus de susceptibilidad para bulimia nervosa localizado en el cromosoma 10p (Bulik et al., 2003; citado en Caballero, 2005).

El trastorno por atracón también ha sido abordado desde la perspectiva genética. Existen reportes que han asociado variantes genéticas en el receptor a la melanocortina-4 (MC4R) con la obesidad y el trastorno por atracón, incluso proponiendo que el atracón era una característica fenotípica de los sujetos con mutación en el gene MC4R (Branson et al., 2003; citados en Caballero, 2005); aunque también se han reportado datos que contradicen lo anterior (Hebebrand et al., 2004; citados en Caballero, 2005). Por otro lado, recientemente se publicó un estudio gastroenterológico que comparó las secuencias completas de las regiones MC4R, proopiomelanocortina y del receptor de leptina en 300 pacientes que fueron intervenidos mediante laparoscopia para aplicación de bandas gástricas, encontrando que, después del procedimiento quirúrgico, aquellos con variantes MC4R tuvieron trastornos por atracón, además de peor evolución post-operatoria (Potoczna et al., 2004; citados en Caballero, 2005).

La modulación de la saciedad y del metabolismo implica a la leptina (proveniente del tejido adiposo), a la insulina, a la colecistoquinina, al péptido-1 glucagon like, la ghrelina, y al péptido YY3-36 (proveniente del aparato gastrointestinal). Estas sustancias actúan en el núcleo arcuato y en el núcleo del tracto solitario, respectivamente. El neuropéptido Y, el péptido agouti y la orexina (originadas en el cerebro), estimulan el apetito, mientras que las melanocortinas y la hormona estimulante de la melanocortina alfa son agonistas de la saciedad. La ghrelina estimula el apetito, y tanto la colecistoquinina como el péptido-1, glucagon like y el YY3 provocan la

sacidad. El tejido adiposo informa al cerebro acerca de los depósitos de energía a través de la leptina, la adiponectina y la resistina. El trastorno por atracón se ha relacionado a una alteración en el sistema de señalización de la ghrelina (Hellstrom PM, et al., 2004; citados en Caballero, 2005). Recientemente se han efectuado numerosos estudios que han explorado la regulación del peso corporal por el cerebro y se ha propuesto la existencia de una relación estrecha entre la alimentación y la emoción. Ésto ha surgido de diversas investigaciones del sistema de las melanocortinas y del neuropéptido Y, sustancias endógenas que regulan la homeostasis energética y las emociones (Wonderlich y Mitchell, 2001, citados en Caballero, 2005).

### **FACTORES PSICOLÓGICOS**

En este campo las investigaciones pertinentes han asociado diversos rasgos de personalidad con algún trastorno alimentario específico. A la anorexia nervosa se le ha relacionado con el perfeccionismo y la rigidez, mientras que a la bulimia se le enlaza con la impulsividad y con el perfeccionismo. En la literatura especializada, se reconoce que la forma de diagnosticar trastornos de la personalidad es categórica y heterogénea, por lo que es mejor estudiar la personalidad desde un enfoque dimensional, lo cual viene bien cuando se ponderan los diversos fenómenos psicológicos concomitantes observados en los diferentes trastornos de la conducta alimentaria. Según Wonderlich y Mitchell (2001), existen tres posibilidades de relación entre las dimensiones de la personalidad y los trastornos alimentarios:

1. Los rasgos de la personalidad predisponen o incrementan el riesgo de padecerlos.

2. Estos trastornos por sí mismos incrementan la gravedad de ciertos rasgos de personalidad mediante la propia sintomatología alimentarios o emocional concomitante.

3. La existencia de un tercer factor que a su vez incrementa el riesgo de padecer algún trastorno de la personalidad, de la conducta alimentaria, o bien, de ambos.

La relación entre la personalidad y los trastornos de la conducta alimentaria bien podría considerarse como una interacción compleja y la asociación de síndromes de estas dos áreas deja entrever un continuo psicopatológico. Basta decir que los estudios empíricos de la anorexia nervosa compulsivo/purgativa sugieren que los estilos de personalidad de estas pacientes se parecen más a los que despliegan los pacientes con Bulimia Nervosa, que los pacientes con Anorexia Nervosa del tipo restrictivo (Garner et al., 1985; citados en Caballero, 2005).

### **FACTORES FAMILIARES**

No se ha demostrado, a la fecha, una relación causa-efecto, entre la psicopatología familiar y los TCA. No obstante, en la práctica clínica es evidente que existen fenómenos inherentes a la dinámica familiar que pueden mediar o mantener los TCA, complicando, enormemente, su tratamiento. La familia se convierte también en sujeto de evaluación y tratamiento en los casos que lo requieren. Los estudiosos en este campo han elaborado el modelo

sistémico que considera a la anorexia nervosa como el síntoma de una familia enferma, y desde este enfoque, se han propuesto diversas estrategias para su tratamiento (Caballero, 2005).

## **FACTORES SOCIOCULTURALES**

Joseph Toro (1996, citado en Caballero, 2005) ha hecho una extensa y amena revisión en este campo. Es de destacar que la influencia sociocultural tiene un papel disparador y mantenedor de las conductas alimentarias anómalas. El culto a la delgadez como sinónimo de autocontrol y de éxito, es un fenómeno omnipresente y desencadenante de la realización de dietas restrictivas; que constituye en sí un factor de riesgo para el desarrollo de estas patologías alimentarias.

La prevalencia de estas entidades reportada en países de Asia o norte de África, es mucho menor a la encontrada en países occidentales, sin embargo, también se ha observado que las poblaciones de inmigrantes provenientes de otras culturas que radican en los Estados Unidos aumentan su prevalencia a porcentajes similares a los encontrados en el país que los acoge. Este fenómeno forma parte de lo que se conoce como “Aculturación”, término que se refiere a la adaptación que atraviesan los inmigrantes a otra cultura. Al respecto, se ha reportado que los síntomas alimentarios se asocian en forma significativa al nivel de integración de sujetos hispanos a la cultura norteamericana (Pumariega, 1986; citado en Caballero, 2005).

También se ha detectado el fenómeno de la aculturación, y de las conductas alimentarias alteradas en la población de origen mexicano que ha radicado en los EU por varias generaciones. En mujeres de origen mexicano, se encontró

una relación positiva entre las actitudes alimentarias y los niveles de aculturación, siendo las correspondientes a la segunda generación quienes registraron los niveles más altos (Chamorro y Flores-Ortíz, 2000, citados en Caballero, 2005). En el mismo sentido, se ha reportado que, de acuerdo a una revisión de prevalencia, la población México-Norteamericana presenta niveles de alteraciones alimentarias similares a los encontrados en su contraparte de origen caucásico (Crago et al., 1996, citado en Caballero, 2005). En este punto, es menester citar el estudio de Becker, et al., (2002, citado en Caballero, 2005), quienes realizaron un estudio naturalístico que detectó alteraciones en la conducta alimentaria en una población recientemente expuesta a la televisión, lo cual, aunque no se trata de un fenómeno de aculturación en sí, descubre la influencia de los medios en estas conductas anómalas, y que, ciertamente responden al entorno cultural.

### **ANOREXIA NERVIOSA**

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por el miedo a aumentar de peso, ya que quien la padece tienen una imagen corporal distorsionada. Además, la persona presenta un peso inferior al característico de su edad, sexo y altura. El peso se pierde por ayunos o reducción extrema de la comida; aunque casi el 50 % de las personas con anorexia se provocan el vómito, abusan de laxantes, diuréticos o el ejercicio extenuante para perder peso. Se cree que las actitudes sociales sobre la apariencia corporal, y los factores familiares juegan un papel importante en el desarrollo de la misma. Esta condición se presenta generalmente durante la adolescencia, entre los 10 y 15 años de edad; o en los primeros años de la edad adulta, su inicio es repentino. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres



(de 1 a 2 %, de la población femenina, contra 0.1 a 0.2 % de la masculina). Este trastorno se observa principalmente en mujeres caucásicas, de alto rendimiento académico, o cuya familia o personalidad está orientada hacia el alcance de metas. Algunos expertos han sugerido que los conflictos dentro de la familia pueden contribuir a desarrollarla ([medlineplus.gov/](http://medlineplus.gov/) spanish).

Sus causas son muchas: desde conflictos familiares y amorosos, hasta sentimientos de rechazo por parte del grupo social, entre otros. Los desequilibrios internos que pueden presentar las personas con anorexia se deben, en su mayoría, a la falta de autoestima y confianza en si mismos. Achacan parte de sus problemas a la gordura, hasta convencerse de que podrían resolverlos controlando el peso (Giordani, 2004).

Actualmente el índice de mortalidad por anorexia es del 5 %, y se debe, en su mayoría a diagnósticos e intervenciones médicas tardías. Si se detecta a tiempo el pronóstico es favorable (Giordani, 2004).

La combinación de anorexia y diabetes Mellitus rompe con el tratamiento integral de la enfermedad, que además de educación, medicamentos y actividad física, incluye alimentación balanceada. Además provoca riesgos a corto plazo como desmayos, o bien, complicaciones más serias a largo plazo como daño en el riñón, ojos, corazón, etc. Una persona con diabetes que por restringirse el alimento presenta hipoglucemia, puede presentar irritabilidad y sopor. Esto se da al principio de la enfermedad; pero si se deja avanzar, no sólo aparecerán daños en el cuerpo como úlceras en el esófago o amenorrea. Pueden presentar problemas importantes en la autoestima, depresión,

inexpresividad emocional, llanto recurrente y explosiones de ira (Caballero, R., 2005; Giordani, 2004; pág.. 46).

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- ❖ Rechazo a mantener el peso corporal, o tenerlo por arriba de lo mínimo normal para la edad y talla.
- ❖ Miedo intenso de ganar peso, de ser obesa a pesar de tener un peso subnormal.
- ❖ Trastorno de la percepción de su imagen corporal. Negación de la gravedad que representa la baja de peso.
- ❖ Amenorrea (ausencia de tres menstruaciones consecutivas) o si sólo menstrúa con la administración de hormonas.

#### Criterios de los trastornos de la conducta alimentaria

	F50.0 ANOREXIA NERVIOSA (307.1)
A.	Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla
B.	Miedo intenso a ganar peso, o a convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal
C.	Alteración en la percepción del peso, o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
D.	En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea (tres ciclos consecutivos); se considera que una mujer presenta amenorrea

	cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales.
	Tipos de anorexia
1	Tipo Restrictivo: durante el periodo de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas
2	Tipo convulsivo/Purgativo: Durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas
	Bulimia nerviosa
A	<p>Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:</p> <p style="padding-left: 40px;">1) Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (por ejemplo en un periodo de dos horas; en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo de tiempo similar, y en las mismas circunstancias.</p> <p style="padding-left: 40px;">2) Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento, por ejemplo, la sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo.</p>
B	Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como lo son la provocación del vómito, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos, ayuno y ejercicio excesivo.
C	Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen

	lugar, como promedio, al menos, dos veces a la semana durante un periodo de tres meses.
D	La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
E	La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa
<b>Tipos de Bulimia</b>	
1	Tipo Purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso
2	Tipo no purgativo: Durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo emplea OTRAS CONDUCTAS COMPENSATORIAS inapropiadas, como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse el vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
<b>TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO</b>	
La categoría de la conducta alimentaria no especificada, se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Algunos ejemplos son:	
1	En mujeres se cumplen todos criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa, excepto que las menstruaciones son regulares
2	Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la anorexia nerviosa excepto que, a pesar de existir una pérdida de peso

	significativa, el peso del individuo se encuentra dentro de los límites de la normalidad.
3	Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, con la excepción de que los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.
4	Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal
5	Masticar y expulsar, pero no tragar, cantidades importantes de comida
6	Trastorno compulsivo: se caracteriza por atracones recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada típica de la bulimia nerviosa.

## **BULIMIA NERVIOSA**

La bulimia es un trastorno alimentario, impulsado por un miedo enfermizo a engordar, en el que la persona alterna periodos de voracidad (atracones), seguidos por vómito autoinducido, toma de laxantes o diuréticos, con periodos de anorexia.

El vómito causa muchos problemas graves, como descompensación, úlceras en el esófago, gastritis, etc., que pueden dificultar el control de la diabetes y fomentar la aparición de episodios híper e hipoglucémicos.

Este tipo de trastornos se presenta con mayor frecuencia en las mujeres, quienes, por su imagen corporal distorsionada, piensan que deben bajar de peso sin importar si se encuentran o no en el deseado. La mayoría de las que presentan bulimia tienen un peso normal, aunque también las hay obesas. La edad promedio de aparición de la bulimia, se encuentra alrededor de los 17 años, y generalmente se manifiesta en mujeres un poco más grandes que las que padecen anorexia (Giordani, 2004). Suele pasar inadvertida durante mucho tiempo por que es un comportamiento secreto que no muestra una pérdida de peso tan marcada como la anorexia.

#### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA BULIMIA SON (GIORDANI, 2004):**

Episodios de sobreingesta: Están caracterizados por comer en un tiempo breve mucha más comida que la que comería cualquier persona durante un lapso similar, y en circunstancias parecidas.

Compulsión en la sobre ingesta: Falta de control que distingue al episodio de sobre ingesta. La persona tiene la impresión de que no es capaz de parar, o de controlar la cantidad de lo que come.

Conductas inadecuadas: Para compensar y prevenir el aumento de peso, estas personas suelen autoinducirse el vómito, emplear excesivamente laxantes, diuréticos u otros medicamentos. Incluso, tienen ayunos prolongadas, o sesiones de ejercicio extenuantes.

Frecuencia de las condiciones: Los episodios de sobre ingesta y las conductas compensatorias impropias ocurren, como medida, dos veces a la semana, durante tres meses continuos.

Estado de ánimo: La autoestima está muy influenciada por la figura y el peso.

### **CAUSAS:**

Factores de la historia familiar: Presencia de trastornos afectivos entre familiares, abuso de sustancias, obesidad y gran preocupación de los padres por el peso y la figura de la hija o el hijo.

Factores de la historia personal: Presencia de trastorno afectivo, obesidad, abuso sexual, diabetes, etc. Rasgos de personalidad obsesiva.

La sociedad ha determinado que ser delgado es igual a ser exitoso, atractivo y sano, lo que presiona a las personas en su aspecto físico. A veces, cuando hay fallas en la adaptación social, las personas caen en la depresión y recurren a una compensación mediante comportamientos poco sanos relacionados con la alimentación, buscando la aceptación en determinados grupos sociales.

Como es bien sabido, en la pubertad aumenta el tejido adiposo, por ello muchas veces, el adolescente se preocupa por no subir de peso en esta etapa. Lo mismo sucede con la gente que padece diabetes, pues cuando siguen un tratamiento basado en insulina para el control de glucosa, suele aumentar de peso. Debido a esto, pueden obsesionarse por su cuerpo y regularlo a como de lugar, sin preocuparse por la descompensación severa.

Cabe mencionar que el enfermo de bulimia también tiene déficits otros problemas, por ejemplo, problemas de concentración, depresión, robo de alimentos y medicamentos en autoservicios (Giordani, 2004).



Episodios recurrentes de comer compulsivamente

- ✚ Comportamiento recurrente para prevenir ganancia de peso, como la inducción de vómitos, mal uso de laxantes, diuréticos y otras drogas (incluyendo insulina), ayunos y ejercicio excesivos.
- ✚ Comer compulsivamente y/o comportamientos para prevenir incrementos en el peso, en promedio, al menos dos veces por semana en un periodo de tres meses.
- ✚ La autoevaluación está desmedidamente influida por su imagen y peso corporal.
- ✚ El trastorno no ocurre exclusivamente durante periodos de anorexia nerviosa (Pérez, 2004)

### **TIPOS DE BULIMIA (GIORDANI, 2004).**

- ζ Purgativa: La persona generalmente se autoinduce el vómito, o abusa de laxantes o diuréticos para prevenir el aumento de peso.
- ζ No Purgativa: La persona usa otras conductas compensatorias no purgativas como el ayuno o el ejercicio extenuante, pero no se provoca el vómito, ni abusa de laxantes o diuréticos.

### **TRASTORNO DE LA ALIMENTACIÓN NO ESPECIFICADO**

- Todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto amenorrea o
- Todos los criterios para anorexia, excepto que la persona no refiere miedo a ganar peso o no presenta alteración en la percepción de su imagen, o peso corporal, o



- Todos los criterios para BULIMIA NERVIOSA, excepto que la persona no manifieste que su autoevaluación esté influida por su imagen o peso corporal.
- Todos los criterios de bulimia nerviosa, excepto comer compulsivamente; y los comportamientos para deshacerse de la comida (laxantes, vómito, etc.) ocurran al menos una vez por semana, durante los pasados tres meses, o dos veces por semana en las cuatro semanas previas.
- Comportamientos compensatorios inapropiados de manera regular en ausencia de comer compulsivamente, por ejemplo, vómito autoinducido recurrente, u omisión de la insulina para control de la imagen y peso corporal, al menos una vez por semana en los pasados tres meses, ó dos veces por semana en las cuatro semanas previas.
- Episodios recurrentes de comer compulsivamente (al menos una vez por semana en los pasados tres meses, ó dos veces por semana en las cuatro semanas previas).

## **TRASTORNOS LIMÍTROFES**

- ✚ Ocasional (un mínimo de tres episodios) de comer compulsivamente, o de deshacerse del alimento durante los tres meses pasados.
- ✚ Masticar y escupir la comida repetidamente para prevenir ganancia de peso (al menos una vez por semana en los tres meses

precedentes), ó dos veces por semana en las cuatro semanas previas,  
o

✚ Restricción alimentaria regular (menos de 500 Kcal/día) o ejercicio excesivo (más de 120 minutos, cinco veces por semana) con el propósito de perder peso durante las pasadas cuatro semanas, en ausencia de comer compulsivamente.

## **TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS**

Los trastornos de la alimentación son más comunes en adolescentes y mujeres jóvenes con diabetes, y comprenden (Giordani, 2004, Anorexia y DM; Pérez, 2004):

- ✚ La Anorexia Nerviosa
- ✚ La Bulimia Nerviosa
- ✚ Trastornos de la alimentación no especificados (ED-NOS)
- ✚ Trastornos sub limítrofes

Tanto en la anorexia, como en la bulimia, se pueden observar características generales como la dificultad para relacionarse socialmente. Las personas con trastornos alimenticios distorsionan o devalúan su apariencia y aprenden a reducir su ansiedad evitando las situaciones que podrían provocarla. Se imponen restricciones sociales, procuran no asistir a restaurants, o lugares donde su control sobre la comida puede ponerse en juego, aumentando el aislamiento. Predominan pensamientos negativos. Otra característica de

quienes padecen trastornos alimenticios es que ligan la autoestima al físico, y sufren un intenso miedo al rechazo o al abandono. El miedo que experimentan por su propio cuerpo, especialmente la ganancia de peso, y hacia determinados tipos de comida, se puede definir de tipo fóbico. Incluso presentan comportamiento rituales que podrían delimitarlos como personas obsesivo-compulsivas (Giordani, 2004 Anorexia y DM)

Dos problemas psicológicos relacionados con la alimentación, se pueden presentar en las personas con diabetes: La anorexia y la bulimia.

La anorexia nerviosa se caracteriza por una severa y autoimpuesta restricción de la ingesta calórica, frecuentemente acompañada de grados extremos de actividad o ejercicio físico.

La bulimia es un trastorno, que se caracteriza por la ingesta de abundante alimento, seguidas del uso de laxantes, diuréticos o inducción de vómitos.

Ambos trastornos complican enormemente el manejo de la diabetes, lo que conduce a complicaciones agudas (hipoglucemia, cetoacidosis), contribuyendo, además, al desarrollo de complicaciones crónicas.

Estos trastornos son más frecuentes en mujeres jóvenes, probablemente influenciadas por la presión que ejerce la sociedad para que sean delgadas.

De tiene la autoimagen de obesidad (Pérez, 2004, pág.. 40).

Un gran número de las personas con diabetes presentan problemas psicológicos y en algunos, incluso problemas psiquiátricos con un curso más severo por la presencia de diabetes. Los problemas psicológicos son diferentes a los problemas que se presentan durante las crisis del curso de la DM. (por

ejemplo, en el diagnóstico de la DM, de las complicaciones) (Pérez, 2004, pág. 68).

Se dice que las personas con diabetes tienen una doble probabilidad de presentar depresión grave en comparación con las personas que no la padecen, y que es más frecuente en las mujeres que en los hombres. No se conoce la causa de la depresión, pero se ha propuesto que resulta de la interacción de factores psicológicos, físicos y genéticos. Cualquiera que sea la causa, la depresión puede actuar de manera negativa con la DM y su autocuidado.

Mucha gente con diabetes experimenta síntomas de depresión, ansiedad o trastornos en la alimentación, de manera ocasional. Pero también algunos presentan gran número de estos síntomas durante largo tiempo (estrés crónico), que justifican el diagnóstico de Depresión, Ansiedad o Trastornos de la Alimentación.

Cabe mencionar que el diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos clínicamente establecidos, están fuera de la competencia de los educadores en Diabetes (Pérez, 2004, pág. 68).

Los trastornos en la alimentación y sus variantes son aproximadamente dos veces más comunes en adolescentes femeninos con DMI, que en sus compañeros sin diabetes.

Estos trastornos caen en las categorías de los síndromes completos de bulimia nerviosa y sus variantes sub limítrofes, y los ED – NOD.

Los trastornos en la alimentación se asocian con un pobre control metabólico (HbA1c alta) y una presentación más temprana de las complicaciones relacionadas con la DM, particularmente retinopatía.

Las adolescentes y mujeres adultas jóvenes frecuentemente utilizan la omisión deliberada de insulina para controlar o perder peso.

La calidad del medio ambiente familiar, las preocupaciones maternas por el peso e imagen corporal y los trastornos de la alimentación en las jóvenes con DM I, están estrechamente relacionadas.

Se desconoce grandemente el valor de las intervenciones para tratar o prevenir los trastornos de la alimentación en las mujeres jóvenes con DM I.

Comer compulsivamente, o la omisión, o manipulación de las dosis de insulina para inducir glucosuria, son acciones comunes en las adolescentes con DM I. Otros comportamientos comúnmente asociados como ejercicio excesivo, laxantes, autoinducción del vómito son menos comunes en esta población.

Las personas con DM I tienen un método único para bajar de peso, que es la reducción u omisión de la insulina para inducir glucosuria, una forma de deshacerse de calorías. Esto se ha reconocido como un mecanismo compensatorio inapropiado. Los pacientes con DM con DM están conscientes de que la terapia con insulina puede llevarlos a aumentar de peso, y que la reducción u omisión de la insulina prescrita, puede dar lugar a pérdida de peso. Estos métodos son extremadamente peligrosos.

Comer compulsivamente es definido como el consumo recurrente de grandes cantidades de alimento (objetivamente) en un periodo definido de tiempo y

caracterizado por el sentimiento de pérdida de control, durante el episodio de comer. Este comportamiento es común entre las mujeres jóvenes de la población general y se refiere el 55 y 80 % de las mujeres con DM. Se ha sugerido que las cantidades de alimento consumidas durante un episodio compulsivo, no se deben considerar de significado diagnóstico. Ésto parece particularmente relevante en las personas con DM, en quienes las conductas compulsivas incluyen no sólo comer mucha cantidad, sino también los que comen menos de lo indicado. Los episodios compulsivos de comer mucho o poco pueden incluir sentimientos de pérdida de control, culpa, auto aversión y un deseo de exculparse que asociados con DM afectan su control.

Preocupación materna por el peso y la silueta corporal, y la familia disfuncional, definida como una estructura y apoyo personal inadecuados, y por una interacción madre. Hija que simultáneamente limita la autonomía y acercamiento emocional en sus relaciones. Las madres con modelos de comportamiento con pérdida de peso y preocupación por la silueta corporal comunican a sus hijas la importancia de ser delgadas para una identificación femenina, y proponen estrategias para lograrlo. Lo cual es particularmente problemático para niñas y jóvenes con DM.

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

### **ANOREXIA NERVOSA:**

Los criterios diagnósticos categóricos del DSM IV TR (APA, 2000; Caballero, 2005) hacen un diagnóstico fácil de esta entidad alimentaria; sin embargo, es importante mencionar que deben destacarse otras enfermedades médicas que cursan con disminución ponderal acentuada entre las que se encuentran la

diabetes Mellitus tipo uno, el hipertiroidismo primario o secundario, las neoplasias, el síndrome de arteria mesentérica superior, y las propia desnutrición carencial. En el ámbito de las enfermedades mentales, habrá que descartar el trastorno dismórfico corporal y las alteraciones del esquema corporal derivadas de la epilepsia. Hay casos de fobia simple (a los alimentos), fobia social (entre cuyas características está la incapacidad de comer en público) y el llamado “globus hystericus” caracterizado por una sensación de cuerpo extraño en la faringe que le impide a la persona deglutir naturalmente sus alimentos.

### **BULIMIA NERVOSA**

El diagnóstico diferencial de este padecimiento debe tomar en cuenta cualquier condición de origen gastrointestinal o sistémico, que curse con vómitos repetidos, o en la presencia de poliuria o diarrea. Muchas veces los pacientes son llevados al médico en contra de su voluntad y en esta situación es difícil obtener los datos para un diagnóstico preciso. La clave aquí es que las conductas purgativas en la bulimia nervosa son provocadas por la propia paciente, y habrá que hacer un interrogatorio a los familiares de ésta, en relación a las conductas periféricas a los vómitos (por ejemplo, pararse al baño después de comer, poner música o hacer ruidos mientras se está en el baño, etc.) o si han descubierto diuréticos o laxantes en poder de la enferma sin tener una indicación médica para ellos. Se pueden observar estigmas físicos como el signo de Russell (excoriación o cicatriz en el dorso de la mano con la que se provoca usualmente el vómito, causado por el roce frecuente con los incisivos superiores), la hipertrofia de parótidas por el vómito crónico, el desgaste del esmalte dental y la presencia de petequias periorbitarias

observables recién se haya provocado el vómito. Es importante mencionar la existencia de una entidad neurológica conocida como el síndrome de Klein Levin que cursa con somnolencia y episodios de atracón. Éste predomina en hombres, y, en la mayor parte de los casos desaparecen la edad adulta (APA, 2000; Caballero, 2005).

### **INTEGRACIÓN DIAGNÓSTICA**

Una vez que se encuentran datos que sugieran algún trastorno de la conducta alimentaria es necesario referirlos para su evaluación, a alguna clínica especializada, ya que se requiere de un equipo interdisciplinario y de un tratamiento que contemple varias etapas según el padecimiento y el estado de la paciente. La evaluación inicial comprende una historia clínica médico-psiquiátrica completa haciendo énfasis en la conducta alimentaria previa, la historia ponderal, la presencia de episodios previos de amenorrea en relación con el peso corporal, y, en la esfera neurológica, para descartar condiciones que puedan estar asociadas, o ser las causantes de la sintomatología alimentaria. La antropometría por su parte, es esencial y debe incluir el peso, la estatura, el cálculo del índice de masa corporal ( $\text{Kg}/\text{estatura}^2$ ) y la plicometría. Los estudios paraclínicos más útiles son la biometría hemática completa, electrolitos séricos, glucemia en ayunas, el perfil básico de hormonas tiroideas y el electrocardiograma. En los pacientes con anorexia nervosa es conveniente medir las concentraciones de fosfato en sangre y solicitar densitometría ósea de columna lumbar y cadera, para evaluar la densidad mineral ósea, ya que



frecuentemente estas pacientes cursan con osteopenia y osteoporosis. La morfología cerebral debe evaluarse con una tomografía axial computada o un estudio de resonancia magnética nuclear, ya que se conoce que estas pacientes con desnutrición crónica pueden presentar pseudo atrofia cerebral.

## **EVOLUCIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

### **ANOREXIA NERVOSA**

Los estudios que han analizado el resultado de la anorexia nervosa a lo largo del tiempo difieren en metodología, tiempo de seguimiento y definición del “resultado”. Sin embargo, la mayor parte coincide en que la tasa de un resultado favorable es del 50 % de los pacientes, 30 % obtienen un resultado moderadamente favorable y el 20 % es desfavorable (Herzog et al., 1996, citados en Caballero 2005). No obstante, también se reconoce que aún las personas recuperadas presentan deterioro en su funcionamiento físico, psicológico y social después de haber alcanzado un estado nutricional normal y haber recuperado sus ciclos menstruales. Además, la alteración de la imagen corporal o la preocupación por los alimentos y el temor a engordar persisten tras la recuperación física.

Los estudios que se han enfocado en la mortalidad de la anorexia nervosa también difieren mucho en su metodología, y la mayor parte usa tasas crudas, en lugar de las tasas estandarizadas, lo cual ayuda mucho en la observación del comportamiento de las cifras, comparadas con las tasas de mortalidad esperadas en la población general pareadas por grupos de edad, a lo largo de los años. Los primeros reportes encontraron tasas de mortalidad de alrededor de 10 %, y aparentemente ha habido una disminución en las cifras, en las

últimas dos décadas, en promedio un 4.4 % (Herzog et al., 1996 citados en Caballero 2005). Estas cifras provienen, en su mayor parte, de poblaciones clínicas que han sido detectadas y tratadas en diversos centros de atención, lo que constituye un sesgo de selección, y deben ser tomadas con cautela. Recientemente se publicó un estudio poblacional, retrospectivo, de sobrevivencia, que reportó una tasa de mortalidad estandarizadas de 0.71 (I.C. 95 % 0.42-1.09), por lo que no difirió con lo esperado (Korndorfer et al., 2003, citados en Caballero 2005). Las causas de muerte en este estudio incluyeron al suicidio, la desnutrición severa y complicaciones del alcoholismo. En contraste, otro estudio ha publicado una tasa de mortalidad estandarizada de anorexia nervosa de 3.3 (I.C. 95 % 2.2 – 4.9) (Millar et al., 2005; citados en Caballero 2005). En cuanto a la bulimia nervosa, los datos arrojados por los estudios no son firmes en cuanto a las tasas de mortalidad estandarizada, aunque ciertamente es menor en relación a la anorexia nervosa (Nielsen et al., 1998; citados en Caballero 2005).

Los predictores pronósticos más consistentes son los siguientes (Hoffman y Halmi, 1996; citados en Caballero 2005):

Buen pronóstico:

1. Edad de inicio temprana
2. Intervalo breve antes de la hospitalización
3. Menor número de hospitalizaciones

Mal pronóstico:

1. Peso muy bajo

2. Duración prolongada de la enfermedad
3. Anormalidades premórbidas clínicas o del desarrollo
4. Presencia de conductas purgativas
5. Disfunción Familiar

### **BULIMIA NERVOSA**

Existen los mismos problemas metodológicos que en los estudios sobre anorexia nervosa. En los grupos estudiados a corto plazo, generalmente durante un año después de haber recibido terapia cognitivo conductual, alrededor del 50 % de las pacientes mantienen la mejoría obtenida (Holman y Halmi, 1996; citados en Caballero 2005), el 46 % mantenía un buen resultado, el 26 % mantenía un buen resultado, el 26 % presentaba aún conductas bulímicas residuales, el 8 % tenía bulimia nervosa subclínica y el 8 % bulimia nervosa completa (Collings y King, 1994; citados en Caballero 2005). Según otras experiencias reportadas, la mejoría clínica puede alcanzarse a mediano plazo, lo cual es alentador. Por otro lado, la tasas de recaída reportadas después de periodos variables de recuperación completa o con síntomas mínimos también varían mucho. Derivado de ello, es necesario considerar que este padecimiento se caracteriza por periodos activos y de remisión parcial o total intercalados, lo cual dificulta la definición de “recuperación”. Algunos autores sugieren que se debe esperar durante un prolongado periodo en el que el paciente se mantenga asintomático, antes de considerar que se ha recuperado completamente de la enfermedad.

Los predictores de buen pronóstico son:

1. Edad temprana de presentación
2. Motivación para el tratamiento
3. Presencia de red de apoyo (amistades)

Los predictores de mal pronóstico son:

1. Severidad de la patología alimentaria y de la frecuencia basal de vómitos
2. Fluctuaciones de peso acentuadas
3. Impulsividad
4. Baja autoestima
5. Presencia de comorbilidad
6. Conductas suicidas

## **GENERALIDADES DE TRATAMIENTO**

Actualmente se concibe un enfoque terapéutico interdisciplinario para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Este comprende la intervención de profesionales de diversas especialidades que trabajen en coordinación conjunta desde la evaluación inicial y durante el progreso del tratamiento. Es menester tomar en cuenta que los pacientes acuden a consulta la mayor parte de las veces, en contra de su voluntad y sin consciencia de enfermedad. Por lo tanto, el tratamiento debe incluir un programa de psicoeducación que les enseñe al paciente y a sus familiares los pormenores de la enfermedad, las consecuencias físicas y psicológicas de estos

padecimientos, y los modos de manejo en casa. Su objetivo es proveer información clara y detallada que favorezca, tanto la consciencia de enfermedad como el manejo que la familia haga del trastorno en cuestión.

## **ANOREXIA NERVOSA**

El objetivo principal del tratamiento inicial es la recuperación ponderal hasta restaurar un peso sano, en el cual la menstruación y la ovulación se presenten en forma natural en las mujeres y normalización de éstas hormonas sexuales en los hombres. Por supuesto, habrá que tratar también las complicaciones físicas derivadas de la desnutrición, y tratar los padecimientos psiquiátricos comórbidos. Debido a que generalmente, las pacientes no desean cooperar con su tratamiento desde el principio, es necesario también proveer educación a ellas y a los familiares, sobre las características y complicaciones del padecimiento con el objetivo de estimular la aparición de consciencia de enfermedad y motivarlos a cambiar el estado patológico actual. Es necesario asesorar a la familia y tratar la disfunción familiar que frecuentemente se presenta en estos casos (Caballero, 2005).

La rehabilitación nutricional debe ser establecida y dirigida por un nutriólogo, quien tomará en cuenta los objetivos de ganancia ponderal a lo largo de las semanas. El aumento de peso debe ser paulatino para evitar el síndrome de realimentación, secundario a una disminución acentuada de fósforo en el suero, condición que debe ser letal. Algunos recomiendan un incremento de peso de alrededor de 1.5 Kg por semana en los pacientes internados y hasta 0.5 Kg por semana en pacientes externos. Durante la fase de realimentación la monitorización médica es indispensable, y debe incluir toma de signos vitales,

búsqueda de edema o de datos de insuficiencia cardiaca congestiva, así como de los síntomas gastrointestinales asociados, particularmente distensión gástrica, dolor tipo cólico, reflujo gastroesofágico y estreñimiento. Es importante monitorizar periódicamente los electrolitos séricos, incluyendo el fósforo. La actividad física debe estar limitada a reposo relativo en casa o en el hospital. Además, a lo largo del tratamiento deberán incluirse paulatinamente los alimentos temidos por la paciente, en coordinación con el tratamiento psicoterapéutico asociado. La psicoterapia es una herramienta fundamental en el manejo de la anorexia nervosa. Sin embargo, es necesario considerar que, si no existe un proceso de rehabilitación nutricional concomitante, seguramente los resultados serán modestos en el mejor de los casos. El miedo a comer es activado por pensamientos distorsionados sobre los alimentos y sobre el peso. La restricción alimenticia reduce el temor a ganar peso y tiene un efecto positivo en la autoestima del enfermo. Los factores cognitivos que mantienen a la anorexia nervosa son (Caballero, 2005 pág., 198):

- La baja autoestima
- Las dificultades en el manejo de las relaciones interpersonales
- Las preocupaciones exageradas sobre la figura corporal y el peso

Lo cual lleva a la práctica de dietas estrictas con la consecuente pérdida de peso. El incremento natural de la sensación de hambre y la preocupación por los alimentos aumentan y, entonces efectúan una restricción aún más severa, por lo que la pérdida ponderal empeora. Esta asociación de fenómenos cognitivos y conductuales sustenta los preceptos básicos de la terapia cognitivo-conductual para este trastorno:

1. La restricción alimenticia es una fobia a los alimentos que se perpetúa a sí misma. Los pensamientos relacionados a transgredir la restricción alimentaria provocados por el hambre causan miedo.

2. La anorexia nervosa es el medio para resolver problemas, teniendo así la función positiva en la vida de las pacientes. El padecimiento alivia los miedos y las tensiones derivadas de los modos de afrontamiento deficientes. La restricción de alimentos le da a la paciente sentimientos de confianza, de control y de competencia.

Las técnicas cognitivas están dirigidas a corregir la distorsión de los pensamientos relacionados con el consumo de alimentos y su evitación. El objetivo de los métodos conductuales es incrementar el peso. La combinación de ambas reduce la ansiedad asociada con el cambio conductual. A lo largo del tratamiento se clarifican las conexiones entre las dificultades interpersonales y la restricción de los alimentos, además de identificar las áreas deficientes en la resolución de problemas y desarrollar habilidades de afrontamiento diferentes y efectivas (Caballero, 2005 pág.. 199).

## **BULIMIA NERVOSA**

. A diferencia de la anorexia nervosa, este padecimiento no se caracteriza por desnutrición. El objetivo principal del tratamiento es la reducción de los atracones y de las conductas compensatorias (vómitos, uso de laxantes, de diuréticos o de enemas, así como de los periodos prolongados de ayuno o el

ejercicio físico compulsivo). La terapia cognitivo-conductual enfocada a la bulimia nervosa es el manejo psicoterapéutico apropiado, y en que hablaré más a detalle posteriormente. Como se verá en el apartado correspondiente, el tratamiento farmacológico puede ser de gran ayuda, reconociéndose la eficacia de los antidepresivos para la sintomatología bulímica, en particular de los inhibidores de la recaptura de la serotonina, amén de que estas pacientes con frecuencia, presentan comorbilidad con depresión mayor y distimia (Caballero, 2005 pág.. 199).

### **TRASTORNO POR ATRACÓN**

Esta entidad no específica de la conducta alimentaria ha recibido considerablemente atención en los últimos años. Su coexistencia con la obesidad o el sobrepeso hace que su manejo exitoso tenga repercusiones favorables inmediatas, y a largo plazo, en la esfera endocrinológica y cardiovascular de estos pacientes. La terapia cognitivo-conductual para obesidad ha mostrado resultados favorables, y el manejo psiquiátrico de la comorbilidad es fundamental en el sostenimiento del resultado obtenido. Por supuesto que algunos medicamentos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina son útiles en estos pacientes. Tanto por su efecto antidepresivo como por su efecto sobre los atracones característicos. Recientemente se ha propuesto la utilidad de topiramato y la zonisamida (anticonvulsivos) y de la sibutramina (un inhibidor de la recaptura de serotonina y noradrenalina) en este padecimiento (Caballero, 2005 pág.. 199).

## **TRATAMIENTO PSICOTERAPÉUTICO PARA TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**



La mayoría de los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria pueden ser tratados en forma ambulatoria, reservándose el internamiento sólo para aquellos casos en los que hay serias complicaciones médicas, un riesgo elevado de suicidio, o bien, cuando la severidad de los síntomas permanece sin modificaciones, una vez realizados varios intentos de intervención. Es importante considerar que un programa terapéutico que no contemple una dieta estricta puede contribuir a la sensación de pérdida de control, así como un abordaje terapéutico que no de prioridad al incremento de peso con la finalidad de erradicar los efectos de la mala nutrición puede equivocar el curso del tratamiento. Debido a la negación del paciente de la enfermedad es imprescindible el tratamiento familiar, al menos en las fases iniciales (Rausch y Bay, 2000; citados en Caballero, 2005 pág.. 199).

Según Crispo y cols, (citados en Caballero, 2005 pág.. 199), existen diferentes factores que inciden para que finalmente alguien tenga un trastorno de la alimentación, aunque ninguno de ellos, es en sí mismo suficiente, se necesita de una combinación de los distintos factores que adquieren características particulares en cada caso. Más que pensarlos como factores distintivos que causan un trastorno de la conducta alimentaria, es bueno verlos como factores que hacen que una persona sea más vulnerable para desarrollarlo.

Garfinkel y Garner (1980, citados en Caballero, 2005 pág.. 199) proponen los siguientes factores que afectan el proceso de la enfermedad y marcan su evolución:

Factores Predisponentes	II Factores Precipitantes	III Factores Perpetuantes
----------------------------	---------------------------	------------------------------

Socioculturales	Estresores	ATRACONES PURGAS	Y
Familiares	Actitudes anormales hacia el peso y la figura	SECUELAS FISIOLÓGICAS	
Individuales	Dietas extremas y pérdida de peso	SECUELAS PSICOLÓGICAS	

Según estos autores, una persona se vuelve más vulnerable para desarrollar un trastorno de la alimentación, cuando se dan determinadas combinaciones de factores individuales, familiares y socioculturales. Un evento estresante en una determinada etapa del ciclo vital (adolescencia, por ejemplo) en un terreno fertilizado por dietas y actitudes extremas respecto al peso y la figura, precipita o acelera el problema, pero la perpetuación del trastorno está estrechamente relacionada con los efectos fisiológicos y emocionales del trastorno del comer en sí mismo. Los tratamientos psicoterapéuticos que se han descrito incluyen el manejo cognitivo conductual ya sea de manera individual o grupal, el enfoque psicoeducativo, y terapias de tipo conductual, interpersonal y sistémico, tanto individual como familiar. Este tipo de pacientes necesitan una modalidad terapéutica directiva que provea contención, sin embargo, hasta ahora, ningún tratamiento ha resultado totalmente adecuado para todo tipo de pacientes con algún trastorno de la conducta alimentaria. Las técnicas utilizadas con mayor éxito son: el establecimiento de objetivos concretos, registro del consumo de alimentos, reestructuración cognitiva, información sobre la psicología y fisiología de los trastornos de la alimentación, así como diversas técnicas

conductuales, que colaboran en la regulación de la ingesta de alimentos (Caballero, 2005 pág.. 199).

### **TIPO DE PSICOTERAPIA PARA LA ANOREXIA NERVOSA**

Garner y Garfinkel (1980; citados en Caballero, 2005 pág.. 200), como se mencionó anteriormente califican a la anorexia nervosa como un síndrome psiquiátrico diferenciado que tiene una patogénesis compleja. Sus manifestaciones clínicas son el resultado de múltiples factores predisponentes y precipitantes que interfieren con la capacidad del individuo para hacer frente a las demandas del medio ambiente en un momento dado. Si se considera a la enfermedad como un proceso, se verá que existe una interacción continua entre el individuo, los síntomas, sus intentos de lidiar con ellos y su mundo externo. Se ha observado que un factor determinante para la aparición de la enfermedad es la dificultad en el funcionamiento autónomo, establecer la identidad y acceder a la separación, lo cual disminuye la capacidad para desempeñarse libremente de la familia (Bruch, 1978; citado en Caballero, 2005 pág.. 200). Por otro lado, en la medida que evitan situaciones sociales, van restringiendo fuentes alternativas de confirmación de autoestima, y así el desempeño académico es sobre valorado a expensas del desempeño en otras áreas. Se ha observado que los tipos de personalidad de pacientes con anorexia nervosa son variables, y dentro de esa diversidad se destacan algunos rasgos: gran necesidad de aprobación externa, tendencia a la conformidad, falta de respuesta a las necesidades internas, perfeccionismo y escrupulosidad, cualidades que muestran individuos con expectativas personales muy altas, y gran necesidad de complacer y acomodarse a los deseos de los otros a fin de afianzar la autoestima.

El curso de la anorexia nervosa es muy variado, aún no se conoce con exactitud qué factores contribuyen a que un paciente se recupere completamente y otros se conviertan en crónicos; sin embargo se han podido aislar factores que perpetúan la enfermedad, los cuales son:

- La desnutrición en sí misma, ya que provoca alteraciones funcionales y emocionales;
- Los vómitos que exacerbaban la enfermedad, ya que aparentemente representan una solución a los problemas, tanto de alimentación como interpersonales y una técnica para bajar la ansiedad.
- Las percepciones corporales las cuales se alteran como si fuera un mecanismo interno que ayuda a regular las cantidades de carbohidratos, ya que se sienten fuera de control cuando los consumen y, como consecuencia, los suprimen (Rausch y Bay, 2000; citados en Caballero, 2005 Pág. 201).

Haciendo una breve reseña de algunas de las hipótesis que han elaborado las distintas corrientes psicológicas, y desde las cuales han surgido sus correspondientes tratamientos, se encuentran el modelo psicoanalítico, el conductismo, la psicoterapia cognitivo conductual y educativa, las cuales se han utilizado en terapias individuales, familiares y de grupo, tanto para pacientes de consulta externa como internados. Algunas de las características con las que han sido relacionadas las conductas de la anorexia nervosa son: tendencias obsesivas y compulsivas vinculadas a preocupaciones acerca del peso como respuesta a presiones sociales y del grupo de pares vinculadas a cambios en los roles de género y a patrones de belleza, infantilización,

conflictos acerca de la madurez y estar inserto en un sistema que tiende a eludir la expresión abierta de conflictos dando lugar a que uno de los padres se sobre involucre con su hijo vulnerable (Selvini y cols. 2002, citados en Caballero, 2005 pág.. 201).

En este tipo de pacientes la conducta de alimentación es regida por las ideas más dominantes que el únicamente mantenerse delgada. Esto se relaciona con una mezcla de pensamientos que dictan la conducta de restricción como: “No quiero crecer”, “No quiero ser como los otros”, “No quiero llegar a estar como mi madre”. Generalmente estas ideas se presentan en la mayoría de los casos, mostrando una actitud de oposición, sugiriendo un componente muy agresivo hacia el afuera y hacia el sí mismo; considerando que el permanecer con hambre es bueno y comer está mal, o no lo merecen. Cada trasgresión alimentaria, por péquela que sea, es considerada peligrosa e involucra sentimientos de intensa ansiedad (Casper, 1981, citado en Caballero, 2005, pp. 201). Cuando los pacientes con anorexia nervosa descubren que pueden sentirse mejor controlando la forma de su cuerpo a través de perder peso, mantienen el patrón de alimentación inadecuado por más tiempo, ya que tienen la sensación de mantener en orden y control su vida. Debido a que la anorexia nervosa es un clásico ejemplo de un trastorno en el cual la conducta inicial se convierte en guía de la enfermedad, al igual que en un patrón de mantenimiento y perpetuación de la misma, se recomiendan tratamientos dirigidos inicialmente al cambio de conducta y posteriormente al cambio en procesos más avanzados como las cogniciones o las emociones. De tal forma y basándonos en investigaciones previas (Goldstein, 1999; citado en Caballero, 2005 pág.. 201) se he observado que la terapia con enfoque psicoeducativo,

conductual y cognitivo puede ser la mejor opción de tratamiento inicial y posteriormente continuar con un enfoque interpersonal o más analítico.

## **ENFOQUE PSICOEDUCATIVO**

La psicoeducación es el primer paso del proceso de recuperación de un trastorno de alimentación con la finalidad de proveer información acerca de la naturaleza del trastorno. En el caso de la anorexia nervosa, la psicoeducación se da junto con los padres, tanto en sesiones informativas, como en sesiones de orientación familiar, ya que ocasionalmente las pacientes no se encuentran en condiciones de integrarse a un grupo, al inicio del tratamiento, y de hecho, quienes están a cargo del tratamiento usualmente no son ellas mismas. Desde la primera entrevista con las pacientes y sus padres, se vuelve imprescindible comenzar a dar información para que puedan ir tomándose las medidas necesarias referentes a la parte clínica y a la reeducación alimentaria. Durante el proceso la persona, y quienes la atienden reciben información relevante acerca de cómo se desarrolla el problema, cómo se puede salir de él, reconocer si la inestabilidad emocional está relacionada con la enfermedad, y la forma de aprender a estar más tranquila con su propio cuerpo, se trabaja sobre la distorsión de la imagen corporal y sobre las cuestiones psicológicas que están en juego al “desplazar” hacia el cuerpo con tanta intensidad todo el foco de atención. De este modo se cubre la parte “educativa” impartiendo toda la información pertinente para entender, y poder encarar la modificación de las actitudes que hacen al trastorno alimentario específicamente. También se desarrolla el auto conocimiento y el descubrimiento de recursos personales

para ir resolviendo los problemas propios de cada una, que sería la parte más psicológica (Crispo, 2001, citado en Caballero, 2005 pág. 202).

El poder transmitir esta información en un contexto grupal conlleva beneficios, tales como:

- Dar un ambiente adecuado para comentar todo tipo de dudas respecto del tema, que en general, no se tiene claro, por que da vergüenza preguntar;
- Entender y comprobar que no se encuentran solas dentro de la anorexia nervosa;
- Verificar que hay muchas otras jóvenes que padecen el mismo tipo de problema y que no por ello están “locas”, lo que aumenta la motivación a mejorar, compartir y aprender de otras experiencias;
- Aprender a expresar sentimientos,
- Aprender a pedir y recibir ayuda de otros
- Tener una red de contención importante para esa etapa de cambios en la que muchas veces uno se siente muy solo.

Es fundamental que las pacientes se comprometan durante el periodo que dura el grupo de información a estar abiertas a los que aprenden, y a darse, al menos, una posibilidad de probar algo nuevo, gran parte de la información que reciben durante el curso, acerca del peso y la figura corporal, la conducta alimentaria y las cuestiones relativas a los beneficios y perjuicios de la restricción, suele ser contraria a la que están acostumbradas a escuchar. Al

finalizar esta primera etapa del tratamiento, se evalúa a cada participante del grupo para poder hacer las recomendaciones pertinentes, ocasionalmente, las conductas alimentarias disminuyen notablemente y se puede llegar hasta una remisión total del síntoma, de no ser así, es recomendable continuar con una terapia conductual y cognitiva que contribuya con mayor eficacia a la remisión del padecimiento. Cuando la intervención se hace tempranamente, el trastorno de comer puede ser incipiente, y por lo tanto, tienen menos consecuencias en todos los niveles, si la joven no tenía otros conflictos que los ha generado por la situación de la alimentación, con la información recibida, con el apoyo de sus padres, quienes también reciben la orientación específica, y con un monitoreo periódico por el equipo de trabajo no se hace necesario continuar con una terapia. Con más frecuencia, si el trastorno de la alimentación se encuentra más arraigado, se considera conveniente trabajar en la resolución de algunos puntos críticos personales, que, de no afrontarse, fomentarían un nuevo desplazamiento del problema hacia el cuerpo y se recomenzaría con las preocupaciones por el peso y la figura corporal (Caballero, 2005).

### **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

El objetivo en la terapia cognitivo conductual (Halmi, 1993; citado en Caballero, 2005), para la anorexia nervosa es únicamente ayudar a la paciente a alcanzar y mantener un patrón normal en su forma de comer y en el peso, se deben cumplir con ciertos procesos para lograr llegar a la meta como:

1. Restaurar el peso que la paciente requiere, de acuerdo a su edad, estatura y talla; de tal forma que deben controlar las conductas de restricción alimentaria, ejercicio compulsivo, o el uso de laxantes,



diuréticos, purgas, procurando mejorar el patrón de alimentación. Mejorar el estado nutricional del paciente, no únicamente le salva la vida, mejora sus actitudes y disminuye la fobia al alimento.

2. Normalizar sus actitudes. Una vez recuperado el estado nutricional, la segunda parte más importante del tratamiento es lograr un cambio en la actitud, modificando las fobias sobre la comida y la conducta restrictiva, facilita la intervención psicoeducativa, o de planeación de objetivos, y disminución voluntaria de actitudes inadecuadas, como el ejercicio compulsivo, la restricción y el temor a cierto tipo de alimentos.

3. Normalizar el patrón de alimentación. Una vez que han disminuido los temores a ciertos alimentos, se necesita restaurar un patrón de alimentación adecuado, dividiendo los alimentos en tres comidas, con tres porciones de cada uno de los grupos de alimentos (vitaminas y minerales, productos de origen animal y cereales, tubérculos), y, posteriormente aumentar dos colaciones para evitar periodos prolongados de hambre, de tal forma se le ayuda a disminuir la rigidez y eliminar la restricción.

4. Mantenimiento del peso obtenido. Una vez restaurado el peso, el objetivo es lograr que se mantenga comiendo con un patrón de alimentación adecuado, que le permita estabilizarse en un peso sano, sin el temor a ganar más peso o recaer en la anorexia nervosa.

La Terapia Cognitivo Conductual para la anorexia nervosa se basa en dos supuestos centrales: la fobia a la comida, basada en la restricción, la cual es

activada por creencias y pensamientos distorsionados acerca de la comida, y de los alimentos. El otro supuesto es la función positiva del padecimiento en la vida del paciente, ya que la enfermedad ayuda a escapar o a evitar situaciones adversas, tanto del desarrollo como de situaciones interpersonales que pudieran ser estresantes, la conducta alimentaria se convierte en la respuesta más familiar y característica de la paciente al estrés (Selvini, 2002; citado en Caballero, 2005).

El esquema cognitivo de la anorexia nervosa está influenciado abiertamente por factores biológicos, rasgos perfeccionistas y un ambiente familiar alterado, aspectos que se ven influidos por expectativas sociales esperadas, lo cual se manifiesta a través de la inseguridad y sentimientos de inadecuación, un gran miedo a ejercer poder, negación y descuido por las necesidades personales, forzándose a cumplir con las expectativas y necesidades de los demás, esto lleva a una sensación de pérdida del control, haciéndose necesario buscar alternativas para poder recuperar la seguridad y el control de la propia vida. La mayoría de los clínicos incluye alguna forma de terapia conductual en el tratamiento del paciente desnutrido. Se basa en el control del comportamiento observable a través de los estímulos que le preceden o le continúan. Stunkard (1972; citado en Caballero, 2005) lo describe como un nuevo tratamiento para los trastornos de la conducta alimentaria, ya que puede llegar a resultados sorprendentes utilizándose el condicionamiento operante debido a que las técnicas que se orientan hacia la recuperación de peso, probablemente sean más eficaces que las que se orientan hacia la conducta de alimentación en sí misma. Suele hacerse un esfuerzo positivo contingente al aumento de peso, que le permita mayor actividad física o social, y el refuerzo negativo sería el

aislamiento o mayor tiempo de reposo. Sin embargo, se hace necesario aumentar un programa de entrenamiento en habilidades sociales, con el fin de reducir la ansiedad y la depresión que se presentan en las pacientes con anorexia nervosa, a pesar de los esfuerzos, se ha observado que, a largo plazo la terapia conductual no mantiene los avances y muestra recaídas frecuentes, de tal forma que se hace necesaria una intervención más compleja. De ahí el modelo cognitivo-conductual (Garner y Bemis, 1982, citados en Caballero, 2005) relaciona el pensamiento, emoción y comportamiento manifiesto; el tratamiento consiste básicamente en hacer que el paciente examine la validez de sus creencias en el presente. Los procesos cognitivos más frecuentes en estos pacientes (la abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación, pensamiento dicotómico, personalización y pensamiento supersticioso) son examinados cuidadosamente, definidos y luego, cada uno es sistemáticamente cuestionado, con la finalidad de modificar los pensamientos y supuestos, de tal forma que este modelo ha generado técnicas sumamente útiles para el tratamiento de los trastornos de la alimentación.

### **MODELO SISTÉMICO**

Minuchin y cols. (1978; citados en Caballero, 2005) proponen la terapia familiar estructural para el tratamiento de la anorexia nervosa. El objetivo del tratamiento es modificar la estructura familiar disfuncional que organiza las transacciones de sus miembros, ya que se muestran familias aglutinadas, sobreprotectoras, rígidas, evitadoras del conflicto, e involucran al hijo en el conflicto parental, buscando trabajar en la autonomía de los sistemas intrafamiliares, con el fin de permitir el desarrollo de cada uno de sus integrantes.

## **INTERVENCIÓN GRUPAL**

En cuanto al manejo de la paciente en psicoterapia de grupo, se he observado que esta tipo de pacientes tiende a aislarse, a permanecer retraídas, ansiosas, rígidas, preocupadas por el peso y la comida, mostrando una gran dificultad para expresar sus sentimientos; por lo tanto, durante el estado agudo de la enfermedad no se vinculan con su grupo de pares. Otra consecuencia observada es que, teniendo como único tema el peso y la comida se embarque en una competencia nefasta, como para lograr ser la más flaca del grupo, de tal forma que hay grandes dificultades para evaluar el proceso positivo de esta intervención (Hall, 1985; citado en Caballero, 2005). No cabe duda que la anorexia nervosa ofrece serios obstáculos al tratamiento, de hecho, no son excepcionales los fracasos terapéuticos, ni la evolución hacia la cronicidad, ni aún la muerte; con estos pacientes se han ensayado diversos abordajes terapéuticos, que van desde atender solamente a la recuperación del peso, hasta el psicoanálisis que se extiende a lo largo de los años (Caparrós, 1997; citado en Caballero, 2005), pero un tratamiento efectivo requiere que se realicen cambios en varias áreas sin desechar los aspectos que las distintas escuelas han desarrollado hasta el presente.

## **TRATAMIENTO PARA LA BULIMIA NERVOSA**

La bulimia se caracteriza por alternar periodos de restricción alimentaria, con episodios de ingestión muy grandes, seguidos de vómitos autoinducidos y/o el uso de laxantes y diuréticos (APA, 2000). Se desconoce la causa de la afección pero se sabe que en la interacción de fenómenos biológicos, psicológicos y socioculturales, radica probablemente la etiología de los factores de

mantenimiento de la bulimia (Crispo y cols, 2001; citados en Caballero R, 2005). Un gran número de pacientes con bulimia nervosa han comenzado la enfermedad siguiendo inadecuadamente una dieta para bajar de peso, lo cual puede constituir un factor desencadenante y de perpetuación de las conductas bulímicas. La gran mayoría de los pacientes con bulimia nervosa pueden ser tratados en consulta externa, reservándose el internamiento, sólo para aquellos casos en los que hay serias complicaciones médicas o el riesgo de suicidio es elevado, o bien, cuando la severidad de los síntomas permanece inalterada aún luego de haberse hecho intentos de tratamiento (Raush y Bay, 2000; citados en Caballero R, 2005).

Los tratamientos psicológicos que se han descrito, incluyen el enfoque cognitivo conductual, ya sea individual o de grupo, enfoque psicoeducativo, psicoterapias grupales, interpersonales y psicoterapia sistémica. Estos pacientes requieren una modalidad terapéutica directiva que los contenga, de tal forma que el tratamiento psicoanalítico no está indicado para este tipo de pacientes, ya que la entrevista abierta les hace sentir inadecuados y fuera de control. Algunas de las técnicas utilizadas con mayor frecuencia (Goldstein, 1999; citado en Caballero R, 2005), igual que en la anorexia nervosa son:

- Informar al paciente acerca de los aspectos psicológicos y fisiológicos del trastorno,
- El establecimiento de objetivos concretos
- Registro claro del alimento que se consume
- Modificar su esquema cognitivo

- Y utilizar diversas técnicas conductuales

## **TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL**

Fairburn (1991; citado en Caballero R, 2005), es el representante más notorio de este enfoque, excluyendo como candidatas al tratamiento a las pacientes con alto riesgo suicida, trastorno de personalidad o abuso de drogas. El programa propuesto se desarrolla a lo largo de tres etapas con objetivos determinados: el objetivo de la primera etapa consiste en que el paciente pueda controlar su ingesta, para evitar que continúe el movimiento pendular de pasar de una dieta restrictiva que le ocasione hambre, y luego, detone en un nuevo atracón, indicando un programa de alimentación fijo y adecuado a sus necesidades, dividiéndolo en cinco comidas, tres comidas fuertes y dos colaciones, evitando situaciones de estrés, o contextos de hábitos o tentación, que generalmente precipitan al atracón o a la conducta restrictiva.

La segunda etapa es la reestructuración cognitiva, la cual intenta modificar las creencias desajustadas e irracionales que mantienen y refuerzan el patrón bulímico, de tal forma que se exploran métodos alternativos de solución de problemas.

La última etapa se centra en mantener y prolongar los logros obtenidos a lo largo del tratamiento, evitando las recaídas y aprendiendo de ellas, por medio de la preparación y anticipación a la conducta reconocida como detonante del trastorno.

El principio básico en el cual se sustenta esta propuesta (Goldstein, 1999; citado en Caballero R, 2005), es que un rasgo notorio y común, tanto para la anorexia nervosa, como para la bulimia nervosa, es la intensidad y

permanencia de creencias y valores que tienen estos pacientes con respecto a su peso, y a la forma de su cuerpo; sin embargo, pudiera ser que cualquier tratamiento que provea estructura y apoyo activos ayudaría en la remisión de la sintomatología.

### **MODELO CONDUCTUAL**

Leitenberg y Rosen (2000; citados en Caballero R, 2005), proponen el “Tratamiento para la bulimia nervosa con exposición y prevención de la respuesta”; apoyándose en dos conclusiones que surgen de estudios previos, que indican que las pacientes restringirían su ingesta y no se atracarían, ni siquiera comerían cantidades anormales de ciertos alimentos de alto contenido calórico, si no pensarán en vomitar después. La hipótesis es que en la bulimia nervosa, vomitar es una conducta reductora de ansiedad y la que mantiene el atracón, y no viceversa, así las conductas compensatorias están unidas por la ansiedad en un círculo vicioso. El vomitar sería una respuesta de la fuga reforzada por la consiguiente reducción de la ansiedad acerca del peso. Los ingredientes básicos del programa de tratamiento conductual son:

- Exponer al paciente al estímulo temido, en presencia del terapeuta
- Y prevenir la respuesta habitual de fuga (vómito o cualquier conducta compensatoria)

El objetivo es exponer al paciente a situaciones repetidas de ingesta que son provocadoras de ansiedad, loqueando la posibilidad de vomitar, el paciente se verá forzado a enfrentar su ansiedad vinculada con la ingestión de alimentos. A su vez. Ésta irá disminuyendo a medida que el paciente verifica que las

consecuencias temidas no ocurren, o que es posible controlar las emociones sin el recurso de vomitar.

### **INTERVENCIÓN GRUPAL**

Mitchel y colaboradores (1985; citados en Caballero R, 2005), de la Universidad de Minnesota, proponen el Tratamiento Intensivo Grupal Ambulatorio para la Bulimia Nervosa”, cuya principal influencia teórica es el modelo de tratamiento de Alcohólicos Anónimos, pero únicamente tiene como objetivo solucionar el trastorno alimentario a corto plazo, ya que establece la abstinencia como meta del programa, se centra en la conducta y utiliza la presión grupal y la confrontación para reforzar la abstinencia, partiendo del supuesto de que los otros problemas podrían ser más fácilmente abordados una vez corregido el problema de alimentación. La otra corriente de influencia en este modelo de tratamiento proviene de la psicología de la conducta e incorpora muchas de las técnicas utilizadas para el trabajo con obesos. El tratamiento destaca tres aspectos: que los pacientes deben mantener un peso estable para poder regularizar su patrón de alimentación; segundo, deben comer tres comidas balanceadas cada día y, tercero; las comidas deben planearse con anticipación, usando técnicas especializadas. El problema del tratamiento conductual es la frecuencia de recaída entre dos y seis meses después de finalizado el tratamiento, por lo cual, se insiste en continuar con un apoyo terapéutico más adelante.

### **ENFOQUE PSICOEDUCATIVO**

Garner y colaboradores (1982; citados en Caballero R, 2005), proponen este modelo y aclaran puntualmente que el material Psicoeducativo no puede



entenderse como sustituto de una psicoterapia, ni que desestime la importancia de los factores psicológicos como mediadores de los trastornos de la alimentación, sostienen que el tratamiento eficaz de la bulimia nervosa debe enfatizar la interdependencia entre los aspectos mentales y biológicos de la experiencia. Para la elaboración del programa, ellos proponen tomar en cuenta el contexto cultural como generador de una presión destructiva en este sentido. Describir el mecanismo del mantenimiento del peso corporal, describir perfectamente los efectos de la restricción y consecuencias, y dar sugerencias acerca de cómo determinar el peso apropiado y recomendaciones para evitar los atracones y los vómitos.

Cabe destacar que para estos autores el punto de partida de la recuperación es la comprensión de los factores biológicos y culturales que contribuyen a patrones de alimentación alterados.

### **PSICOTERAPIA SISTÉMICA**

Según la terapia breve del Mental Research Institute, sugieren dos objetivos centrales: Observar cuáles han sido las soluciones intentadas, vinculadas al problema de la ingesta excesiva, y el aumento de peso; con la mirada puesta en el cambio y explorar qué función desempeña el síntoma apuntando a cómo encauzar la recuperación y cómo prevenir las recaídas, la sugerencia es que no se luche contra el deseo de atracar o vomitar, sino postergar la acción, bajo el supuesto, de que, técnicamente, la acción puede ser postergada indefinidamente. Uno de los supuestos que subyacen a esta intervención es que, al señalar la función que cumple el síntoma, cambia su significado que pasa así, de ser un hábito incontrolable, a ser una conducta que tiene una

finalidad y que, por lo tanto, es potencialmente influenciable, y la modalidad que utilizan para prevenir las recaídas es prescribirlas como una oportunidad para estudiar aún más la función del síntoma. Para el terapeuta estructural, el objetivo terapéutico será modificar la estructura en la cual está inserto el problema, de modo tal que el individuo y la familia puedan acceder a un nuevo nivel de desarrollo. La estructura deberá haber consolidado su nueva organización para que el terapeuta dé por finalizado el tratamiento (Caballero R, 2005).

Los efectos benéficos se refieren a una disminución en la frecuencia de los atracones, a la mejoría de los síntomas depresivos, de la ansiedad, de la obsesión por la comida y otras actitudes patológicas a su respecto. El paciente con bulimia nervosa plantea un desafío de trabajo importante al iniciar el tratamiento el paciente puede acarrear varios años de enfermedad, convencido de que puede controlar sus síntomas y abandonarlos cuando quiera. Una vez que se siente fuera de control puede pedir ayuda buscando soluciones mágicas, sin embargo, al reconocer su conducta como anormal, puede presentar mucha ambivalencia con respecto al cambio, suelen comenzar varios tratamientos sin involucrarse seriamente con ninguno. Por lo que se hace indispensable plantear una estrategia adecuada de intervención fomentando la credibilidad y facilitar el vínculo con el médico tratante o especialista; citados en Caballero R, 2005).

### **TRATAMIENTO PARA EL TRASTORNO POR ATRACÓN**

Aún cuando el fenómeno de atracarse se ha observado, tanto en pacientes obesos, en bulimia nervosa y en anorexia nervosa, ha recibido mayor atención

a partir de los años 80's y se observa como un rubro aparte dentro de los trastornos e la conducta alimentaria.

El trastorno por atracón se caracteriza por episodios regulares de atracón (ingesta de una gran cantidad de comida, acompañada de la sensación de pérdida de control y de no poder parar de comer), sin la presencia de conductas compensatorias (purgar o hacer ejercicio en exceso). Los atracones son asociados a la necesidad de una rápida ingesta de alimento hasta sentirse incómodamente lleno, sin reconocer las sensaciones de hambre o saciedad. El episodio se da en soledad por que hay una gran sensación de culpa, sentimientos de disgusto y depresión. La conducta de atracarse es común entre los individuos que buscan tratamiento para la obesidad y afecta aproximadamente al 30 % de estos individuos (Spitzer y cols. 1992; citados en Caballero R, 2005)

Hasta la fecha se sabe poco acerca de la evolución del trastorno por atracón, pero puede llegar a ser más crónico comparado con la bulimia nervosa; sin embargo, los pacientes con trastorno por atracón, no reportan periodos de restricción tan elevados como en el caso de la bulimia nervosa, además, los pacientes con trastorno por atracón no se preocupan tanto por la cantidad de calorías consumidas, durante el atracón y tampoco presentan preocupación excesiva por mantenerse delgados (APA, 2000).

El paciente con trastorno por atracón presenta comorbilidad con otros padecimientos psiquiátricos particularmente con ansiedad y depresión, esta comorbilidad muestra mayor severidad sintomática del trastorno por atracón (Telch, 1994; citado en Caballero R, 2005).

Para el tratamiento del trastorno por atracón se han utilizado estrategias que han funcionado también en otros trastornos de la conducta alimentaria, como la psicoeducación, la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, estrategias terapéuticas que han mostrado una evolución adecuada en cuanto al manejo del padecimiento.

## **PSICOEDUCACIÓN**

El importante que el tratamiento no se limite únicamente a dar indicaciones sobre qué y cuánto se debe comer, implica un gran compromiso para caminar en el proceso de salida del trastorno de alimentación, en ese proceso ayuda mucho la información que se imparte sobre los diferentes aspectos involucrados en estos trastornos, tanto psicológicos, como físicos. Esta es la razón por la cual, desde el primer contacto con el paciente, el terapeuta debe proporcionar información que le permita entender y aclarar determinados mecanismos y colaborar para que estos puedan ser modificados. En el caso del trastorno por atracón, es necesario mostrarle cuáles pueden ser sus miedos, la manera en la que se presentan y encontrar la forma de superarlos. Muchos de estos miedos provienen, más que de algo real y comprobable, de mitos sobre los efectos “engordantes” de ciertos alimentos. Por lo tanto, una parte importante de la recuperación consiste en obtener información clara sobre el valor nutricional de los alimentos, las consecuencias fisiológicas que conllevan la enfermedad y las alteraciones cognitivas que no permiten manejar adecuadamente el patrón de la alimentación (Caballero R, 2005)

## **TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

La terapia cognitiva-conductual ha sido desarrollada para el manejo de la bulimia nervosa y se ha ido adaptando para la anorexia nervosa y el trastorno por atracón. El tratamiento está basado en estrategias desarrolladas por Beck y sus colaboradores (1979; citados en Caballero R, 2005), para el tratamiento de la depresión, combinado con técnicas conductuales para el control de la alimentación y el peso, El modelo está dirigido especialmente a lograr la disminución de la conducta de atracarse.

El modelo cognitivo está basado específicamente en aceptar creencias y actitudes inadecuadas con respecto a la alimentación, la preocupación por el peso y la figura, y romper el ciclo de restricción – atracón. La terapia cognitivo-conductual para el trastorno por atracón, muestra ciertas modificaciones, como un programa de ejercicio, y promover la aceptación de la imagen corporal y de la talla (Fairburn, 1993; citado en Caballero R, 2005).

El objetivo de la terapia es, lograr disminuir la conducta de atacarse, y los pensamientos inadecuados que acompañan al trastorno. Se trata de un tratamiento orientado al problema actual y enfocado al presente. El paciente debe asumir la responsabilidad de cambiar, y el terapeuta provee información, guía y soporte. Cabe mencionar que el objetivo de la terapia cognitivo-conductual no es la pérdida de peso, sino el abstenerse de los atracones, algunas investigaciones (Agras y cols, 1994; Yanovsky, 1993; citados en Caballero R, 2005) han demostrado que la disminución de los atracones no forzosamente se observan en la pérdida de peso, pero si detienen la fluctuación de él (Agras, 1997; citado en Caballero R, 2005).

La conclusión es, que el detener la conducta de atracarse puede, a largo plazo, ayudar en la disminución de peso.

De acuerdo al modelo de reestructuración de la conducta de la alimentación se espera entrenar al paciente a decir “no a la comida” en conductas como atracarse, comer en demasía o caóticamente, y decir “sí a la comida” dentro de un consumo moderado y sano. El tratamiento cognitivo- conductual está formado de tres fases. El objetivo de la primera fase es regular la ingesta de alimentos a través de de proveer información acerca de los atracones y la obesidad, dar un plan adecuado de alimentación y actividad física, utilizando técnicas como el auto monitoreo, registrar la cantidad de alimentos consumidos, observar los episodios de atracones y reconocer los pensamientos y emociones durante y después del atracón. También se debe identificar y practicar conductas alternativas al atracón, procurando cambiar hábitos, y conductas como no comprar alimentos que puedan desafiar un atracón; o concurrir a lugares que pudiesen interferir en el manejo del trastorno.

La segunda fase es la reestructuración cognitiva, cuyo objeto es identificar y modificar pensamientos y creencias inadecuadas, con respecto a los alimentos, el hambre y la saciedad, así como aprender nuevas alternativas para resolver problemas.

Y por último, la etapa de mantenimiento a largo plazo de lo aprendido. A través de promover la aceptación de las dimensiones del propio cuerpo, aprendiendo a manejar la presión social y evitar las situaciones de riesgo.

Se necesita desarrollar estrategias para minimizar las consecuencias de los cambios conductuales, como disminuir la ingestión de alimentos y provocar

más hambre, dividiendo las comidas en tres y dos colaciones, no dejando que pasen más de cuatro horas sin probar alimento y hacer una disminución calórica paulatina para evitar el hambre, sino, está en peligro la salud ( Caballero R, 2005).

Marlatt y colaboradores (1985; citados en Caballero R, 2005), comentan que es importante dar al paciente técnicas de prevención de recaídas que les permitan identificar y evitar las situaciones de riesgo, minimizando las consecuencias de regresar a la conducta, y posteriormente regular de nuevo el patrón de alimentación evitando o debatiendo los pensamientos negativos y enseñarle al paciente que observar su conducta en retrospectiva le permite que más adelante pueda aprender de ella y empezar a evitarla aprendiendo a prevenir problemas futuros.

### **TERAPIA INTERPERSONAL**

La Terapia Interpersonal parece ser efectiva en el tratamiento de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, con peso normal. La terapia interpersonal fue inicialmente desarrollada para el tratamiento de la depresión, y ha sido reportada como muy efectiva. La terapia consta de tres pasos (Caballero R, 2005):

- El primero es observar cómo las dificultades interpersonales, se involucran dentro del desarrollo y mantenimiento del trastorno por atracón
- El segundo proceso es trabajar con este problema de relación como un foco de atención sin hacer hincapié en el trastorno de la conducta de alimentación

- Y finalmente, prolongar la mejoría hasta resolver el problema de vínculo, y así, no sentir la necesidad de recurrir al trastorno cuando hay malestar emocional o social.

Wilfley y cols (1993; citados en Caballero R, 2005), reportan que la terapia interpersonal se puede realizar en forma individual o grupal y que logra disminuir la frecuencia de los episodios de atracón, al igual que en la bulimia nervosa.

Agras y cols. (1995; citados en Caballero R, 2005), comentan que la terapia interpersonal es un buen recurso para pacientes que no han respondido de manera adecuada a la terapia cognitivo-conductual.

En conclusión, los tratamientos semiestructurados, y a corto plazo son adecuados para disminuir la conducta de atracarse, sin embargo no pueden ser asociados con la pérdida de peso y los resultados para el control total de conducta pueden aplazarse hasta un año, para poder observar el beneficio.

## **TRATAMIENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

Este tratamiento suele incluir una investigación de los antecedentes alimentarios y la evaluación de los índices bioquímicos, metabólicos y antropométricos del estado nutricional (Schebendach, y cols. 2001; citados en Caballero R, 2005).

Es importante incluir fibra insoluble para compensar un estreñimiento que es muy común en este grupo de individuos. También es recomendable prestar especial atención a la inclusión de alimentos ricos en calcio, debido a que, es



muy común la presencia de osteopenia y osteoporosis. En la anorexia nervosa es muy común el vaciamiento gástrico retardado con manifestaciones de distensión abdominal y malestar después de comer, por lo que se recomienda iniciar con un consumo de calorías bajo y dividir el consumo calórico total en cinco (desayuno, comida, cena y dos colaciones) (Schebendach, y cols. 2001; Shils y cols. 2004; Mitchel, 1986; citados en Caballero R, 2005).

A medida que va aumentando la prescripción calórica en las etapas más avanzadas del tratamiento, resultan inevitables las comidas múltiples, y es aquí donde se recomiendan los suplementos líquidos de fórmula definida o la recomendada por el nutriólogo. Dado que los pacientes temen acostumbrarse a la gran cantidad de alimento necesaria para satisfacer los requerimientos calóricos en el tratamiento avanzado, es aquí donde resultan atractivos los alimentos líquidos en virtud de que puedan suspenderse fácilmente cuando se alcanza el peso ideal (Schebendach, y cols. 2001; Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

## **BULIMIA NERVOSA**

La participación del nutriólogo en los síndromes bulímicos radica en ayudar a desarrollar un plan para el consumo controlado de alimentos, y a la vez, valorar la necesidad y tolerancia del paciente a la estructuración alimentaria. Durante la etapa inicial del tratamiento, es importante estabilizar el peso, en tanto se obtiene una mayor aceptación de los patrones de alimentación fijados. La mayoría de los pacientes con bulimia tipo purgativa tienen un peso normal o sobre peso y, a menudo, se encuentran hipometabólicos, por lo que es importante considerar esto, al prescribir el consumo de calorías totales

(Schebendach, y cols. 2001; citados en Caballero R, 2005). Se puede determinar el gasto energético por la ecuación Harris-Benedict, o por una calorimetría indirecta y un recordatorio de 24 horas. Si el paciente realiza ejercicio, se alentará a un ejercicio diario más moderado, de manera que la prescripción calórica refleje mejor el gasto de energía diario (Schebendach, y cols. 2001; Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

Habrá que vigilar el peso corporal estableciendo como meta la estabilización. Si el peso se estabiliza en un consumo calórico más bajo que el promedio, entonces se podrán intentar, con el tiempo, aumentos pequeños, pero constantes, en la prescripción de calorías; con ello, ascenderá la tasa metabólica a un nivel más apropiado.

Los bulímicos necesitan de mucho estímulo para seguir las dietas de mantenimiento de peso por contraposición a la de baja de peso. El tratamiento debe iniciar con una discusión acerca de las consecuencias de la bulimia nervosa sobre la salud; el paciente debe entender qué tan erráticos son sus patrones de alimentación y que las purgas conducen a desnutrición; se les recomendará que los intentos por restringir, en grado importante, el consumo calórico sólo aumentarán el riesgo de excesos alimentarios, y que su patrón de consumo restringido, seguido de excesos alimentarios no ha facilitado, con anterioridad, la baja de peso (Schebendach, y cols. 2001; Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

Durante las últimas fases de tratamiento, cuando el paciente ya reguló la ingesta dietética y se siente con más confianza acerca de sus conductas de control de alimentación mientras mantiene un peso hasta cierto punto estable,

puede revalorarse la necesidad de un programa de pérdida gradual de peso (Schebendach, y cols. 2001; Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

El conocimiento de los tipos de alimentos que le paciente ingiere durante un episodio de compulsión, y de qué es lo que identifica como compulsión al comer, también ayuda a planear una estrategia de tratamiento. Por lo general, esta discusión permite al nutriólogo comprender la fuerza de los errores o conceptos distorsionados de los pacientes acerca de los alimentos y su comportamiento de alimentación (Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

En los pacientes con bulimia nervosa y restrictiva, se fomentará un consumo equilibrado de macronutrientes. Lo cual incluye carbohidratos, proteínas y lípidos. En general, es razonable una dieta equilibrada que proporcione de 50 a 55 % de las calorías a expensas de carbohidratos, 12 a 20 % a expensas de proteínas y 25 a 30 % a expensas de grasa. Los excesos alimenticios, las purgas y el consumo restringido, a menudo, impiden el reconocimiento de las señales de hambre y saciedad, para evitarlo, se recomienda distribuir las calorías diarias. Es esencial la paciencia y el apoyo en el proceso de ayudar a los individuos a realizar cambios positivos en sus hábitos de alimentación. El apoyo del seguimiento y el consejo nutricional deben continuar aún después de que el peso se estabilice, y de que el comportamiento de alimentación se regule (Schebendach, y cols. 2001; Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

## **TRATAMIENTO HOSPITALARIO**

La decisión de hospitalizar se basa en la gravedad, en la pérdida de peso rápida y progresiva, en el grado de desnutrición, cuando hay deficiencia en la red familiar y de apoyo al tratamiento externo, y cuando existe una falta de respuesta al tratamiento. El objetivo principal del tratamiento hospitalario de los pacientes afectados por los trastornos alimentarios, suele ser, inicialmente, preservar la vida, ya que es muy frecuente que ésta se encuentre en peligro cuando se ha decidido la hospitalización. Los objetivos (Caballero R, 2005) que le siguen son:

- Iniciar y/o continuar con la rehabilitación nutricional
- Introducir, paulatinamente, alimentos temidos en un ambiente controlado,
- Monitorear y contener las conductas inapropiadas del paciente, relacionadas con la comida y el peso.

Los pacientes con anorexia nervosa suelen requerir hospitalización para comenzar el proceso de rehabilitación nutricional. En ocasiones, es necesario instituir la alimentación con sonda nasogástrica como primera medida terapéutica, a fin de corregir el desequilibrio de líquidos y electrolitos, e iniciar la rehabilitación nutricional del sujeto. Aunque los autores alientan la alimentación vía oral, esas medidas alternas de apoyo nutricional pueden ser necesarias para mantener la vida del paciente y ayudarlo a restaurar una adecuada captación de nutrientes. Este procedimiento puede mejorar de manera efectiva el estado nutricional del paciente, y en consecuencia, su estado mental. La alimentación nasogástrica no tiene ya todas las implicaciones negativas de los primeros tiempos por que ahora se cuentan con

sondas de diámetro pequeño que pueden insertarse con un mínimo de incomodidad. Cuando se emplea la alimentación por vía nasogástrica, debe mantenerse alguna ingesta oral para evitar la atrofia de la mucosa intestinal. Conviene comenzar con una toma diluida y aumentar la densidad energética conforme se vaya tolerando. Una estimulación del ingreso de calorías y nutrientes es importante anotarlo diariamente en el expediente médico (Ulibarri, 2002; Shills y cols. 2004; citados en Caballero R, 2005).

Para el tratamiento nutricional dentro de un hospital, primero, es importante comenzar con una evaluación del estado nutricional (dietética, antropométrica y bioquímica); después, la alimentación se inicia basándose en suplementos líquidos, y el aporte calórico no debe excederse de 20-30 Kcal/Kg/día. Cuando la alimentación es vía sonda nasogástrica se recomienda un aumento de 100 – 250 cal por vía oral, y cuando el paciente empiece a ser más cooperador, y se observe una ganancia de peso significativa, se retira la sonda nasogástrica.

Para el tratamiento hospitalario es importante seguir algunas medidas terapéuticas:

- La comida diaria se recomienda dividirse en cinco veces al día: un desayuno entre 8-9 AM, colación matutina a las 11 AM, comida entre 2-3 PM, colación vespertina a las 5 PM y cena 8 PM
- La dieta diaria debe ser indicada por nutrición.
- El consumo de alimentos durante el desayuno, la comida y la cena no debe excederse de 1 hora, y durante las colaciones de 30 minutos.

- Los pacientes deben comer separadas de las demás pacientes con el objetivo de cambiar las conductas alimenticias paulatinamente, hasta que los patrones de consumo de alimentos se normalicen.
- Las comidas deben ser siempre supervisadas.
- Se recomienda reposo absoluto después de comer por lo menos una hora, y reposo relativo durante el día.
- Asistencia al baño supervisada
- Asistencia a grupos psicoterapéuticos
- Restricción en el consumo de líquidos
- Evaluación ponderal semanal
- Monitorizar y contener la conductas inapropiadas de las pacientes relacionadas con la comida y el peso.

La tasa de alza de peso deseado varía entre las unidades donde se aplica el tratamiento (Caballero R, 2005).

## **SÍNDROME DE REALIMENTACIÓN**

La administración intensiva de alimentación a los pacientes que se encuentran en desnutrición moderada a grave, puede desencadenar la complicación que se conoce como *síndrome de realimentación*, el cual se caracteriza por fluctuaciones graves y potencialmente peligrosas e los electrolitos, que conducen a problemas metabólicos, neuromusculares y hematológicos.

La proliferación de tejido nuevo requiere de mayores cantidades de glucosa, potasio, fósforo y magnesio y otros nutrimentos esenciales para el aumento de electrolitos intracelulares en cantidades suficientes para mantenerse al paso del crecimiento en los tejidos, sobrevienen reducciones de los niveles de potasio, fósforo y magnesio plasmáticos. Las bajas concentraciones de estos electrolitos constituyen el rasgo distintivo de este síndrome. El metabolismo celular de los carbohidratos también ocasiona un desplazamiento de los electrolitos hacia el espacio intracelular, conforme la glucosa se desplaza hacia las células para oxidación. La infusión rápida de carbohidratos estimula la insulina, hormona que reduce la excreción de sal y agua aumenta la posibilidad de complicaciones cardíacas y pulmonares por sobre carga de líquido (Caballero R, 2005).

.En la fase temprana de la rehabilitación nutricional, las prescripciones de nutrimento serán moderadas en carbohidratos, libres de lactosa y suplementos con fósforo, potasio y magnesio (Hamaoui y cols. 1998; citados en Caballero R, 2005). El síndrome de realimentación es el resultado de la repleción excesivamente rápida o del fracaso para anticipar y satisfacer los requerimientos específicos de nutrientes. Puede ocurrir durante la alimentación oral, enteral y parenteral. Y es una causa potencial de morbilidad y mortalidad.

Algunos problemas que puede ocasionar este síndrome son:

- ☀ Dolor muscular generalizado
- ☀ Tetania
- ☀ Disfunción cardíaca

- ☀ Arritmias
- ☀ Crisis convulsivas
- ☀ Retención excesiva de agua y sodio
- ☀ Anemia hemolítica
- ☀ Disfunción fagocítica
- ☀ Y muerte por insuficiencia respiratoria o cardiaca.

## **MANEJO FARMACOLÓGICO DE LOS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA**

La anorexia nervosa y bulimia nervosa, se reconocen como enfermedades psiquiátricas, se asocian con dificultad para el funcionamiento, cronicidad y en algunas ocasiones, con mortalidad. Se presentan casi exclusivamente en la adolescencia y en la adultez temprana, lo que hace, que no puedan realizar las actividades propias de esta etapa de la vida. Esto incluye la separación de la familia de origen, la toma de decisiones con respecto a las metas universitarias, académicas y la maduración y el funcionamiento social (APA, 2000).

La persecución de la delgadez, una de las características centrales, tanto de la anorexia nervosa, como de la bulimia, por lo general es egosintónica. Ésto se traducen la dificultad y el reto para tratara estos pacientes. La farmacología puede ser útil en algunos casos, generalmente tomando un papel coadyuvante en el manejo de los trastornos asociados (APA, 2000).

## **PSICOFARMACOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA ANOREXIA NERVIOSA**



Actualmente no hay medicamentos aprobados por la FDA (Federal and Drug Administration) para el tratamiento de la anorexia Nervosa. Sin embargo, existen algunas opciones farmacológicas. El tratamiento incluye el restablecimiento ponderal y la fase de mantenimiento. Los diferentes tratamientos farmacológicos pueden ser útiles en una fase pero no en la otra (Powers PS, Santana C, 2004; citados en Caballero R, 2005).

## **FASE DE RENUTRICIÓN**

En esta etapa los medicamentos que han mostrado algún beneficio para los pacientes son:

- **Antipsicóticos:** Por más de tres décadas la clorpromazina se utilizó para el tratamiento de algunos pacientes con anorexia nervosa, por que se pensó que era útil, tanto para disminuir la ansiedad, como en promover la ganancia ponderal. Aún se utiliza frecuentemente en dosis bajas en pacientes que están severamente obsesionados o agitados. También se han llevado a cabo estudios controlados con otros antipsicóticos como son el Pimozine y el Sulpiride, los cuales son antagonistas selectivos de dopamina. En un estudio doble ciego placebo controlado, se administró el Pimozide a dieciocho pacientes a dosis de 4 a 6 mg, se observó un efecto positivo pequeño en la ganancia de peso, y mejoría en algunas actitudes, como menor temor a la ganancia de peso y mejor motivación (Hoffman L, Halmi, 1993, Vandereycken W, Pierloot R, 1982; citados en Caballero R, 2005).

■ **Otros Fármacos:** Se ha propuesto el uso de Ciproheptadina (antagonista serotoninérgico) por los reportes de que promueve la ganancia ponderal en una gran variedad de enfermedades médicas que incluyen niños asmáticos o adultos con síndrome de colon irritable (Hoffman L, Halmi, 1993; citados en Caballero R, 2005). Sin embargo, en estudios controlados, este medicamento ha presentado una eficacia similar al placebo, por lo que su utilización no está del todo justificada (Eduardo García Camba, 2002; Halmi KA, Eckert ED, La Du TJ, Cohen J, 1986; citados en Caballero, 2005). En ocasiones los pacientes pueden beneficiarse de los fármacos procinéticos para aumentar la motilidad gastrointestinal y disminuir la sensación de plenitud abdominal, la cual es muy frecuente en pacientes con anorexia nervosa. El carbonato de Litio mostró, en un estudio controlado doble ciego, un mínimo efecto sobre la ganancia de peso; sin embargo, no se recomienda su uso, por las frecuentes alteraciones hidroelectrolíticas que presentan estos pacientes (Eduardo García Camba, 2002; Gross MA, Ebert MM, Faden UB, Goldberg SC, Lee Le Kaye WH, 1981; citados en Caballero, 2005). Puede valorarse en la fase de realimentación el uso de antidepresivos cuando exista ideación o riesgo suicida; de no ser así, su utilización deberá ser pospuesta hasta la etapa de mantenimiento de la ganancia ponderal.

## **FASE DE MANTENIMIENTO**

■ **Antidepresivos:** En un estudio controlado, con pacientes recuperados en peso, con diagnóstico de anorexia nervosa que tomaron fluoxetina en promedio 40 mg/día, después de su egreso hospitalario, tuvieron menor pérdida de peso, depresión y menos reinternamientos en los años subsecuentes, que aquellos que tomaron placebo (APA, 2000). En un estudio abierto de pacientes con anorexia nervosa tratados con psicoterapia más citalopram empeoraron (perdiendo varios kilogramos), que aquellos pacientes tratados sólo con psicoterapia. Lo cual sugiere que el medicamento fue contraproducente en este tipo de población (APA, 2000; Bergh C, Eriksson M, Lindberg G, Sodersten P, 1996; citados en Caballero, 2005).

Los inhibidores de recaptura de serotonina son comúnmente considerados para los pacientes con anorexia nervosa, en quienes persisten los síntomas depresivos, obsesivos o compulsivos a pesar, o, en ausencia de aumento de peso (APA, 2000).

## **PSICOFARMACOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA BULIMIA NERVOSA**

Aunque la bulimia nervosa se reconoció como una entidad clínica distinta de la anorexia nervosa, hace un poco más de dos décadas, el papel de la psicofarmacología en su tratamiento está bien establecido. Los medicamentos, principalmente los antidepresivos pueden ser utilizados efectivamente en el tratamiento de la bulimia nervosa, como complemento de la psicoterapia individual o grupal, o como una modalidad terapéutica primaria (Hoffman L, Halmi K, 1993; citados en Caballero, 2005).

◆ **Antidepresivos:** Algunos antidepresivos han probado su efectividad en el decremento, tanto de atracones como de purgas. Los inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO's) se consideraron inicialmente para el tratamiento de la Bulimia Nervosa, ya que son particularmente efectivos en el manejo de depresiones atípicas (las cuales, con frecuencia, incluyen hiperfagia), y por su efecto ansiolítico, ya que la ansiedad se asocia comúnmente a episodios de atracón. Pero en un estudio doble ciego a ocho semanas, se encontró que casi un tercio de los pacientes, no completó el estudio por los efectos secundarios: sedación e hipotensión ortostática. Adicionalmente, conllevan grandes riesgos al ser usados en el tratamiento de la Bulimia Nervosa por que requieren restricciones dietéticas, para evitar las crisis hipertensivas que ponen en riesgo la vida (Hoffman L, Halmi K, 1993; citados en Caballero, 2005). Otros estudios se realizaron con antidepresivos tricíclicos, en especial, con la imipramina, en este primer estudio se observó una disminución significativa en los episodios de atracones en pacientes tratados con este medicamento, en comparación con los que recibieron placebo (Eduardo García Camba, 2002; Pope HG, Hudson JI, Jonas JM y cols. 1983; citados en Caballero, 2005). Uno de los estudios más grandes, que aborda el tratamiento con fluoxetina para bulimia nervosa, se realizó con 387 pacientes, asignando al azar dosis de 20 y 60 mg de fluoxetina, así como placebo. Se encontró una evidente superioridad con fluoxetina a dosis de 60 mg (Eduardo García Camba, 1992; citados en Caballero, 2005). La sertralina también ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de la bulimia nervosa, y en

pacientes con conductas purgativas y peso bajo, disminuyendo los episodios de atracón-purga, sin provocar incremento ponderal (Frank GK, Kaye WH, Marcus M, 2001; Sloan D, Miles S, Helbok C, Muck R, 2004; citados en Caballero R, 2005)

◆ **Estabilizadores del ánimo:** El litio, la carbamacepina y la fenitoina no han demostrado ser útiles, de acuerdo a estudios donde se les ha comparado con el efecto placebo (Eduardo García Camba, 2002; Hsu LKG, Clement L, Santhouse R, Ju ESY, 1991; Wermuth BM, 1977; Kaplan AS, 1983; citados en Caballero, 2005). En cuanto a los nuevos medicamentos antiepilépticos como el torpiramato, se realizó un estudio controlado a diez semanas en pacientes con bulimia nervosa, usando una dosis promedio de 100 mg/día, y se obtuvieron resultados alentadores, ya que mejoraron varias dimensiones conductuales de la enfermedad, la frecuencia de atracones y purgas disminuyó, al igual que la ansiedad y la preocupación por la imagen corporal. Estos resultados apoyan al torpiramato como una opción terapéutica viable. Pero se requiere aún de más estudios (Hedges D, et al., 2003; citados en Caballero R, 2005).

◆ **Otros Fármacos:** El ondansetrón, potente antagonista periférico del receptor de serotonina 5 HT<sub>3</sub>, podría desempeñar una función importante en el tratamiento de la Bulimia nervosa. En un estudio publicado recientemente se señala que la hiperactividad vagal aferente puede relacionarse con la bulimia, por lo que un compuesto que bloquee dicha hiperactividad podría ser un tratamiento adecuado. En un estudio doble ciego con placebo a cuatro semanas, el grupo que tomó

odansetrón a 24 mg/día registró al final del seguimiento, menos episodios de atracones y vómitos, que el grupo de placebo (Eduardo García Camba, 2002; Farís PL, et al., 2000; citados en Caballero, 2005).

## CAPÍTULO SIETE: EL SÍNDROME METABÓLICO

La enfermedad coronaria, es un tema que ha cobrado importancia en nuestros días, sobretodo porque es la principal causa de muerte en los países desarrollados..

En 1988 Reaven (citado en Caballero, 2005) descubrió un síndrome caracterizado por la resistencia a la insulina, hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial y obesidad central denominándolo como “Síndrome Metabólico”.

Recientemente se publicó el Tercer Reporte del Panel de Expertos e la Detección, Evaluación y el Tratamiento del Colesterol Sanguíneo Elevado del Programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (Adult Treatment Panel III) (ATP) de los Estados Unidos de Norteamérica, donde se reconoce al Síndrome Metabólico como un objetivo secundario del tratamiento para la reducción del riesgo de padecer la enfermedad coronaria, situado después del objetivo primario, la reducción de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). Según este documento, se requiere la presencia de cuando menos tres de los siguientes factores para su diagnóstico:

<b>Factor de Riesgo</b>	<b>Nivel de Definición</b>
OBESIDAD ABDOMINAL (CIRCUNFERENCIA DE LA CINTURA)	
HOMBRES	➤ 120 CM
MUJERES	➤ 88 CM

TRIGLICÉRIDOS		$\geq 150$ mg/dL
LIPOPROTEINAS	DE ALTA	
DENSIDAD		
(HDL)		
HOMBRES		$< 40$ mg/ dL
MUJERES		$< 50$ mg/ dL
Presión Sanguínea		$\geq 130/ \geq 85$ mm Hg
		$\geq 110$ mg / dL

Según este importante reporte, el síndrome metabólico está ligado en forma muy estrecha con la resistencia a la insulina, a la cual contribuyen en forma decisiva el exceso de tejido adiposo, particularmente la obesidad abdominal y la inactividad física. La relación entre el hiperinsulinismo y la resistencia a la insulina observados en el síndrome metabólico ha sido sujeta a varias especulaciones en cuanto a su génesis. Colagiuri y Brand Miller propusieron en 1997 que el genotipo de resistencia a la insulina evolucionó en la raza humana como un mecanismo de adaptación para la supervivencia y la reproducción del hombre durante la última glaciación. Estos autores comentan que la dieta de estos individuos consistía de un alto contenido proteico y bajo en carbohidratos, con periodos de inanición intermitentes. De esta forma, la función de la resistencia a la insulina era favorecer la disponibilidad de glucosa para el cerebro, los fetos y la glándula mamaria al disminuir la utilización de ésta por los músculos. La utilización de la agricultura en el Medio Oriente y su expansión hacia el continente europeo disminuyó la presión de la selección natural por la resistencia a la insulina en estos grupos humanos, según proponen estos autores, constituyéndose ésta, en forma paulatina, en un



genotipo patológico que, a su vez, predispone El Síndrome Metabólico, Colagiuri y Brand Miller (citados en Caballero, 2005) mencionan que la Revolución Industrial ha cambiado la calidad de los carbohidratos y, por lo tanto, también el índice glucémico de los mismos, ya que el procesamiento de estos nutrientes ofrece ahora almidones más digeribles y que a su vez, aumentan hasta el triple, tanto la glucemia postprandial como la respuesta insulínica en comparación con los carbohidratos provenientes del grano entero o apenas procesado. Adicionalmente, la disponibilidad moderna del tipo de “comida rápida” ha contribuido al aumento de la prevalencia de la obesidad que, a su vez, favorece esta condición.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

Existen factores de riesgo en la raza humana como pueden ser las diferencias que se encuentran con respecto a la nutrición, al hábito corporal, a los niveles de actividad física a los antecedentes genéticos y al género, entre otros. Se ha reportado que la prevalencia del Síndrome metabólico en China es de 13.3 %. Un estudio poblacional llevado a cabo en una cohorte de 22 561 hombres y 18 495 mujeres en Italia, a quienes se les practicó un seguimiento por un promedio de siete años, encontró que la prevalencia del grupo completo de anormalidades metabólicas (glucemia elevada, presión arterial elevada, lipoproteínas de alta densidad disminuidas y triglicéridos elevados), denominadas por los autores, como síndrome X fue sólo de 3 % en los hombres y de 3.4 % en mujeres. Mientras el riesgo de muerte por todas las causas y por la enfermedad cardiovascular en particular se incrementó con el aumento en el número de anormalidades metabólicas tanto en hombres como en mujeres. Estos autores subrayan que la mayoría de los individuos que

fallecen de enfermedad cardiovascular presentan una, dos ó tres de las anormalidades metabólicas. Un estudio de prevalencia del síndrome metabólico efectuado en los Estados Unidos de Norteamérica en el 2002, siguiendo los criterios del ATP III, en un grupo de 8 814 hombres y mujeres mayores de 20 años, encontró que la prevalencia no ajustada fue de 21.8 %, mientras que le dato ajustado para la edad fue de 23.7 %. La diferencia entre los géneros fue mínima, alrededor de 24 %. Es importante mencionar que el grupo de la séptima década de la vida tuvo 43.5 % y que el grupo étnico México-Americano presentó 31.9 %, el mayor porcentaje ajustado para la edad. Sus autores calculan que aproximadamente 47 millones de residente estadounidenses presentan este síndrome. Otro informe estadounidense elaborado con una muestra de 12 861 individuos (3 305 afroamericanos, 3 477 México-americanos y 5 581 caucásicos) reportó que el síndrome metabólico se manifestó en 22.8 % de la población masculina y en 22.6 % de la femenina. La prevalencia específica por grupos de edad fue más elevada en los sujetos México-americanos. Los hallazgos de estos autores mencionan que la edad avanzada, el estado postmenopáusico, la pertenencia al grupo étnico México-americano el bajo ingreso económico, el consumo elevado de carbohidratos, la ausencia de consumo de alcohol y la inactividad física incrementaron las posibilidades de padecerlo (citados en Caballero, 2005).

## **LA DEPRESIÓN Y EL SÍNDROME METABÓLICO**

Desde hace algunos años se ha planteado que la depresión está asociada con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y la mortalidad en general. La relación entre estos fenómenos aún está obscura; sin embargo, se ha propuesto que ésta ocurre a través del síndrome metabólico. Recientemente,

se encontró en un estudio de diseño trasversal que el grupo de mujeres con antecedentes de episodio depresivo mayor tuvo el doble de riesgo de cursar con el síndrome metabólico, en comparación con aquellas sin antecedente de depresión, controlando las variables: tabaquismo, sedentarismo, consumo de alcohol y de carbohidratos; mientras que el grupo masculino, con antecedentes de trastorno depresivo mayor, no mostró mayores posibilidades de tener el síndrome metabólico. Es cierto que el diseño de este estudio no permite hacer inferencias de causalidad, también es el hecho de que las personas deprimidas tienden a tener hábitos de vida que de por sí, incrementan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares (por ejemplo, tabaquismo, sedentarismo, etc.); sin embargo, se ha encontrado que la depresión está asociada a elevaciones en la frecuencia cardíaca y a una variabilidad disminuida de ésta, hechos que, pueden contribuir al desarrollo de algunos de los componentes del síndrome metabólico. Por otro lado, también se ha observado la asociación de la depresión con marcadores hemostáticos e inflamatorios alterados, tales como elevaciones en la agregación plaquetaria en el fibrinógeno y en los glóbulos blancos, de manera que también, a través de estos procesos, esta entidad psiquiátrica puede estar ligada a las enfermedades cardiovasculares y coronarias (Caballero, 2005).

Un estudio reciente evaluó, en un modelo prospectivo y longitudinal, las asociaciones entre algunas características psicológicas y el síndrome metabólico en 425 mujeres adultas, de mediana edad, a lo largo de un intervalo promedio de 7.4 años. Sus autores pusieron a prueba, si algunos factores psicológicos de riesgo (depresión, ansiedad, tensión, estrés actual percibido y el enojo) predecían el síndrome metabólico, y si éste hacía lo propio

en cuanto al malestar psicológico. Encontraron que las mujeres que en la etapa basal calificaron alto en depresión, tensión y coraje, y en aquellas que el coraje se incrementó durante el seguimiento, presentaban un riesgo elevado de desarrollar síndrome metabólico. A su vez, el síndrome metabólico predijo el incremento en el coraje y en la ansiedad 7.4 años después. Las alteraciones crónicas en la regulación simpática y neuroendócrina pueden dar como resultado los cambios metabólicos y antropométricos característicos del síndrome metabólico, según dichos autores. De hecho, citan un estudio previo, en el que se propone que, la susceptibilidad al estrés y a las alteraciones en la regulación neuroendócrina, tienen una influencia genética importante. Estos factores son preponderantes para la prevención y el tratamiento del síndrome metabólico (Caballero, 2005).

## **TRATAMIENTO**

El agrupamiento de las anormalidades que caracterizan al síndrome metabólico no debe distraer la atención sobre el hecho de que éstas pueden constituirse en factores de riesgo independientes para la enfermedad coronaria. En la actualidad se reconoce que las estrategias para el tratamiento de todos los factores de riesgo, tanto lipídicos, como no lipídicos de este cortejo sintomático, son la reducción ponderal y el incremento en la actividad física, amén de las estrategias farmacológicas hipolipemiantes que se utilizan hoy en día. Como se señaló anteriormente, el síndrome metabólico es considerado por el ATP III como un objetivo secundario de tratamiento en cuanto a la prevención de los factores de riesgo conocidos para la enfermedad cardiovascular. La pérdida de peso favorece la disminución de las LDL, mientras que el ejercicio físico regular disminuye las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), aumenta las

lipoproteínas de alta densidad (HDL) y, en algunas personas, disminuye el colesterol (LDL). Así mismo, la práctica constante de actividad física también puede ayudar a combatir la presión arterial, a reducir la resistencia a la insulina y a mejorar el funcionamiento cardiovascular. Aunque el promover la disminución ponderal o evitar la ganancia de peso en los pacientes con este síndrome parece obvio, en muchas ocasiones los médicos recomiendan la utilización de medicamentos tales como los hipoglucemiantes, los antidepresivos, e incluso, algunos medicamentos antipsicóticos, que causan aumento ponderal como efecto secundario, sin utilizar estrategias para combatir este efecto de manera apropiada. Es fácil inferir que el manejo óptimo requiere de una consejería nutricional intensa o un tratamiento de esta índole. El ATP III subraya el mantener una actividad física regular para lograr la reducción ponderal, piedra angular en el tratamiento de este síndrome. Esta recomendación se fundamenta en los datos contenidos en el reporte del US Surgeon General (Caballero, 2005).

Como vimos anteriormente, en el tratamiento de estos pacientes se deja completamente de lado el aspecto psicológico, a pesar de que la depresión, principalmente, se encuentra relacionada con las personas que padecen este síndrome.

## **CAPÍTULO OCHO: DESCRIPCIÓN DE LA DIABETES MELLITUS**

### **EVOLUCIÓN DEL TÉRMINO DIABETES MELLITUS A TRAVÉS DEL TIEMPO**

El término diabetes viene del Griego diabetes, que, a su vez, se deriva del verbo diabaíno (atravesar). Originalmente, la palabra diabetes significaba en griego compás, ya que en la patología, el término diabetes, fue utilizado para referirse a la enfermedad caracterizada por el orinar en exceso ó más de lo común (poliuria), dicho término comenzó a usarse en el siglo I d. de C. por Areteo de Capadocia, por la excesiva expulsión de orina, el primer síntoma conocido de la enfermedad. Se sabe que Aulio Cornelio Celso fue el primer autor en describir este cuadro clínico en el siglo I a.de C. llamándolo *urinae nimia profusi* o flujo de orina durante el siglo II d. de C., Galeno empleó, además del término diabetes, la denominación *dipsacón*, que proviene de *dipsa* o sed. En ese tiempo el concepto de diabetes, como enfermedad era muy impreciso, y se utilizaba para nombrar cualquier padecimiento que presentara como síntoma primordial una excesiva expulsión de orina, es decir, el término era un sinónimo de la poliuria. La definición de Areteo y Galeno perduró durante varios cientos de años, hasta que en los siglos XVIII y XIX se empezaron a incorporar nuevas observaciones y conocimientos. En 1674, el médico inglés Thomas Willis designó el término diabetes Mellitus a la diabetes que se caracteriza por el mismo síntoma, es decir, por la excesiva expulsión de orina, la cual tiene una coloración amarillenta semejante a la disolución de miel en agua, propiedad que fue reforzada al constatar el sabor dulce de la orina. Así, la palabra de origen latino Mellitus (miel) fue incorporada al término diabetes. Es interesante mencionar que a pesar de que el término diabetes

mellitus tiene traducción al español, ha permanecido en su idioma original hasta nuestros días (Gómez Hoyos, 2006, pág. 10).

Ahora sabemos que la diabetes mellitus (DM) es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o en ambas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia con lesiones a largo plazo, disfunción e insuficiencia multiorgánica, especialmente de los ojos, riñones, nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.

Distintos procesos patogénicos están implicados en el desarrollo de la diabetes, desde la destrucción autoinmunitaria de las células  $\beta$  del páncreas, con la consiguiente deficiencia de insulina, hasta las anomalías que ocasionan la resistencia a la acción de la insulina. La acción deficiente de la insulina en los tejidos blanco, es responsable del metabolismo anómalo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas de la diabetes. Esta deficiencia proviene de la secreción inadecuada de la insulina, o de la respuesta deficiente de los tejidos a la hormona, en uno o más de los puntos de la compleja vía de acción de la insulina. Con frecuencia, el deterioro de la secreción de la insulina coexiste con defectos en la acción de la hormona en un mismo paciente, y no sabe cuál de estas anomalías es la causa primaria de la hiperglucemia, si es que alguna lo es por sí sola.

Los síntomas de una marcada hiperglucemia incluyen poliuria, adelgazamiento a menudo asociado a polifagia y visión borrosa. La hiperglucemia crónica también puede estar acompañada de retardo del crecimiento y susceptibilidad a determinadas infecciones: La hiperglucemia con cetoacidosis o síndrome

hiperosmolar no cetósico son consecuencias graves agudas de la diabetes que pueden ser mortales.

Las complicaciones a largo plazo de la diabetes incluyen retinopatía con posible pérdida de la visión; nefropatía que lleva a insuficiencia renal; neuropatía periférica con riesgo de ulceraciones en los pies, amputaciones y articulaciones de Charcot; y neuropatía autonómica que provoca síntomas gastrointestinales, genitourinarios y cardiovasculares y disfunción sexual. La glucosilación de las proteínas tisulares y otras macromoléculas, así como la excesiva producción de compuestos polioles a partir de la glucosa, son algunos de los mecanismos propuestos para explicar la lesión tisular causada por la hiperglucemia crónica. En los diabéticos la incidencia de enfermedad cardiovascular aterosclerótica, vascular periférica y cerebrovascular es más alta. También son frecuentes entre ellos, la hipertensión, los trastornos en el metabolismo de las lipoproteínas y las enfermedades periodontales. El efecto emocional y social de la diabetes, y la necesidad de tratamiento crónico, pueden ocasionar disfunciones psicosociales en determinados pacientes o en sus familias.

La mayoría de los casos de diabetes se puede englobar en dos grandes categorías etiopatogénicas: DM Tipo I y Tipo II.

En la primer categoría la causa es una deficiencia absoluta de secreción de insulina. Los individuos con alto riesgo a menudo, se pueden identificar por evidencias serológicas de un proceso patológico autoinmunitario en los islotes pancreáticos, y también mediante marcadores genéticos. En la segunda categoría, mucho más frecuente, la causa es la combinación de resistencia a



la insulina y de una adecuada respuesta secretora compresora de insulina. En esta segunda categoría, un grado de hiperglucemia sin síntomas clínicos, pero suficiente para ocasionar cambios patológicos y funcionales en los órganos afectados, puede estar presente durante muchos años antes de que se detecte la diabetes. Durante este periodo asintomático, es posible demostrar anomalías en el metabolismo de los carbohidratos midiendo la glucosa plasmáticas en ayunas o después de una prueba de tolerancia con una carga de glucosa por vía oral.

## **ASPECTOS BIOLÓGICOS**

### **LA INSULINA**

#### **PRODUCCIÓN DE LA INSULINA POR LAS CÉLULAS BETA**

La insulina es una proteína formada por dos cadenas de aminoácidos, las A y B unidas por dos puentes disulfuro.

Esta hormona proteica se produce en estructuras especializadas de la célula beta, por medio de diversa reacciones controladas y dirigidas por información genética contenida en el cromosoma 11. El paso inicial en la síntesis de insulina se efectúa en la estructura denominada retículoendoplásmico rugoso, en donde se ensamblan un conjunto de aminoácidos para formar una gran molécula, la Preproinsulina, que pasa al aparato de Golgi, en donde por efecto de enzimas microsomales pierde gran parte de sus aminoácidos, dando lugar a la proinsulina formada por 81 aminoácidos. En el aparato de Golgi la proinsulina es empaquetada en gránulos (gránulos secretorios), en donde sufre un desdoblamiento enzimático para formar dos moléculas, que son: La insulina y el péptido conector o péptido C. La insulina está formada por 51

aminoácidos y el péptido conector por 30 aminoácidos. Estos dos compuestos presentes en los gránulos secretorios, se liberan a través de la superficie de las células beta a la circulación sanguínea (Pérez, 2003).

La liberación de insulina por las células beta se lleva a cabo mediante un proceso bioquímico complejo, que lleva a un aumento en las concentraciones de calcio y de adenosín monofosfato cíclico (AMPC). Estos elementos son clave en el proceso para la secreción de la insulina, ya que permiten la unión de los gránulos secretorios a estructuras filamentosas (microfilamentos o microtúbulos) que al contraerse acercan los gránulos a la superficie de las células beta, en donde se abren y vierten su contenido a la circulación sanguínea. Este proceso de expulsión se denomina exocitosis o emiocitosis. La insulina, el péptido C y una pequeña cantidad de proinsulina pasan a los capilares pancreáticos que drenan al sistema porta que desemboca en el hígado. En consecuencia las concentraciones de insulina en la circulación portal son más elevadas que en la circulación sanguínea periférica, en una relación de 3:1, que se incrementan más con la ingestión de alimentos (relación 10:1) (Pérez, 2003).

La insulina tiene una vida media en la circulación sanguínea muy corta (tres a cinco minutos) y se degrada en el hígado y los riñones por enzimas denominadas insulinasas. El péptido C no es removido por el hígado y pasa a la circulación sanguínea, que lo lleva a los riñones, en donde se degrada y elimina por la orina. Hasta el momento no son claras las acciones del péptido C, sin embargo, el hecho de que se secrete por las células beta en cantidades equimoleculares con la insulina (en igual proporción), permite que de su

medición se infiera y calcule la cantidad que se secreta de insulina (función residual de las células beta).

## **SECRECIÓN DE LA INSULINA**

El patrón normal de la secreción de insulina por el páncreas tiene dos componentes principales:

La secreción basal y la secreción pulsátil estimulada por los alimentos.

La Secreción Basal de la Insulina, es la liberación continua de insulina en una cantidad aproximada de .5 a 1.0 unidades por hora (40 a 80 unidades en 24 horas), que mantiene una concentración constante en el plasma sanguíneo de 10 a 15 mil unidades por mililitro. Esta secreción basal controla la producción de glucosa por el hígado, evitando que aumente o disminuya más de lo normal. La secreción basal tiene una variación nocturna que se caracteriza por una disminución en la primera mitad de la noche e incremento en la segunda mitad, que coincide con el incremento de las hormonas gluco reguladoras, en particular de la hormona de crecimiento (antagónica de la insulina).

La secreción pulsátil, es una secreción rápida de corta duración, en cantidades cinco a diez veces mayores a las de la secreción basal, que coincide con la ingestión de alimentos. Esta secreción rápida permite la inmediata utilización de la glucosa sanguínea por las células hepáticas, musculares y el tejido graso (Pérez, 2003).

Además de los pulsos estimulados por la ingestión de alimentos, se presentan otros pulsos espontáneos de gran amplitud durante el transcurso del día. Por lo general se presentan dos de estos pulsos en las horas que siguen al

desayuno y tres después de la comida y de la cena. Se ha propuesto por diversas evidencias, que la secreción pulsátil de insulina la hace más eficiente.

## **LA GLUCOSA SANGUÍNEA Y LA INSULINA**

El principal regulador de la secreción de insulina por el páncreas, es la concentración de glucosa en la sangre, que al aumentar más de 100 mg/dl por la ingestión de alimento, origina una respuesta bifásica (en dos etapas) en la liberación de insulina. La primera fase es de liberación rápida con una duración de cinco a diez minutos, que sigue por una segunda fase de liberación lenta, que persiste mientras la glucosa sanguínea se mantiene elevada (Pérez, 2003).

En condiciones normales la glucosa sanguínea durante ayuno y después de la ingestión de alimentos, se mantiene dentro de límites muy estrechos, que pocas veces exceden respectivamente los 100 mg/dl y los 140 mg/dl o disminuyen por debajo de 65-70 mg/dl.

La estabilidad en las concentraciones sanguíneas de glucosa representan el balance entre la entrada de glucosa al torrente sanguíneo y su incorporación a las diferentes células de los tejidos del organismo.

La secreción de insulina se inicia prácticamente desde que la persona ve la comida (fase cefálica), que al llegar al tubo digestivo estimula la secreción de ciertas hormonas gastrointestinales (fase entérica) como la colescistoquinina. El polipéptido inhibitorio gástrico y el polipéptido tipo glucagon. Estas hormonas amplifican la secreción pancreática de insulina estimulada por la glucosa y por los aminoácidos absorbidos durante la fase entérica.

El incremento en la insulina plasmática precede al incremento en la glucosa sanguínea, lo que permite su oportuna utilización en los primeros 60-90 minutos, con lo que se evita hiperglucemia postprandial. Posteriormente disminuye la secreción de insulina a niveles basales, lo que evita hipoglucemia en el periodo post absortivo (periodo entre la ingestión de alimentos).

## **EL HÍGADO Y LA INSULINA**

Las células hepáticas (hepatocitos) no requieren de insulina para incorporar la glucosa, sin embargo es necesaria para que la glucosa se almacene como glucógeno hepático.

**LAS PROTEÍNAS** Son parte importante en la alimentación, y se obtienen de productos de origen animal (carnes, leche, huevo) y vegetal (cereales, leguminosas). Las proteínas contenidas en estos alimentos se digieren en el aparato digestivo dando lugar a pequeñas partículas (moléculas de aminoácidos), que son absorbidas por la pared intestinal para pasar a la circulación sanguínea. Los aminoácidos también estimulan la secreción pancreática de insulina, aunque en menor grado que la glucosa.

Para la incorporación de aminoácidos a las células y al hígado, se requiere de insulina, que ayuda a su transformación e proteínas (síntesis proteica).

Las proteínas son parte indispensable de las células de todos los seres vivos y constituyentes de los líquidos y secreciones corporales (plasma sanguíneo, jugos digestivos, hormonas, enzimas).

## **METABOLISMO DURANTE LOS ESTADOS DE AYUNO Y COMIDAS**

Durante las 24 horas del día los seres humanos pasamos por periodos de comida que alternan con periodos de ayuno. En los periodos de comida (periodos absorptivos) se dispone ampliamente de nutrimentos (carbohidratos, proteínas y grasas), que son digeridos y transformados respectivamente en glucosa, aminoácidos y ácidos grasos. Estos son absorbidos por la pared intestinal que los incorpora a la circulación sanguínea para su distribución a los diversos tejidos y órganos corporales. Por el estímulo de la glucosa y, en menor grado, por los aminoácidos, se estimula la secreción pancreática de insulina que permite la utilización de los nutrimentos por el hígado, músculos y tejido graso (Pérez, 2003).

En los periodos de ayuno (periodos post absorptivos), que comprenden de cuatro a 16 horas después del consumo de alimentos, se reduce la secreción de insulina por el páncreas, aportando solamente la insulina basal. En este periodo predomina entonces la actividad del glucagón. En estos periodos también los órganos y sistemas corporales requieren de energía, que se obtiene de la energía que se produce y libera el hígado. Los ácidos grasos son otra fuente de energía en estos periodos, que deriva de la degradación de los triglicéridos. El hígado produce y libera glucosa a la circulación sanguínea, en respuesta a la disminución en las concentraciones de insulina. Esto estimula la degradación del glucógeno hepático en glucosa, y activa la producción de glucosa a partir de los aminoácidos (gluconeogénesis) (Pérez, 2003).

En los periodos de ayuno, la mayor parte de la glucosa disponible la consume el sistema nervioso central (50%) que sólo utiliza glucosa como fuente de energía. El resto de la glucosa disponible la utilizan el hígado e intestino (25%)

y el resto de los tejidos (25%). Los músculos y el hígado utilizan ácidos grasos como fuente primaria de energía en los periodos de ayuno (Pérez, 2003).

## **CONSECUENCIA DE LA DEFICIENTE ACCIÓN O PRODUCCIÓN DE INSULINA**

El elemento central que caracteriza la DM es la hiperglucemia, es decir, glucosa sanguínea por arriba del límite superior normal (igual ó mayor a 126 mg/dl, en ayunas; ó mayor a 200 mg/dl dos horas después de una comida; o en cualquier momento acompañada de los síntomas clásicos de la DM).

### **LA HIPERGLUCEMIA**

Resulta de la deficiente acción o producción de insulina que da lugar a dos alteraciones:

➤ Deficiencia de insulina

1. Disminución en la utilización de la glucosa por los músculos y tejido graso
2. Aumento en la producción de insulina

➤ Hiperglucemia

1. La deficiencia de insulina impide la incorporación de la glucosa sanguínea al interior de las células musculares y del tejido graso y, por lo tanto, la glucosa se acumula en la sangre.
2. La deficiencia de insulina aumenta la producción hepática de glucosa, ya que se activa la degradación del glucógeno en glucosa, y la producción de glucosa a partir de aminoácidos.

## LOS SÍNTOMAS CLÁSICOS DE LA DIABETES

La glucosa presente en la sangre pasa obligadamente por los riñones que funcionan como un filtro que deja pasar lo que no es útil al organismo y lo elimina por la orina. Los riñones, además de servir de filtro (glomérulos renales) tienen la capacidad de recuperar (reabsorber) algunas sustancias que son útiles. La reabsorción y recuperación se lleva a cabo en estructuras especializadas llamadas Túbulos (Pérez, 2003).

En condiciones normales la glucosa sanguínea, se filtra en los riñones junto con otras sustancias, pero se recupera y retorna a la circulación sanguínea.

Cuando la concentración de glucosa en sangre es mayor de 170-180 mg/dl los túbulos renales no reabsorben toda glucosa filtrada y aparece en la orina. Esto es lo que se conoce como “umbral renal de la glucosa”. La presencia de glucosa en orina (glucosuria), indica que la glucosa en sangre es mayor a 170-180 mg/dl (Pérez, 2003).

Existen, sin embargo, numerosas condiciones que pueden alterar la eliminación de glucosa por la orina, de tal forma que no siempre existe concordancia entre la glucosa sanguínea y la presencia de glucosa en orina, por ejemplo glucosa alta en sangre con glucosuria negativa, o al contrario glucosa en orina con concentraciones normales de glucosa en sangre.

Por esto, no es confiable la medición de glucosa en orina para tomar decisiones en el manejo de las personas con DM.

Los síntomas clásicos de la diabetes (Pérez, 2003) son:

- Poliuria



- Polidipsia
- Polifagia (anorexia en ocasiones)
- Pérdida de peso

### **LA GLUCOSURIA Y LA POLIURIA**

El exceso de glucosa que no se absorbe en los túbulos renales requiere de una gran cantidad de agua para eliminarse, lo que da lugar a micciones abundantes. Lo que se denomina como poliuria que en una persona con diabetes indica gran pérdida de glucosa por la orina que se elimina con gran cantidad de agua y otras sustancias. La poliuria se puede manifestar como nicturia (levantarse en la noche a orinar), o por enuresis (orinar dormido).

La abundante pérdida de agua por la glucosuria se acompaña además de la pérdida de otras sustancias importantes como son el sodio y el potasio. Estos minerales presentes en la sangre son necesarios para diferentes funciones celulares.

### **LA POLIURIA Y LA POLIDIPSIA**

La pérdida de gran cantidad de agua por la orina da lugar a deshidratación, que desencadena el reflejo de la sed con el fin de reponer las pérdidas de agua. La sed intensa recibe el nombre de polidipsia. La polidipsia se puede manifestar por boca seca, e indica que el cuerpo ha perdido gran cantidad de agua (deshidratación).

### **LA POLIFAGIA**

La falta de energía (glucosa) en las células del cuerpo, como las musculares da lugar al estímulo del apetito, que se manifiesta por mucha hambre – polifagia. La polifagia indica que las células no reciben suficiente energía.

### **PÉRDIDA DE PESO**

La degradación de las proteínas musculares, así como la degradación de las grasas y la pérdida de agua, en consecuencia de las deficiencias de insulina, dan lugar a pérdida rápida del peso corporal. La pérdida de peso obedece a la pérdida exagerada de proteínas musculares, tejido graso y agua, así como a la nula formación de proteínas y grasa. Todo en consecuencia de la falta de insulina.

**LA CETONURIA Y CETONEMIA.** La insulina permite que las grasas provenientes de la alimentación (triglicéridos) se almacenen en el tejido graso, y al mismo tiempo, favorece que parte de la glucosa se transforme en grasa neutra (triglicéridos). En condiciones normales los triglicéridos almacenados en las células del tejido graso se degradan en ácidos grasos para proporcionar energía durante los periodos de ayuno.

Cuando falta la insulina las grasas se degradan de manera exagerada produciendo gran cantidad de ácidos grasos, que no se pueden utilizar totalmente por los músculos. Los ácidos grasos sobrantes pasan al hígado en donde se convierten, por la falta de insulina en cuerpos cetónicos, los cuales son el ácido beta hidrobútrico, el ácido acetoacético y la acetona. Estos compuestos ácidos confieren un estado ácido en la sangre.

Los cuerpos cetónicos, al igual que la glucosa, se filtra por el riñón, pero no se reabsorben, y pasan directamente a la orina. La presencia de cuerpos

cetónicos en la orina se denomina Cetonuria y su presencia en la sangre cetonemia. El ácido acetoacético y el beta hidroxibutírico se eliminan por la orina, mientras que la acetona se elimina en su mayor parte por la respiración, lo que da lugar al aliento cetónico. Las pastillas y tiras reactivas para la medición de cuerpos cetónicos sólo miden el ácido acetoacético, pero no la acetona ni el ácido beta hidroxibutírico, que es el más abundante durante descompensación de la diabetes.

La presencia de cuerpos cetónicos en orina indica que las grasas se están degradando y cuando se acompañan de glucosuria e hiperglucemia indican que existe una importante deficiencia de insulina (Pérez, 2003, pág. 5-14).

## **CLASIFICACIÓN DE LA DM Y DE OTRAS CATEGORÍAS DE LA REGULACIÓN DE LA GLUCOSA**

En el mes de julio de 1997 se publicaron las nuevas recomendaciones para el diagnóstico y clasificación de la diabetes Mellitus. Estas recomendaciones fueron elaboradas por un Comité de expertos, apoyados por la Asociación Americana de la Diabetes (ADA) y otras asociaciones médicas.

### **DEFINICIÓN DE LA DIABETES MELLITUS**

La Diabetes Mellitus es un síndrome (conjunto de padecimientos), que se caracteriza por hiperglucemia que resulta de defectos en la secreción y/o acción de la insulina (Pérez, 2003, Pág. 15). Es la denominación que se da a un grupo de enfermedades que tienen en común la hiperglucemia, como resultado de defectos en la secreción y/o acción de la insulina (Pérez, 2004).

Uno de los requisitos más importantes para la investigación clínica y epidemiológica, así como para el tratamiento clínico de la diabetes es un adecuado sistema de clasificación que proporcione un marco para identificar y diferenciar sus diferentes tipos y estadios. Se han propuesto diferentes criterios para la nomenclatura y el diagnóstico, pero hasta 1979 no hubo una clasificación sistemática aceptada por la generalidad de los especialistas. En esta fecha se publicó la clasificación propuesta por el NDDG. En 1980 del Comité de Expertos en Diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y posteriormente el Grupo de Estudio sobre Diabetes Mellitus de la OMS suscribieron las recomendaciones relevantes del NDDG. Estos grupos reconocieron las dos formas más importantes de diabetes que llamaron diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID) y diabetes Mellitus no insulino dependiente, pero el sistema de clasificación llegó a incluir datos que indicaban que la diabetes Mellitus es un grupo clínico y etiológicamente heterogéneo de trastornos que tienen en común la hiperglucemia. La evidencia que sustenta esta heterogeneidad es abrumadora, e incluye lo siguiente:

1. Hay varios trastornos distinguibles, algunos de ellos raros en que la intolerancia a la glucosa es la característica común.
2. En todo el mundo la prevalencia de las formas más comunes de diabetes es significativamente diferente en distintos grupos raciales o étnicos.
3. Los pacientes con intolerancia a la glucosa se presentan con gran diversidad fenotípica.

4. Datos provenientes de estudios genéticos inmunológicos y clínicos muestran que en los países occidentales las formas de diabetes que se inician principalmente en la juventud son diferentes a las que se inician en la adultez.
5. En los jóvenes un tipo de diabetes que no requiere insulina y con patrón hereditario autosómico dominante es claramente distinto de la clásica diabetes juvenil de los niños y adolescentes.
6. En los países tropicales, las presentaciones clínicas son variables e incluyen la diabetes asociada a la pancreatitis fibrocálcica.

Sobre la base de éstos y otros datos se dividió a la diabetes Mellitus en cinco tipos distintos (DMID, DMNID, DMG, D relacionada con la desnutrición y otros tipos).

- I. Diabetes de tipo uno (destrucción de las células Beta, que normalmente ocasiona una deficiencia absoluta de insulina)
  - A. De tipo inmunitario
  - B. Idiopática
- II. Diabetes tipo dos. (Puede variar desde resistencia a la insulina predominante con deficiencia relativa de insulina, hasta deficiencia en la secreción de insulina predominante con resistencia a la insulina).
- III. Otros tipos específicos
  - A. Defectos genéticos de la función de las células  $\beta$ 
    1. Cromosomas 12, HNF – 1 $\alpha$  (DJAM3)

2. Cromosoma 7, glucocinasa (DJAM 2)
  3. Cromosoma 20, HNF- 4 $\alpha$  (DJAM1)
  4. ADN Mitocondrial
  5. Otros
- B. Defectos genéticos de la acción de la insulina
1. Resistencia a la Insulina tipo A
  2. Leprechaunismo
  3. Síndrome de Rabson-Mendelhall
  4. Diabetes lipoatrófica
  5. Otros
- C. Enfermedad del páncreas exógeno
1. Pancreatitis
  2. Traumatismo/pancreatectomía
  3. Neoplasia
  4. Fibrosis Quística
  5. Hemacromatosis
  6. Pancreatopatía fibrolitiásica
- D. Endocrinopatías
1. Acromegalia

2. Síndrome de Cushing
  3. Glucagonoma
  4. Feocromocitoma
  5. Hipertiroidismo
  6. Somatostatinoma
  7. Aldosteronoma
  8. Otros
- E. Inducida por fármacos o sustancias químicas
1. Vacor
  2. Pentamidina
  3. Ácido nicotínico
  4. Glucocorticoides
  5. Hormonas tiroideas
  6. Diazóxido
  7. Agonistas  $\beta$ -adrenérgicos
  8. Tiazidas
  9. Dilantín
  10. Interferón  $\alpha$
  11. Otros

F. Infecciones

1. Rubeola congénita
2. Citomegalovirus
3. Otras

G. Otras formas poco corrientes de diabetes de tipo inmunológico

1. Síndrome de rigidez (Stiff-man)
2. Anticuerpos antirreceptor insulínico
3. Otros

H. Otros síndromes genéticos que a veces se asocian con diabetes

1. Síndrome de Down
2. Síndrome de Klinefelter
3. Síndrome de Turner
4. Síndrome de Wolfram
5. Ataxia de Friedreich
6. Corea de Huntington
7. Síndrome de Laurence-Moon-Biedl
8. Distrofia miotónica



9. Porfiria
10. Síndrome de Prader-Willi
11. Otros

#### IV. Diabetes Mellitus gestacional (DMG)

\*Los pacientes con cualquier tipo de diabetes pueden requerir insulina en alguna parte de su enfermedad. El uso de insulina, por si mismo, no determina la clasificación del paciente.

### **TIPOS DE DIABETES MELLITUS**

#### **1. DIABETES MELLITUS TIPO I (DM I)**

Con excepción de estudios de investigación no se recomienda efectuar de manera rutinaria pruebas para identificar a personas susceptibles (marcadores genéticos o inmunológicos), ya que no existe consenso acerca de las acciones que se deben tomar cuando las pruebas son positivas. Hasta el momento no hay alguna medida o intervención terapéutica para prevenir o retrasar el inicio clínico de la enfermedad.

Por otra parte, la baja incidencia de diabetes M I, no justifica realizar rutinariamente pruebas, que sólo permiten identificar a un número pequeño de casos que pudieran estar en el periodo prediabético (0.5 %) (Pérez, 2003)

La DM I usualmente es una enfermedad autoinmunitaria, caracterizada por la presencia de distintos anticuerpos a epítopes proteicos en la superficie o en el

interior de las células beta del páncreas. La presencia de estos marcadores antes del desarrollo de la enfermedad manifiesta puede permitir la identificación de pacientes con riesgo. Por ejemplo, aquellos que poseen más de un anticuerpo (i. e. ICA, IAA, GAD, IA-2) tienen alto riesgo. Ahora bien, existen muchas razones para excluir la recomendación de examinar rutinariamente a las personas en búsqueda de alguno de estos marcadores, fuera del contexto de los ensayos clínicos. En primer lugar, no se han establecido definitivamente valores límite para algunos de estos marcadores inmunológicos en un contexto clínico. En segundo lugar, no hay consenso en cuanto a qué medidas se deben tomar cuando se obtiene un resultado positivo en alguna de las pruebas de anticuerpos. De esta manera, la determinación de anticuerpos puede identificar personas con riesgo de desarrollar DM I, pero no ofrece medidas que puedan prevenir o rechazar su aparición. Hay que destacar, no obstante, que existe un gran número de estudios clínicos en cursos muy bien controlados que están intentando determinar métodos para prevenir DM I. Estos estudios, que se están realizando en sujetos de alto riesgo, algún día podrán ofrecer medios efectivos para prevenir la DM I, en cuyo caso podría ser adecuado realizar pruebas de detección. Por último, como la incidencia de DM I es baja, las pruebas de rutina en niños sanos sólo permitirían identificar al pequeño grupo (<0.5%) que en ese momento podría ser prediabético. Por lo tanto, la coste-eficiencia de estas pruebas es cuestionable, al menos, hasta que exista un tratamiento eficaz (Comité, 2003 Diabetes Care vol. 4 No 6).

Por las razones mencionadas las pruebas clínicas de anticuerpos relacionadas con la >DM I no se pueden recomendar en la actualidad, excepto cuando se trate de estudios clínicos de investigación. Así mismo, la determinación de

anticuerpos en individuos con alto riesgo (por ejemplo familiares de pacientes con DM I) tampoco se recomienda hasta que se encuentren formas eficaces y seguras de prevenir o retrasar este tipo de DM. En cambio, las pruebas de anticuerpos pueden ser valiosas para identificar qué pacientes de Dx. reciente tienen DM I por causas inmunológicas, en circunstancias en las que éstos no sea evidente, en particular cuando se disponga de tratamientos capaces de preservar las células beta. (Diabetes care, 2003. pág. 257-258)

## **2. DIABETES MELLITUS TIPO DOS (DM II)**

La DM II sin diagnosticar es muy frecuente en los EU. Hasta un 50 % de las personas con esta enfermedad, es decir, unos millones de personas, no tienen diagnóstico. Es preocupante que haya datos epidemiológicos que indican que la retinopatía comienza a desarrollarse, al menos, siete años antes del diagnóstico clínico de la DM II. Con este tipo de diabetes, la hiperglucemia causa enfermedad microvascular, y puede causar daños macrovasculares o contribuir a ellos, la DM II sin diagnóstico es una entidad grave. En estos pacientes aumenta significativamente el riesgo de enfermedad coronaria, ataque cerebrovascular y enfermedades vasculares periféricas. Además, en estos pacientes es mayor la probabilidad de dislipidemia, hipertensión y obesidad (Comité, 2003).

Por estos motivos, la detección precoz y el tratamiento temprano de la DM II pueden reducir la morbilidad en esta enfermedad y sus complicaciones. Sin embargo, para aumentarla coste-eficacia de someter a pruebas a individuos sin diagnóstico, pero por lo demás sanos, sólo se deben considerar las

pruebas de detección en poblaciones con alto riesgo. Los factores que han llevado a estas recomendaciones son:

- 1) El importante aumento de la incidencia de la enfermedad después de los 45 años
- 2) La probabilidad, prácticamente nula de que aparezca una complicación de la DM en un periodo de tres años, después de una prueba de detección negativa
- 3) El conocimiento bien documentado de los factores de riesgo de la enfermedad. La prueba de GA es más rápida y sencilla, causa menos molestias a los pacientes y tiene más aceptación entre ellos, es más fácil de reproducir y menos costosa (Comité, 2003).

Las personas con DM II tienen alto riesgo para desarrollar enfermedad coronaria (infarto, angina), accidente vascular cerebral, enfermedad vascular periférica, así como propensión a desarrollar dislipidemia, hipertensión arterial y obesidad. En razón de que una detección y manejo temprano de la DM puede reducir las aparición, progresión y costo de las complicaciones, es que se recomienda realizar pruebas para identificar DM en personas con alto riesgo (Pérez, 2003), como el caso de:

- ✓ Individuos mayores de 45 años de edad. En el caso de que las pruebas sean normales, se recomienda repetir las cada tres años, ya que durante este lapso son muy pocas las probabilidades de desarrollar alguna complicación de la DM.

✓ La realización de pruebas se debe considerar a edades más tempranas, o de manera más frecuente en personas que tengan alguna, o algunas de las siguientes condiciones:

- Obesidad, con un peso corporal igual ó mayor al 120 %, o con un índice de masa corporal igual ó > a 27/m<sup>2</sup>.
- Tener familiares de primer grado con diabetes.
- Ser miembro de una población étnica con alto riesgo para desarrollar diabetes (africano-americanos, hispanos, nativos americanos).
- Tener concentraciones séricas de HDL-colesterol iguales ó menores a 35 mg/dl.
- Tener concentraciones plasmáticas de triglicéridos iguales ó mayores a 250 mg/dl.
- Mujeres con hijos, que al nacimiento tuvieran un peso corporal mayor a 4.5 Kg.
- Mujer en quién previamente se ha hecho el diagnóstico de DM G
- Tener una prueba previa compatible con el diagnóstico de intolerancia a la glucosa en ayuno o post carga de glucosa.

En el contexto de la población mexicana que tiene una alta predisposición para desarrollar DM, así como los cambios desfavorables que se han tenido en el estilo de vida, la elevada prevalencia de intolerancia a la glucosa y de DG, que

exige un escrutinio más riguroso para la identificación de DM. Destacados profesionales de la diabetología mexicana señalan como candidatos para un escrutinio sistemático a las personas que poseen los siguientes factores de riesgo:

- ❖ Embarazo
- ❖ Historia familiar de DM
- ❖ Edad avanzada
- ❖ Etnicidad indígena parcial o total
- ❖ Aumento brusco de peso
- ❖ Obesidad de distribución central (tronco, abdomen)
- ❖ Hiperinsulinismo clínico (acantosis nígricans, síndrome de ovarios poliquísticos)
- ❖ Hiperinsulinismo identificado con pruebas
- ❖ Hipertensión arterial (HTA)
- ❖ Hiperiricemia
- ❖ Dislipidemias
- ❖ Hepatitis grasa no alcohólica
- ❖ Glucosa plasmática casual entre 100-199 mg/dl

Al mismo tiempo, se hace la recomendación de no utilizar solamente la medición de glucosa sanguínea en ayuno, sino también la prueba de tolerancia

oral a la glucosa, cuando la glucosa en ayuno es normal. Lo cual permite una mayor identificación de personas con DM no diagnosticada (Pérez, 2003, Pág. 19).

(Diabetes care, 2003, pág. 258) La DM II sin diagnosticar es muy frecuente en los EEUU. Hasta un 50 % de las personas con esta enfermedad, es decir, unos 8 millones de individuos no tiene Dx Es preocupante que haya datos epidemiológicos que indican que la retinopatía comienza a desarrollarse al menos a 7 años antes del Dx. clínico de la DM II.

## **ESTÁNDARES DE ATENCIÓN MÉDICA PARA PACIENTES CON DIABETES MELLITUS**

La diabetes es una enfermedad crónica que requiere cuidados médicos continuos y una educación de los pacientes para prevenir las complicaciones agudas y reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. El cuidado de la Dm es complejo y requiere la consideración de muchos factores que van más allá del mero control glucémico. Existen muchas evidencias que justifican una gama de intervenciones para mejorar la evolución de la diabetes.

Estos estándares tienen por objeto proporcionar a los médicos, pacientes, investigadores, aseguradoras y otras personas interesadas en el tema, los componentes del cuidado de la diabetes, las metas del tratamiento y las herramientas para evaluar la calidad de la atención. Si bien las preferencias particulares, la comorbilidad, y otros factores del paciente pueden requerir la modificación de metas, los objetivos planeados son deseables para la mayoría de los pacientes diabéticos. Estos estándares no están diseñados para excluir

una evaluación y un tratamiento más exhaustivos si el paciente requiere el apoyo de otros especialistas (ADA, 2003).

## **COMPONENTES DE LA CONSULTA INICIAL**

### **ANTECEDENTES MÉDICOS:**

- ✚ Síntomas, resultados de pruebas de laboratorio y de exámenes especiales relacionados con el diagnóstico de la diabetes
- ✚ Valores anteriores de HbA<sub>1c</sub>
- ✚ Características de la dieta, estado nutricional, evolución del peso; en niños y adolescentes características del crecimiento y desarrollo
- ✚ Detalles de programas de tratamiento previos, incluyendo dieta y educación para el autocontrol de la diabetes, actitudes y creencias relacionadas con la salud.
- ✚ Tratamiento actual de la diabetes, incluyendo medicamentos, dieta, resultados de laboratorios.
- ✚ Historia de ejercicio
- ✚ Frecuencia, gravedad y causa de complicaciones agudas
- ✚ Infecciones presentes o pasadas, en particular de la piel, pies, dentales o genitourinarias
- ✚ Síntomas y tratamiento de complicaciones crónicas en los ojos, riñones, nervios, sistema genitourinario (incluyendo problemas de tipo



sexual), vejiga urinaria y función gastrointestinal; corazón, pies y cerebros vasculares, relacionadas con la DM

- ✚ Otras medicaciones que alteren el control glicémico
- ✚ Factores de riesgo aterosclerótico: tabaco, HAT, obesidad, dislipidemia y antecedentes familiares
- ✚ Historia y tratamiento de otras condiciones incluyendo desórdenes endócrinos y alimentarios.
- ✚ Antecedentes familiares de DM y otros trastornos endócrinos
- ✚ Hábitos de vida, factores culturales, sicosociales, educacionales y económicos que puedan influir sobre el tratamiento de la DM
- ✚ Tabaco, alcohol y uso y abuso de sustancias
- ✚ Historia contraceptiva, reproductiva y sexual.



## **EXAMEN FÍSICO**

- ✚ Peso y talla
- ✚ Maduración sexual (pubertad)
- ✚ Presión arterial (con medidas ortostáticas)
- ✚ Examen de fondo de ojo
- ✚ Examen oral
- ✚ Palpación de glándulas tiroideas

- ✚ Examen cardiaco
- ✚ Palpación abdominal (por ejemplo, para determinar presencia de hepatomegalia)
- ✚ Evaluación de pulsos
- ✚ Examen de manos y dedos
- ✚ Examen de pies
- ✚ Examen de la piel (para acantosis nígricans, incluyendo áreas donde el paciente se inyecta insulina)
- ✚ Examen neurológico
- ✚ Presencia designios de enfermedades que pueden causar diabetes secundaria (e.g. hemocromatosis, enfermedades pancreáticas)








## **EVALUACIÓN DE LABORATORIO**

- ✚ HBA1c
- ✚ Perfil de lípidos en ayunas: colesterol total C-HDL, Triglicéridos y C-LDL
- ✚ Pruebas de microalbuminuria
- ✚ Creatinina sérica en adultos (en niños ante la presencias de proteinuria)
- ✚ Determinación de la hormona tirotrópica en todos los pacientes con DM I

-  ECG en adultos
-  Análisis de orina: cetonas, proteínas, sedimentos

### **INTERCONSULTAS:**

Algunas personas con DM y los profesionales sanitarios que las asisten no alcanzan los objetivos deseados del tratamiento por diversas razones. Ante tales casos, entre las acciones adicionales recomendadas se encuentran la mejoría de la educación para el autocontrol de la DM, el cotratamiento con un equipo en diabetes, la modificación del tratamiento farmacológico, el inicio o amento del autocontrol de la glicemia (ACG), el control más frecuente con el paciente y la interconsulta con el endocrinólogo.

-  Examen ocular, si está indicado
-  Planificación familiar, para mujeres en edad fértil
-  TMN si está indicado
-  Educador en diabetes
-  Especialista de conducta si está indicado
-  Podólogo si está indicado
-  Otros especialistas y servicios según convenga

✚ Así mismo, en cuanto a las enfermedades intercurrentes, tenemos que el estrés de la propia enfermedad, por lo general, agrava el control de la glucosa y requiere un mayor control

## **LA IMPORTANCIA DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO**

La diabetes Mellitus es el prototipo o modelo de atención que requiere la participación de diversos profesionales de la salud para su manejo y control integral, es decir, que requiere de un equipo multidisciplinario con actividades específicas para cada uno de sus miembros, pero con una filosofía común.

La naturaleza multidisciplinaria del tratamiento exige también de un equipo multidisciplinario para la educación y cuidado de la diabetes. Es particularmente apropiado que los pacientes adquieran conocimientos, habilidades y actitudes en diversas disciplinas. Los beneficios adicionales de un equipo interdisciplinario incluyen una mejor coordinación de las acciones clínicas y educativas, reforzamiento múltiple de los objetivos educativos y una mayor constancia en el enfoque terapéutico.

El equipo interdisciplinario debe incluir, en lo posible, a un nutriólogo, una enfermera y al médico como figuras centrales. De acuerdo a la disponibilidad y necesidades se incluyen al psicólogo, al trabajador social, al podiatra y al fisiólogo del ejercicio por mencionar a los más solicitados.

Los beneficios de un equipo interdisciplinario son múltiples, ya que permite compartir la información recibida de los pacientes, identificar desde diferentes

puntos de vista las prioridades del manejo y la educación, desarrollar un plan integrado de educación y automanejo, y facilita la planeación e implementación, además de la evaluación del programa educativo. (Pérez PASTÉN, 2004)

## **ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES**

### **EDUCACIÓN, ASPECTOS PSICOSOCIALES**

La atención médica se fundamenta en un diagnóstico correcto y en la selección de una terapéutica adecuada. Ésto puede ser suficiente ante una enfermedad aguda, sin embargo, ésto no sucede ante una enfermedad que se instala para toda la vida, que implica numerosas exigencias terapéuticas que el paciente, y no el médico, deben cumplir.

Para que el paciente pueda cumplir con estas exigencias requiere estar capacitado para tomar decisiones informadas y asumir la responsabilidad de su cuidado diario. De hecho, la diabetes es una enfermedad de autocuidado, el paciente debe aprender a hacer ajustes ante las diversas contingencias de la vida diaria, saber identificar las manifestaciones de alarma que le anuncien la posible aparición de alguna complicación aguda.









En esta situación el profesional trasciende más allá de los conocimientos etiopatogénicos y terapéuticos, requiriendo el desarrollo de habilidades de comunicación y de educación. Para tener la capacidad de ayudar al paciente a identificar y jerarquizar sus necesidades, e identificar los factores psicológicos y sociales, potencialmente limitantes de la educación en el autocuidado.

El papel del profesional se amplía en una serie de acciones que tienen como palabra clave AYUDA.

El profesional no va a resolver los problemas del paciente, va a ayudar a que él los resuelva. El profesional no va a tomar la responsabilidad de su cuidado. No va a decidir cuáles son los problemas del paciente. Va a ayudar a que éste los identifique. No va a establecer las metas de manejo, va a ayudar a que el paciente las establezca.

Las percepciones a su vez están influenciadas por diversos factores psicosociales, que no pocas veces constituyen verdaderas barreras que vulneran el proceso educativo y los cambios en el comportamiento requeridos para el automanejo de la diabetes. Los determinantes del comportamiento relacionado con la diabetes, incluyen:

#### Creencias de la salud

-  Locus de control
-  Autoeficacia
-  Intenciones y habilidades en el autocuidado
-  Habilidad para enfrentar la enfermedad
-  El bienestar emocional
-  El estado de salud
-  La madurez cognitiva
-  La complejidad del régimen terapéutico

- ✚ La disposición al cambio
- ✚ La provisión de cuidados para la salud

## **AJUSTE PSICOSOCIAL: CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR EMOCIONAL**

La calidad de vida relacionada con la salud, comprende un concepto de funcionalidad: física, intelectual, sexual, laboral, emocional, etc.

La calidad de vida relacionada con la diabetes se refiere a la percepción subjetiva que tiene una persona acerca de su bienestar y estado de salud, dado por la satisfacción con el tratamiento (inyecciones, monitoreo, restricciones en la dieta, etc.) y el impacto de las experiencias con las complicaciones agudas y crónicas (hipoglucemia, retinopatía, por ejemplo). El estado emocional guarda relación recíproca con el autocuidado, de tal manera que un buen estado emocional facilita el autocuidado, y viceversa, un inadecuado autocuidado afecta negativamente el estado emocional, creando un círculo vicioso (Pérez, 2004, pág.. 39).

La depresión afecta todos los aspectos de funcionalidad que integran una buena calidad de vida, el educador debe investigar este trastorno emocional, a través de la identificación de los síntomas:

- Sentimientos de tristeza y vacío la mayor parte del tiempo, o todo el tiempo.

- Pérdida de peso sin dieta, o por lo contrario, aumento de peso en el último mes.
- Aumento o pérdida de apetito
- Dificultad para conciliar el sueño nocturno, o tener mucho sueño durante el día.
- Sentirse muy inquieto, o por lo contrario, con mucha pereza física durante casi todo el día.
- Marcado desinterés o gusto por las actividades habituales.
- Sensación durante la mayor parte del día de inutilidad y culpabilidad.
- Reducción en la habilidad para pensar, concentrarse y tomar decisiones durante casi todo el día.
- Pensamientos recurrentes de muerte (sin miedo a morir), pensamientos recurrentes de suicidio, o intentos suicidas o con planes específicos para cometer suicidio.

A menos que el educador sea un profesional de la salud mental, las personas con depresión severa deben referirse a tales profesionales. La ansiedad es otro trastorno emocional común en las personas con diabetes, que al igual que la depresión, afecta la práctica correcta del automanejo (Pérez, 2004, pág. 40).



## CAPÍTULO NUEVE: CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE LA CAPACITACIÓN

### ADiestRAMIENTO

Desarrollar una destreza o una habilidad **física** a un colaborador a través de un **proceso** psicomotriz para que logre la adecuación a otro puesto (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

### DESARROLLO

El Desarrollo por otro lado, se refiere a la educación que recibe una persona para el crecimiento profesional a fin de estimular la efectividad en el cargo. Tiene objetivos a largo plazo y generalmente busca desarrollar actitudes relacionadas con una determinada filosofía que la Organización quiere desarrollar. Está orientado fundamentalmente a niveles ejecutivos (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

#### Diferencias Entre Capacitación Y Desarrollo.

Aspectos	Desarrollo	Capacitación
Qué transmite	Transformación, visión	Conocimiento
Carácter	Intelectual	Mental
Dónde se da?	Empresa	Centros de trabajo
Con qué se	Saber (qué hacer,	Saber (cómo

identifica	qué dirigir)	hacer)
Áreas de aprendizaje		Cognitiva

## CAPACITACIÓN

La capacitación es una actividad sistemática, planificada y permanente cuyo propósito general es preparar, desarrollar e integrar a los recursos humanos al proceso productivo, mediante la entrega de conocimientos, **desarrollo** de habilidades y **actitudes** necesarias para el mejor desempeño de todos los trabajadores en sus actuales y futuros cargos y adaptarlos a las exigencias cambiantes del entorno (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

La capacitación va dirigida al perfeccionamiento técnico del trabajador para que éste se desempeñe eficientemente en las **funciones** a él asignadas, producir resultados de calidad, dar excelentes **servicios** a sus clientes, prevenir y solucionar anticipadamente **problemas** potenciales dentro de **la organización**. A través de la capacitación hacemos que el perfil del trabajador se adecue al perfil de conocimientos, habilidades y actitudes requerido en un puesto de trabajo.

La capacitación no debe confundirse con el adiestramiento, este último que implica una transmisión de conocimientos que hacen apto al **individuo** ya sea para un equipo o maquinaria (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

El adiestramiento se torna esencial cuando el trabajador ha tenido poca experiencia o se le contrata para ejecutar un trabajo que le es totalmente nuevo. Sin embargo una vez incorporados los trabajadores a la empresa, ésta tiene la obligación de desarrollar en ellos actitudes y conocimientos indispensables para que cumplan bien su cometido (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

La capacitación es para los puestos actuales y la formación o desarrollo es para los puestos futuros. La capacitación y el desarrollo con frecuencia se confunden, puesto que la diferencia está más en **función** de los niveles a alcanzar y de la intensidad de los **procesos**. Ambas son actividades educativas (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

### **Fases de la Capacitación**

Por su parte las fases de la capacitación son las siguientes:

📌 Está, primeramente, la de diagnóstico en dónde se estudia si los objetivos de la Organización fueron cumplidos a cabalidad o no, y si se puede o es necesario implantar un sistema de entrenamiento.

📌 Posteriormente está la etapa de programación, donde se establece qué, quién, cuándo, dónde y cómo se enseñará todo lo pertinente para satisfacer las necesidades percibidas dentro del diagnóstico.

📌 Como tercer paso está la ejecución como tal del entrenamiento en donde el instructor transmitirá sus conocimientos de manera organizada a los aprendices.

Finalmente está la evaluación de resultados, donde se determinará la eficiencia del entrenamiento, basada en estudiar si éste produjo las modificaciones deseadas en el comportamiento de los empleados y en demostrar si los resultados presentan relación con la consecución de las metas de la empresa.

Es muy importante por lo tanto concluir qué tanto sirvió el entrenamiento en la empresa, en los trabajadores y en las tareas u operaciones, para definir el rumbo hacia el cual debe esforzarse en ir la organización (Salinas. Extraído de: <http://www.gestiopolis.com/canales/derrhh/articulos/no1/entrenamiento.htm> el 25 de Julio de 2006)

## **DETECCIÓN DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN O DIAGNÓSTICO (DNC)**

Una de las preguntas que aparecen de manera constante por parte de los empleadores que tienen la preocupación de hacer más productivo el trabajo de su **organización** es: ¿En qué debo capacitar a mis empleados o colaboradores? En algunos casos, no se cuenta con un **plan** claro que responda a las necesidades de la empresa o institución. En otros, dicho plan parte justamente de una identificación de necesidades, o de diagnóstico, lo que le proporcionará un **valor** agregado al plan de capacitación (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

En el mejor de los casos, suele suceder, que los interesados preguntan directamente a sus colaboradores para tratar de identificar las necesidades de capacitación. Desgraciadamente, una de las prácticas más frecuentes para el caso es creer exclusivamente en "la intuición" y se solicita o contrata el servicio

de capacitación de lo que parecería ser útil para los propósitos de la organización. Otras ocasiones, se practica el **modelo** de "oferta de capacitación", es decir, el responsable de recursos humanos selecciona los cursos o talleres más económicos o inmediatos que se difunden en diversos **medios de comunicación** (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

Por otro lado, cuando se realiza un estudio de Detección de Necesidades de Capacitación (DNC), en muchas de las ocasiones los resultados de estos estudios quedan en apuntes o notas que jamás se registran en los **archivos** correspondientes. Resultado, cuando un nuevo directivo solicita información al respecto, no hay información que pueda orientar nuevas **estrategias** que deriven en la **productividad** como consecuencia de la capacitación (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

La DNC es un excelente apoyo para estructurar planes de trabajo para el fortalecimiento de conocimientos, habilidades o actitudes en los participantes de una organización. Es el proceso que orienta la estructuración y desarrollo de planes y **programas** para el establecimiento y fortalecimientos de conocimientos, habilidades o actitudes en los participantes de una organización, a fin de contribuir en el logro de los objetivos de la misma (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

Un reporte de DNC debe expresar en qué, a quién (es), cuánto y cuándo capacitar.

### **¿CUÁNDO HACER UN DIAGNÓSTICO?**

La **atención** hacia un DNC puede derivar de:

- ◆ Problemas en la Institución
- ◆ Desviaciones en la productividad
- ◆ Cambios culturales, en **Políticas, Métodos** o Técnicas
- ◆ Baja o Alta de personal
- ◆ Cambios de función o de puesto
- ◆ Solicitudes del personal
- ◆ A su vez, las circunstancias que imponen un DNC, pueden ser:
  - ◆ Pasadas. - Experiencias que han demostrado ser problemáticas y que hacen evidente el desarrollo del proceso de capacitación.
  - ◆ Presentes.- Las que se reflejan en el momento en que se efectúa el DNC.

Futuras.- Prevención que la organización identifica dentro de los procesos de transformación y que implica cambios a corto, mediano y largo plazo (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

### **FASES DE ACCIÓN QUE DERIVAN EN UN DNC**

Aunque existen diversos **procedimientos** para el desarrollo del proceso de Diagnóstico de Necesidades de Capacitación, entre las principales fases del proceso del DNC se pueden identificar (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

- Establecimiento de la Situación Ideal (SI) que, en términos de conocimientos, habilidades y actitudes, debería tener el personal, de acuerdo su función o al desempeño laboral. Para obtener información

que define la situación ideal, es recomendable la revisión de la **documentación** administrativa, con relación a:

- Descripción de puestos
  - Manuales de procedimientos y de organización
  - Planes de expansión de la empresa
- Nuevas o futuras necesidades de desempeño (cuando hay planes de **cambio**).
  - Descripción de la situación real (SR). Conocimientos, habilidades y actitudes con los que cuenta el personal, de acuerdo con su función o al desempeño laboral. Para obtener información que define la situación ideal, es recomendable obtener información sobre el desempeño del personal (para cada persona) por parte del jefe inmediato, los supervisores o el personal involucrado con el puesto. Estas personas deberán aportar **datos** precisos, verídicos y relevantes (en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes)
  - Registro de información. Es necesario contar con instrumentos (formatos) que registren la información para los fines correspondientes. A su vez, estos **registros** deberán permitir su clasificación y calificación futura. Se recomienda que los registros asienten información individual de las personas analizadas.

Los métodos y técnicas para obtener la información son diversos, entre ellas:

- Análisis de tareas por medio de lista de cotejo
- Análisis documental. Expedientes, **Manuales** de Puesto, función o procedimientos, o reportes.

- Análisis grupales
- Encuesta
- Escala estimativa de desempeño
- Grupos binarios
- Inventario de habilidades
- Lluvia de ideas
- Phillip's 66
- Registros observacionales directos
- Conferencia de Búsqueda
- TKJ (Planeación prospectiva)
- Cuestionario de **evaluación** de conocimientos
- Escala estimativas de actitudes
- Entrevista

A continuación se describen las últimas cinco estrategias, toda vez que son las más usuales dentro del contexto que nos ocupa:

### **Estrategias para el trabajo participativo**

#### ■ **Conferencia de búsqueda**

Objetivo.- Alcanzar una dimensión más concreta del problema o caso a analizar y generar opciones novedosas que permitan entablar relaciones más estrechas entre quienes, a causa de una aparente incompatibilidad o **conocimiento** parcial, no habían podido llegar a un acuerdo.

#### ■ **KJ o TKJ**



Objetivo.- Obtener una aproximación científica y sistemática de información que oriente la solución de problemas.

#### ■ **Cuestionario**

Objetivo.- Obtener información, en términos de opinión, sobre un asunto o tema determinado, con datos que permitan identificar las medidas de tendencia central: media (promedio), mediana y **moda** y la relación **matemática** de sus **variables**.

■ **Escala estimativa de actitudes** Objetivo.- Medir las actitudes de la **población** involucrada en la situación problema o caso y las tendencias de opinión que ésta tiene.

#### ■ **Entrevista**

Cuando hablamos de identificar necesidades para la capacitación y la Educación Continua, es indispensable **poder** contar con la mayor información posible que nos permita delimitar de una manera más congruente los cursos y programas a ofrecer. No olvidemos que en la medida en que tengamos más claridad de lo que necesitan nuestros clientes potenciales (Médicos), ya sea al interior de una organización, o en el caso de un Centro de Salud, los nichos de mercado identificados, nuestro **éxito** será mayor.

### **APLICACION DE LOS PROCEDIMIENTOS Y TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN QUE LLEVEN AL DNC**

La **selección** de los métodos o técnicas para la obtención de información se aplican considerando:

- Nivel ocupacional al que se va evaluar: Directivo, gerencial o mandos **medios**, administrativo, operativo.
- Número de personas
- Recursos humanos, temporales, materiales y financieros que se tienen para el estudio.

Requerimientos del personal, en términos de nivel del manejo de la información, donde el colaborador:

- Tiene conocimiento de la información
- Comprende la información
- Utiliza la información
- Es capaz de capacitar a otros sobre el tema que domina
- Contribuye a la ampliación de la información.

Con base en los objetivos planteados se podrá hacer la jerarquía de los **grupos** a atender y las prioridades

(<http://www.monografias.com/trabajos20/capacitacion/capacitacion.shtml>)

<http://pdf.rincondelvago.com/capacitacion.html>; Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

## MARCO LEGAL

- Constitución **política** de los **estados unidos** mexicanos

Artículo 123, fracción 23

- Ley federal del trabajo

Capítulo III, artículo 153 bis (capacitación y adiestramiento de los trabajadores).

#### Artículo 153-A

Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo, por el patrón y el **sindicato** o sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

#### Artículo 153-E

La capacitación o adiestramiento a que se refiere el artículo 153-A, deberá impartirse al trabajador durante las horas de su jornada de trabajo; salvo que, atendiendo a la **naturaleza** de los servicios, patrón y trabajador convengan que podrá impartirse de otra manera; así como en el caso en que el trabajador desee capacitarse en una actividad distinta a la de la ocupación que desempeña, en cuyo supuesto, la capacitación se realizará fuera de la jornada de trabajo.

#### Artículo 153-H

Los trabajadores a quienes se imparta capacitación o adiestramiento están obligados a:

- I. Asistir puntualmente a los cursos, sesiones de **grupo** y demás actividades que formen parte del proceso de capacitación o adiestramiento;
- II. Atender las indicaciones de las personas que impartan la capacitación o adiestramiento, y cumplir con los programas respectivos; y,

III. Presentar los exámenes de evaluación de conocimientos y de aptitud que sean requeridos.

#### Artículo 153-I

En cada empresa se constituirán Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento, integradas por igual número de representantes de los trabajadores y del patrón, las cuales vigilarán la **instrumentación** y operación del **sistema** y de los procedimientos que se implanten para mejorar la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores, y sugerirán las medidas tendientes a perfeccionarlos; todo esto conforme a las necesidades de los trabajadores y de las **empresas** (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

#### Artículo 153-J

Las autoridades laborales cuidarán que las Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento se integren y funcionen oportuna y normalmente, vigilando el cumplimiento de la obligación patronal de capacitar y adiestrar a los trabajadores (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

#### Artículo 153-T

Los trabajadores que hayan sido aprobados en los exámenes de capacitación y adiestramiento en los términos de este Capítulo, tendrán derecho a que la entidad instructora les expida las constancias respectivas, mismas que, autenticadas por la Comisión Mixta de Capacitación y Adiestramiento de la Empresa, se harán del conocimiento de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, por conducto del correspondiente Comité Nacional o, a falta de éste, a

través de las autoridades del trabajo a fin de que la propia Secretaría las registre y las tome en cuenta al formular el padrón de trabajadores capacitados que corresponda, en los términos de la fracción IV del artículo 539 (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

#### Artículo 153-U

Cuando implantado un programa de capacitación, un trabajador se niegue a recibir ésta, por considerar que tiene los conocimientos necesarios para el desempeño de su puesto y del inmediato superior, deberá acreditar documentalmente dicha capacidad o presentar y aprobar, ante la entidad instructora, el examen de suficiencia que señale la Secretaría del Trabajo y Previsión Social

<http://www.monografias.com/trabajos20/capacitacion/capacitacion.shtml>

<http://pdf.rincondelvago.com/capacitacion.html>)

La detección de necesidades de **capacitación** es muy importante en las organizaciones, en este caso en los Centros de salud de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, ya que pueda detectar aquellas áreas donde se necesite mejorar y es una forma de mantener motivados a los trabajadores ya que puede tenerlos actualizados en el **mercado** laboral (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

También es importante considerar que la capacitación se debe dar por lo menos una vez al año como lo menciona la **Ley** Federal de trabajo, ya que no llevarla a cabo puede repercutir en sanciones por parte de las autoridades (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999;

<http://www.monografias.com/trabajos20/capacitacion/capacitacion.shtml>

<http://pdf.rincondelvago.com/capacitacion.html>)

## **PROPUESTA:**

Primeramente dentro de la presente propuesta de capacitación, como se mencionó anteriormente, tiene el propósito de crear la propuesta de un curso , a médicos generales y familiares, quienes trabajen en Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, a fin de que adquieran los conocimientos y las habilidades para evaluar psicológicamente a los pacientes que tengan algún diagnóstico de Diabetes Mellitus y/o Hipertensión Arterial, adquiriendo los conocimientos necesarios para poder aplicar la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica (Ver Anexo UNO) en su versión Plus, para adultos (Sheehan, 2004).

Para poder derivar oportunamente, ya ésta abarca las principales patologías que se contemplan en el Eje I del DSM IV TR, además de que en múltiples estudios se recomienda su uso (APA, 2000; Berlanga, 2005; Zárate, 2005). Lo anterior, con la finalidad de mejorar la cantidad y la calidad de vida.

## **CONTENIDO**

La presente guía, en relación a la DNC, se encuentra dividida en los tres puntos siguientes:

1. ¿Qué es la Detección de Necesidades de Capacitación (DNC)?
2. ¿Por qué se debe hacer una DNC?
3. ¿Cómo se debe hacer la DNC?

1. **La DNC en los Centros de Salud del Edo de Querétaro:**

Es un proceso para conocer las carencias en cuanto a conocimientos, habilidades y actitudes que el personal médico, de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro, requiere cumplir para desempeñarse efectivamente en su puesto de trabajo y, sobre todo mejorar la calidad de vida de los pacientes con los diagnósticos de DM I y II e HTA.

## **2.- JUSTIFICACIÓN**

El papel del profesional que hace la Detección de Necesidades es muy parecido al papel de un Doctor, de él depende que la organización siga enferma o sana. Un buen médico no le recetaría a su paciente sin antes **investigar las causas** de su mal. De la misma manera el responsable de solicitar la capacitación debe investigar lo que sucede en el área donde trabaja para conocer y las Necesidades reales de capacitación. En este caso por las alarmantes estadísticas acerca de la falta de evaluaciones psicológicas en este tipo de pacientes y e los costos que esto representa (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

."Un mal Doctor puede enfermar más a su paciente, incluso puede matarlo"

## **3. PROCEDIMIENTO DE LA DNC**

El método que se recomienda utilizar para la DNC es el **MÉTODO COMPARATIVO**. El principal fundamento de este modelo radica en establecer las discrepancias que existen entre:



## I. *“Lo que debe hacerse y lo que realmente se hace”*

Compara una situación Ideal con la Real para definir las diferencias, que serán las necesidades a satisfacer.

Todo proceso, actividad, empresa, producto, tiene un estándar de calidad óptimo. Por lo tanto primero se debe definir ese nivel de calidad para poderlo comparar con lo real y determinar acciones que tengan que ver con capacitación.

El Método Comparativo consta de 4 etapas:

**1a. Etapa.** Determinación de la situación idónea.

**2a. Etapa.** Determinación de la situación real.

**3a. Etapa.** Comparación entre ambas situaciones.

**4a. Etapa.** Determinación de necesidades de capacitación y toma de decisiones.

### 1ª. ETAPA. DETERMINACIÓN DE LA SITUACIÓN IDÓNEA.

Los responsables de solicitar capacitación en los Centros de Salud deben determinar la situación ideal que debe prevalecer en sus áreas de trabajo. Para lo anterior se les propone lleven acabo las siguientes actividades:

1. Determinar quiénes son sus pacientes.
2. Determinar cuales son los requerimientos de sus pacientes

3. Definir que actividades debe llevar a cabo su personal para elaborar una evaluación que cumpla con los requisitos de los pacientes.
4. Identificar que conocimientos, habilidades y actitudes requiere su personal para realizar las actividades definidas en el punto 3. (Para esta actividad puede hacer uso del **Instrumento para la DNC MINI PLUS** (Sheehan, 2004)

## 2ª. ETAPA. DETERMINACIÓN DE LA SITUACIÓN REAL.

Para determinar la situación real que prevalece en su área de trabajo se propone:

1. Evaluar las competencias del personal a través de un cuestionario, Observaciones directas, revisión de expediente médicos, para verificar en qué momento, si lo hubo, se evaluó y canalizó oportunamente a algún paciente con diagnóstico de DM I y II e HTA a servicios de salud mental. A continuación se presentan las posibles preguntas que contendría el cuestionario antes citado.
2. Evaluar el desempeño del personal, de acuerdo a los indicadores de desempeño establecidos en el instrumento para la DNC y considerando que existen tres posibilidades por las cuales una persona no actúa conforme a lo esperado: 1) Porque **no puede**: El problema, entonces, radica en que los métodos, materiales y equipo no son los adecuados para realizar su trabajo. 2). **No sabe**: no tiene los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades de su puesto de trabajo. Aquí la solución puede ser la capacitación. 3). **No quiere**: La dificultad se localiza en el campo de la motivación, las

actitudes y los valores y también puede solucionarse a través de la capacitación.

En este caso, en la propuesta pretende incluir la aplicación de un cuestionario (ver anexo uno) para conocer los conocimientos y las actitudes de los médicos familiares en relación a la capacitación y a las evaluaciones psicológicas de sus pacientes.

3. Considerar los objetivos que no han sido alcanzados, los planes y proyectos a futuro, los resultados y observaciones de auditorias, problemas y conflictos en su área de trabajo, etc.

### 3ª. ETAPA. COMPARACIÓN ENTRE AMBAS SITUACIONES.

Una vez que se ha elaborado el perfil del puesto del médico familiar y se ha evaluado la competencia y desempeño del personal; es momento de comparar ambos formatos para identificar los conocimientos, habilidades y actitudes que el personal carece y debe tener para desempeñar de manera eficaz y eficiente su trabajo.

### 4ª. ETAPA. DETERMINACIÓN DE LAS NECESIDADES DE CAPACITACIÓN Y TOMA DE DECISIONES.

Por último, para determinar las NECESIDADES de capacitación y tomar decisiones sobre la manera en que habrán de ser satisfechas se propone lo siguiente:

1. Detectar por cada uno de los médicos familiares, cuáles son sus necesidades de capacitación de acuerdo a los resultados de la etapa anterior.
2. Ingresar, en caso de requerirlo, el Curso de Capacitación para la Evaluación Psicológica Temprana a los Pacientes con los diagnósticos de DM I y II e HTA, en el **catálogo de cursos** vigente del departamento de capacitación para identificar que cursos pueden ayudar al personal a cubrir sus necesidades detectadas.
3. Requisar los formatos acerca de los **“Requerimientos de Capacitación del Personal” de los Centros de Salud de la SESEQ del Estado de Qro.** y enviarlo al Departamento de Capacitación.

En suma, la Institución debe establecer las competencias requeridas para cada una de las actividades que desarrolla y que afectan la calidad de sus servicios; debe evaluar las competencias de sus médicos familiares quienes desempeñan tales actividades y desarrollar planes para eliminar las brechas existentes entre las competencias requeridas y las competencias existentes. La definición de necesidades debe incluir también el análisis de necesidades que pueden aparecer en el futuro.

<http://64.233.169.104/search?q=cache:smV53MTEkn4J:www.uv.mx/saf/Capacitaci%25F3n/Guias,%2520politic%2520y%2520formatos/GUIA%2520PORA%2520LA%2520DETECCI%25D3N%2520DE%2520NECESIDADES%2520DE%2520CAPACITACI%25D3N.doc+detecci%C3%B3n+necesidades&hl=es&ct=clnk&cd=3&gl=mx>

## PROGRAMACIÓN

En base a los cuestionarios aplicados, las observaciones directas y la revisión de Expedientes, los resultados esperados serán obtenidos detectarán la falta de algún curso de capacitación para desensibilizar e incrementar los conocimientos sobre los trastornos principales del Eje I, de acuerdo al DSM IV TR (APA, 2000) en médicos familiares quienes laboran en Centros de Salud de la SESEQ en el Estado de Qro; a fin de que puedan evaluar tempranamente a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I y II e HTA, quienes acuden a consulta, y de ser necesario, canalizar oportunamente a Servicios de Salud Mental.

## EJECUCIÓN

NOMBRE: "Cómo realizar una *Evaluación psicológica oportuna a pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial, a través de la aplicación del MINI PLUS*".

DURACION: 40 horas dividido en 08 días.

DIRIGIDO: Médicos familiares quienes laboran en Centros de Salud de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro

OBJETIVO: Que los participantes aprendan a evaluar, a los pacientes con diagnóstico de DM e HTA, por medio del MINI PLUS (Sheehan, 2004)

PERFIL SUGERIDO DEL INSTRUCTOR: que haya terminado la carrera en **Psicología** y además cuente con experiencia laboral dentro de una institución de Salud Mental además de contar con experiencia en la aplicación e

interpretación de instrumento citado anteriormente (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999).

## **EVALUACIÓN**

Con el siguiente trabajo se pretende que el médico familiar aprenda a evaluar a los pacientes con diagnósticos de DM e HTA, en relación a los principales trastornos mentales del Eje I de acuerdo al DSM IV TR (APA, 2004), para poder diagnosticar de manera temprana, canalizar de manera oportuna, y sobre todo, mejorar su calidad de vida a través de un diagnóstico interdisciplinario. Por ello, a través del juego de roles, se calificará la ejecución de los participantes, además de la aplicación de un cuestionario final a fin de evaluar su nivel de conocimientos y actitudes en relación al aspecto psicológico en el tratamiento a este tipo de pacientes. Por último se describe el instrumento que se propone en diversos estudios como el más adecuado para este tipo de evaluaciones la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica en su versión PLUS para adultos (MINI PLUS, por sus siglas en inglés) (Sheehan, 2004). (Reyes, 1979; Armstrong, 1993; Chiavenato, 1996; Robbins, 1999; <http://www.monografias.com/trabajos20/capacitacion/capacitacion.shtml>; <http://pdf.rincondelvago.com/capacitacion.html>)

### **Características de la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional**

**(MINI International Neuropsychiatric Interview, por sus siglas en inglés)  
en su versión PLUS para adultos.**

**Autores:** D. V. Sheehan, Y Lecubrier; K. Harnett- Sheehan, J. Janavs, E. Weiller; L. I. Bonora, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan, G. C. Dunbar

**Referencia:** Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. European Psychiatry 1997; 12: 232-241

**Evalúa:** Principales Trastornos Psiquiátricos del Eje I.

**Administración:** Heteroaplicada

**Descripción (Bobes, 2004):**

- ❖ La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve.
- ❖ Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM IV y la CIE-10.
- ❖ La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.
  - Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presenta en un recuadro gris, una ó varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno.
  - Al final de cada módulo, una ó varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.
- ❖ Versión en español de la MINI: Fernando, J. Bobes, J. Gilbert, M. Soto, O. Soto
- ❖ Existen varias versiones en español:

- La MINI
- La MINI Plus Para la Investigación
- La MINI Kid para niños y adolescentes

❖ Corrección e Interpretación: Al final de cada módulo, una ó varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen, o no, los criterios diagnósticos.



## CONCLUSIONES

La OMS, en su definición de salud, menciona tres esferas que se interrelacionan las cuales son: la biológica, la psicológica y la social. Sin embargo, como ya lo revisamos a lo largo del presente trabajo, cuando las personas son diagnosticadas con una enfermedad crónica, el tratamiento consiste básicamente en aspectos donde se abarca únicamente la primera de dichas esferas.

Las recomendaciones, de acuerdo a Consejos Internacionales, para su abordaje consisten únicamente en análisis de sangre, orina, de riñones, fondo de ojo, presión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, entre las más frecuentes. Sin embargo, los seres humanos somos más que un cuerpo, y para poder estar saludables, debemos ocuparnos también de aspectos de tipo emocional y psicológico.

El primer contacto con el paciente en los Centros de Salud, son los médicos familiares, quienes al estar capacitados para poder evaluar a estos pacientes e identificar cualquier trastorno mental y al canalizarlos para su abordaje psicológico y psiquiátrico, proporcionará al paciente la posibilidad de un tratamiento integral que incremente su calidad de vida.

Además de incidir enormemente, en la disminución de los costos institucionales y sociales que representa un abordaje incompleto como se ha venido realizando hasta ahora.

Sabemos que la jornada de trabajo del médico familiar es exhaustiva, pues tienen que revisar una gran cantidad de pacientes en tan sólo unas cuantas

horas, situación que se agrava cuando un compañero de trabajo no asiste teniendo que ver, a parte a los pacientes de aquél.

No obstante del instrumento recomendado se puede, para mayor comodidad aplicar solamente uno, o varios módulos, dependiendo del diagnóstico que se sospeche, economizando tiempo. Y brindando una atención integral a la persona, elevando la calidad y cantidad de vida de muchos pacientes.

Por lo anterior, y por la poca demanda de sus servicios, se recomienda, que exista laborando, al menos, algún psicólogo en este tipo de Instituciones, para que el trabajo que se haga con los pacientes realmente sea interdisciplinario.

Además que sean evaluados la mayoría de los pacientes, independientemente de su diagnóstico médico.

Por último, que no sólo se capacite a médicos familiares de los Centros de Salud de la SESEQ en Querétaro, si no que sea a nivel nacional. Además de abarcar otras instituciones de Seguridad Social, tanto pública como privada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✦ American Diabetes Association. Estándares de atención médica para pacientes con diabetes Mellitus. Diabetes Care 4: 275-292
- ✦ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. Texto Revisado. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- ✦ American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association; 1980.
- ✦ Anderson MJ, Fred land KE, Clouse RE, and Lust Man PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a Meta analysis. Diabetes Care, 2001; 24: 1069-1078)
- ✦ Berlanga C. El manejo de los trastornos de angustia por el Médico general. Pag263-269. Díaz Martínez (Comp.). Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. 2005.
- ✦ Bobes, J; G-Portilla; Bascarán F; Sáinz M; Bousoño G. Capítulo uno. Instrumentos de detección y orientación diagnóstica. Pág. 3. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Tercera edición. Ars Medica. España: 2004.
- ✦ Caballero, R. El Síndrome Metabólico. Capítulo Titulado: La Obesidad Un Problema Contemporáneo. Pp. 199-204. Díaz, M. (Comp.). Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. 2005.
- ✦ Caballero R; González M; Margáin E; Ocampo R. Los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Capítulo ocho. 187-226 pp. Manual de Trastornos Mentales. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Edición 2005
- ✦ Camarena RE. La angustia como fenómeno humano. 247-252 pp. La Angustia. Díaz Martínez (Comp.). Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. 2005.
- ✦ Chávez L. Psicoterapia en el manejo de la Angustia pp. 271-282. Díaz Martínez (Comp.). Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. 2005.

- ✦ Del Comité de expertos sobre diagnóstico y clasificación de la Diabetes Mellitus. Diabetes edición en español. Diabetes Care Volumen 4, Número 6, diciembre 2003 (pág. 247-262).
- ✦ Compilador Díaz, Martínez, A. Actualización de la Guía Práctica. "Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad, 2007, para médicos generales y médicos no especialistas en Psiquiatría. WYETH: UNAM 54 PP
- ✦ Giordani, B; Strassburger, S. Bulimia, o cómo dañar tu salud con un dedo. Diabetes Hoy. Edición especial de Nutrición, 2004. 14: 56-59.
- ✦ Giordani, B; Strassburger, S. Anorexia y diabetes. Diabetes Hoy. Edición especial de Nutrición, 2004. 13: 43-46
- ✦ Lega L, Caballo V, Ellis A. Teoría y práctica de la Terapia Racional Emotiva Conductual. 160 pp. Edit. Siglo XXI. México: 1997.
- ✦ Lust man PJ, Singh PK, Clouse RE. Recognizing and managing depression in patients with Diabetes. In. Anderson MJ, Rubin RR Practical Psychology for diabetes clinicians. 2da. Ed. American Diabetes Association, 2002, 229-238.
- ✦ Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, Villatoro J, Rojas E, Zambrano J, Casanova L, Aguilar Glaxiola S (2003): Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Salud Mental, 26 (4): 1-16.
- ✦ Medina-Mora, ME Borges G, Lara C, Benjet C. La Salud Mental en México y los retos para su atención. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. 13-24 Pp. Manual de Trastornos Mentales, Edición 2005. Asociación Psiquiátrica Mexicana.
- ✦ [Medlineplus.gov/spanish](http://medlineplus.gov/spanish), 12 de agosto de 2008-09-09
- ✦ Nielsen S, Emonrg C, Molbak AG. Mortality in concurrent type 1 diabetes and anorexia nervosa. Diabetes Care, 2002; 25: 309-321)
- ✦ Organización Mundial de la Salud (OMS). CIE 10. Décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria. Madrid: Meditor, 1996.
- ✦ Pérez, P; Pérez, P. Capítulo I. Diabetes y el educador en diabetes. Pág. 13-23. Educación en diabetes Manual de Apoyo. Primera edición, 2004, 229 pp.
- ✦ Pérez, P; Pérez, P. Capítulo VI. Educación en los aspectos psicológicos de la Diabetes. Pág. 68-73. Educación en diabetes Manual de Apoyo. Primera edición, 2004, 229 pp.
- ✦ Pérez PL. Capítulo uno. El páncreas y sus funciones, pág. 1-4. Diabetes Mellitus. Guía para el paciente y el educador en diabetes. Cortesía de Johnson & Johnson Medical, México 255 pp.

- ✦ Pérez PL. Capítulo dos. La Insulina, pág. 5-14. Diabetes Mellitus. Guía para el paciente y el educador en diabetes. Cortesía de Johnson & Johnson Medical, México 255 pp.
- ✦ Pérez PL. Capítulo tres. Clasificación y diagnóstico de la Diabetes Mellitus, pág. 15-29. Diabetes Mellitus. Guía para el paciente y el educador en diabetes. Cortesía de Johnson & Johnson Medical, México 255 pp.
- ✦ Peyrot M, Rubin MM. Levels and risks of depression an anxiety symptomatic among diabetes adults. Diabetes Care, 2001; 24: 1069-1078).
- ✦ Rubin RR, Peyrot M Psychosocial problems and interventions in diabetes: a review of the literatures. Diabetes Care, 1992; 15: 1640-57)
- ✦ Ruvinsky, Pérez Elsa. Aspectos Sociales de la Alimentación en la sociedad Actual. Pp. 193-196. Díaz, Martínez A compilador. Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. Pp. 521. México: Facultad de Medicina de la UNAM. 2005
- ✦ The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus.
- ✦ The Experts Committee on the diagnosis and classification of diabetes Mellitus. Report of the expert Committee on diagnosis a classification of diabetes Mellitus. Diabetes Care, 1997, 20: 1183-1197.
- ✦ Vallejo R, 2007. Capítulo cinco. Depresiones Orgánicas. Consenso español sobre el Tratamiento de las Depresiones. Ars Médica
- ✦ Vázquez, A. Aspectos Sociales y Culturales de la Angustia. Pág. 253.262. Díaz Martínez (Comp.). Ramón de la Fuente Muñiz. 50 años de labor universitaria. Libro Homenaje. Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental. 2005.
- ✦ Vázquez C. Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica. 185 páginas. Editorial Síntesis. España: 2003
- ✦ Vázquez, E. PsiDe Psiquiatría y Depresión. Fascículo cuatro, 22 pp. Asociación Psiquiátrica Mexicana 2007.
- ✦ Vázquez, E; Michel, G; Choing, M. Depresión en Diabetes Mellitus. Actualidades en Depresión. Módulo tres. Laboratorios Abbott y Lundbeck
- ✦ Zárate H, Corona H. Los trastornos Depresivos. PP73-122. Rivero A (Edit.). Manual de Trastornos mentales. Asociación Psiquiátrica Mexicana. Edición 2005.
- ✦ Serrano Bónitto, Camilo. **Fenomenología y distimia.** *Revista colombiana de psiquiatría* [en línea] 2001, XXX (001):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80630105>> ISSN 0034-7450

✚ Pajuelo , Jaime, Ivonne Bernui , Violeta Nolberto , Alberto Peña , Luis Zevillanos . **Síndrome metabólico en adolescentes con sobrepeso y obesidad.** *Anales de la Facultad de Medicina* [en línea] 2007, 68 (002):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=37968206>> ISSN 1025-5583

✚ Martínez Cruz, Mauricio, Martha Sánchez Rodríguez , Mirna Ruiz Ramos, Elsa Correa Muñoz, Víctor Manuel Mendoza Núñez. **Estrés oxidativo como factor de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores con síndrome metabólico.** *Bioquimia* [en línea] 2007, 32 (SuA):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57609863>> ISSN 0185-5751

✚ Salazar Aldrete, C., C. Alvarado Gutiérrez, E. Medina Cerda, J. M. Vargas Morales . **Prevalencia de factores de riesgo para diabetes mellitus y síndrome metabólico en adultos jóvenes de la ciudad de San Luis Potosí.** *Bioquimia* [en línea] 2007, 32 (SuA):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57609874>> ISSN 0185-5751

✚ Pérez Salgado, Anamim del Rocío, María del Carmen Ramírez Medeles. **¿Qué sabe usted acerca de...El síndrome metabólico?** *Revista Mexicana de Ciencias Farmacéuticas* [en línea] 2007, 38 (003):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=57938308>> ISSN 1870-0195

✚ Colorado Lara, José Alberto, Heidi Cruz Pérez. **El síndrome metabólico y su riesgo cardiovascular ¿Por qué identificarlo y tratarlo oportunamente?** *Salud en Tabasco* [en línea] 2006, 12 (001):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48712105>> ISSN 1405-2091

✚ Ávalos García, María I., Carlos Mario de la Cruz Gallardo, Carlos Tirado Hernández, Cruz García Pérez, Alfredo Barcelata Zavaleta, Manuel E. Hernández Velázquez. **Control metabólico en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 en el municipio de Centla, Tabasco, México.** *Salud en Tabasco* [en línea] 2007, 13 (002):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48713203>> ISSN 1405-2091

✦ Fuchs Cordon, José R.. **Hipertensión arterial**. *Acta Médica Costarricense* [en línea] 2005, 47 (003):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=43447301>> ISSN 0001-6002

✦ Huerta Vargas, Dalila, L. Bautista Samperio, A. Irigoyen Coria, R. Arrieta Pérez. **Estructura familiar y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial**. *Archivos en Medicina Familiar* [en línea] 2005, 7 (003):[fecha de consulta: 19 de septiembre de 2008] Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50730704>> ISSN 1405-9657

✦ Oscar Javier Salinas. Extraído de: <http://www.gestiopolis.com/canales/derrhh/articulos/no1/entrenamiento.htm>

✦ 25 de Julio de 2006

✦ <http://www.monografias.com/trabajos20/capacitacion/capacitacion.shtm>  
|

✦ <http://pdf.rincondelvago.com/capacitacion.html>

✦ [http://132.248.192.241/~iisue/www/seccion/bd\\_iresie/](http://132.248.192.241/~iisue/www/seccion/bd_iresie/) (diabetes en <alumnos>)

✦ Reyes Ponce, Agustín. "Administración de personal". Limusa. Primera edición, 1979.

✦ ROBBINS, Stephen. **Comportamiento Organizacional**. Prentice Hall . México 1999.

✦ CHIAVENATO, Idalberto. **Administración de Recursos Humanos**. Mc. Graw Hill. Colombia 1996.

✦ ARMSTRONG, Michael. **Gerencia de Recursos Humanos**. Legis. Inglaterra 1.993.

## **Anexo Uno:**

PROPUESTA DE TEMPLATE, O FORMATO DE CUESTIONARIO, DE CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES PARA MÉDICOS FAMILIARES SOBRE SALUD MENTAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE DM E HTA.

1. **¿Considera que es importante la capacitación para usted y para la Institución donde trabaja?**

¿Por qué?

2. **¿Estaría dispuesto a acudir a una capacitación en este momento?**

¿Por qué?

3. **¿Cree que, en la actualidad, su desempeño es tan adecuado como lo desea usted mismo y sus superiores?**

¿Por qué?

4. **¿Cree que, en la actualidad, su desempeño es adecuado para la salud integral de los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial?**

¿Por qué?

5. **¿Como calificaría su desempeño?**

¿Por qué?

6. **¿Estaría dispuesto a enfrentar mayores responsabilidades que las que tiene actualmente?**

7. **En caso de que su respuesta sea afirmativa, ¿En qué aspectos?**

8. **¿Qué conocimientos y destrezas necesita para mejorar su desempeño en la consulta con pacientes con diagnóstico de DM e HTA?**

9. **¿Qué tareas de su puesto se relacionan con estos conocimientos y destrezas?**



10. ¿Crees que es necesario tomar algunas medidas para que mejore el rendimiento del área donde se desempeñas?

11. En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuáles?

12. ¿Estaría dispuesto en participar en algún curso próximamente?

En relación a las principales patologías mentales, conteste lo siguiente:

13. Mencione los criterios diagnósticos para el Episodio Depresivo Mayor

14. Mencione los criterios diagnósticos para la Distimia

15. Mencione los criterios diagnósticos para el Trastorno de Ansiedad Generalizada

16. Mencione los criterios diagnósticos para el Ataque de pánico

17. Mencione los criterios diagnósticos para la Fobia Social

18. Mencione los criterios diagnósticos para la Fobia Específica

19. Mencione los criterios diagnósticos para el Trastorno Obsesivo Compulsivo

20. Mencione los criterios diagnósticos para el trastorno de estrés Postraumático

21. Mencione los criterios diagnósticos para el Episodio Mixto de Ansiedad y Depresión

22. Mencione los criterios diagnósticos para la anorexia

23. Mencione los criterios diagnósticos para la Bulimia

24.Cuál es su opinión en relación a la evaluación psicológica de sus pacientes?

25. En términos de porcentajes, cuál es el porcentaje de pacientes con diagnóstico de DM e HTA, a quienes has evaluado psicológicamente y canalizado en el último año?

26. ¿Qué **método** de capacitación sugiere que fuera impartido en la Institución donde labora?

27. ¿Ha tenido la oportunidad de asistir a una capacitación anteriormente?

En caso de su respuesta sea afirmativa ¿Con la experiencia de las capacitaciones anteriores que ha asistido, que modificarías de éstas?

## ANEXO DOS:

### **OBJETIVO GENERAL:**

Con la siguiente propuesta de capacitación se pretende que el médico familiar aprenda a evaluar a los pacientes con diagnósticos de DM e HTA, en relación a los principales trastornos mentales del Eje I de acuerdo al MINI PLUS (Sheehan, 2004) el cual está basado en el DSM IV TR (APA, 2004), y en el CIE 10 (OMS, 1996) para poder diagnosticar de manera temprana, canalizar de manera oportuna, y sobre todo, mejorar su calidad de vida a través de un diagnóstico interdisciplinario.

**Se programarán OCHO SESIONES DE CINCO HORAS CADA UNA, LAS CUALES SE LLEVARÁN A CABO EN U AULA DE USOS MÚLTIPLES DEL CENTRO DE SALUD EN EL CUAL SE CAPACITE A LOS MÉDICOS, ESTO EN DOS HORARIOS: PARA EL TURNO MATUTINO LOS JUEVES DE NUEVE A TRECE HORAS Y PARA EL TURNO VESPERTINO Y ESPECIAL DE TRES A SIETE HORAS.**

## **Anexo TRES**

La Neuropsiquiátrica en su versión Plus, para adultos (Sheehan, 2004), ya que abarca las principales patologías que se contemplan en el Eje I del DSM IV TR además de que en múltiples estudios se recomienda su uso (APA, 2000; Berlanga, 2005; Zárate, 2005).

### **M.I.N.I. PLUS MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW Versión en Español 5.0.0**

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

FRANCE: Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Heguerta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine,  
Hospital de la Salpêtrière – Paris

Versión en español:

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

M. Soto, O. Soto

University of South Florida – Tampa-USA

Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

© Copyright 1992, 1994, 1998, 2000 Sheehan DV & Lecrubier Y

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

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000)**

**Nombre del paciente:**  
**Fecha de nacimiento:**  
**Nombre del entrevistador:**

**Número de protocolo:**  
**Hora en que inició la entrevista:**  
**Hora en que terminó la entrevista:**

**Fecha de la entrevista:**

**Duración total:**

### **MÓDULOS EXPLORADO CRITERIOS DSM-IV ICD-10**

A EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Actual (2 semanas) 296.20-296.26 Único F32.x

Pasado 296.30-296.36 Recurrente F33.x

TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO DEBIDO Actual 293.83 F06.xx

A UNA ENFERMEDAD MÉDICA Pasado 293.83 F06.xx

TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO Actual 29x.xx none

INDUCIDO POR SUSTANCIAS Pasado 29x.xx none

EDM CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS Actual (2 semanas) 296.20-296.26 Único F32.x

296.30-296.36 Recurrente F33.x

B TRASTORNO DISTÍMICO Actual (Últimos 2 años) 300.4 F34.1

Pasado 300.4 F34.1

C RIESGO DE SUICIDIO Actual (Último mes) ninguno

Riesgo: Leve Moderado Alto

D EPISODIO MANÍACO Actual 296.00-296.06 F30.x-F31.9

Pasado 296.00-296.06 F30.x-F31.9

EPISODIO HIPOMANÍACO Actual 296.80-296.89 F31.8-F31.9/F34.0

Pasado 296.80-296.89 F31.8-F31.9/F34.0

BIPOLAR II DISORDER Actual 296.89 F31.8

Pasado 296.89 F31.8

EPISODIO MANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA Actual 293.83 F06.30

Pasado 293.83 F06.30

EPISODIO HIPOMANÍACO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA Actual 293.83 ninguno

Pasado 293.83 ninguno

EPISODIO MANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS Actual 291.8-292.84 ninguno

Pasado 291.8-292.84 ninguno

EPISODIO HIPOMANÍACO INDUCIDO POR SUSTANCIAS Actual 291.8-292.84 ninguno

Pasado 291.8-292.84 ninguno

E TRASTORNO DE ANGUSTIA Actual (Último mes) 300.01/300.21 F40.01-F41.0

De por Vida 300.01/300.21 F40.01-F41.0

TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA Actual 293.89 F06.4 DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA

TRASTORNO DE ANSIEDAD CON CRISIS DE ANGUSTIA Actual 291.8-292.89 ninguno

INDUCIDO POR SUSTANCIAS

F AGORAFOBIA Actual 300.22 F40.00

G FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) Actual (Último mes) 300.23  
 F40.1  
 H FOBIA ESPECÍFICA Actual 300.29 F40.2  
 I TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO (TOC) Actual (Último mes) 300.3  
 F42.8  
 TOC DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA Actual 293.89 F06.4  
 TOC INDUCIDO POR SUSTANCIAS Actual 291.8-292.89 none  
 J ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Actual (Último mes) 309.81 F43.1  
 K DEPENDENCIA DE ALCOHOL Últimos 12 Meses 303.9 F10.2x  
 DEPENDENCIA DE ALCOHOL De por Vida 303.9 F10.2x  
 ABUSO DE ALCOHOL Últimos 12 Meses 305.00 F10.1  
 ABUSO DE ALCOHOL De por Vida 305.00 F10.1  
 L DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas) Últimos 12 Meses 304.00-  
 .90/305.20-.90 F11.0-F19.1  
 DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas) De por Vida 304.00-  
 .90/305.20-.90 F11.0-F19.1  
 ABUSO DE SUSTANCIAS (No-alcohólicas) Últimos 12 Meses 304.00-.90/305.20-  
 .90 F11.0-F19.1  
 M TRASTORNOS PSICÓTICOS De por Vida 295.10-295.90/297.1/ F20.xx-F29  
 Actual 297.3/293.81/293.82/  
 293.89/298.8/298.9  
 TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON Actual 296.24 F32.3/F33.3  
 SÍNTOMAS PSICÓTICOS  
 ESQUIZOFRENIA Actual 295.10-295.60 F20.xx  
 De por Vida 295.10-295.60 F20.xx  
 TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Actual 295.70 F25.x  
 De por Vida 295.70 F25.x  
 TRASTORNO ESQUIZOFRENIFORME Actual 295.40 F20.8  
 De por Vida 295.40 F20.8  
 TRASTORNO PSICÓTICO BREVE Actual 298.8 F23.80-F23.81  
 De por Vida 298.8 F23.80-F23.81  
**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -2-**

TRASTORNO DELIRANTE Actual 297.1 F22.0  
 De por Vida 297.1 F22.0  
 TRASTORNO PSICÓTICO DEBIDO A UNA ENFERMEDAD MÉDICA Actual  
 293.xx F06.0-F06.2  
 De por Vida 293.xx F06.0-F06.2  
 TRASTORNO PSICÓTICO INDUCIDO POR SUSTANCIAS Actual 291.5-292.12  
 none  
 De por Vida 291.5-292.12 none  
 TRASTORNO PSICÓTICO NO ESPECIFICADO Actual 298.9 F29  
 De por Vida 298.9 F29  
 TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO CON De por Vida  
 F31.X3/F31.X2/F31.X5  
 SÍNTOMAS PSICÓTICOS  
 TRASTORNO DEL ESTADO DEL ÁNIMO De por Vida 296.90 F39  
 NO ESPECIFICADO  
 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS Actual 296.24  
 F33.X3  
 Pasado 296.24 F33.X3  
 TRASTORNO BIPOLAR I CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS Actual 296.04-296.64  
 F31.X2/F31.X5  
 Pasado 296.04-296.64 F31.X2/F31.X5  
 N ANOREXIA NERVIOSA Actual (Últimos 3 Meses) 307.1 F50.0  
 <O BULIMIA NERVIOSA Actual (Últimos 3 Meses) 307.51 F50.2  
 BULIMIA NERVIOSA TIPO PURGATIVO Actual 307.51 F50.2  
 BULIMIA NERVIOSA TIPO NO-PURGATIVO Actual 307.51 F50.2  
 ANOREXIA NERVIOSA, TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO Actual 307. 1 F50.0  
 ANOREXIA NERVIOSA, TIPO RESTRICTIVO Actual 307. 1 F50.0  
 P TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Actual (Últimos 6 Meses)  
 300.02 F41.1  
 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEBIDO Actual 293.89 F06.4  
 A UNA ENFERMEDAD MÉDICA  
 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Actual 291.8-292.89 none  
 INDUCIDO POR SUSTANCIAS  
 Q TRASTORNO ANTISOCIAL de la PERSONALIDAD De por Vida 301.7 F60.2  
 R TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN De por Vida 330.81 F45.0  
 Actual  
 S HIPOCONDRIA Actual 300.7 F45.2  
 T TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL Actual 300.7 F45.2  
 U TRASTORNO POR DOLOR Actual 300.89/307.8 F45.4  
 V TRASTORNO DE LA CONDUCTA (DISOCIAL) Últimos 12 Meses 312.8 F91.8  
 W TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN Últimos 6 Meses 314.00/314.01  
 F90.0/F90.9/  
 CON HIPERACTIVIDAD (Niños/Adolescentes) Actual F98.8  
 TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN De por Vida 314.00/314.01  
 F90.0/F98.8  
 CON HIPERACTIVIDAD (Adultos) Actual  
 X TRASTORNOS ADAPTATIVOS Actual 309.xx F43.xx  
 Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL Actual  
 Z TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD y DEPRESIÓN Actual

**ADVERTENCIA**

AUNQUE EL PACIENTE TENGA UN CLARO ESTRESOR QUE PUEDA AGRAVAR SUS SÍNTOMAS, PRIMERO EXPLORE TODOS LOS OTROS DIAGNÓSTICOS. NUNCA USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO ADAPTATIVO SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE CUALQUIERA OTRO DE LOS TRASTORNOS.

### **M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -3- INSTRUCCIONES**

#### **GENERALES**

La M.I.N.I. es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y el ICD-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la M.I.N.I. con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de Salud para entrevistadores no clínicos para el ICD-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la M.I.N.I. tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado 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 luego de una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso. La M.I.N.I. Plus es una edición más detallada de la M.I.N.I. Síntomas que sean mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben de codificarse como positivos en la M.I.N.I.

#### **ENTREVISTA:**

De modo a mantener 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.

#### **CONVENIOS:**

Las oraciones escritas en « letra normal » deben leerse “palabra por palabra” al paciente de modo a regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

Las oraciones escritas en « MAYÚSCULAS » no deben de leerse al paciente. Estas 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. Solo 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, circular « **NO** » en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra(/) el entrevistador debe leer solo aquellos síntomas presentados por el paciente (por ejemplo, las preguntas, M20-M23).

Frases en (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 circulando SÍ o NO.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (por ejemplo, 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 M.I.N.I. La M.I.N.I. Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

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

David V Sheehan, M.D., M.B.A. Yves Lecrubier, M.D. / Thierry Hergueta, M.S. Laura Ferrando, MD Marelli Soto, M.D.

University of South Florida INSERM U302 IAP University of South Florida  
Institute for Research in Psychiatry Hospital de la Salpêtrière Velazquez 156, 3515  
East Fletcher Avenue

3515 East Fletcher Avenue 47, boulevard del Hospital 28.002 Madrid, España  
Tampa, FL USA 33613-4788

Tampa, FL USA 33613-4788 F. 75651 PARIS Tfn.: +91 5644718 tel. : +1 813 974  
4544

tel. : +1 813 974 4544 FRANCE Fax : +91 4115432 fax : +1 813 974 4575

fax : +1 813 947 4575 tel. : +33 (0) 1 42 16 59 e-mail: iap@lander.es e-mail:  
mon0619@aol.com

e-mail : dsheehan@hsc.usf.edu fax : +33 (0) 1 45 85 28 00

e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr **M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -**

#### **4- A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR**

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

PARA PACIENTES QUE PAREZCEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1–M18).

2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).

3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19–M23).

4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

A1 a. ¿**Alguna vez**, se ha sentido consistentemente deprimido o decaído la mayor parte del día, NO SÍ 1

casi todos los días, por un período de por lo menos dos semanas?

SI **A1a = SÍ:**

b. ¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, NO SÍ 2

casi todos los días?

A2 a. ¿**Alguna vez**, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos NO SÍ 3

de las cosas que usualmente le agradaban por un período de por lo menos dos semanas?

SI **A2a = SÍ**

b. ¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha NO SÍ 4

disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?



¿CODIFICÓ **SÍ** EN **A1a** O EN **A2a**? NO **SÍ**

SI ESTÁ DEPRIMIDO EN LA ACTUALIDAD (**A1b** O **A2b** = **SÍ**): EXPLORE ÚNICAMENTE EL EPISODIO ACTUAL

SI NO: EXPLORE EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

**3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:**

A

Episodio Actual Episodio Pasado

a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? NO **SÍ** NO **SÍ** 5

¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en el último mes de  $\pm 5\%$  de su peso corporal ó  $\pm 8$  libras ó  $\pm 3.5$  Kg., para una persona de 160 libras/ 70 Kg.)?

CODIFICAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA

b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches NO **SÍ** NO **SÍ** 6

(dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento NO **SÍ** NO **SÍ** 7 de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?

d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo NO **SÍ** NO **SÍ** 8 fatigado o sin energía?

e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO **SÍ** NO **SÍ** 9 **M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -5-** SI **A3e** =**SÍ**: PIDA UN EJEMPLO.

LOS EJEMPLOS SON CONSISTES CON IDEAS DELIRANTES. NO **SÍ**

f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO **SÍ** NO **SÍ** 10

g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, NO **SÍ** NO **SÍ** 11 o deseó estar muerto?

A4 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MAS RESPUESTAS DE **A3** (O **4** RESPUESTAS DE **A3**, NO **SÍ** NO **SÍ**

SI CODIFICÓ **NO** EN **A1a** O **A2a** PARA EPISODIO PASADO

O SI CODIFICÓ **NO** EN **A1b** OR **A2b** PARA EPISODIO ACTUAL)?

VERIFIQUE QUE LOS SÍNTOMAS CODIFICADOS COMO POSITIVOS OCCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE 2 SEMANAS.

SI CODIFICÓ **NO** EN **A4** PARA EPISODIO ACTUAL ENTONCES EXPLORE DE **A3a** A **A3g** PARA EL

EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO.

A5 ¿Estos síntomas depresivos le causaron un malestar significativo o NO **SÍ** 12 dificultaron su capacidad laboral, social, o de alguna otra forma importante?

A6 ¿Estos síntomas se deben totalmente a la pérdida de un ser querido (duelo) y son similares en gravedad, nivel de deterioro y duración, a lo que padecerían la mayoría de las personas en circunstancias similares?

¿SE HA EXCLUÍDO UN DUELO NO COMPLICADO? NO **SÍ** 13

A7 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

b ¿Había padecido alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA PREGUNTAS ADICIONALES.

**A7 (RESUMEN):** ¿SE HA DESCARTADO ALGUNA CAUSA NO SÍ INCIERTO 14 ORGÁNICA?

A8 CODIFIQUE SÍ SI **A7(RESUMEN) = SÍ O INCIERTO.**

**NO SÍ**  
**Episodio Depresivo Mayor**

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO ES ACTUAL Actual  
O PASADO. Pasado

**EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)**  
**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (**A8 = SÍ, ACTUAL**), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A13 a ¿CODIFICÓ SÍ EN **A2**? NO SÍ

b ¿Durante el período mas grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar NO SÍ 17

a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?

**SI NO, VERIFIQUE LA RESPUESTA PREGUNTANDO:**

¿Cuando algo bueno le sucede, falla en hacerlo sentirse mejor aunque sea temporalmente?

¿CODIFICÓ SÍ EN **A13a** o **A13b**? NO SÍ

**A14 Durante las últimas dos 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 NO SÍ 18 ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?

b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas? NO SÍ 19

c ¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su NO SÍ 20 hora habitual, y tenía dificultades para quedarse dormido otra vez?

d ¿CODIFICÓ SÍ EN **A3c** (RETARDACIÓN 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 fuera NO SÍ 21 de proporción con la realidad de la situación?

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -7-**

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **A14**?

**NO SÍ**  
**Episodio Depresivo Mayor con**  
**Síntomas Melancólicos Actual**

**SUBTIPOS DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR Marque todas las que apliquen.**

Leve 296.21/296.31

Moderado 296.22/296.32

Grave sin síntomas psicóticos 296.23  
Grave con síntomas psicóticos 296.24  
En remisión parcial 296.25  
En remisión total 296.26  
Crónico  
Con síntomas catatónicos  
Con síntomas melancólicos  
Con síntomas atípicos  
Con inicio en el postparto  
Con patrón estacional  
Con recuperación interepisódica total  
Sin recuperación interepisódica parcial  
SI **A8 O A9 O A10 = Sí**, SALTE A RIESGO DE SUICIDIO

### **B. TRASTORNO DISTÍMICO**

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

**Si en la actualidad los síntomas del paciente cumplen con los criterios para un episodio depresivo mayor, NO explore distimia actual, pero sí explore distimia en el PASADO. Asegúrese de que la distimia pasada explorada no es uno de los episodios de depresión mayor, y que ocurrió separada de cualquier episodio de depresión mayor por al menos dos meses de completa remisión.**

**[APLIQUE ESTA REGLA SOLO SI ESTÁ INTERESADO EN EXPLORAR DEPRESIÓN DOBLE.]**

**ESPECIFIQUE QUE PERÍODO DE TIEMPO ES EXPLORADO:** Actual  
Pasado

¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido NO Sí 22  
la mayor parte del tiempo?

(O SI EXPLORA DISTIMIA PASADA: "¿En el pasado, se ha sentido triste, desanimado o deprimido por dos años consecutivos?")

B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en NO Sí  
23

el que se haya sentido bien?

**B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:**

a ¿Cambió su apetito notablemente? NO Sí 24

b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO Sí 25

c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO Sí 26

d ¿Perdió la confianza en sí mismo? NO Sí 27

¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO Sí 28

f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO Sí 29

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE **B3**? NO Sí

B4 ¿Estos síntomas de depresión , le causaron gran angustia o han interferido NO Sí  
30

con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?  
 B5 ¿Usaba drogas o medicamentos antes del comienzo de los síntomas?  
 ¿Padecía de alguna condición antes del comienzo de los síntomas?  
 A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DE LA DEPRESIÓN DEL PACIENTE?  
 ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ 31  
 ¿CODIFICÓ SÍ EN B5? **NO SÍ**

**TRASTORNO DISTÍMICO**

Actual  
 Pasado

**CRONOLOGÍA**

B6

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener los síntomas de depresión por dos años consecutivos?

edad

**C. RIESGO DE SUICIDIO**

**Durante este último mes:**

- 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 3
- C4 ¿Ha planeado como suicidarse? NO SÍ 4
- C5 ¿Ha intentado suicidarse? NO SÍ 5

**A lo largo de su vida:**

- C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ 6

**D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO**

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

PARA PACIENTES QUE PARECEN ESTAR PSICÓTICOS ANTES DE COMENZAR LA ENTREVISTA, O DE LOS QUE SE SOSPECHE QUE TENGAN ESQUIZOFRENIA, POR FAVOR SIGA EL SIGUIENTE ORDEN PARA ADMINISTRAR LOS MÓDULOS.

- 1) PARTE 1 DEL MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M1–M18).
- 2) SECCIONES A-D (DEPRESIÓN A (HIPO)MANÍACO).
- 3) PARTE 2 MÓDULO M (TRASTORNOS PSICÓTICOS M19–M23).
- 4) TODOS LOS DEMÁS MÓDULOS EN LA SECUENCIA USUAL.

SI EL MÓDULO M YA HA SIDO EXPLORADO Y HA IDENTIFICADO SÍNTOMAS PSICÓTICOS (M1 A M10B), EXAMINE CADA RESPUESTA POSITIVA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SI LOS SÍNTOMAS (HIPO)MANÍACOS NO SON MEJOR EXPLICADOS POR LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO PSICÓTICO Y CODIFIQUE DE ACUERDO.

D1 a ¿**Alguna vez**, ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, NO SÍ 1  
 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)

SI **SÍ** EN **D1a**:

b ¿**Actualmente** se siente “exaltado”, “eufórico”, o lleno de energía? NO **SÍ** 2  
SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE  
REFIERE CON “EXALTADO” O  
“EUFÓRICO”, CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: LO QUE  
QUEREMOS DECIR CON  
“EXALTADO” O “EUFÓRICO” ES; UN ESTADO DE SATISFACCIÓN ALTO, LLENO  
DE ENERGÍA, EN EL  
QUE SE NECESITA DORMIR MENOS, EN EL QUE LOS PENSAMIENTOS SE  
ACELERAN, EN EL QUE SE  
TIENEN MUCHAS IDEAS, EN EL QUE AUMENTA LA PRODUCTIVIDAD, LA  
CREATIVIDAD, LA  
MOTIVACIÓN O EL COMPORTAMIENTO IMPULSIVO.

D2 a ¿Ha estado usted **alguna vez** persistentemente irritado por varios días, de tal  
manera NO 3

que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha  
usted

o los demás, notado que ha estado mas irritable o que reacciona de una manera  
exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía  
justificadas?

SI **SÍ** EN **D2a**:

b ¿**Actualmente** se siente excesivamente irritable? NO **SÍ** 4

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **D1a** O EN **D2a**? NO **SÍ**

SI **D1b** O **D2b** = **SÍ**: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO **ACTUAL**

SI **D1b** O **D2b** = **NO**: EXPLORAR EL EPISODIO **PASADO** MAS SINTOMÁTICO

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

a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, NO **SÍ** NO **SÍ** 5

o que usted era una persona especialmente importante?

SI **SÍ**, PIDA EJEMPLOS.

LOS EJEMPLOS SON CONSISTENTES CON UNA IDEA DELIRANTE. No **SÍ**

b ¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas NO **SÍ** NO  
**SÍ** 6

de sueño)?

c ¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían NO **SÍ** NO **SÍ** 7

dificultad para entenderle?

d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía NO **SÍ** NO **SÍ** 8

dificultades para seguirlos?

e ¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder NO SÍ NO SÍ  
9

el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?

f ¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban NO SÍ  
NO SÍ 10

por usted?

g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los NO SÍ NO SÍ  
11

riesgos o consecuencias (por ejemplo, se embarcó en gastos  
descontrolados, condujo imprudentemente, o mantuvo actividades  
sexuales indiscretas)?

**D3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE D3? NO SÍ NO SÍ  
(O 4 SI D1a ES NO PARA EPISODIO PASADO O D1b ES NO PARA EPISODIO  
ACTUAL)?**

REGLA: EXALTADO/EUFÓRICO REQUIERE SOLAMENTE TRES SÍNTOMAS DE  
D3 MIENTRAS

QUE ESTADO DEL ÁNIMO IRRITABLE POR SÍ SOLO REQUIERE 4 DE LOS  
SÍNTOMAS DE D3.

VERIFIQUE SI LOS SÍNTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO  
TIEMPO.

D4 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo  
de estos síntomas?

No Sí

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos  
síntomas?

No Sí

A JUICIO DEL ENTEVISTADOR/A<sup>123</sup> : ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE  
LA CAUSA DIRECTA DEL

EPISODIO (HIPO)MANÍACO DEL PACIENTE? SI ES NECESARIO HAGA  
PREGUNTAS ADICIONALES.

**D4 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ  
INCIERTO 12**

¿Duraron estos síntomas al menos una semana y le causaron problemas NO SÍ NO SÍ 13

que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela,

o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

SI CODIFICÓ **NO** EN **D5** PARA EPISODIO ACTUAL, ENTONCES EXPLORE **D3, D4**

Y **D5** PARA EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO.

D6

SI **D3 (RESUMEN) = SÍ** Y **D4 (RESUMEN) = SÍ**

**NO SÍ**  
**EPISODIO HIPOMANÍACO**

O **INCIERTO**

Actual

Y **D5 = NO**, Y NO DESCRIBIÓ UNA IDEA

Pasado

DELIRANTE EN **D3a**,

CODIFIQUE **SÍ** PARA EPISODIO

HIPOMANÍACO.

ESPECIFIQUE SI EL EPISODIO

IDENTIFICADO ES ACTUAL O PASADO.

EL EPISODIO MAS RECIENTE ERA **MANÍACO / HIPOMANÍACO / MIXTO /**

**DEPRESIVO**

**SEVERIDAD**

**X1** Leve

**X2** Moderado

**X3** Grave sin síntomas psicóticos

**X4** Grave con síntomas psicóticos

**X5** En remisión parcial

**X6** En remisión total

CRONOLOGÍA

D10

¿Qué edad tenía edad  
cuando comenzó a  
tener síntomas  
maníacos/hipomaníacos?

### E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

( **SIGNIFICA: PASAR A E6, E7 Y E8, CIRCULAR NO EN TODAS Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO** ¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente NO SÍ 1

ansioso, asustado, incómodo o inquieto incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?

b ¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos? NO SÍ 2

¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada NO SÍ 3 o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?

E3 ¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más NO SÍ 4 en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?

E4 Durante la peor crisis que usted puede recordar:

a ¿Sentía que su corazón saltaba latidos, 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 desvanecer? NO SÍ 12
- i ¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le NO SÍ 13

parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?

j ¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco? NO SÍ 14

k ¿Tenía miedo de que se estaba 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

**E4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MAS RESPUESTAS DE E4? NO SÍ a**

¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo

de estos síntomas?

No SÍ

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No SÍ

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DE ANGUSTIA DEL PACIENTE?

**E5 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ 18**  
SI CODIFICÓ **NO** EN **E5 (RESUMEN)**, SALTE A **E9**.

**E6 ¿CODIFICÓ SÍ E3 Y E4 (RESUMEN) Y E5 (RESUMEN)? NO SÍ**

**TRASTORNO DE ANGUSTIA**

**DE POR VIDA**

**E7 SI E6 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN 1, 2 O 3 SÍNTOMAS DE E4a-m? NO SÍ**

**CRISIS CON SÍNTOMAS**

**LIMITADOS**

**ACTUAL**

**E8 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones ( 2 o más ), NO SÍ 19**  
seguidas de miedo persistente a tener otra? **TRASTORNO DE**

**ANGUSTIA**

**ACTUAL**

(SI ESTO ES NEGADO POR EL PACIENTE—VERIFIQUE REPASANDO LOS SÍNTOMAS ENDOSADOS EN **E4**).

**E9 ¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y E4 (RESUMEN) Y EN E5b**

**Y CODIFICÓ NO EN E5 (RESUMEN)?**

**NO SÍ**

**Trastorno de Ansiedad con Crisis de Angustia Debido a una Enfermedad Médi**

**ACTUAL**

## **F. AGORAFOBIA**

**F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde NO SÍ 22**



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 el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil?

SI **F1 = NO**, CIRCULE **NO** EN **F2** Y EN **F3**.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?

¿**Actualmente**, teme o evita estas situaciones o lugares?

**NO SÍ 24**  
**AGORAFOBIA**  
**ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGSTIA, ACTUAL (**E8**), Y CODIFICÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (**F3**)?

**NO SÍ**  
**Trastorno de Angustia, Actual con historial de AGORAFOBIA**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN AGORAFOBIA, ACTUAL (**F3**), Y CODIFICÓ **NO** EN TRASTORNO DE ANGSTIA, ACTUAL (**E8**), Y CODIFICÓ **SÍ** EN TRASTORNO DE ANGSTIA, DE POR VIDA (**E6**)?

**NO SÍ**  
**AGORAFOBIA, ACTUAL**  
**Sin historial de Trastorno de Angustia Actual pero con historial de Trastorno de Angustia Pasado**

**G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)**  
**( SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el NO SÍ 1 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.

G2 ¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional? NO SÍ 2

G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas? NO SÍ 3

G4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia? 4  
**NO SÍ**

**FOBIA SOCIAL**  
**(Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL**

### **SUBTIPOS**

Temió o evitó 4 o mas situaciones sociales? NO SÍ

Si **SÍ** → **fobia social generalizada (trastorno de ansiedad social)**

Si **NO** → **fobia social (trastorno de ansiedad social) no generalizada**

### **CRONOLOGÍA**

G5

¿Qué edad tenía

edad

cuando comenzó a  
temer situaciones  
sociales?

#### H. FOBIA ESPECÍFICA

( **SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR  
CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

H1 ¿El pasado mes, ha sentido un miedo excesivo a las siguientes cosas: a volar, a conducir, NO SÍ 1  
a las alturas, a las tormentas, a los animales, a los insectos, o a ver sangre o agujas?

H2 ¿Es este temor excesivo o irracional? NO SÍ 2

H3 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita o sufre a través de ellas? NO SÍ 3

H4 ¿Este miedo interfiere con su trabajo normal o en su funcionamiento social o es la causa de intensa molestia? 4  
**NO SÍ**

#### **FOBIA ESPECÍFICA ACTUAL**

no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (ej. la idea de estar sucio, Ir a **I4**  
contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien  
sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones  
de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos imágenes  
o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.)

(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS ALIMENTICIOS, 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.) ¿Estos pensamientos volvían a su mente aún cuando trataba de ignorarlos NO SÍ 2

o de librarse de ellos? Ir a **I4**

I3 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior? **obsesiones** NO SÍ 3

impuestos desde el exterior? **obsesiones**

I4 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, **compulsiones** NO SÍ 4

lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, **compulsiones**

el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos?

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **I3** O EN **I4**? NO SÍ

I5 ¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos NO SÍ 5 o excesivos?

I6 ¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de una manera significativa con sus NO SÍ 6 actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?

I7 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No SÍ

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No SÍ

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO DEL PACIENTE?

**I7 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN I6 Y I7 (RESUMEN)?

**NO SÍ**  
**Trastorno Obsesivo Compulsivo**  
**ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN I6 Y EN I7b  
Y CODIFICÓ **NO** EN I7 (RESUMEN)?

**NO SÍ**  
**Trastorno Obsesivo Compulsivo**  
**ACTUAL**  
Debido a una Enfermedad Médica

¿CODIFICÓ **SÍ** EN I6 Y EN I7a  
Y CODIFICÓ **NO** EN I7 (RESUMEN)?

**NO SÍ**  
**Trastorno Obsesivo Compulsivo**  
Inducido por Sustancias Actual

#### CRONOLOGÍA

I10

¿Qué edad tenía edad  
cuando comenzó a  
tener síntomas  
obsesivo-compulsivos?

#### **J. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (opcional)**

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

J1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático NO SÍ 1

incluyendo muerte, amenaza de muerte, daños graves a usted o a alguien mas?

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.

J2 ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada ( ej. lo ha soñado, NO SÍ 2 ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?

J3 **En el último mes:**

a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo NO SÍ 3

pudiese recordar?

b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? NO SÍ 4

c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? NO SÍ 5

d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? NO SÍ 6

e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? NO SÍ 7

f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir NO SÍ 8

antes que otras personas?

**J3 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J3? NO SÍ**

J4 **Durante el último mes:**

a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? NO SÍ 9

b ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? NO SÍ 10

c ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? NO SÍ 11

d ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? NO SÍ 12

e ¿Se ha sobresaltado fácilmente? NO SÍ 13

**J4 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE J4? NO SÍ**

J5 ¿Durante el último mes, han interferido estos problemas en su trabajo, NO SÍ 14 en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?

¿CODIFICÓ SÍ EN J5?

CRONOLOGÍA

J6

¿Qué edad tenía edad  
cuando comenzó a  
tener los primeros  
síntomas de estado  
por

¿Desde el inicio de los síntomas, cuántos  
períodos ha tenido con síntomas de estado

## K. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL

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

K1 ¿En los últimos doce meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un NO  
SÍ 1

período de 3 horas en 3 o más ocasiones?

K2 En los últimos doce 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, (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 NO SÍ 4

principio había planeado?

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 NO SÍ 6

y en recuperarse de sus efectos?

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, NO SÍ 7

debido a su uso de alcohol?

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, NO SÍ 8

físicos o mentales?

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE **K2**?

**En los últimos doce meses:**

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una NO SÍ 9

oportunidad, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?

¿Esto le ocasionó algún problema?

(CODIFIQUE **SÍ** SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.)

b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, NO SÍ 10

ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, utilizar una máquina, etc.?

c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. un arresto, NO SÍ 11  
perturbación del orden público?

d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas NO SÍ 12

con su familia u otras personas?

**M.I**

**(Opcional) K. ABUSO Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL DE POR VIDA**  
**( SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA**  
**UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

K4 ¿Alguna vez, ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas  
NO SÍ 13

en 3 ó más ocasiones?

K5 Durante su vida:

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, (ej. temblores, sudoraciones o

agitación)? Codificar **SÍ**, si contestó **SÍ** a alguna.

c ¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un NO SÍ 4

principio había planeado?

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 NO SÍ 6

y en recuperarse de sus efectos?

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, NO SÍ 7

debido a su uso de alcohol?

g ¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, NO SÍ 8

físicos o mentales?

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 Ó MÁS RESPUESTAS DE **K5**?

a ¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una NO SÍ 9

oportunidad, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa?

¿Esto le ocasionó algún problema?

(CODIFIQUE **SÍ** SOLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.)

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -24-**

b ¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, NO SÍ 10

ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, utilizar una máquina, etc.?

c ¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. un arresto, NO SÍ 11 perturbación del orden público?

d ¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas NO SÍ 12

con su familia u otras personas?

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K6?

## L. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

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

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

L1 a ¿Alguna vez, ha tomado alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, NO SÍ

para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?

**CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:**

**Estimulantes:** anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, ritalín, píldoras adelgazantes.

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

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

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

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

**Mariguana:** hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".

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

**Otras drogas:** Esteroides , pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

**Especifique la Droga(s) MAS USADA:**

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -25- MARQUE UNA CASILLA SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA**

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

C

L2 **Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), a lo largo de su vida,**

a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (nombre de la droga / NO SÍ 1

clase de drogas seleccionada) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?

b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia ) o para sentirse mejor?

FIJAR **SÍ**, SI CONTESTÓ **SÍ** EN ALGUNA CODI

c ¿Ha notado que cuando usted usaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) NO **SÍ** 3 Estaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?

d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) NO **SÍ** 4 pero ha fracasado?

e ¿Los días que utilizaba (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) NO **SÍ** 5

empleaba mucho tiempo ( > 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?

f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia NO **SÍ** 6

o amigos debido a su uso de drogas?

g ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada) NO **SÍ** 7

a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **3** O MÁS RESPUESTAS DE **L2**?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

¿Ha usado (droga mas usada, cualquier droga) en los últimos 12 meses? NO **SÍ** 8

b ¿CODIFICÓ **SÍ** PARA **3** O MÁS RESPUESTAS DE **L2** EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES? NO **SÍ**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **L3a** Y **b**?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

**Considerando su uso de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), en los últimos doce meses:**

K3 a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), NO **SÍ** 9

en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?

en el

(CODIFIQUE **SÍ**, SOLO SI LE OCCASIONÓ PROBLEMAS)

b ¿Ha estado intoxicado con (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), NO **SÍ** 10

en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, una



motocicleta, un bote, o utilizar una máquina, etc.)?

c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o NO SÍ 11

perturbación del orden público?

d ¿Ha continuado usando (nombre de la droga / clase de drogas seleccionada), NO SÍ 12

a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE L4?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): \_\_\_\_\_

## CRONOLOGÍA

L5

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener problemas con el abuso de drogas?

## M. TRASTORNOS PSICÓTICOS - Parte 1

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.

D

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

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

TODAS LAS RESPUESTAS DEL PACIENTE DEBEN SER CODIFICADAS EN LA COLUMNA A. UTILIZE LA COLUMNA A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A (COLUMNA B) SOLO SI EL CLÍNICO SABE POR EVIDENCIA EXTERNA (POR EJEMPLO, INFORMACIÓN PROVISTA POR LA FAMILIA) QUE LOS SÍNTOMAS ESTÁN PRESENTES PERO SON NEGADOS POR EL PACIENTE.

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

COLUMNA A COLUMNA B

Respuesta del Paciente. A Juicio del Entrevistador/a

(si es necesario)

EXTRAÑOS

M1 a ¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, NO SÍ 1 o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño?

b SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ 2

**NOTA:**PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO. **M6**

M2 a ¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer NO SÍ 3

o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?

b SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ 4

**M6**

M3 a ¿Alguna vez ha creído, que alguien o que una fuerza externa NO SÍ 5

haya metido pensamientos 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.

b SI **SÍ**: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ 6

**M6**

M4 a ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales NO SÍ 7 a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?

b SI **SÍ**: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ 8

**M6**

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -28-** M5 a ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus NO SÍ 9 creencias son extrañas o poco usuales?

**ENTREVISTADOR/A:** PIDA EJEMPLOS. CODEIFIQUE **SÍ** SOLO SI LOS EJEMPLOS SON **CLARAMENTE** IDEAS DELIRANTES (POR EJEMPLO, DE GRANDIOSIDAD, HYPOCONDRIA, RUINA, CULPA U OTROS NO EXPLORADOS DE **M1 A M4**).

b SI **SÍ**: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas NO SÍ 10 como extrañas?

M6 a ¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas NO SÍ 11 no podían escuchar, como voces?

LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLO SI EL PACIENTE CONTESTA SÍ A LO SIGUIENTE:

SI **SÍ**: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus SÍ 11 Pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?

b SI **SÍ**: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes? NO SÍ 12 CODIFIQUE "SÍ EXTRAÑO" SI EL PACIENTE ESCUCHÓ UNA VOZ **M8** COMENTANDO ACERCA DE SUS PENSAMIENTOS O SUS ACTOS O DOS O MAS VOCES CONVERSAN ENTRE SÍ.

M7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones NO SÍ 13 o ha visto cosas que otros no podían ver?

ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

b SI **SÍ**: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? NO SÍ 14 BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR (A):

M8 b ¿Presenta el paciente actualmente un lenguaje desorganizado, incoherente o con NO SÍ 15

marcada pérdida de las asociaciones.

M9 b ¿Presenta el paciente actualmente un comportamiento desorganizado o catatónico? NO SÍ 16

M10 b ¿Hay síntomas negativos de esquizofrenia prominentes durante la entrevista, por ejemplo, NO SÍ 17

un aplanamiento afectivo significativo, pobreza del lenguaje (alogia) o incapacidad para iniciar o persistir en actividades con una finalidad determinada?

M11 a ¿CODIFICÓ "**SÍ**" EN POR LO MENOS UNA DE **M1 A M10b**? NO SÍ

M11 b

¿SON LOS ÚNICOS SÍNTOMAS PRESENTES AQUELLOS IDENTIFICADOS POR EL ENTREVISTADOR DE **M1** A **M7** (COLUMNA B) Y DE **M8b** O **M9b** O **M10b**?

¿Cuál fue el período más largo durante el cual tuvo esas creencias o experiencias?

24

SI <1 DÍA, IR A LA SIGUIENTE SECCIÓN.

M15 a Durante o después de un período en el cual tuvo estas creencias o experiencias, ¿tuvo NO SÍ 25

dificultad trabajando o relacionándose con otros, o cuidándose a usted mismo?

b SI **SÍ**, ¿Cuánto duraron estas dificultades? \_\_\_\_\_ 26

SI ≥6 MESES, IR A **M16**.

c ¿Ha sido tratado con medicamentos o ha sido hospitalizado debido a estas creencias o NO SÍ 27

experiencias, o por las dificultades causadas por estos problemas ?

d SI **SÍ**, ¿Cuál ha sido el período de tiempo más largo que ha sido tratado con

\_\_\_\_\_ 28

medicamentos o ha sido hospitalizado por estos problemas?

M16 a EL PACIENTE INFORMÓ INCAPACIDAD (**CODIFICÓ SÍ EN M15a**) O FUÉ TRATADO U NO SÍ 29

HOSPITALIZADO POR PSICÓSIS (**M15c = SÍ**).

b BAJO EL JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: CONSIDERANDO SU EXPERIENCIA, CALIFIQUE 30

LA INCAPACIDAD DE POR VIDA DEL PACIENTE CAUSADA POR LA PSICÓSIS.

ausente 1

leve 2

moderada 3

severa 4

M17 ¿CUÁL FUÉ LA DURACIÓN TOTAL DE LA PSICÓSIS, TOMANDO

ENCUENTA LA FASE 1 ≥1 día a <1 mes 31

ACTIVA (**M14**) Y LAS DIFICULTADES ASOCIADAS (**M15b**) Y LOS

TRATAMIENTOS 2 ≥1 mes a <6 meses

PSIQUIÁTRICOS (**M15d**)? 3 ≥6 meses

CRONOLOGÍA

M18 a

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener estas creencias o experiencias poco usuales

## TRASTORNOS PSICÓTICOS - PARTE 2

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DEL ESTADO DEL ÁNIMO

CODIFIQUE LAS PREGUNTAS DE **M19** A **M23** SÓLO SI EL PACIENTE DESCRIBIÓ POR LO MENOS 1 SÍNTOMA PSICÓTICO (**M11a = SÍ** Y **M11b = NO**), QUE NO ES MEJOR EXPLICADO POR UNA CAUSA ORGÁNICA (**M12d = SÍ** O **INCIERTO**).

M19 a ¿CODIFICA EL PACIENTE POSITIVO PARA EPISODIO DEPRESIVO MAYOR NO SÍ

ACTUAL Y/O PASADO (CODIFICÓ **SÍ** EN LA PREGUNTA **A8**)?

b SI **SÍ**: ¿ CODIFICÓ **SÍ** EN **A1** (ESTADO DE ÁNIMO DEPRESIVO)? NO SÍ

c ¿CODIFICA EL PACIENTE POSITIVO PARA EPISODIO MANÍACO ACTUAL NO SÍ

Y/O PASADO (CODIFICÓ **SÍ** EN LA PREGUNTA **D7**)?

d ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **M19a** O **M19c**? NO SÍ

↓

deténgase, salte a M24

NOTA: VERIFIQUE QUE LAS RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS DE **M20 A M23** SE REFIEREN A LOS EPISODIOS

PSICÓTICOS, DEPRESIVOS (**A8**) Y MANÍACOS (**D7**), YA IDENTIFICADOS EN **M11c Y M11d, A8 Y D7**.

EN EL CASO DE QUE HAYA ALGUNA DISCREPANCIA, EXPLORE NUEVAMENTE LA SECUENCIA DE LOS TRASTORNOS, TOMANDO EN CUENTA HECHOS IMPORTANTES Y CODIFIQUE DE **M20 A M23** CONSIGUIENTEMENTE.

M20 ¿Cuando tuvo estas experiencias o creencias que acaba de describir NO SÍ 34 (DE EJEMPLOS AL PACIENTE), al mismo tiempo, también se sentía ↓ deprimido/exaltado/irritable? deténgase salte a M24

M21 ¿Estaban las creencias o experiencias que acaba de describir (DE EJEMPLOS AL PACIENTE) NO SÍ 35

restringidas exclusivamente a periodos de tiempo en los que se sentía deprimido/ ↓ exaltado/irritable? deténgase salte a M24

M22 ¿Alguna vez ha tenido un período de dos o más semanas en las cuales ha tenido estas NO SÍ 36

creencias o experiencias y no se sentía deprimido/exaltado/irritable? ↓ deténgase salte a M24

M23 ¿Cuál duró mas tiempo: estas creencias o experiencias o los períodos de tiempo en que se sentía deprimido/exaltado/irritable?

AL FINAL DE LA ENTREVISTA, VAYA A LOS ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS PARA TRASTORNOS PSICÓTICOS.

CONSULTE LOS ÍTEMS DE **M11a Y M11b**:

SI CUMPLE CON EL CRITERIO "A" DE ESQUIZOFRENIA (**M11c Y/O M11d = SÍ**) VAYA AL ALGORITMO DIAGNÓSTICO I

SI NO CUMPLE CON EL CRITERIO "A" DE ESQUIZOFRENIA (**M11c Y/O M11d = NO**) VAYA AL ALGORITMO DIAGNÓSTICO II

PARA TRASTORNOS DEL ESTADO DEL ÁNIMO VAYA AL ALGORITMO DIAGNÓSTICO III. **M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -32-**

#### **N. ANOREXIA NERVIOSA**

( **SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

M1 a ¿Cuál es su estatura?

b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido su peso más bajo?

¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO NO SÍ CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN) ?

En los últimos tres meses:

N2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar? NO SÍ 1

3 ¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo(a)? NO SÍ 2  
N

4 a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda? NO SÍ 3

N

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

N5 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE **N4**? NO SÍ

N6 SOLO PARA MUJERES: ¿En los últimos tres meses, dejó de tener todos sus NO  
SÍ 6

períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N5** Y **N6**?

Para hombres:

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **N5**?

CRONOLOGÍA

N7

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener  
síntomas de anorexia?

### **O. BULIMIA NERVIOSA**

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

O1 ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted atracones, en los NO SÍ 10  
cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?

O2 ¿En los últimos tres meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?  
NO SÍ 11

O3 ¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo? NO SÍ 12

O4 ¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de  
estos atracones, NO SÍ 13

como vomitar, ayunar, hacer ejercicios, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas  
de agua), u otros medicamentos?

O5 ¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la  
figura de su NO SÍ 14  
cuerpo?

O6 ¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS NO SÍ  
DE ANOREXIA NERVIOSA? ↓

Ir a O8

O7 ¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de  
(\_\_\_\_libras/Kg.)? NO SÍ 15

(**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.)

O8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN **O5** O CODIFICÓ **NO** EN **O7** O SALTÓ A **O8**?

CRONOLOGÍA

O9

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener  
síntomas de bulimia?

### **SUBTIPOS DE BULIMIA NERVIOSA**

¿Regularmente, se induce el vómito, hace uso inadecuado de laxantes, diuréticos, o enemas?

[EN EL TIPO NO-PURGATIVO EL PACIENTE HA EMPLEADO COMPORTAMIENTOS COMO POR EJEMPLO

AYUNA O EJERCICIO EXCESIVO, PERO NO HA PURGADO.]

### **SUBTIPOS DE ANOREXIA NERVIOSA**

Tipo Compulsivo/Purgativo

¿CODIFICÓ SÍ EN 07?

Tipo Restrictivo

¿Perdió peso sin purgar?

### **P. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

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

P1 a ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas NO SÍ 1

durante los últimos 6 meses?

b ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? NO SÍ 2

CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE SE RESTRINGE NO SÍ 3 EXCLUSIVAMENTE, O ES MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.

P2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que NO SÍ 4 hace?

P3 CODIFIQUE **NO** SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

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

a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? NO SÍ 5

b ¿Se sentía tenso? NO SÍ 6

c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? NO SÍ 7

d ¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco? NO SÍ 8

e ¿Se sentía irritable? NO SÍ 9

f ¿Tenía dificultad durmiendo ( dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media NO SÍ 10

noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?

**RESUMEN DE P3: ¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P3? NO SÍ**

P4 ¿Le causaron estos síntomas de ansiedad mucha angustia, o le afectaron NO SÍ 11

para funcionar en el trabajo, socialmente o de cualquier manera importante?

P5 a ¿Había tomado algún tipo de droga o medicamento, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

No Sí

A JUICIO DEL ENTREVISTADOR/A: ¿ES ALGUNA DE ESTAS POSIBLEMENTE LA CAUSA DIRECTA DEL TRASTORNO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA DEL PACIENTE?

**P5 (RESUMEN): ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ 12**

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -36-**

¿CODIFICÓ **NO** EN **P5 (RESUMEN)**?

CRONOLOGÍA

P8

¿Qué edad tenía cuando comenzó a tener síntomas de ansiedad generalizada?

### **Q. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)**

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

**Q1 Antes de cumplir los quince años:**

•¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia? NO SÍ

1

•¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia? NO SÍ 2

•¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba? NO SÍ 3

•¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos? NO SÍ 4

•¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente? NO SÍ 5

•¿Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales con usted? NO SÍ 6

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **2** O MÁS RESPUESTAS DE **Q1**? NO SÍ

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

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -37- Desde que cumplió los quince años:**

P2

a ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, NO SÍ 7

como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no rebajar para mantenerse?

t

b ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)? NO SÍ 8

propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?

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 NO SÍ 10

mintió para divertirse?

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 Q2?

**R. TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN (opcional)**  
**( SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

R1 a ¿Antes de cumplir los 30 años, ha tenido **muchas** aficciones de tipo físico no relacionadas a ninguna condición en específico? SÍ 1

b ¿Estas aficciones ocurrieron durante varios años? NO SÍ 2

c ¿Estas aficciones le llevaron a buscar tratamiento? NO SÍ 3

d ¿Fueron estas aficciones la causa de problemas en el colegio, en el trabajo, socialmente NO SÍ 4

o en otras áreas de interés?

R2 Tuvo dolor: de cabeza NO SÍ 5

en el abdomen NO SÍ 6

en la espalda NO SÍ 7

en las articulaciones, las extremidades, el pecho, el recto NO SÍ 8

durante la menstruación NO SÍ 9

durante el acto sexual NO SÍ 10

cuando orinaba NO SÍ 11

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R2? NO SÍ

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -38-** R3 Tuvo algunos de los siguientes síntomas abdominales:

nausea NO SÍ 12

hinchazones, distensión abdominal NO SÍ 13

vómitos NO SÍ 14

diarreas NO SÍ 15

intolerancia a diferentes tipos de comidas NO SÍ 16

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R3? NO SÍ

R4 Tuvo algunos de los siguientes síntomas sexuales:

pérdida del interés sexual NO SÍ 17

problemas en la eyaculación o erección NO SÍ 18

períodos menstruales irregulares NO SÍ 19

sangrado excesivo durante el período menstrual NO SÍ 20

vómitos durante todo el embarazo NO SÍ 21

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R4? NO SÍ

R5 Tuvo algunos de los siguientes síntomas:

parálisis o debilidad en partes de su cuerpo NO SÍ 22

problemas de coordinación o equilibrio NO SÍ 23

dificultad tragando o un nudo en la garganta NO SÍ 24



dificultad al hablar NO SÍ 25  
dificultad para vaciar la vejiga NO SÍ 26  
pérdida del tacto o sensación de dolor NO SÍ 27  
visión doble o ceguera NO SÍ 28  
sordera, ataques epilépticos, pérdida del conocimiento NO SÍ 29  
episodios significativos de mala memoria NO SÍ 30  
sensaciones inexplicables en su cuerpo NO SÍ 31  
(ENTREVISTADOR/A: POR FAVOR EVALÚE SI ESTAS SON ALUCINACIONES SOMÁTICAS)

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE R5? NO SÍ

R6 ¿Buscó su médico la causa de los síntomas? NO SÍ 32

R7 ¿Se encontró alguna condición médica o estaba tomando algún tipo de droga 33 o medicamento que pudiera explicar estos síntomas?

No Sí

**R7 (RESUMEN):** ENTREVISTADOR/A: ¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ

R8 ¿Fueron las aflicciones o incapacidad desproporcionadas con la condición física del NO SÍ 34 paciente?

¿CODIFICÓ SÍ EN R7 O EN R8? NO SÍ

R9 ¿Fueron los síntomas pretendidos o producidos intencionadamente (como en trastorno facticio)? NO SÍ 35

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -39-**

¿CODIFICÓ NO EN R9?

¿Sufre estos síntomas en la actualidad?

**S. HIPOCONDRIA**

( **SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

S1 En los últimos 6 meses, ¿se ha preocupado mucho de que pudiera tener una enfermedad NO SÍ 1 médica seria?

NO CODIFIQUE SÍ SI ALGUNA ENFERMEDAD FÍSICA PUEDE SER LA CAUSA DE LAS SENSACIONES O LOS SIGNOS FÍSICOS QUE EL PACIENTE DESCRIBE.

S2 ¿Ha tenido esta preocupación por 6 meses o más? NO SÍ 2

S3 Alguna vez, lo ha examinado un médico por estos síntomas? NO SÍ 3

S4 ¿Ha persistido su temor de que está enfermo a pesar de que su médico le NO SÍ 4 aseguró que estaba bien?

S5 ¿Le causó esta preocupación un malestar considerable o interfirió de manera NO  
SÍ 5  
significativa en el desempeño de su trabajo, socialmente o de cualquier otra manera?  
S6 ¿CODIFICÓ SÍ EN S5?

**R. TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL**  
( **SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR  
CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

T1 ¿Está preocupado con un defecto en su apariencia física? NO SÍ 1

T2 ¿Esta preocupación ha persistido a pesar de que otros (incluyendo a un médico)  
en NO SÍ 2  
verdad creen que sus preocupaciones son excesivas?

T3 ¿Le causó esta preocupación un malestar considerable o interfirió de manera NO  
SÍ 3  
significativa en el desempeño de su trabajo, socialmente o de cualquier otra manera?  
T4 ¿CODIFICÓ SÍ EN T3?

**U. TRASTORNO POR DOLOR**  
( **SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA  
UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

U1 En la actualidad, ¿es un dolor su problema principal? NO SÍ 1

U2 En la actualidad, ¿es el dolor lo suficientemente severo como para necesitar  
atención médica? NO SÍ 2

U3 En la actualidad, ¿le causa el dolor un malestar importante o interfiere de manera  
NO SÍ 3  
significativa con el desempeño de su trabajo, socialmente, o de cualquier otra  
manera?

U4 ¿Jugaron un papel importante en la aparición del dolor los factores psicológicos o  
el NO SÍ 4  
estrés, o fueron la causa de que el dolor se mantuviera o empeorara?

U5 ¿Es el dolor pretendido o fue producido intencionadamente o fue fingido? NO SÍ  
5  
(como en trastorno facticio)

U6 ¿Jugó un papel importante en la aparición del dolor una enfermedad médica o  
una enfermedad NO SÍ 6  
hizo que se mantuviera o empeorara el dolor?

U7 ¿Ha tenido este dolor por más de 6 meses? NO SÍ 7

↓

Agudo Crónico **M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -41-**

U8 ¿CODIFICÓ NO EN U6?

Asociado a factores psicológicos actual si o no

Asociado a factores psicológicos y enfermedad médica actual si o no

**V. TRASTORNO DE CONDUCTA (DISOCIAL) 17 años de edad o menores**

( **SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

**V1 En los últimos 12 meses:**

¿ha molestado, amenazado o intimidado a otros? NO SÍ 1

¿ha incitado peleas? NO SÍ 2

¿ha usado un arma que pudiera herir a alguien (ej., un cuchillo, una pistola, un NO SÍ 3

bate de beisbol, una botella rota)?

¿ha herido a una persona intencionalmente? NO SÍ 4

¿ha herido a un animal intencionalmente? NO SÍ 5

¿ha robado algo usando la fuerza (ej., robar a mano armada, atacar a alguien, NO SÍ 6

arrebatarse el bolso a alguien, cometer extorsión)?

¿ha forzado a alguien a hacer el acto sexual con usted? NO SÍ 7

¿ha empezado un fuego o dañado la propiedad de otros intencionalmente? NO SÍ 8

¿ha destruido cosas pertenecientes a otros intencionalmente? NO SÍ 9

¿ha asaltado la casa o el carro de alguien? NO SÍ 10

¿ha mentido repetidamente para conseguir algo o estafado (engañado) a otros? NO SÍ 11

¿ha robado? NO SÍ 12

antes de los 13 años, ¿ha permanecido fuera de la casa hasta tarde en la noche a pesar de que NO SÍ 13

sus padres se lo habían prohibido?

¿se ha escapado de casa al menos 2 veces? NO SÍ 14

antes de los 13 años, ¿ha faltado a la escuela frecuentemente? NO SÍ 15

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MAS RESPUESTAS DE V1? NO SÍ

V2 ¿Causaron estas conductas unos problemas significativos en la escuela, en el trabajo NO SÍ 16

o con amigos y familia?

¿CODIFICÓ SÍ EN V2?

**Subtipos marcar todos los que sean apropiados**

Con trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Con historial de abuso físico o sexual

Con historial de un divorcio traumático

Con historial de adopción

Con otros estrés

**W. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD  
(Niños/Adolescentes)**

( **SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO**)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

**En los últimos 6 meses, frecuentemente:**

W1 a ¿No le ha prestado atención a los detalles o por falta de atención cometió errores en la NO SÍ 1

escuela, en el trabajo o en otras actividades?

b ¿Ha tenido dificultad prestando atención cuando jugaba o hacía algún tipo de trabajo? NO SÍ 2

c ¿Parecía que no prestaba atención cuando se le hablaba directamente? NO SÍ 3

d ¿No ha seguido las instrucciones dadas o no ha terminado sus tareas escolares u NO SÍ 4

obligaciones (a pesar de entender las instrucciones y no pretendía ser desafiante)?

e ¿Ha tenido dificultad organizándose? NO SÍ 5

f ¿Ha evitado o no le gustaban las cosas que requerían el pensar mucho (como las tareas u NO SÍ 6

obligaciones escolares)?

g ¿Ha perdido cosas que necesitaba? NO SÍ 7

h ¿Se ha distraído con facilidad con cosas insignificantes? NO SÍ 8

i ¿Se ha vuelto olvidadizo en sus actividades diarias? NO SÍ 9

**W1 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W1? NO SÍ**

**En los últimos 6 meses, frecuentemente:**

W2 a ¿No ha podido permanecer quieto en su asiento o siempre estaba jugando con sus manos o pies? NO SÍ 10

b ¿Ha abandonado su asiento en clase cuando no se suponía que lo hiciera? NO SÍ 11

c ¿Correteaba y trepaba mucho cuando no debía u otros no querían? NO SÍ 12

d ¿Ha tenido dificultad jugando sin hacer ruido? NO SÍ 13

e ¿Se ha sentido como si fuera "eléctrico" o estuviera siempre en disposición de hacer algo? NO SÍ 14

f ¿Ha hablado demasiado? NO SÍ 15

g ¿Ha dado respuestas antes de que hayan terminado la pregunta? NO SÍ 16

h ¿Ha tenido dificultad esperando su turno? NO SÍ 17

i ¿Ha interrumpido o importunado a otros? NO SÍ 18

**W2 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W2? NO SÍ**

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -44-**

W3 ¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes NO SÍ 19

de cumplir los 7 años?

W4 ¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 o más de 2 de las NO SÍ 20

siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?

¿CODIFICÓ SÍ EN W4?

### 43- W. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

(Niños/Adolescentes)

( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Por favor involucre a la familia o a la persona que esté al cuidado cuando solicite esta información.

**En los últimos 6 meses, frecuentemente:**

W1 a ¿No le ha prestado atención a los detalles o por falta de atención cometió errores en la escuela, en el trabajo o en otras actividades? NO SÍ 1

b ¿Ha tenido dificultad prestando atención cuando jugaba o hacía algún tipo de trabajo? NO SÍ 2

c ¿Parecía que no prestaba atención cuando se le hablaba directamente? NO SÍ 3

d ¿No ha seguido las instrucciones dadas o no ha terminado sus tareas escolares u obligaciones (a pesar de entender las instrucciones y no pretendía ser desafiante)? NO SÍ 4

e ¿Ha tenido dificultad organizándose? NO SÍ 5

f ¿Ha evitado o no le gustaban las cosas que requerían el pensar mucho (como las tareas u obligaciones escolares)? NO SÍ 6

g ¿Ha perdido cosas que necesitaba? NO SÍ 7

h ¿Se ha distraído con facilidad con cosas insignificantes? NO SÍ 8

i ¿Se ha vuelto olvidadizo en sus actividades diarias? NO SÍ 9

**W1 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W1? NO SÍ**

**En los últimos 6 meses, frecuentemente:**

W2 a ¿No ha podido permanecer quieto en su asiento o siempre estaba jugando con sus manos o pies? NO SÍ 10

b ¿Ha abandonado su asiento en clase cuando no se suponía que lo hiciera? NO SÍ 11

c ¿Correteaba y trepaba mucho cuando no debía u otros no querían? NO SÍ 12

d ¿Ha tenido dificultad jugando sin hacer ruido? NO SÍ 13

e ¿Se ha sentido como si fuera "eléctrico" o estuviera siempre en disposición de hacer algo? NO SÍ 14

f ¿Ha hablado demasiado? NO SÍ 15

g ¿Ha dado respuestas antes de que hayan terminado la pregunta? NO SÍ 16

h ¿Ha tenido dificultad esperando su turno? NO SÍ 17

i ¿Ha interrumpido o importunado a otros? NO SÍ 18

**W2 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W2? NO SÍ**

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -44-**

W3 ¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes NO SÍ 19

de cumplir los 7 años?

W4 ¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 o más de 2 de las NO SÍ 20

siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?

¿CODIFICÓ SÍ EN W4?

**TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD  
(Adulto)**

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR  
CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

**Cuando era niño:**

W5 a ¿Era usted activo, inquieto, agitado, siempre tenía ganas de hacer cosas? NO SÍ 21

b ¿No prestaba atención y se distraía con facilidad? NO SÍ 22

c ¿No era capaz de concentrarse en la escuela o cuando hacía la tarea? NO SÍ 23

d ¿No terminaba las cosas, tales como la tarea de la escuela, proyectos, etc.? NO SÍ 24

e ¿Tenía mal humor, se irritaba con facilidad o perdía el control? NO SÍ 25

f ¿Le tenían que repetir las cosas muchas veces antes de que usted las hiciera? NO SÍ 26

g ¿Tenía la tendencia de ser impulsivo sin pararse a pensar en las consecuencias? NO SÍ 27

h ¿Le costaba trabajo esperar su turno, con frecuencia necesitaba ser el primero? NO SÍ 28

i ¿Se metía en peleas y/o fastidiaba a otros niños? NO SÍ 29

j ¿Se quejaba su escuela de su conducta? NO SÍ 30

**W5 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 6 O MAS RESPUESTAS DE W5? NO SÍ**

W6 ¿Tuvo algunos de estos síntomas impulsivos-hiperactivos o de falta de atención antes NO SÍ 31

de cumplir los 7 años?

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -45- Como adulto:**

W7 a ¿Continúa distrayéndose? NO SÍ 32

b ¿Es usted entrometido o se entremete o dice cosas a amigos, en el trabajo o en la casa NO SÍ 33

de las que se arrepiente más tarde?

c ¿Es usted impulsivo, incluso si tiene un mejor control que cuando era niño? NO SÍ 34

d ¿Continúa siendo inquieto, agitado, activo, incluso si tiene un mejor control que cuando NO SÍ 35

era niño?

e ¿Sigue irritándose y enfadándose más de lo que necesita? NO SÍ 36

f ¿Sigue siendo impulsivo, por ejemplo, tiene la tendencia de gastar más dinero del que tiene? NO SÍ 37

g ¿Tiene dificultad organizándose en el trabajo? NO SÍ 38

h ¿Tiene dificultad organizándose incluso fuera del trabajo? NO SÍ 39

i ¿Su trabajo está por debajo de su capacidad o el trabajo que usted desarrolla está por NO SÍ 40

debajo de lo que usted puede realizar?

j ¿Sus logros están por debajo de las expectativas que los demás tiene de usted NO SÍ 41

conforme a su capacidad?

k ¿Ha cambiado de empleo o le han pedido que deje el trabajo más frecuentemente que a otros? NO SÍ 42

l ¿Se queja su cónyuge de la falta de atención o interés con él/ella y/o con la familia? NO SÍ 43

m ¿Ha tenido dos o más divorcios o ha cambiado de pareja más que los demás? NO SÍ 44

n ¿Ha sentido a veces como si estuviera en una niebla, como en una televisión con NO SÍ 45

agüilla o desenfocada?

**W7 (RESUMEN): ¿CODIFICÓ SÍ EN 9 O MAS RESPUESTAS DE W7? NO SÍ**

W8 ¿Le han causado algunos de estos síntomas problemas importantes en 2 ó más de 2 de los NO SÍ 46

siguientes situaciones: en la escuela, en el trabajo, en casa o con familiares o amigos?

¿CODIFICÓ SÍ EN W8?

## **X. TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

INCLUSO SI TIENE ESTRÉS EN SU VIDA O UN ESTRÉS PRECIPITÓ EL TRASTORNO DEL PACIENTE, NO USE EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI ALGÚN OTRO TRASTORNO PSIQUIÁTRICO ESTÁ PRESENTE. SALTE LA SECCIÓN DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE REUNEN LOS REQUISITOS DE OTRO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL EJE I O SON UNA EXACERBACIÓN DE UN TRATORNO DEL EJE I O DEL EJE II.

HAGA ESTAS PREGUNTAS SOLAMENTE SI EL PACIENTE CODIFICÓ NO EN LOS DEMÁS TRASTORNOS.

X1 ¿Tiene síntomas emocionales o de conducta provocados por el estrés en su vida? [Entre los NO SÍ 1 ejemplos está la ansiedad/depresión/mala conducta/quejas físicas (ejemplos de mala conducta son pelear, manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales)].

X2 ¿Estos síntomas emocionales o de conducta empezaron dentro de los 3 meses desde NO SÍ 2 el comienzo de los factores estresantes?

X3 a ¿Causan estos síntomas emocionales o de conducta una marcada aflicción más allá de lo NO SÍ 3 que se esperaría?

b ¿Estos síntomas emocionales/de conducta afectan significativamente su capacidad para NO SÍ 4 funcionar socialmente en el trabajo o en la escuela?

X4 ¿Estos síntomas emocionales/de conducta son causados en su totalidad por la pérdida de un ser amado (duelo) y son similares en severidad, nivel de incapacidad y duración a los que otros sufrirían bajo circunstancias similares? (Si es así, esto es un duelo no complicado) ¿HA SIDO DESCARTADO UN DUELO NO COMPLICADO? NO SÍ 5

X5 ¿Estos síntomas emocionales/de conducta han continuado por más de 6 meses desde que el NO SÍ 6 estrés desapareció?

¿ESTÁN PRESENTES LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EMOCIONALES/DE CONDUCTA?

Calificadores: MARCAR TODOS LOS QUE SEAN APROPIADOS.

A Depresión, emotividad, desesperanza.

B Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación.

C Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, vandalismo, no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales).

D Problemas laborales, escolares, quejas físicas o aislamiento social.

SI MARCÓ:

- Solamente A, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con estado de ánimo depresivo**. 309.0

- Solamente B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con ansiedad**. 309.24

- Solamente C, entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con trastorno de comportamiento**. 309.3

- Solamente A y B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo mixto **con ansiedad y estado de ánimo depresivo**. 309.28



- C y (A o B), entonces codifíquese como trastorno adaptativo **con alteración de las emociones y el comportamiento**. 309.4
- Solamente D, entonces codifíquese como un trastorno adaptativo **no especificado**. 309.9

### **Y. TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL**

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)**

Y1 Durante el año pasado, ¿la mayoría de sus períodos menstruales fueron precedidos por un NO SÍ 1 período de una semana en el que su carácter cambió significativamente?

Y2 Durante estos períodos, ¿tuvo dificultad en sus actividades cotidianas o en el trato NO SÍ 2

con los demás, es usted menos eficiente en el trabajo o evita a las demás personas?

Y3 Durante estos episodios premenstruales (es decir antes de la regla pero no durante cualquier

otro tiempo en el ciclo), tiene la mayoría de las veces los siguientes problemas:

a ¿Se siente triste, baja de moral, deprimida, desesperada, o autocrítica? NO SÍ 3

b ¿Se siente particularmente ansiosa, tensa, agitada o nerviosa? NO SÍ 4

c ¿Frecuentemente se siente triste o turbada o es usted particularmente sensitiva a los NO SÍ 5

comentarios de los demás?

d ¿Se siente irritable, enfadadiza o argumentativa? NO SÍ 6

¿CODIFICÓ SÍ 1 O MÁS RESPUESTAS DE Y3? NO SÍ 7

e ¿Está menos interesada en sus actividades, tales como su trabajo, sus pasatiempos NO SÍ 8

o reuniones con sus amigos?

f ¿Tiene dificultad concentrándose? NO SÍ 9

g ¿Se siente agotada, se cansa con facilidad o no tiene energía? NO SÍ 10

h ¿Cambia su apetito o come en demasía o tiene antojos por ciertas comidas? NO SÍ 11

i ¿Tiene dificultad durmiendo o duerme excesivamente? NO SÍ 12

j ¿Se siente abrumada o fuera de control? NO SÍ 13

k ¿Tiene síntomas físicos como hinchazones o molestias en los senos, dolores de cabeza, NO SÍ 14

dolor en los músculos o articulaciones, se siente hinchada o siente que gana peso?

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MAS RESPUESTAS DE Y3?

**SI SÍ, EL DIAGNÓSTICO DEBE DE SER CONFIRMADO CON FUTURAS EVALUACIONES DIARIAS DURANTE POR LO MENOS 2 CICLOS CONSECUTIVOS.**

### **Z. TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

ANTES DE UTILIZAR ESTE MÓDULO COMPLETE PRIMERO TODOS LOS MÓDULOS DE ANSIEDAD Y TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.

**( SIGNIFICA: IR A LA CASILLA DIAGNÓSTICA Y CIRCULAR NO)**

[SALTE ESTE TRASTORNO SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE CUALQUIER OTRO TRASTORNO Y CODIFIQUE **NO** EN LA CASILLA DIAGNÓSTICA.]

Z1 ¿Ha estado consistentemente deprimido o desanimado por lo menos un **mes**?  
NO SÍ 1

Z2 Cuando se sentía deprimido, tuvo algunos de los siguientes síntomas por lo menos **un mes**:

a. ¿Tenía dificultad para concentrarse o notaba que la mente se le quedaba en blanco? NO SÍ 2

b. ¿Tenía dificultad para dormir (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, NO SÍ 3  
se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?

c. ¿Se sentía cansado o sin energía? NO SÍ 4

d. ¿Se sentía irritable? NO SÍ 5

e. ¿Se preocupa persistentemente por lo menos un mes? NO SÍ 6

f. ¿Lloraba con facilidad? NO SÍ 7

g. ¿Estaba siempre en alerta de posibles peligros? NO SÍ 8

h. ¿Temía que pasara lo peor? NO SÍ 9

i. ¿Se sentía desesperanzado hacia el futuro? NO SÍ 10

j. ¿Tenía la autoestima baja o se sentía inútil? NO SÍ 11

**Resumen de Z2: ¿CODIFICÓ SÍ EN 4 O MÁS RESPUESTAS DE Z2? NO SÍ**

Z3 ¿Le han causado estos síntomas una gran angustia o han afectado su habilidad para funcionar NO SÍ 12

en el trabajo, socialmente, o en otra forma importante?

Z4 a ¿Había tomado algún tipo de drogas o medicamentos, justo antes del comienzo de estos síntomas?

b ¿Había padecido de alguna enfermedad médica, justo antes del comienzo de estos síntomas?

**BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:** ¿Es alguna de estas posiblemente la causa directa de los síntomas del paciente?

¿SE HA DESCARTADO UNA CAUSA ORGÁNICA? NO SÍ INCIERTO 13

**M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000) -49-**

Z5 a. Los síntomas del paciente cumplen con los criterios para :

Episodio Depresivo Mayor **DE POR VIDA** NO SÍ 14

Trastorno Distímico **DE POR VIDA** NO SÍ 15

Trastorno de Angustia **DE POR VIDA** NO SÍ 16

Trastorno de Ansiedad Generalizada **DE POR VIDA** NO SÍ 17

b. Los síntomas del paciente **ACTUALMENTE** cumplen con los criterios para:

cualquier otro trastorno de ansiedad NO SÍ 18

cualquier otro trastorno del estado del ánimo NO SÍ 19

c. Los síntomas del paciente son mejor explicados por algún otro trastorno psiquiátrico. NO SÍ 20

Z6 ¿CODIFICÓ SÍ EN Z5c?

**Esto concluye la entrevista**

**DSM-IV/ICD-10 CÓDIGOS PARA DIAGNOSTICAR / FACTURAR LOS  
DIAGNÓSTICOS DE M.I.N.I.**

**Episodio Depresivo Mayor Fobia Social (Trastorno de Ansiedad Social)**

**Episodio Único/F32.x** 300.23/F40.1

296.20/F32.9 No especificado **Fobia Específica**

296.21/F32.0 Leve 300.29/F40.2

296.22/F32.1 Moderado **Trastorno Obsesivo-Compulsivo**

296.23/F32.2 Grave sin síntomas psicóticos 300.30/F42.8

296.24/F32.3 Grave con síntomas psicóticos **Trastorno de Ansiedad Generalizada**

296.25/F32.4 En remisión parcial 300.02/F41.1

296.26/F32.4 En remisión total **Dependencia/Abuso de Sustancias**

**Recidivante (recurrente)/F33.x** 303.90/F10.2x Dependencia de Alcohol

296.30/F33.9 No especificado 305.00/F10.1 Abuso de Alcohol

296.31/F33.0 Leve 305.20/F12.1 Abuso de Cannabis

296.32/F33.1 Moderado 305.30/F16.1 Abuso de Alucinógenos

296.33/F33.2 Grave sin síntomas psicóticos 305.40/F13.1 Abuso de Sedantes,  
Hipnóticos, o 296.34/F33.3 Grave con síntomas psicóticos Ansiolíticos

296.35/F33.4 En remisión parcial 305.50/F11.1 Abuso de Opiáceos

296.36/F33.4 En remisión total 305.60/F14.1 Abuso de Cocaína

**Trastorno Distímico** 305.70/F15.1 Abuso de Anfetaminas

300.4/F34.1 305.90/F15.00 Intoxicación por Cafeína

**Maníaco** 305.90/F18.1 Abuso de Inhalantes

**Bipolar I, Episodio Maníaco Único /F30.x** 305.90/ Abuso de Otras Sustancias

296.00 No especificado F19.00-F19.1 (o Desconocidas)

296.01/F30.1 Leve 305.90/F19.1 Abuso de Fenciclidina

296.02/F30.1 Moderado **Trastornos Psicóticos**

296.03/F30.1 Grave sin síntomas psicóticos 295.10/F20.1x Esquizofrenia, Tipo

296.04/F30.2 Grave con síntomas psicóticos Desorganizado

296.05/F30.8 En remisión parcial 295.20/F20.2x Esquizofrenia, Tipo Catatónico  
296.06/F30.8 En remisión total 295.30/F20.0x Esquizofrenia, Tipo Paranoide  
**Bipolar I, Episodio Más Reciente: Maníaco /F31.x** 295.40/F20.8 Trastorno Esquizofreniforme  
296.40/F31.0 Hipomaníaco 295.60/F20.5x Esquizofrenia, Tipo Residual  
296.40 No especificado 295.70/F25.x Trastorno Esquizoafectivo  
296.41/F31.1 Leve 295.90/F20.3x Esquizofrenia, Tipo  
296.42/F31.1 Moderado No Diferenciado  
296.43/F31.1 Grave sin síntomas psicóticos 297.10/F22.0 Trastorno Delirante  
296.44/F31.2 Grave con síntomas psicóticos 297.30/F24 Trastorno Psicótico Compartido  
296.45/F31.7 En remisión parcial 293.81/F06.2 Trastorno Psicótico debido a....  
296.46/F31.7 En remisión total (indicar enfermedad médica) con  
**Bipolar I, episodio más reciente: depresivo /F31.x** Ideas Delirantes  
296.50 No especificado 293.82/F06.0 Trastorno Psicótico debido a....  
296.51/F31.3 Leve (indicar enfermedad médica) con  
296.52/F31.3 Moderado Alucinaciones  
296.53/F31.4 Grave sin síntomas psicóticos 293.89/F06.4 Trastorno de Ansiedad debido a...  
296.54/F31.5 Grave con síntomas psicóticos (indicar enfermedad médica)  
296.55/F31.7 En remisión parcial 293.89/F06.x Trastorno Catatónico debido a....  
296.56/F31.7 En remisión total (indicar enfermedad médica)  
**Bipolar I, episodio más recientes: mixto /F31.6** 298.80/F23.xx Trastorno Psicótico Breve  
296.60 No especificado 298.90/F29 Trastorno Psicótico No  
296.61/F31.3 Leve Especificado (NOS)  
296.62/F31.3 Moderado  
296.63/F31.4 Grave sin síntomas psicóticos **Anorexia Nerviosa**  
296.64/F31.5 Grave con síntomas psicóticos 307.10/F50.0  
296.65/F31.7 En remisión parcial **Bulimia Nerviosa**  
296.66/F31.7 En remisión total 307.51/F50.2  
296.70/F31.9 Trastorno Bipolar I, Episodio Mas Reciente: No Especificado **Estado por Estrés Postraumático**  
296.80/F31.9 Trastorno Bipolar I, No Especificado (NOS) 309.81/F43.1  
296.89/F31.8 Trastorno Bipolar II **Riesgo de Suicidio**  
no tiene un código asignado  
**Trastorno Antisocial de la Personalidad**  
**Trastorno de Angustia /F40.01** 301.70/F60.2  
300.01/F41.0 Sin Agorafobia **Trastornos Somatomorfos**  
300.21/F40.01 Con Agorafobia 300.81/F45.0 Trastorno de Somatización  
**Agorafobia** 300.70/F45.2 Hipocondría  
300.22/F40.00 Sin Historial de Trastorno de Angustia 300.70/F45.2 Trastorno Dismórfico Corporal **M.I.N.I. Plus Español 5.0.0 (1 de enero del 2000)** -51-

**Trastorno por dolor**

307.80/F45.4 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos

307.89/F45.4 Trastorno por Dolor Asociado a Factores Psicológicos  
y a una Enfermedad Médica

**Trastorno Disocial (Trastorno de Conducta)**

312.80/F91.8

**Trastorno por Déficit de Atención**

314.01/F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo Combinado

314.00/F98.8 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con  
predominio del Déficit de Atención

314.01/F90.0 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, Tipo con  
predominio Hiperactivo-Impulsivo

**Trastornos Adaptativos**

309.00/F43.20 Trastorno Adaptativo con Estado de Ánimo Depresivo

309.24/F43.28 Trastorno Adaptativo con Ansiedad

309.28/F43.22 Trastorno Adaptativo con Ansiedad y Estado de Ánimo Depresivo

309.30/F43.24 Trastorno Adaptativo con Alteración del Comportamiento

309.40/F43.25 Trastorno Adaptativo con Alteración Mixta de las Emociones y el  
Comportamiento

309.90/F43.9 Trastorno Adaptativo No Especificado

**Trastorno Disfórico Premenstrual**

no tiene un código asignado

**M.**