



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
“DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ”

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON
ANTECEDENTE DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA
INTENSIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA
Y NEUROCIRUGÍA

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DAMARIS VALENCIA GONZÁLEZ

TUTOR:

DANIEL CRAIL MELÉNDEZ

ASESORÍA TEÓRICA:

SANDRA PORCAYO LIBORIO

ASESORÍA METODOLÓGICA:

MALAQUÍAS LÓPEZ CERVANTES

ISAAC ACOSTA CASTILLO



MÉXICO D.F,

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

**INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
MANUEL VELASCO SUÁREZ**

Dr. Ricardo Colín Piana
Director de Enseñanza

Dr. Daniel Crail Meléndez
Médico adscrito de Neuropsiquiatría
Tutor

Dr. Jesús Ramírez Bermúdez
Subdirector de Neuropsiquiatría
Profesor titular del curso

Tesis de Psiquiatría

TRASTORNO DEPRESIVO EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIROLOGÍA

Autora:
Damaris Valencia González

Institución:
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez

Tutor:
Daniel Crail Meléndez

Coautores:
Sandra Porcayo Liborio
Malaquías López Cervantes
Isaac Acosta Castillo

Fides sine operibus mortua est.

CONTENIDO

ABREVIATURAS	VI
RESUMEN	VII
<u>INTRODUCCIÓN</u>	<u>1</u>
Marco de referencia y antecedentes	1
Justificación	13
Objetivos	14
Hipótesis	15
<u>MATERIAL Y MÉTODOS</u>	<u>16</u>
Tipo de estudio	16
Población en estudio y tamaño de la muestra	16
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	16
Variables y escalas de medición	17
Procedimiento	18
Implicaciones éticas del estudio	26
<u>RESULTADOS</u>	<u>27</u>
<u>DISCUSIÓN</u>	<u>36</u>
<u>CONCLUSIONES</u>	<u>39</u>
<u>REFERENCIAS</u>	<u>40</u>
<u>ANEXOS</u>	<u>45</u>
I. Consentimiento informado	45
II. Escalas	47

ABREVIATURAS

5HT	Serotonina
ADH	Adenoma de hipófisis
CIE-10	Código internacional de enfermedades – 10
DA	Dopamina
DE	Desviación estándar
DM	Depresión mayor
DSM IV-TR	Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales IV ed rev
EVC	Evento vascular cerebral
HADS	Escala hospitalaria de ansiedad y depresión
HDS/HAM-D	Escala de Hamilton para depresión
HSA	Hemorragia Subaracnoidea
HSD	Hematoma subdural
ICC	Insuficiencia cardiaca congestiva
INNN	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
MINI	Entrevista internacional neuropsiquiátrica
NA	Noradrenalina
OR	Razón de momios (Odds ratio)
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
Sx Ans	Síndrome/síntomas de ansiedad
Sx Dep	Síndrome/síntomas de depresión
TDM	Trastorno depresivo mayor
TEN	Terapia endovascular neurológica
Tx	Tratamiento
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
UTIN	Unidad de Terapia Intensiva Neurológica

RESÚMEN

Al revalorar pacientes en consulta externa, posterior a un periodo de estancia en la unidad de terapia intensiva, el médico tratante se enfrenta en ocasiones a pacientes que están recuperados *ad integrum* desde el aspecto neurológico o neuroquirúrgico que motivó el ingreso sin embargo, es frecuente que la funcionalidad no guarde correspondencia directa con la recuperación neurológica, ocasionalmente los pacientes se encuentran renuentes a continuar el tratamiento o rehabilitación o a reintegrarse a las actividades sociales previas. Esto implica que mientras los pacientes no se sientan seguros para reintegrarse a su actividad previa, continuarán yendo a consulta y no se les puede dar de alta a pesar de ya no tener evidencia de la patología inicial.

Es conocido que al estar en una situación de estrés como la unidad de terapia intensiva, se presenta en todo ser humano una respuesta adaptativa para llegar a la homeostasis. Cuando la historia natural de esta respuesta adaptativa se ve modificada por distintos factores, existe la posibilidad de desarrollar un trastorno depresivo mayor que como consecuencia traerá la falla en la recuperación de las actividades previas del paciente, prolongará el tiempo de cuidados que requiera, así como la cantidad de consultas antes de ser dado de alta, los gastos derivados de esto e incluso puede culminar en suicidio.

En este estudio se pretendió detectar a los pacientes que desarrollaron síntomas de depresión suficientes como para generar disfunción o la falla en la reintegración a sus actividades cotidianas posterior a su estancia en la unidad de terapia intensiva y canalizarlos de manera adecuada para la resolución del cuadro, así como sentar precedente para no dejar de lado esta posibilidad en los pacientes que tengan datos de éste trastorno y fallen en la recuperación.

Hasta la fecha existen en la literatura varios reportes de depresión en pacientes con antecedente de estancia en UTI general pero no en UTI neurológica. Y tampoco los hay de la asociación entre la escala de Karnofsky o alguna otra que mida funcionalidad física o los días de estancia en el servicio y el desarrollo de síntomas de depresión.

Se incluyeron en el estudio a los pacientes que ingresaron a la UTIN en un periodo de 6 meses y que al egreso de este servicio tuvieran una puntuación de 70 ó más en la escala de Karnofsky para la funcionalidad física.

Se obtuvo una muestra de 20 pacientes que se dividieron en los grupos de Karnofsky más bajo (70-80) y los de puntaje más alto (90), se evaluaron a los 2 meses del egreso con la entrevista estructurada MINI y se aplicaron escalas HAM-D y HADS. Obteniendo síndrome de depresión en 55% de los pacientes y una asociación inversa entre Karnofsky al egreso y el desarrollo de síntomas de depresión. También se encontraron síntomas de ansiedad sin embargo no se pudo demostrar asociación. Se valoró también la posible asociación entre el mayor número de días de estancia en la UTIN o el tipo de tratamiento recibido (invasivo o no invasivo) y no se encontró asociación con el desarrollo de síntomas de depresión ni de ansiedad.

INTRODUCCIÓN

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES

DEPRESIÓN EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Una persona ajena a la unidad de cuidados intensivos que observa las actividades diarias, habitualmente se sorprende por el continuo monitoreo, aparatos para soporte vital, y el “ambiente tenso”¹. Un paciente con un padecimiento agudo que ingresa a la UTI, también se verá afectado de esta forma, hasta el miedo intenso, ansiedad y otras reacciones más graves²⁻⁶. Las alteraciones del estado mental en los pacientes de la UTI (el síndrome de la unidad de cuidados intensivos) han preocupado a los psiquiatras e intensivistas desde los primeros reportes en 1960⁷.

Las vivencias experimentadas por los pacientes durante su estancia en la UTI pueden exacerbar los sentimientos de ansiedad producidos por la intervención y consecuentemente disparar el “síndrome de cuidados intensivos”, cuyos síntomas consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, pobre orientación, ilusiones y alucinaciones, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y negativismo y alteraciones de la memoria tanto dentro como fuera del contexto de un cuadro de delirium. Los mecanismos patogénicos todavía no se comprenden bien y continúa siendo un problema controvertido. Sin embargo, el desarrollo del síndrome parece depender de una compleja interacción entre los problemas psicológicos previos de los pacientes, el trauma psicológico infligido por la enfermedad, el estrés inducido por el ambiente y el tratamiento y cuidado de la UTI.⁸

La incidencia de éste síndrome se desconoce principalmente por la variabilidad en las poblaciones de estudio y en los métodos de medición utilizados, sin embargo varía entre 7⁹ y 57%¹⁰.

En un estudio de pacientes que requirieron apoyo mecánico ventilatorio en la UTI, se hizo diagnóstico de trastorno depresivo mayor a 2 meses del egreso en 16%. La incidencia de trastornos del afecto fue de 25-28%. La tercera parte de los pacientes egresados de UTI presentó trastornos del afecto, la mitad de ellos cumpliendo criterios para trastorno depresivo mayor. Los síntomas depresivos en pacientes postUTI están asociados con deterioro funcional y aumento en la solicitud de consultas médicas y servicios de salud por lo que aunque no cumplan criterios de trastorno depresivo mayor, deben tener atención y seguimiento¹¹.

Algunos pacientes que estuvieron en UTI experimentan problemas significativos con el funcionamiento físico, psicológico y social un tiempo después del egreso. Estos problemas no solo involucran al paciente sino que además implican pérdidas económicas continuas para los servicios de salud, para atenuar estos gastos, en Reino Unido se han desarrollado las clínicas de seguimiento de cuidados intensivos¹². En los pacientes críticos, la incidencia de depresión se desconoce; hay estimaciones en pacientes cardiológicos que sitúan su incidencia entre el 15 y el 23%^{13,14}.

La prevalencia reportada de ansiedad y síntomas depresivos en pacientes egresados de UTI están entre 12 y 43% para ansiedad y 10 a 30% para depresión. En Inglaterra se realiza un estudio (ICON) para seguimiento de pacientes después de UTI con énfasis en los hallazgos psicológicos¹⁵.

Baker identifica las fuentes de estrés en la UTI como

- 1) luz continua,
- 2) movilización del paciente por el equipo de enfermería y camilleros,
- 3) olores desagradables y dolor por el contacto con el personal,
- 4) ruido¹⁶.

El apoyo psicológico al paciente le ayudará a manejar la depresión. Los miembros de la familia y personas cercanas son sumamente importantes, además el equipo médico y paramédico debe facilitar al paciente la expresión de sus frustraciones y sentimientos en torno al padecimiento.

En un número de sobrevivientes a la UTI, se ha encontrado que aproximadamente la cuarta parte de ellos tienen niveles significativos de depresión y en general el riesgo de un trastorno depresivo es proporcional a la severidad del padecimiento^{17,18}. También se ha descrito la depresión paradójica en pacientes en la UTI, manifestada por depresión al recuperarse notoriamente del padecimiento inicial¹⁹.

La depresión en la unidad de cuidados intensivos es un fenómeno común y su identificación requiere un abordaje biológico, psicológico y social. La depresión trae consigo riesgos importantes de morbilidad y mortalidad si no es tratada y se puede complicar el manejo médico, por lo que se debe reconocer, diagnosticar y tratar inmediatamente²⁰.

Se ha demostrado la importancia de la intervención oportuna en el paciente con depresión en la unidad de cuidados intensivos²¹, ya que de lo contrario hay un importante riesgo de perpetuar la depresión al egreso de la UTI e incluso posterior a la resolución del padecimiento primario²².

EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

El trastorno depresivo mayor, se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores. El Episodio Depresivo Mayor abarca²³:

Cinco (o más) de los síntomas siguientes durante el mismo período de 2 semanas y representan un cambio respecto del desempeño previo; por lo menos uno de los síntomas es:

- (1) estado de ánimo depresivo o
- (2) pérdida de interés o placer.

A. (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.

(2) Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.

(3) Pérdida significativa de peso sin estar a dieta o aumento significativo, o disminución o aumento del apetito casi todos los días.

(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

(5) Agitación o retraso psicomotores casi todos los días.

(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

(7) Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi todos los días (no simplemente autorreproches o culpa por estar enfermo).

(8) Menor capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días (indicada por el relato subjetivo o por observación de otros).

(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor de morir), ideación suicida recurrente sin plan específico o un intento de suicidio o un plan de suicidio específico.

B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro del funcionamiento social, laboral o en otras esferas importantes.

D. Los síntomas no obedecen a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, una medicación), ni a una enfermedad médica general (por ejemplo hipotiroidismo).

E. Los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir que tras la pérdida de un ser querido, los síntomas persisten por más de 2 meses o se caracterizan por visible deterioro funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas psicóticos o retraso psicomotor.

Los episodios depresivos pueden desaparecer completamente sin tratamiento (aproximadamente en dos terceras partes de los casos) y no hacerlo o hacerlo sólo parcialmente (en aproximadamente un tercio de los casos). Los sujetos que presentan sólo una remisión parcial tienen más probabilidades de presentar otros

episodios y de continuar con el patrón de recuperación parcial interepisódica. Por tanto, las especificaciones de curso, con recuperación interepisódica total sin recuperación interepisódica total, pueden tener valor pronóstico. Algunos sujetos presentan un trastorno distímico previo al inicio del trastorno depresivo mayor, episodio único. Hay datos que sugieren que estos sujetos tienen más probabilidades de presentar otros episodios depresivos mayores, tienen una peor recuperación interepisódica y pueden necesitar un tratamiento más intenso en la fase aguda y un período más largo de tratamiento continuado para alcanzar y mantener un estado eutímico más completo y de larga duración.

Algunos estudios sugieren que los acontecimientos psicosociales (estresores) desempeñan un papel importante en la precipitación del primer o el segundo episodios posteriores. Las enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias (especialmente la dependencia de alcohol o cocaína) pueden contribuir al inicio o la exacerbación del trastorno depresivo mayor²⁴.

Relaciones Morfofuncionales de la Sintomatología Afectiva^{25,26}:

Dentro del córtex prefrontal se encuentra en el cíngulo anterior el área subgenual. Los pacientes con lesiones en esta área cerebral presentan alteraciones en la respuesta autonómica a estímulos emocionales, además de incapacidad para expresar emoción ante situaciones normalmente emotivas e imposibilidad para utilizar información sobre la probabilidad de castigo o recompensa como guía en el comportamiento social. Hallazgos similares se obtuvieron del estudio de ratas con lesiones bilaterales o derechas en áreas prelímbicas. Se objetivaba una atenuación de la respuesta autonómica, de la respuesta corticoesteroidea y de la respuesta gástrica a estresantes. En cambio, las lesiones en el lado izquierdo producían lo contrario. Ante estos hallazgos se postuló la hipótesis de que la región subgenual derecha facilitaba la expresión de la respuesta visceral al estrés, y en cambio la región izquierda modulaba esta respuesta. Apoyan esta hipótesis las numerosas conexiones recíprocas del área subgenual con otras estructuras, como el córtex orbital, el área tegmental ventral, la sustancia negra, los núcleos del rafe, el *locus coeruleus* la sustancia gris

periacueductal y el núcleo del tracto solitario. También en ratas se ha estudiado la posible intervención de esta área en el comportamiento condicionado por las percepciones emotivas. En el cíngulo anterior se encuentra también el área pregenual, que si se estimula con electricidad produce miedo, pánico y presentimientos. Estudios realizados del córtex orbital prefrontal sugieren su relación con la modulación del comportamiento, más específicamente en la respuesta cognitiva de defensa al miedo y el comportamiento dirigido a la recompensa. Se ha observado un aumento del flujo cerebral en la zona posterior del córtex orbital cuando se induce a individuos sanos tristeza, pensamiento obsesivo y ansiedad. Pacientes con lesiones en el córtex orbital presentan un deterioro en la planificación de las tareas que requieren información relacionada con la recompensa y el castigo, y muestran dificultades en configurar estrategias ante circunstancias cambiantes, perseverando en actitudes inadecuadas. La depresión esta área pueda estar relacionada con la respuesta emocional excesiva a estresantes y la ideación obsesiva. Con respecto a las áreas dorsomedial y dorsoanterolateral del córtex prefrontal se postula que cuando se activan, modulan la expresión emocional, disminuyendo la ansiedad y la frecuencia cardíaca. Ratas con lesiones en el área homóloga presentan una respuesta cardíaca exagerada a un estímulo condicionado negativo. También en los trastornos afectivos se hallan lesiones en áreas que no están directamente relacionadas con el procesamiento emocional, ya que debemos tener en cuenta que en la depresión existen síntomas de tipo cognitivo, psicomotor y neurovegetativo. Se ha visto que las áreas dorsolateral del córtex prefrontal y el área dorsal del cíngulo anterior están relacionadas con el lenguaje, la atención, la memoria, la función visoespacial y la memoria. El núcleo estriado, en especial el estriado ventral o núcleo accumbens, que durante años se había involucrado en los mecanismos de recompensa del consumo de tóxicos, se ha visto que tiene un papel importante en la regulación del humor. En él se encuentran neuronas dopaminérgicas del sistema dopaminérgico mesolímbico y se ha objetivado un aumento de la transcripción mediada por CREB (*cAMP response element binding protein* o proteína ligada a la respuesta AMPcíclica), en

respuesta al estrés agudo o crónico, que como más adelante veremos es un factor de transcripción que se ha involucrado en los mecanismos moleculares de la depresión. La amígdala condiciona de forma fundamental la respuesta a estímulos temerosos y a estímulos agradables, es decir elabora la memoria emocional. Por último, parece ser que es el hipotálamo quien media los síntomas neurovegetativos, como son el sueño, el apetito, la energía y la libido. Una de sus características fundamentales es su papel de coordinador de las distintas funciones neuroendocrinas y neurovegetativas que se alteran en la depresión (hiperactividad del eje Hipotálamo-Hipofiso-Adrenal [HHA], hipotiroidismo subclínico, alteraciones en la función de la hormona del crecimiento y de la prolactina).

Alteraciones Extracelulares de los Trastornos Afectivos^{27,28,29,30}.

En las décadas de los 60 y 70 se dedicó un gran esfuerzo al estudio de los aspectos extracelulares de la transmisión sináptica, ya que se creía que éste era el sustrato principal de la fisiopatología de los trastornos afectivos. Se describieron alteraciones en los sistemas de neurotransmisión, principalmente de noradrenalina (NA), serotonina (5HT) y dopamina (DA), a la par que se desarrollaban agentes terapéuticos que incidían a este nivel. La disregulación del sistema noradrenérgico media algunos de los síntomas fundamentales de la depresión, como déficit atencional, dificultades de concentración y de memoria, aislamiento social y estados de excitación. Su función es coordinar la respuesta central y periférica precoz al estrés. Se han relacionado con la disfunción del sistema noradrenérgico tanto un aumento de la frecuencia de descarga como una disminución de la descarga noradrenérgica. Esto produce una alteración en la sensibilidad de los receptores y en las interacciones con otros sistemas moduladores, resultando una modulación noradrenérgica postsináptica inefectiva. En la modulación del sistema noradrenérgico están involucrados otras áreas cerebrales además del *locus coeruleus* (córtex, tálamo, núcleo del rafe, hipocampo) y otros sistemas como el GABAérgico, glutamatérgico, de las encefalinas, neuropeptídicos, etc. Está descrita una relación recíproca entre el

sistema serotoninérgico y noradrenérgico y su relación con el eje HHA, como mediadores de la respuesta sistémica al estrés. Se han descrito que predisponen a padecer una depresión mayor alteraciones de la actividad presináptica serotoninérgica y alteraciones en los receptores postsinápticos 5-HT₂ y 5-HT_{1A}, y también se ha objetivado una relación recíproca entre las alteraciones del sistema serotoninérgico y el eje HHA. Existen multitud de hallazgos que apoyan la influencia del sistema serotoninérgico en la fisiopatología de la depresión, como por ejemplo, la posibilidad de inducir sintomatología depresiva con técnicas que depletan el L-triptófano, el precursor de 5-HT, las bajas concentraciones de L-triptófano, 5-HT y un metabolito de la 5-HT, 5-HIAA halladas en estudios histológicos post-mortem de pacientes suicidas y el aumento de la concentración de L-triptófano con tratamiento antidepresivo. Además en la depresión mayor se objetiva un incremento del número y de la afinidad de los receptores postsinápticos 5-HT₂ y una regulación a la baja y desensibilización de los receptores 5-HT_{1A} postsinápticos. En cuanto a la relación con el eje HHA, se ha demostrado que la 5-HT estimula este eje a través de la activación de los receptores 5-HT_{1A} y 5-HT₂ que actúan sobre la Hormona estimulante corticotropínica. Existen evidencias de que alteraciones en los mecanismos de adaptación al estrés están involucrados en el desarrollo, tratamiento y prevención de los trastornos del humor. El eje HHA es el sistema endocrino fundamental en la respuesta al estrés. Por una parte, se ha objetivado en estudios epidemiológicos recientes que la mayoría de los cuadros afectivos se asocian a un evento estresante vital y por otra, está bien establecido que en pacientes con Depresión Mayor, especialmente aquellos con características melancólicas, presentan alteraciones significativas en el eje HHA. Estos pacientes exhiben un incremento de la actividad del eje HHA, un aumento del número de pulsos secretores de hormona adrenocortico-trópica y un aumento de la magnitud de los pulsos de cortisol. Se conoce que el efecto de los glucocorticoides consiste en la regulación del metabolismo general y del comportamiento afectivo por medio de su acción directa en numerosas regiones cerebrales. La actividad del eje HHA está controlada por determinados circuitos

cerebrales, que incluyen el hipocampo (que ejerce una influencia inhibitoria sobre la síntesis de CRF, el factor estimulador corticoideo, en el núcleo paraventricular del hipotálamo) y la amígdala. Los glucocorticoides mediante su efecto directo en el hipocampo e hipotálamo realizan una retroalimentación negativa en el eje HHA. Se ha demostrado que las concentraciones elevadas de corticoides mantenidas en el tiempo pueden dañar las neuronas del hipocampo, en particular las neuronas piramidales CA3, produciendo una reducción de la arborización dendrítica y una disminución de la proliferación de neuronas granulares en el giro dentado, como se explicará de forma más detallada posteriormente. Este daño a nivel del hipocampo conlleva una reducción de la retroalimentación negativa sobre el eje HHA, manteniendo la elevada actividad glucocorticoidea y causando un mayor daño hipocampal. Se cree que este deterioro a nivel del hipocampo contribuye a las alteraciones cognitivas de la depresión. La hiperactividad del eje HHA no sólo contribuye a la depresión por medio de la hipercortisolemia, sino que también influye el aumento de la transmisión CRH. Pero todavía se desconoce si la alteración del eje HHA es una causa primaria de la depresión, o por el contrario es secundaria a otra causa inicial. También otros sistemas hormonales como el tiroideo y el somatotrópico se han involucrado en la fisiopatología de la depresión.

Alteraciones Celulares y Moleculares en los Trastornos Afectivos^{31,32}:

Los procesos de transmisión sináptica implican mecanismos complejos de activación celular. Los neurotransmisores se unen a una molécula de receptor transmembrana, que interactúa con proteínas G de membrana. Estas proteínas están compuestas por subunidades α , β y γ . La activación del receptor induce un cambio conformacional en el receptor asociado a la proteína G, como resultado de un intercambio de GDP (guanidindifosfato) por GTP (guanidintrifosfato) en la subunidad α . La subunidad α a su vez conduce a la activación de canales iónicos o a la producción de segundos mensajeros. Los niveles del subtipo estimulador de la subunidad α (Gás) parecen tener relevancia en los trastornos afectivos. Varios estudios realizados en células sanguíneas han encontrado una relación

entre los niveles y las alteraciones funcionales de proteínas G con la presentación de síntomas depresivos. La complejidad generada por las interacciones de los receptores acoplados a proteínas G puede ser un mecanismo mediante el cual las neuronas adquieren la capacidad de generar la amplia gama de respuestas que se observan en el sistema nervioso. De esta manera, las vías de transducción neuronal acopladas a proteínas G de membrana estarían implicadas en la regulación de funciones como el apetito, la debilidad o el estado de ánimo en las áreas cerebrales correspondientes. La señal extracelular es posteriormente integrada, amplificada y transmitida a enzimas intracelulares específicas, llamadas efectoras. Los subtipos estimulador e inhibidor de la proteína G se asocian a la enzima Adenilato Ciclasa, la cual cataliza la formación de AMPcíclico, uno de los segundos mensajeros más importantes, desde una molécula de ATP. La producción de AMP cíclico es regulada por fosfodiesterasas de diversos tipos. El AMPc regula funciones celulares, como el metabolismo y la transcripción génica. La principal diana del AMPc es otra enzima, llamada proteinkinasa A (PKA), formada por dos subunidades. La unión al dominio regulador (R) induce la disociación del dominio catalítico (C). Esta enzima es crucial para asociar los distintos cambios de señalización en neurotransmisores con los cambios neurobiológicos que se suceden. La actividad de esta enzima parece estar alterada en el córtex temporal de pacientes con trastornos afectivos. Otros neurotransmisores se asocian a mecanismos de señalización que implican la fosfatidilinositol-fosfolipasa (PLC), activadas mediante la unión específica a isoformas G α q. La subunidad G α q disocia y activa la PLC, que cataliza la hidrólisis del fosfatidilinositolbifosfato (PIP₂) a dos mensajeros: diacilglicerol (DAG) e inositoltrifosfato (IP₃). El IP₃ libera calcio al citosol desde el retículo endoplasmático. Por otro lado, la molécula de DAG es capaz de activar la proteinkinasa C (PKC). Las moléculas de inositol atraviesan con dificultad la barrera hematoencefálica, por lo que las células deben mantener una cantidad suficiente de mio-inositol para resintetizar el PIP₂. Éste se obtiene de la desfosforilación de inositol fosfatos, donde la enzima inositolmonofosfatasa (IMPasa) juega un importante papel. Existen

suficientes evidencias acerca de la alteración de Gαq y PLC, tanto en tejidos periféricos como en estudios post mortem del córtex occipital en pacientes con alteraciones afectivas. También la alteración de la PKC se ha visto implicada en estos procesos. El calcio juega un papel también principal en la mediación de distintos eventos intracelulares, que incluyen la plasticidad neuronal, la supervivencia celular y la muerte celular. Se ha observado cómo mecanismos que implican cambios en los niveles de calcio intracelular conllevan diferentes cambios bioquímicos. El aumento de calcio procede tanto del exterior de la célula como de su retículo endoplasmático y es nuevamente regulado a la baja gracias a la hidrólisis del IP3. El gradiente de calcio se mantiene gracias a bombas de Ca/ATPasa o intercambiadoras de Na/Ca situadas en la membrana celular. El calcio se une a la calmodulina, y el complejo regula otras enzimas (como las proteinkinasa dependientes de calmodulina, o CaMKs). Estudios que se refieren a las concentraciones de calcio en plaquetas o linfocitos de pacientes depresivos sugieren una estrecha relación de éstos tanto con la clínica, como con los niveles de otras enzimas (por ejemplo, la PKC y los receptores Gα?). De esta manera, se ha sugerido que son los niveles alterados de calcio los que secundariamente alteran los niveles de otras enzimas. También se han encontrado en glóbulos rojos de pacientes deprimidos un aumento en la actividad de la Ca/ATPasa y un descenso de actividad en la bomba Na/K/ATPasa, que regula el intercambio de Na/Ca. La consecuencia final de la activación las distintas vías antes descritas es la regulación de factores de transcripción. Uno de los factores más estudiados es el factor CREB. La activación de este factor se da mediante la fosforilación de un aminoácido (Ser-133) por medio de distintas kinasas (PKA, PKC, CaMK y elementos de la cascada MAPK). El factor fosforilado (pCREB) se une a un sitio específico de la región promotora llamada CRE (*cAMP-response element*), que conduce a la expresión de RNA mensajero que regula la producción de la consiguiente proteína. Las fluctuaciones rápidas en los niveles de neurotransmisor y receptor asociadas a la alteración en la expresión de proteínas pueden alterar permanentemente la función o estructura de determinadas regiones cerebrales. La glicógeno sintasa kinasa 3β (GSK3β) es otra proteína

moduladora del factor CREB, cuya función es crucial en la regulación de los acontecimientos que se suceden en el núcleo. Además de producir un ajuste fino de este factor, está implicada en la regulación de microtúbulos, microfilamentos, proteína básica de la mielina, factor de crecimiento nervioso y proteína tau en el cerebro. Se han encontrado alteraciones en los niveles de esta enzima, así como de la proteína tau con relación a pacientes control. En la regulación del factor CREB intervienen distintas neurotrofinas localizadas en la región del hipocampo. Una de las más investigadas es el denominado BDNF (*brain-derived neurotrophic factor* o factor neurotrófico cerebral). El BDNF juega un papel principal en mecanismos de aprendizaje y memoria. Es transportado desde las neuronas granulares de la circunvolución dentada a las neuronas piramidales CA3. En ausencia de este factor, las células entran en procesos de muerte celular programada, o apoptosis. Las proteínas necesarias para la muerte celular son las caspasas, una familia de cisteín-proteasas que se activa durante el proceso proteolítico. Por el contrario, otros factores como las proteínas Bcl-2 inhiben la activación de las caspasas, aumentando por tanto la supervivencia celular. Finalmente el factor BAD bloquea la acción del Bcl-2, conduciendo a la muerte celular. Una de las vías intramoleculares activadas por el BDNF es la cascada de la MAPkinasa, gracias a la cual se fosforila y bloquea el factor proapoptótico BAD. El producto final de esta vía es la activación la proteína CREB, encargada en la expresión del factor antiapoptótico Bcl-2. Se cree que la expresión de este factor puede conducir a la diferenciación neuronal, dependiendo de si las células expresan los receptores de NA o 5HT apropiados. De esta manera, la pérdida neuronal observada en la depresión puede deberse a alteraciones de los factores que controlan la muerte celular programada (por ejemplo, un descenso de Bcl-2 o un aumento de factor BAD). Es en la regulación del CREB y Bcl-2 donde se están centrando actualmente ciertas líneas de investigación de nuevos tratamientos.

Justificación

Se acepta que la etiopatogenia de los trastornos afectivos, como la de otros trastornos psiquiátricos, debe ser multifactorial, existiendo factores genéticos/biológicos y también psicosociales (personalidad, acontecimientos vitales, soporte social, etc.) Así, podríamos hablar de unos factores predisponentes, otros precipitantes y otros más mantenedores del trastorno depresivo, que habrá que tener en cuenta en la exploración y en el momento de planificar el tratamiento.

Según nos refiramos a una depresión reactiva, una distimia, un trastorno depresivo mayor o una melancolía, el peso se decantará hacia uno u otro de los factores etiológicos. También es claro que cualquier padecimiento sobre todo crónico, genera en el paciente una respuesta adaptativa que por el contexto y el ambiente desfavorable de la unidad de cuidados intensivos puede desencadenar un trastorno depresivo como tal.

Al presentarse la depresión en el paciente hospitalizado en UTI, se desencadenan respuestas metabólicas e inmunológicas que alteran el curso esperado de la recuperación, asimismo puede existir falta de cooperación del paciente para su recuperación.

Hay evidencia de la aparición de depresión en pacientes hospitalizados en las UTI y de la mayor incidencia del trastorno depresivo en los pacientes con padecimientos neurológicos, pero pocos estudios acerca de la repercusión del trastorno depresivo en el tiempo y la forma de recuperación de los pacientes.

Sin embargo no se han encontrado datos de la prevalencia de síntomas de depresión, que contrario a la historia natural de la enfermedad, no remiten y generan disfunción. En este estudio se pretende encontrar algunos factores de riesgo para desarrollar estos síntomas y de esta forma poder dar seguimiento más puntual a quienes puedan presentarlos.

Siendo el INNN un hospital de concentración de patologías neurológicas y neuroquirúrgicas, puede ser una buena oportunidad para describir los hallazgos al respecto y con estos resultados determinar si la aparición de TDM tiene como consecuencia mayor tiempo en la recuperación, por lo tanto pérdidas que afectan la estabilidad biopsicosocial del paciente y su familia, así como mayores pérdidas económicas a la institución.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes que ingresan a la a dos meses del egreso y su relación con el diagnóstico de ingreso, el Karnofsky de egreso y los días de estancia en UTIN

Objetivos Específicos

Determinar si existe relación entre el desarrollo de síntomas de depresión y los días de estancia en UTIN.

Determinar si hay relación entre el desarrollo de síntomas de depresión y Karnofsky más bajo (70-80) o más alto (90 ó más) al egreso de piso.

Determinar la presencia de algún diagnóstico que se relacione más con el desarrollo de síntomas de depresión.

Hipótesis

Hipótesis Principal

La frecuencia de desarrollo de TDM en pacientes que egresan de la UTIN es de más del 50%.

Hipótesis Secundarias

Existe una relación directa entre el tiempo de estancia en UTIN y el desarrollo de síntomas de depresión.

Hay una relación inversa entre el puntaje de Karnofsky al egreso y la presencia de depresión.

Los padecimientos que requieren tratamientos invasivos se relacionan más con el desarrollo de síntomas de depresión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Observacional Transversal Analítico⁴⁸

Población y Muestra

Población objetivo: Pacientes que ingresen a la UTI del INNN con cualquier diagnóstico y Karnofsky al egreso de 70 ó más¹.

Tamaño de muestra: No se calcula porque no se puede estimar el número de pacientes que ingresarán a la UTI en ese periodo, se intentará cubrir un número de al menos 20 pacientes para realizar pruebas no paramétricas. Todos los pacientes que ingresen a la UTI del INNN MVS en el periodo de octubre 2009 a abril 2010 serán incluidos.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de Inclusión

1. Pacientes sexo indistinto mayores de 15 años internados en la UTIN, con Karnofsky al egreso de 70 puntos ó más.
2. Cualquier diagnóstico.
3. Aceptación voluntaria para participar en el estudio previa lectura del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

1. Comorbilidad previa con enfermedades neurodegenerativas o trastornos del estado de ánimo.
2. Pacientes con discapacidad física tal que no permita la evaluación clinimétrica.

Criterios de Eliminación

1. Abandono voluntario del estudio
2. Evaluación incompleta

Variables y escalas de medición

Definición de las principales variables				
Variable	Definición Conceptual (C) y Operacional (Op)	Instrumento	Tipo de variable	Escala de Medición
Diagnóstico de ingreso	C: Padecimiento que compromete la vida del paciente y requiere cuidados intensivos OP: Diagnóstico al ingreso de UTIN según CIE10	Historia clínica	Independiente Antecedente	Categórica
Diagnóstico de egreso	C: Comorbilidad adquirida durante la estancia en UTIN OP: Diagnósticos agregados según CIE 10	Historia clínica	Independiente Antecedente	Categórica
Días de estancia en UTIN	C: Días transcurridos en UTIN desde el ingreso OP: Número de días registrados de la estancia en UTIN	Bitácora del servicio	Independiente	Numérica
Funcionalidad física	C: Escala de deterioro funcional físico OP: Puntaje obtenido en la KPSI (100-80 actividad normal, 70-50 necesita ayuda, 40-0 hospitalizado-muerte)	Karnofsky Performance Scale Index	Independiente	Numérica - Categórica
TDM	C: Trastorno del afecto que consiste en ánimo bajo y/o anhedonia y otros criterios OP: Pacientes con criterios DSM IV TR y CIE10	MINI	Dependiente	Dicotómica Nominal
Severidad de la depresión	C: Gravedad clínica de ansiedad y depresión. OP: Puntaje HAM-D (0-9 sin depresión, 10-18 leve, 19-25 moderada, 26 o más, severa), HADS (0-7 normal, 8-10 dudoso, >11 problema clínico)	HAM-D (21) HADS	Dependiente	Numérica

CUADRO DE VARIABLES CONFUSORAS				
Variables	Definición Conceptual (C) y Operacional (Op)	Instrumento	Tipo de variable	Escala de Medición
Edad	C: Años de vida desde el nacimiento OP: Años cumplidos al ingresar al estudio	Registro de datos sociodemográficos	Independiente	Numérica continua
Sexo	C: Características biológicas sexuales que determinan el género masculino o femenino OP: Hombre o Mujer	Registro de datos sociodemográficos	Independiente	Dicotómica

Procedimiento

Se buscó en las libretas de egreso de la UTIN el nombre de los pacientes que estuvieron en el servicio entre octubre de 2009 y abril de 2010. Con estos datos se revisó el expediente de cada uno y se encontró el puntaje de Karnofsky al egreso que se valora de manera rutinaria en estos pacientes. A aquellos con 70 puntos o más se les localizó vía telefónica y se les dio cita a los 60 días de su egreso. Se valoraron en consulta externa por parte de la que desarrolla el protocolo con ayuda de dos residentes de psiquiatría quienes estaban capacitados para la aplicación de las escalas.

ESCALA DE FUNCIONALIDAD DE KARNOFSKY

El índice de Karnofsky, se utilizó por primera vez en 1948 para valorar el estado funcional de pacientes oncológicos tratados con quimioterapia^{33,34}. Desde entonces este índice funcional ha sido ampliamente utilizado en estudios clínicos mostrando buena correlación con otras medidas funcionales y del bienestar³⁵. Entre sus aplicaciones contrastadas podemos citar, el establecer criterios de conveniencia para llevar a cabo distintos tratamientos en pacientes con cáncer³⁶, medir de forma global el estado funcional en pacientes oncológicos³⁷, predecir la evolución³⁸ y supervivencia en dichos pacientes^{39,40}, valorar el pronóstico y riesgo en pacientes geriátricos⁴¹, y como indicador de calidad de vida en pacientes con patología neurológica⁴², cáncer de pulmón⁴³, o nutrición parenteral domiciliaria⁴⁴. La Escala de Karnofsky muestra el valor asignado a cada paciente de acuerdo con su grado de enfermedad y estado funcional. Es una tabla descendiente que va de la normalidad a la muerte. Así pues los pacientes con un valor igual o superior a 60 son capaces satisfacer la mayoría de sus necesidades, mientras que aquellos con un valor igual o inferior a 30 están totalmente incapacitados y necesitan tratamiento de soporte activo.

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN⁴⁵

DESCRIPCIÓN: La Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale, o HRSD) fue diseñada para ofrecer una medida de la intensidad o gravedad de la depresión. La versión inicial, con 24 ítems, data de 1960 y fue posteriormente revisada y modificada por el mismo autor, en 1967, reduciéndola a 21 ítems. De ellos, los cuatro últimos no son útiles a efectos de valorar la intensidad o gravedad de la depresión, por lo que en los ensayos clínicos de evaluación terapéutica se ha generalizado el uso de una versión reducida de 17 ítems, que corresponden a los 17 primeros de la versión publicada en 1967.

La versión de 21 ítems fue adaptada al castellano por Conde y cols en 1984, quien introdujo un ítem final para valoración de otros síntomas, por lo que consta de 22 ítems. Ramos-Brieva y Cordero (1986) adaptaron al castellano y validaron la versión reducida de 17 ítems. En su versión original es una escala heteroaplicada y calificada por el observador y no un listado de comprobación de síntomas en el que cada ítem tiene una definición estricta. Debe ser cumplimentada por un terapeuta experimentado al final de una entrevista clínica que, al menos en la primera evaluación, debería ser poco dirigida; en ella puede recabarse información adicional de personas allegadas al paciente. Cada ítem se evalúa con un baremo de 3 (ausente, dudoso o trivial, presente) o 5 posibilidades (ausente, dudoso o trivial, leve, moderado, grave), en función de la intensidad de los síntomas que presenta el paciente; los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados, contando sólo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. De los 21 ítems de la versión original, cuatro no están relacionados con la intensidad de la alteración del estado de ánimo (variación diurna, despersonalización, pensamiento paranoide y síntomas obsesivo-compulsivos), pero pueden ser utilizables en circunstancias

especiales. La adaptación al castellano de Conde y Franch mantiene estos cuatro ítems, y añade un quinto referido a “Otros síntomas”. Tiene, además, dos peculiaridades no explicadas: en el ítem 9 (Agitación) mantiene el rango de valoración de la versión inicial de la escala, que es de 0-2, rango que Hamilton modifica en la versión de 1967, ampliándolo a 0-4; y en el ítem 14 (Síntomas genitales) añade un tercer nivel de valoración (“Incapacitante”), con lo que este ítem pasa a tener un rango de 0-3, frente al rango 0-2 de las versiones originales de la escala. La versión de 17 ítems, o versión americana por haber sido recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, omite estos cuatro ítems y sistematiza los criterios de evaluación de cada ítem al modo de un listado de comprobación de síntomas, en un esfuerzo por mejorar su definición. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala. Se han identificado distintos factores o índices, de los que los más usados son 8: - Índice de melancolía, formado por los ítems 1 (estado de ánimo depresivo), 2 (sensación de culpabilidad), 7 (trabajo y actividades), 8 (inhibición), 10 (ansiedad psíquica) y 13 (síntomas somáticos generales).- Índice de ansiedad, formado por los ítems 9 (agitación), 10 (ansiedad psíquica) y 11 (ansiedad somática).- Índice de alteraciones del sueño, formado por los tres ítems referidos a insomnio (4, 5, 6).

INTERPRETACIÓN: Cada ítem se valora de 0 a 2 puntos en unos casos y de 0 a 4 en otros, eligiendo la puntuación que mejor se ajuste a la sintomatología que presenta el paciente. La puntuación total de la escala es la suma de las puntuaciones asignadas a cada uno de los ítems, con la salvedad de que en la versión de 21 ítems el criterio más extendido es tomar en consideración a efectos de score sólo los 17 primeros ítems. Por tanto, el rango de puntuación para ambas versiones es de 0-52 puntos. En sentido estricto no tiene puntos de corte, ya que es una escala que no tiene finalidad diagnóstica y su utilidad se centra en “cuantificar” la sintomatología depresiva en pacientes ya

diagnosticados de depresión. Como criterio de inclusión en ensayos clínicos se suele aceptar los puntos de corte ≥ 13 ó ≥ 18 , en dependencia de los objetivos del estudio. A efectos de categorizar la intensidad / severidad del trastorno depresivo existen distintas propuestas, de las que recogemos las siguientes:

Vázquez C. (1995)		Bech P. (1996)	
0-6	Sin Depresión	0-7	Sin Depresión
7-17	Depresión ligera	8-12	Depresión menor
18-24	Depresión moderada	13-17	Menos que Depresión mayor
25-52	Depresión grave	18-29	Depresión mayor
		30-52	Más que Depresión mayor

0 – 3	No depresión
4 – 8	Depresión menor
≥ 9	Depresión mayor

Un segundo índice útil para evaluar los cambios en el perfil sintomático del cuadro depresivo es el índice “ansiedad / somatización” (formado por los ítems 10, 11, 12, 13, 15, y 17), que cuantifica los niveles de ansiedad, considerados altos a partir de una puntuación ≥ 7 . Para evaluar los cambios en la evolución del cuadro clínico se comparan los resultados pre-tratamiento con los obtenidos en visitas posteriores. En los ensayos clínicos el criterio más usualmente utilizado para definir la respuesta terapéutica es la reducción del 50 % en la puntuación post-tratamiento en relación a la puntuación basal o inicial; la remisión se define por una puntuación post-tratamiento $\leq 7/\leq 8$. Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en ella tienen los síntomas directamente relacionados con la alteración del estado de ánimo y por la presencia de ítems cuya relación con la depresión es cuestionable, (por ej, la falta de insight). El elevado peso que tienen en la puntuación final los síntomas somáticos puede prestarse a confusión en pacientes geriátricos o en pacientes con enfermedad física concomitante y algunos síntomas (insomnio, pérdida de peso, problemas gastrointestinales, disminución de la libido,...) pueden verse influenciados por los efectos secundarios de los fármacos antidepresivos u otra medicación concomitante. Su validez para distinguir entre depresión y ansiedad como dimensiones psicopatológicas independientes es escasa. También se ha

señalado su menor sensibilidad para apreciar cambios en los pacientes graves, en los que podría ser más adecuada la escala de Montgomery-Asberg. Requiere una estandarización previa, ya que los criterios de evaluación de cada ítem no se especifican de forma detallada, y presenta también dificultades en diferenciar intensidad y frecuencia en algunos ítems. Esto ha dado origen a numerosas versiones o adaptaciones que han generado cierta confusión sobre su empleo.

Fiabilidad: En sus dos versiones, esta escala posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.92, según estudios). El coeficiente de correlación intraclases es de 0,92 en un estudio llevado a cabo por Pott. La fiabilidad interobservador oscila, según autores, entre 0.65 y 0.9.

Validez: En correlación con otros instrumentos de valoración global de la depresión, como la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg, el Inventario de Sintomatología Depresiva y la Escala de Melancolía de Bech, oscila entre 0.8 y 0.9. Su validez no es la misma en toda la población, siendo menor en pacientes de edad elevada por el elevado peso de los síntomas somáticos, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características, tales como pacientes alcohólicos y pacientes con demencia, y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Posee buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico del paciente depresivo en relación al tratamiento, aunque se ha sugerido que sería más sensible a los cambios acontecidos en los síntomas de ansiedad que en los de depresión. Similares resultados se han obtenido en el estudio de validación de la versión española. El índice de melancolía, o subescala formada por los ítems arriba citados, ha mostrado una muy estrecha correlación con la versión completa de la escala, y una sensibilidad al cambio terapéutico similar a ésta y similar también a la escala de Montgomery-Asberg.

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN⁴⁶ **(HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HADS)**

DESCRIPCION: La valoración psiquiátrica de pacientes hospitalizados suele ser difícil, ya que los síntomas somáticos característicos de ansiedad y depresión presentes en estos pacientes, pueden estar justificados por su dolencia física. Para obviar este inconveniente, Zigmond y Snaith (1983) diseñaron una escala que sustituye los síntomas que pueden ser provocados por la dolencia física por otros más específicos de la vivencia psíquica del trastorno, con la finalidad de proporcionar un instrumento para detectar estados de depresión y ansiedad en pacientes de servicios hospitalarios no psiquiátricos.

La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Snaith, en colaboración con Bulbena A. y Berrios G., y ha sido validada por Tejero y cols (1986).

Es un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado por dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares). Los ítems de la subescala de ansiedad están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton, evitando la inclusión de síntomas físicos que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una escala de Likert de 4 puntos (rango 0 - 3), con diferentes formulaciones de respuesta. El marco temporal, aun cuando las preguntas están planteadas en presente, debe referirse a la semana previa.

INTERPRETACION: El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante la última semana. La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos (ítems pares para la de depresión, impares para la de ansiedad). El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala, y de 0-42 para la puntuación global.

En la versión original de la escala se proponen los mismos puntos de corte para las dos subescalas:

- 0 – 7 Normal
- 8 –10 Dudoso
- ≥ 11 Problema clínico

Otros autores recomiendan la utilización de la puntuación global y no las de las subescalas por separado, ya que no se ha podido documentar un buen poder discriminativo entre ansiedad y depresión, con puntos de corte que varían entre las distintas enfermedades médico-quirúrgicas (desde ≥ 12 en pacientes médicos con síntomas somáticos inexplicados, hasta ≥ 20 en pacientes en cuidados paliativos). La HADS es una escala sencilla y de fácil aplicación, útil en pacientes médico-quirúrgicos para valorar el grado en que la enfermedad afecta a su estado emocional. Proporciona medidas dimensionales de “malestar psíquico”, mostrando una buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida. Puede ser utilizada para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a distintos tipos de intervenciones. Aunque se ha utilizado en otros ámbitos (pacientes psiquiátricos, población general, población consultante, ancianos...), no parece ser ésta una elección razonable ya que en estos casos otras escalas tienen mejor documentada su validez.

PROPIEDADES PSICOMETRICAS: Los índices psicométricos de esta escala distan mucho de estar bien establecidos. En general, los datos de fiabilidad en términos de consistencia interna y fiabilidad test-retest son adecuados, pero la capacidad de las respectivas subescalas para discriminar entre ansiedad y depresión está muy cuestionada y su validez predictiva es escasa, con cifras de sensibilidad y, sobre todo, de especificidad bajas. Esto se traduce en un bajo rendimiento a efectos de cribado o detección de casos, ya que para niveles adecuados de sensibilidad, la especificidad es baja y por tanto el porcentaje de falsos positivos es elevado. De ahí que el uso de esta escala se haya orientado más hacia la detección y cuantificación de “malestar psíquico”, mostrando por un

lado buena correlación con diferentes aspectos de severidad de la enfermedad física y con otras medidas dimensionales de calidad de vida, y por otro buena sensibilidad para detectar cambios durante el curso de la enfermedad o en respuesta a intervenciones psicoterapéuticas. En este sentido su rendimiento en términos de sensibilidad / especificidad es muy similar al del G.H.Q (General Health Questionnaire), y no se ve influenciado por variables sociodemográficas (edad, sexo).

MINI: MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW⁴⁷

Las variables de diagnósticos de trastornos mentales se evalúan a través de la Mini International Neuropsychiatric Interview (Scheehan & Lecrubier, 1999), entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. La M.I.N.I está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Para establecer el estado de salud mental, se considerarán los siguientes trastornos: episodio depresivo mayor (Módulo A), trastorno distímico (Módulo B), riesgo suicidio (Módulo C), episodio hipomaníaco (Módulo D), trastornos de angustia (Módulo E), agorafobia (Módulo F), fobia social (Módulo G), trastorno obsesivo-compulsivo (Módulo H), trastorno por estrés postraumático (Módulo I), trastorno de ansiedad generalizada (Módulo O), abuso y dependencia de sustancias alcohólicas (Módulo J), trastornos asociados al uso de sustancias psicoativas no alcohólicas (Módulo K), trastornos psicóticos (Módulo L), anorexia nerviosa (Módulo M) y bulimia nerviosa (Módulo N).

Implicaciones Éticas del Estudio

Se explicó y tomó consentimiento informado al paciente y familiar procurando en todo momento el tratamiento integral. Si se hizo diagnóstico síndrome depresivo o ansioso, se canalizó a consulta externa de Psiquiatría para tratamiento y seguimiento. El presente estudio fue valorado por el comité de ética determinándose riesgo mínimo.

RESULTADOS

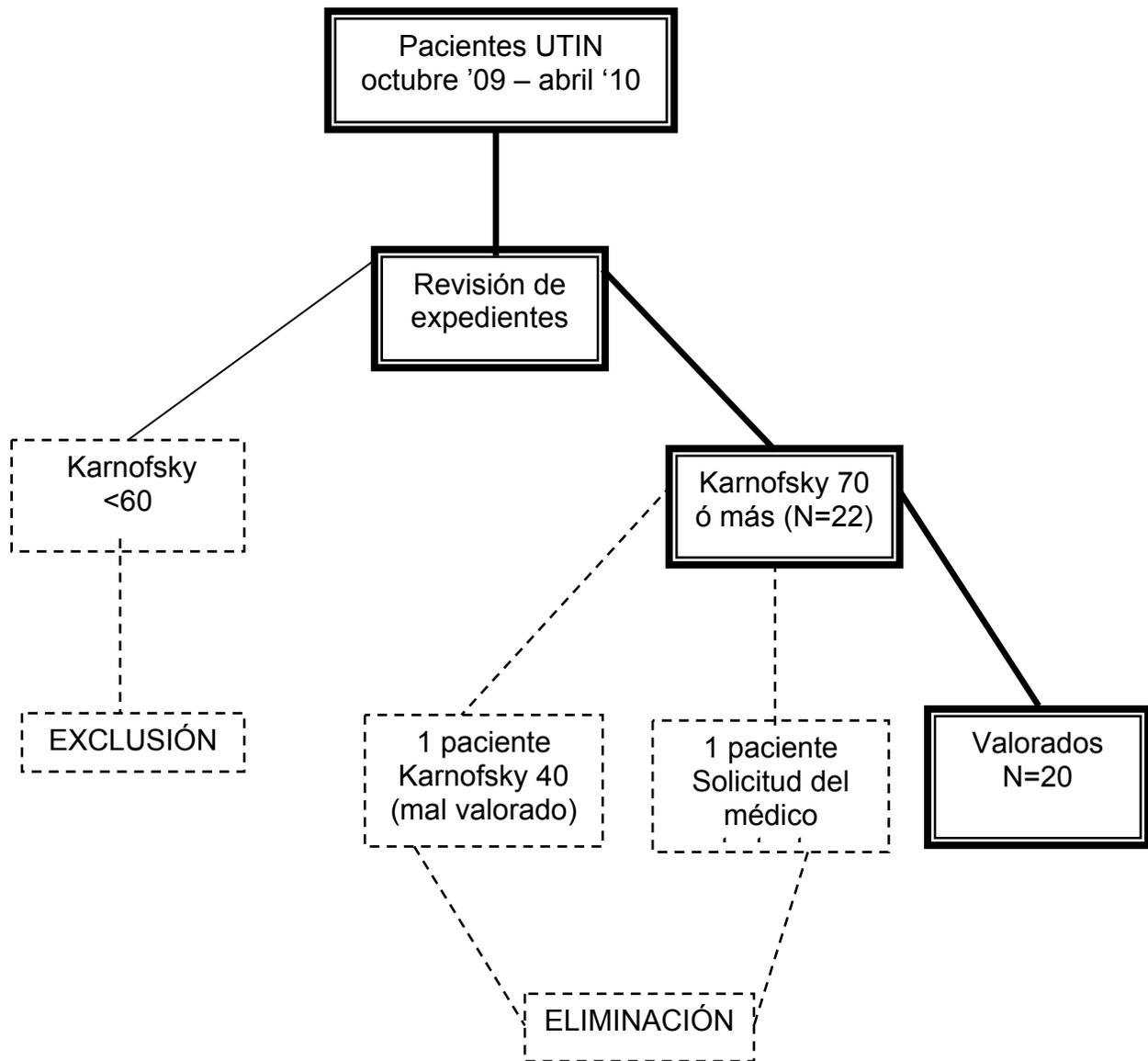
Análisis de Datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y para observar su distribución por género. Se determinaron las frecuencias de los principales diagnósticos y se realizó un análisis estadístico para determinar la asociación entre las variables utilizando la razón de momios y la prueba de χ^2 . Se utilizó el programa de análisis estadístico STATA 10.1; se calcularon las prevalencias de síntomas de depresión y ansiedad según las diferentes escalas.

Selección de pacientes y recolección de la muestra

De los 22 pacientes que se citaron, uno no estaba en condiciones de ser valorado ya que el Karnofsky reportado en el expediente no coincidió con el del día de su valoración siendo éste de 40 puntos, otro de ellos fue eliminado del estudio por solicitud de su médico tratante. De los 20 pacientes que se evaluaron, todos fueron incluidos, ninguno de ellos tuvo antecedentes de enfermedades neurodegenerativas o trastornos afectivos previamente diagnosticados. Se aplicó la entrevista estructurada MINI y las escalas de Hamilton-D y HADS. De los 14 pacientes que mostraron síntomas de depresión, ansiedad o ambos, todos fueron enviados a valoración por consulta externa para iniciar tratamiento y continuar seguimiento.

Se obtuvo una muestra de 20 pacientes. Algunos de los pacientes citados, al ser de provincia no pudieron acudir exactamente en la fecha indicada sino hasta tener programada otra cita con su médico tratante. Sin embargo la media en cuanto a los días transcurridos entre el egreso y la valoración fue de 60.5 (DE= 4.5).



Se entrevistó a los pacientes y se aplicaron las escalas MINI, HAM-D y HADS. La media de edad fue de 45.7 años con DE= 15.4; la media de días de estancia en UTIN fue 7.9 días (DE= 7.0) y el 75% de los pacientes son mujeres (Tabla 1).

Tabla 1. Datos de muestra (N=20)

Edad Media(DE)		45.7 (15.4)
Días UTI Media(DE)		7.9 (7.0)
Mujeres %		75.
Tipo de procedimiento	Invasivo	14
	No invasivo	6
Días valoración Media(DE)		60.5 (4.5)

Debido a la variabilidad en los diagnósticos de ingreso a la UTIN (Tabla 2) se optó por agrupar entre padecimientos a los pacientes según el tipo de tratamiento (invasivo o no) y así valorar síntomas de depresión o ansiedad.

Tabla 2. Distribución de Diagnósticos de Ingreso a la UTIN(CIE-10)

	Hombres	Mujeres
Encefalitis	0	1
Mioma	0	1
ADH	0	2
Cushing	0	1
Drenaje/absceso	0	1
Estatus epiléptico	0	1
SGB	1	1
Miastenia gravis	1	0
Parálisis hipokalémica	0	1
ICC	0	1
HSA	2	2
EVC hemorrágico	0	1
Hemorragia parenquimatosa	2	0
HSD	0	1
Aneurisma	1	4
Trombosis venosa	0	1
Aneurisma carótida	0	1
Neumonía	0	1

Se muestra la frecuencia de aparición de cada diagnóstico. Algunos pacientes tenían más de un diagnóstico de ingreso (N=20)

Se agruparon a los pacientes en aquellos con Karnofsky al egreso más bajo (entre 70 y hasta 80) y aquellos con Karnofsky alto (90 puntos) como se muestra en la tabla 3, según el cálculo de la media en los días de estancia en UTIN se determinó como estancia prolongada haber estado más de 5 días (Tabla 4). Por lo que se agruparon los pacientes en aquellos que habían recibido un tratamiento invasivo (aquellos enviados por neurocirugía o terapia endovascular neurológica) y aquellos que no (Tabla 5).

Tabla 3. Agrupación de pacientes según la puntuación de Karnofsky al egreso

Karnofsky	Pacientes (N=20)
70-80	10
90	10
Total	20

Tabla 4. Días de estancia en UTIN

Días	1	2	3	4	5	7	8	10	13	18	21	27	Total	
Pacientes	1	4	2	1	2	1	3	2	1	1	1	1	20	
Mediana	5 días													
Estancia corta < 5 días	10 pacientes					Estancia prolongada >5 días					10 pacientes			

Tabla 5. Tipo de procedimiento terapéutico

	Neurología	Neurocirugía	TEN	Alta	Total
Invasivo	0	10	4	0	14
No Invasivo	5	0	0	1	6

TEN= Terapia endovascular neurológica

En el diseño inicial del estudio sólo se incluía la determinación de síntomas de depresión, sin embargo durante las valoraciones se presentaron varios pacientes con síntomas de ansiedad por lo que se valoró también la asociación con estos síntomas. Los diagnósticos obtenidos en el MINI fueron trastorno depresivo mayor, depresión con síntomas melancólicos, trastorno de angustia, trastorno de

ansiedad generalizada y trastorno de estrés postraumático (Figura 1). Para fines de una adecuada asociación, se decidió reagruparlos en síndrome de depresión (TDM y DM con síntomas melancólicos) y síndrome de ansiedad (trastornos de angustia, ansiedad generalizada y estrés postraumático) por su fisiopatogenia (Figura 2) como se muestra en la tabla 6. También se utilizó la escala HAM-D con punto de corte en 17 puntos para determinar la severidad de la depresión y la HADS con determinación de media y DE para comparación entre los grupos del estudio, esto resumido en la tabla 7.

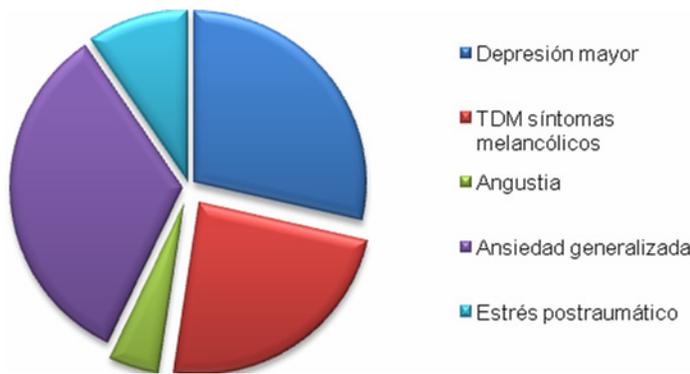


Figura 1. Proporción de diagnósticos según MINI (n=14)

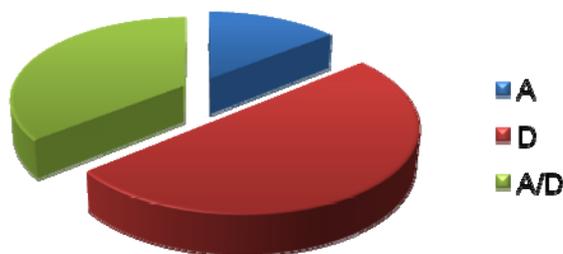


Figura 2. Proporción de síndromes al reagrupar los diagnósticos de MINI (A: ansiedad, D: depresión, A/D: Ambos)

Tabla 6. Prevalencia de depresión y ansiedad (N=20)

	Hombres		Mujeres		Total	
	%	(n=5)	%	(n=15)	%	(N=20)
MINI (CIE-10 y DSMIV-TR)						
Depresión mayor	40.0	2	26.7	4	30.0	6
DM síntomas melancólicos	0.0	0	33.3	5	25.0	5
Angustia	0.0	0	6.7	1	5.0	1
Ansiedad generalizada	60.0	3	26.7	4	35.0	7
Estrés postraumático	0.0	0	13.3	2	10.0	2
SxDep	40.0	2	60.0	9	55.0	11
SxAns	60.0	3	33.3	5	40.0	8

Tabla 7. Severidad de síntomas de depresión y ansiedad

	Hombres media (DE)	Mujeres media (DE)	Total media (DE)
HADS Ansiedad	8.2 (6.5)	6.3 (3.1)	6.7 (4.1)
HADS Depresión	6.4 (5.0)	6.9 (4.0)	6.7 (4.1)

Se calcularon las prevalencias de síntomas de depresión y ansiedad según el Karnofsky de egreso encontrándose 55% de pacientes con síntomas de depresión y 40% con síntomas de ansiedad. Finalmente se calculó el efecto de días de estancia en UTIN, el puntaje en la escala de Karnofsky al egreso y el tipo de tratamiento (invasivo o no) en la presencia de síntomas de depresión (Tabla 8) y ansiedad (Tabla 9), calculándose las razones de momios para estimar su asociación y significancia estadística⁴⁹ (Figura 3).

Tabla 8. Riesgo de síntomas de depresión

	OR	χ^2	Intervalo de confianza 95%	
Karnofsky 70-80	9.33	0.03	1.19	72.99
Karnofsky 90	1			
Días UTIN >5	0.285	0.18	0.04	1.82
Días UTIN =<5	1			
Tx invasivo	3.6	0.21	0.47	27.10
Tx no invasivo	1			

Tabla 9. Riesgo de síntomas de ansiedad

	OR	χ^2	Intervalo de confianza 95%	
Karnofsky 70-80	1	1.00	0.167	5.98
Karnofsky 90	1			
Días UTIN >5	2.33	0.36	0.37	14.61
Días UTIN =<5	1			
Tx invasivo	0.2	0.125	0.02	1.56
Tx no invasivo	1			

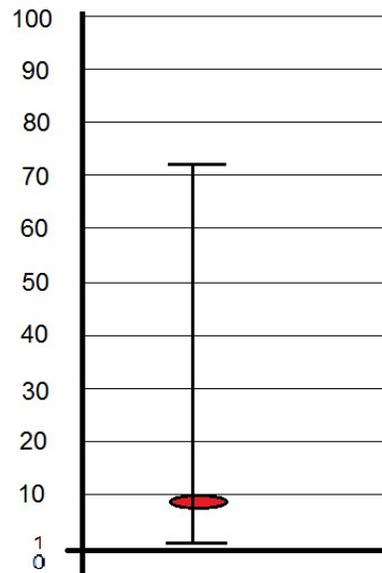


Figura 3. OR de depresión según Karnofsky
p=0.03

Después se calculó el efecto de días de estancia en UTIN y tratamiento recibido para el grupo de pacientes con Karnofsky más bajo (70-80) expresado en la tabla 10 y para aquellos con Karnofsky más alto (90 puntos) en la tabla 11.

Tabla 10. OR para síntomas de depresión o ansiedad en pacientes con Karnofsky 70-80

		OR	χ^2	Intervalo de confianza 95%	
Sínt. depresión	Invasivo	1.5	0.77	0.08	25.39
	No invasivo	1			
	Estancia prolongada	0.2	0.27	0.01	3.66
	Estancia corta	1			
Sínt. ansiedad	Invasivo	0.5	0.60	0.03	6.68
	No invasivo	1			
	Estancia prolongada	3.0	0.43	0.18	47.96
	Estancia corta	1			

Tabla 11. OR para síntomas de depresión o ansiedad en pacientes con Karnofsky 90

		OR	χ^2	Intervalo de confianza 95%	
Sínt. depresión	Invasivo	7.0	0.27	0.21	226.00
	No invasivo	1			
	Estancia prolongada	0.6	0.74	0.02	13.58
	Estancia corta	1			
Sínt. ansiedad	Invasivo	1	0.50	0.02	5.03
	No invasivo	1			
	Estancia prolongada	2.0	0.60	0.14	26.73
	Estancia corta	1			

También se muestra de manera gráfica la proporción de aparición de síntomas de depresión en hombres comparados con mujeres (Figura 4), así como la distinción en cuanto a la severidad de estos síntomas en hombres y mujeres determinada por la puntuación en la escala de Hamilton para depresión (Figuras 5 y 6).

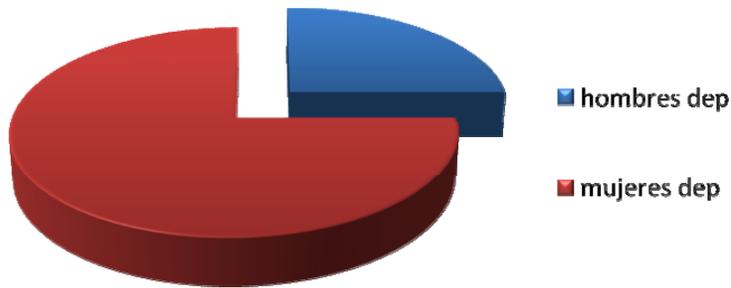


Figura 4. Proporción de síntomas de depresión entre hombres y mujeres (n=12)

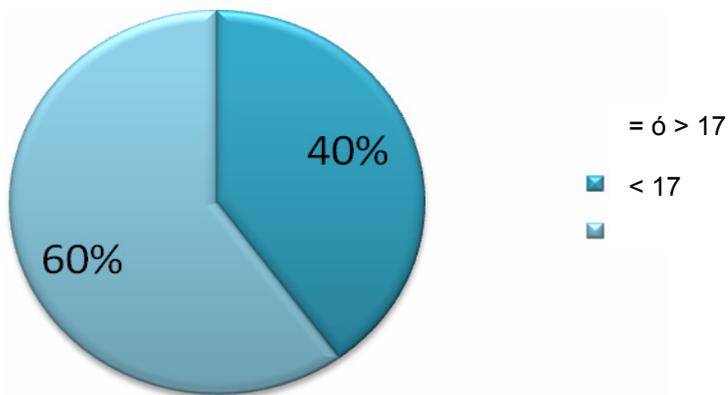


Figura 5. Proporción de hombres con puntaje = ó >17 y <17 en HAM-D

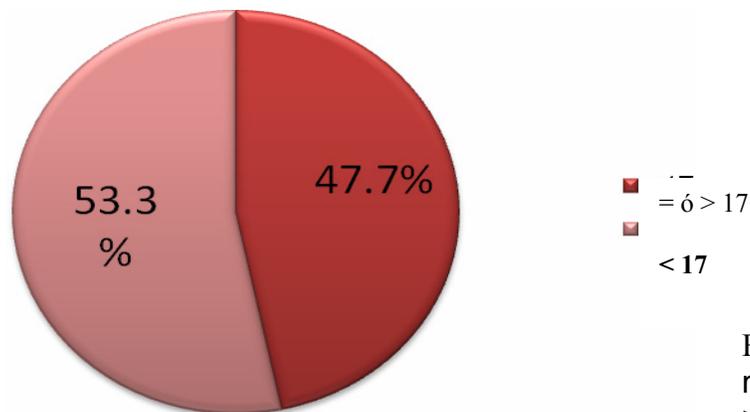


Figura 6. Proporción de mujeres con puntaje = ó >17 y <17 en HAM-D

DISCUSIÓN

Frecuencia de desarrollo de síndrome de depresión en pacientes egresados de UTIN

De acuerdo a nuestra hipótesis principal, los resultados sugieren que la frecuencia de síntomas de depresión en pacientes que egresan de la UTIN del INNN es de 55 % (n=12), presentaron criterios diagnósticos para TDM o depresión melancólica. Lo anterior va de acuerdo y en el rango superior con lo reportado por Weber y Haler^{7,9} quienes encontraron entre 7 y 57%: No obstante esto fue en UTI general y no en UTIN.

Hasta el momento de la redacción de esta investigación no hay reportes en la literatura específicos para UTIN

Relación entre el puntaje en la escala de Karnofsky y el desarrollo de síndrome de depresión

Una de nuestras hipótesis secundarias fue que encontraríamos una relación inversa entre el Karnofsky de egreso y la presencia o severidad de la depresión. Encontramos que un Puntaje más bajo en la escala de Karnofsky (70-80) se asocia con el desarrollo de TDM ó DM con síntomas melancólicos (p=0.03; IC95% 1.19-72.99) y mayor puntuación en las escalas de severidad de depresión. Lo anterior es acorde a la hipótesis de que el grado de funcionalidad del paciente a su egreso puede determinar en parte el desarrollo de depresión en estos pacientes. No podemos hablar de causalidad ya que no es un estudio de cohorte.

En este rubro tampoco se encuentran estudios acerca de la funcionalidad física al egreso y el desarrollo de síndrome de depresión.

Relación entre días de estancia en UTIN y desarrollo de síndrome de depresión

Rechazamos la hipótesis de una asociación directa entre los días de estancia en UTIN y el desarrollo de síndrome de depresión. No se encontró asociación entre los días de estancia en UTIN y los síntomas de depresión o ansiedad.

Relación entre el diagnóstico de ingreso y el desarrollo de síntomas de depresión

Tampoco es posible establecer asociación de síntomas de ansiedad o depresión con los diagnósticos. Debido a la variabilidad de los mismos; se reagruparon los pacientes en grupos según la terapéutica utilizada en aquellos que recibieron tratamiento invasivo y aquellos que no. Con base en esto, no hay evidencia de asociación entre el tipo de tratamiento (invasivo o no) y el desarrollo de síntomas de ansiedad o depresión.

Otras consideraciones

Se valoró también la posibilidad de desarrollo de síntomas de ansiedad asociados a Karnofsky de egreso, días de estancia en UTIN o tipo de procedimiento realizado. No se encontró relación en ningún área. En cuanto a la severidad de los síntomas de depresión y ansiedad los hombres puntúan más alto en los ítems de ansiedad y en las mujeres no hay diferencia, sin embargo durante el análisis se evitó la intervención de la variable de género para disminuir el sesgo por sobrecontrol.

Estos resultados son esperados para los pacientes que estuvieron en UTIN según los reportes previos de la literatura. Sin embargo más allá de sólo haber estado o no en UTIN, éste estudio nos ayuda a determinar quiénes de estos pacientes necesitaran monitoreo más estrecho del estado afectivo. Al encontrar asociación con el Karnofsky más bajo se reporta un factor no encontrado previamente en la literatura.

Limitaciones del estudio

Una debilidad del estudio es la muestra pequeña ($n=20$) que estadísticamente se ve reflejado con un aumento en el valor de p . Sería conveniente continuar el estudio en una nueva fase de recolección de muestra para aumentar la n y mejorar la significancia de los resultados y posiblemente encontrar otras asociaciones entre las variables. Si se logra obtener una muestra mucho mayor a lo largo del tiempo, es probable que se puedan encontrar asociaciones entre el diagnóstico y la aparición de síntomas de depresión. Sin embargo se debe considerar que el ingreso de pacientes a la UTIN del INNN es de aproximadamente 150 por año, de los cuales fallecen alrededor de la mitad y de los que sobreviven menos del 50% tienen puntuaciones en la escala de Karnofsky de 70 ó más puntos. Esto hace que la muestra a pesar de ser pequeña sea valorable por las características de la población que se estudió.

No se valora dentro del síndrome depresivo, la depresión paradójica reportada en la literatura⁹ ya que no es posible hacerla objetiva, estos datos sólo se podrán obtener en la entrevista con el paciente.

El valor de esta investigación es sentar precedente ya que hasta el momento, no hay estudios en la literatura que reporten el desarrollo de síndrome de depresión en pacientes con estancia en unidades de terapia intensiva neurológica, ni cuáles son los principales factores que pueden llevar a un fallo en la reacción de ajuste.

CONCLUSIONES

Una menor funcionalidad física al egreso de UTIN medido a través de la escala de Karnofsky, se relacionó con el desarrollo de síndrome de depresión y un puntaje mayor en las escalas de depresión (HAD y HADS). No encontramos relación entre los días de estancia o el tratamiento recibido y la presencia de depresión. No obstante la mayor debilidad del estudio fue el número de pacientes por lo que podríamos caer en un error tipo 2.

Con base en los resultados y la discusión se propone un seguimiento más estrecho y dirigido a la sintomatología afectiva en los pacientes con menor Karnofsky al egreso ya que los resultados demuestran contribución de menor puntaje en el Karnofsky al egreso para la aparición de síntomas depresivos, probablemente debido a la falla en la recuperación posterior a la respuesta adaptativa a su egreso, además se debe valorar en consulta la posibilidad de depresión paradójica, no subclasificada ni determinada en este estudio.

REFERENCIAS

1. Hay D, Oken D. The psychological stresses of intensive care unit nursing. *Psychosom Med* 1972;34:109-18.
2. Keily WF. Psychiatric syndromes in critically ill patients. *JAMA* 1976;235:2759-61.
3. Keily WF. Critical care psychiatric syndromes. *Heart Lung*. 1973;2:54-7.
4. Adams M, Hanson R, Norkool D, et al. The confused patient: psychological response in critical care units. *Am J Nurs* 1978;9:1504-12.
5. Strain JJ. Psychological reactions to acute medical illness and critical care. *Crit Care Med* 1978;6:39-45.
6. Kornfeld DS. Psychiatric problems of an intensive care unit. *Med Clin North Am* 1971;55:1353-63.
7. Weber R, Ozko M, Bolender B, Grysiak D. The intensive care unit syndrome: causes, treatment, and prevention. *Drug Intell Clin Pharm* 1985;19:13-20.
8. Hewitt J. Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. *J Clin Nurs*. 2002;11:575-84.
9. Hale M, Koss N, Kerstein M, et al. Psychiatric complications in a surgical ICU. *Crit Care Med* 1977;5:199-203.
10. Blachy PH, Starr A. Post-cardiotomy delirium. *Am J Psychiatry* 1964;121:371-5.
11. Weinert,C; Meller,W. Epidemiology of depression and antidepressant therapy after acute respiratory failure. *Psychosom Med* 2006; 47:399-407
12. Cuthbertston B, Rattray J, Campbell M, et al. A pragmatic randomised, controlled trial of intensive care follow up programmes in improving longer-term outcomes from critical illness. The PRACTICAL study. *BMC* 2007, 7:116

13. Jiang W, Alexander J, Christopher E, Kuchibhatla M, Gaulden L, Cuffe M, et al. Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Arch Int Med*. 2001;161:1849-56.
14. Van Den Brink RH, Van Melle JP, Honig A, Schene A, Crinjs HJGM, Lambert FPG, et al; on behalf of the MIND-IT investigators. Treatment of depression after myocardial infarction and the effects on cardiac prognosis and quality of life: Rationale and outline of the Myocardial Infarction and Depression-Intervention Trial (MIND-IT). *Am Heart J*. 2002;144:219-25.
15. Griffiths J, Morgan K, Barber V, Young J. Study protocol: The Intensive Care outcome network ('ICON') study. *BMC* 2008, 8:132.
16. Baker CF. Sensory overload and noise in the ICU: sources of environmental stress. *Crit Care Q* 1984;6:66-80.
17. Moffic HS, Paykel ES. Depression in medical inpatients. *Brit J Psychiatry* 1975;126:346-353.
18. Cavanaugh S, Wettstein RN. Prevalence of psychiatric morbidity in medical populations. *Psych update* 1984; vol.3: 187-214.
19. Rosenbaum JF. Paradoxical depression after heart surgery: a form of survivor syndrome. *Psychoanal Quart* 1978; 47: 267-283.
20. Goldman LS, Kimball C. Depression in intensive care units. *Intl J Psychiatry in Medicine* 1987;17(3):201-212.
21. Rattray J, Crocker S. The intensive care follow-up clinic: Current provision and future direction. *Nursing Crit Care* 2007; 12:1-3.
22. Knowles RE, Tarrier N. Evaluation of the effect of prospective patient diaries on emotional well-being in intensive care unit survivors: A randomized controlled trial. *Crit Care Med* 2009;37(1):184-191.
23. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4^o edition (DSM-IV TR). American Psychiatric Association. Am Psych Press, 2000.
24. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry, 9^o edition. Lippincott Williams & Wilkins Press, 2003.

25. Carmichael ST, Price JL. Limbic connections of the orbital and medial prefrontal cortex in Macaque monkeys. *J Comp Neurol* 1995; 363: 615-641.
26. Leichnetz GR, Astruc J. The efferent projections of the medial prefrontal cortex in the squirrel monkey (*Saimiri sciureus*). *Brain Res* 1976; 109: 455-472.
27. Valentino R, Foote S, Page M. The locus coeruleus as a site for integrating corticotropin-releasing factor and noradrenergic mediation of stress responses. *Ann N Y Sci* 1993; 697: 171-187.
28. Arora RC, Meltzer HY. Increased serotonin 2(5HT-2) receptor binding as measured by 3H-lysergic acid diethylamide (3H-LSD) in the blood platelets of depressed patients. *Life Sci* 1989; 44: 725-734.
29. McEwen BS. Effects of adverse experiences for brain structure and function. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 721-731.
30. Sapolsky RM. The possibility of neurotoxicity in the hippocampus in Major Depression: a primer on neuron death. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 755-765.
31. Spaulding SW. The ways in which hormones change cyclic adenosine 3',5'-monophosphate-dependent protein kinases subunits, and how such changes affect cell behavior. *Endocr Rev* 1993; 14: 632-650.
32. Duman RS, Malberg J, Nakagawa S, D'sa C. Neuronal plasticity and survival in mood disorders. *Biol Psychiatry* 2000; 48: 732-739.
33. Karnofsky DA, Abelman WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of cancer. *Cancer* 1948; 1: 634-6456.
34. Karnofsky DA, Burchenal JH. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: *Evaluation of chemotherapeutic agents*. CM MacLeod, New York, Columbia University Press, 1949; pp. 191-205.
35. Spitzer WO. State of science 1986: quality of life and functional status as target variables for research. *J Chronic Dis* 1987; 40: 465-471.
36. Allison MAK, Jones SE, McGuffey P. Phase II trial of outpatient interleukin-2 in malignant lymphoma, chronic lymphocytic leukemia and selected solid tumors. *J Clin Oncol* 1989; 7: 75-80.

37. Yates JW, Chalmer B, McKegney FP. Evaluation of patients with advanced cancer using the karnofsky Performance status. *Cancer* 1980; 45: 2220-2224.
38. Manni a, Bartholomew M, kaplan R, et al. Androgen priming and chemotherapy in advanced prostate cancer: evaluation of determinants of clinical outcome. *J Clin Oncol* 1988; 6: 1456-1466.
39. Pollack IF, Lunsford LD, Flinckinger JC, Demesheck HL. Prognostic factors in the diagnosis and tratment of primary central nervous system lymphoma. *Cancer* 1989; 63: 742-747.
40. Kemeny N, Niedzwiecki D, Shurgot B, Oderman P. Prognosis variables in patients with hepatic metastases from colorectal cancer. Importance of medical assessment of liver involvement. *Cancer* 1989; 63: 792-797.
41. Crooks V, Waller S, Smith T, Hahn TJ. The use of the Karnosfsky performance scale in determining outcome and risk in geriatric outpatients. *J Gerontol* 1991; 46 (4): 139-144.
42. De Han R, Aaronson A y cols. Measuring of life in stroke. *Stroke* 1993; 24: 320-327.
43. Hollen PH, Gralla RJ y cols. Measurement of quality of life in patients with lung cancer in multicenter trials of new therapies. *Cancer* 1994; 73: 2087-2098.
44. Cuerda C, Camblor M, Bretón I, García-Peris P. Seguimiento a largo plazo de la nutrición parenteral domiciliaria en un hospital general: complicaciones y calidad de vida. *Nutr Hosp* 2002; 17: 15-21
45. Hedlung and Vieweg. The Hamilton rating scale for depression. *J Op Psychiatry*, 1979;10(2):149-16
46. Tejero A, Guimerá EM, Farré JM et al. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna* 1986; 13: 233-238.

47. MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión en Español 5.0.0 DSM-IV. L. Ferrando, J. Bobes, J.Gibert, M.Soto,O. Soto, L. Franco-Alfonso, L. Franco. 1 de enero de 2000.
48. Kleinbaum, D; Kuper, L; Morgenstern,H. Epidemiologic research. 1st ed. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982.
49. Argimon-Pallás, J; Jiménez,J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 2^a ed. Madrid, Elsevier, 2004.

ANEXOS

I. Consentimiento informado

México DF A

DE

DE 2010

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN

PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de la investigación titulado:

Trastorno depresivo en pacientes con antecedente de estancia en la unidad de terapia intensiva del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número: 60/09

El objetivo de este estudio es:

- Determinar si existe relación entre el desarrollo de TDM en pacientes con antecedente de estancia en la UTIN
- Determinar si existe relación entre el desarrollo de TDM y los días de estancia en UTIN.
- Determinar si hay relación entre el desarrollo de TDM y Karnofsky más bajo o más alto al egreso de piso.
- Determinar si hay diferencia significativa entre en diagnóstico que motivó el ingreso a la UTI y el desarrollo de TDM.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Contestar al médico una entrevista estructurada para determinar el grado de depresión y ansiedad en pacientes hospitalizados

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

Acudir a seguimiento por consulta externa de Psiquiatría.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos , beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las prestaciones o publicaciones de que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Dra. Damaris Valencia González

56064850

Nombre, tel y firma del paciente

Nombre, tel. del investigador

Testigo

Testigo

II. ESCALAS

Escala de Karnofsky	
100	Normal, no presenta signos o síntomas de la enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal; signos y síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal, o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidarse de la mayoría de sus necesidades.
50	Requiere asistencia y frecuentes cuidados médicos.
40	Encamado, necesita cuidado y atenciones especiales.
30	Invalidez severa, hospitalización indicada.
20	Inválido grave, necesita hospitalización y tratamiento general de sostén.
10	Muy grave, rápida progresión de la enfermedad.
0	Muerte.

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN⁴⁵

1. Ánimo deprimido (tristeza, desesperanza, minusvalía)
 - 0= Ausentes
 - 1= Sólo se manifiestan al interrogatorio
 - 2= Se manifiestan verbalmente de manera espontánea
 - 3= Se manifiestan de manera no verbal (expresión facial, postura, tono de voz)
 - 4= El paciente manifiesta casi exclusivamente de estos sentimientos de manera verbal y no verbal

2. Sentimientos de culpa
 - 0= Ausentes
 - 1= Autoreproches, sentimientos de abandono
 - 2= Ideas de culpa o rumiación de errores en el pasado o sensación de pecado
 - 3= Percepción de la enfermedad actual como castigo, ideas de culpa
 - 4= Alucinaciones auditivas o visuales de acusación

3. Suicidio

- 0= Ausente
- 1= No vale la pena vivir
- 2= Deseos de estar muerto o cualquier pensamiento de la propia muerte
- 3= Ideas o gestos suicidas
- 4= Intento de suicidio (cualquier intento serio, puntúa 4)

4. Insomnio inicial

- 0= No hay dificultades para quedarse dormido
- 1= Quejas de dificultad ocasional (más de 30 min)
- 2= Quejas de dificultad todas las noches

5. Insomnio intermedio

- 0= No hay dificultad
- 1= Quejas de falta de descanso e inquietud durante la noche
- 2= Despertar durante la noche (cualquier salida de la cama puntúa 2 excepto para ir al baño)

6. Insomnio tardío

- 0= No hay dificultad
- 1= Despierta temprano pero vuelve a la cama
- 2= No vuelve a dormir si sale de la cama

7. Trabajo y actividades

- 0= No hay dificultades
- 1= Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionada a las actividades; trabajo o aficiones
- 2= Pérdida del interés en actividades; de aficiones o trabajo reportadas por el paciente o detectadas de manera indirecta, indecisión

- 3= Disminución en el tiempo empleado en aficiones o disminución en la productividad laboral
- 4= Abandono del trabajo por la sintomatología actual

8. Enlentecimiento psicomotriz (pensamiento, habla, fallas en la concentración, actividad motora disminuida)

- 0= Pensamiento y habla de velocidad normal
- 1= Ligeramente enlentecimiento durante la entrevista
- 2= Enlentecimiento evidente durante la entrevista+
- 3= Entrevista difícil
- 4= Estupor

9. Agitación

- 0= Ninguna
- 1= Inquietud
- 2= Moviendo y jugando con manos, cabello, etc
- 3= Moviéndose todo el tiempo, no puede permanecer quieto
- 4= Apretando las manos, comiéndose las uñas, jalándose el cabello, mordiéndose los labios

10. Ansiedad psíquica

- 0= No hay dificultad
- 1= Tensión e irritabilidad subjetivas
- 2= Preocupación por problemas menores
- 3= Actitud aprehensiva en facies o habla
- 4= Temores expresados sin interrogar

11. Ansiedad somática (autonómicos)

- 0= Ausente
- 1= Leve
- 2= Moderada

- 3= Severa
- 4= Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales

- 0= Ninguno
- 1= Pérdida del apetito pero come al ser impulsado por otros. Ingesta normal
- 2= Dificultad para comer si no es vigilado. Evidente reducción en apetito e ingesta

13. Síntomas somáticos en general

- 0= Ninguno
- 1= Pesadez en miembros, espalda o cabeza. Dolores de cabeza, espalda y musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad
- 2= Cualquier síntoma específico puntúa 2

14. Síntomas genitales (pérdida de libido, menor desempeño sexual, alteraciones menstruales)

- 0= Ausentes
- 1= Leves
- 2= Severos

15. Hipocondría

- 0= No hay
- 1= Exceso de atención en funciones corporales
- 2= Preocupación por la salud
- 3= Quejas frecuentes, solicitud de atención, etc
- 4= Ideas delirantes somáticas

16. Pérdida de peso

A. Evaluada por historia

- 0= No hay pérdida
- 1= Probablemente haya disminución asociada a la enfermedad actual
- 2= Definitiva (de acuerdo al paciente) pérdida de peso
- 3= No hay registro

17. Insight (conciencia de enfermedad)

- 0= Reconoce estar deprimido
- 1= Reconoce estar enfermo pero lo atribuye a mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, falta de descanso, etc
- 2= Niega estar enfermo

18. Variaciones diurnas

A. Síntomas que son peores en la mañana o en la tarde. Si no hay variación diurna puntúa 0

- 0= No hay variación
- 1= Peor durante el día
- 2= Peor durante la tarde y noche

B. Si hay variación qué tan severa es. Puntúa 0 si no hay

- 0= Ninguna
- 1= Leve
- 2= Severa

19. Despersonalización y desrealización (sensación de irrealidad, ideas nihilistas)

- 0= Ausentes
- 1= Leves
- 2= Moderadas
- 3= Severas
- 4= Incapacitantes

20. Síntomas paranoides

- 0= Ninguno
- 1= Suspicaz
- 2= Ideas de referencia
- 3= Ideas de daño y referencia

21. Síntomas obsesivos y compulsivos

- 0= Ausentes
- 1= Leves
- 2= Severos

ESCALA HOSPITALARIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN⁴⁶ (HOSPITAL ANXIETY AND DEPRESSION SCALE, HADS)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

0. Ciertamente, igual que antes
1. No tanto como antes
2. Solamente un poco
3. Ya no disfruto con nada

A.2. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

3. Sí, y muy intenso
2. Sí, pero no muy intenso
1. Sí, pero no me preocupa
0. No siento nada de eso

D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

0. Igual que siempre
1. Actualmente, algo menos
2. Actualmente, mucho menos
3. Actualmente, en absoluto

A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

3. Casi todo el día
2. Gran parte del día
1. De vez en cuando
0. Nunca

D.3. Me siento alegre:

3. Nunca
2. Muy pocas veces
1. En algunas ocasiones
0. Gran parte del día

A.4. Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

D.4. Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

A.5. Experimento una desagradable sensación de «nervios y hormigueos» en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuido como debería hacerlo
- 1. Es posible que no me cuide como debiera
- 0. Me cuido como siempre lo he hecho

A.6. Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. En absoluto

D.6. Espero las cosas con ilusión:

0. Como siempre
1. Algo menos que antes
2. Mucho menos que antes
3. En absoluto

A.7. Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

3. Muy a menudo
2. Con cierta frecuencia
1. Raramente
0. Nunca

D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

0. A menudo
1. Algunas veces
2. Pocas veces
3. Casi nunca

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW⁴⁷
 Versión en Español 5.0.0
 DSM-IV

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

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

A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

A6	Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:

Puntos:

C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10

A lo largo de su vida:

C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4
----	--------------------------------------	----	----	---

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

D. Episodio (hipo)maniaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha habido un período en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas, y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico» o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	
D3	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

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

↓ ↓

HIPOMANÍACO *MANÍACO*

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

E. Trastorno de angustia

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

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

F. Agorafobia

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

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

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

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

G1	¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estuvieran observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluye cosas como hablar en público, comer en público o con otros, escribir mientras alguien le mira o estar en situaciones sociales.	⇒ NO	SÍ	1
----	--	------	----	---

G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	⇒ NO	SÍ	2
----	--	------	----	---

G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre en ellas?	⇒ NO	SÍ	3
----	---	------	----	---

G4	¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?	NO	SÍ	4
----	--	----	----	---

FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	NO	SÍ	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. e.), lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad en recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	
14	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 por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	
15	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

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

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	⇒ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

Ahora le voy a enseñar/leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.						
K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">⇒</td> <td style="text-align: center;">NO</td> <td style="text-align: center;">SÍ</td> </tr> </table>	⇒	NO	SÍ
⇒	NO	SÍ				

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

- | | | | | |
|---|--|----|----|---|
| a | ¿Ha notado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SÍ | 1 |
| b | ¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ | 2 |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA. | | | | |
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ | 3 |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SÍ | 4 |

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

→

**DEPENDENCIA
DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?

ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
	b	SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO SÍ 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO SÍ		
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L13a: Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?			
			NO SÍ 19 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

N. Bulimia nerviosa

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

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

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

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	CODIFICAR SÍ , SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3

O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
----	--	--	--------------------------	--------------------------	---

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

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

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
b	¿Se sentía tenso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8
e	¿Se sentía irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10

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

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA LA DEPRESIÓN⁴⁸
 QUALITY OF LIFE DEPRESSION SCALE

Por favor, piense en cómo se siente en este momento. A continuación lea las siguientes cuestiones. Cada cuestión tiene dos respuestas posibles. Marque la respuesta con la que más se identifique.

Si no está seguro, señale la respuesta que más se parezca a cómo se siente usted en este momento.

Por favor, asegúrese de contestar todas las cuestiones.

1. Sólo quiero que pase el tiempo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. Tengo esperanza en el futuro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
3. Me cuesta mantener una conversación	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
4. Me gusta estar al corriente de las cosas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
5. Siento que mi vida se está perdiendo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. Siento como si no controlara mi vida	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
7. Me cuesta salir de casa	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
8. En general, disfruto con lo que hago	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. Le he perdido el gusto a la vida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. Siento que no apporto nada a los demás	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
11. No puedo abrirme a la gente que quiero	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
12. Atiendo mis necesidades (aseo, alimentación, descanso, etc.)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
13. Soy capaz de pensar en el futuro	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. Sólo quiero pasar desapercibido/a	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15. Hay cosas que me ilusionan	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16. Ya no me divierte nada	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
17. No me ocupo de mis amigos	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
18. No me cuesta hacer mis tareas diarias	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
19. Me aislo de la gente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
20. Me cuesta decidir hasta en lo más sencillo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
21. Me siento una carga para los demás	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
22. La mayor parte del tiempo estoy como ausente, con la mirada perdida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

23. Me cuesta el trato con los demás	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
24. Me encierro en mí mismo/a	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
25. Descuido mi aspecto	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
26. Puedo ver el lado divertido de las cosas	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
27. No me entero de lo que me dice la gente	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
28. Creo que decepciono a todo el mundo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
29. Me agobia cada nuevo día	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
30. Disfruto de la comida	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
31. Trato de evitar a la gente	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
32. Soy reacio/a a contestar al teléfono y abrir la puerta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
33. Mi vida no tiene sentido	Verdadero <input type="checkbox"/> Falso <input type="checkbox"/>
34. Soy capaz de afrontar los problemas cotidianos	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<p>Gracias por cumplimentar este cuestionario. Por favor, compruebe que ha contestado a todas las cuestiones.</p>	
<p>Puntuación global <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	