

11241

26

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MEDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

**“DEPRESION Y COMORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN
UNA POBLACION DE PACIENTES DEL HOSPITAL
PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”**

**TESIS PRESENTADA CON OPCIÓN AL TÍTULO DE
PSIQUIATRA**

ALUMNO: DRA. CLAUDIA LEONOR IÑIGUEZ OLIVA

ASESOR METODOLÓGICO: DR. ALEJANDRO DÍAZ MARTÍNEZ



ASESOR TEÓRICO: DR. JAVIER ALFARO TORRES

**DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
2.- ANTECEDENTES.....	2
3.- JUSTIFICACION.....	33
4.- OBJETIVOS.....	33
5.- HIPOTESIS.....	34
6.- DISEÑO DEL ESTUDIO.....	34
7.- POBLACIÓN Y UNIVERSO.....	34
8.- CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
9.- VARIABLES.....	35
10.-METODOLOGIA.....	35
11.-RESULTADOS.....	37
12.-DISCUSIÓN.....	41
13.-CONCLUSION.....	44
14.-BIBLIOGRAFÍA.....	45
15.-ANEXOS.....	51

DEPRESION Y COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Determinar a través de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I) el porcentaje de comorbilidad psiquiátrica de una muestra de pacientes del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez diagnosticados con Episodio Depresivo actual de intensidad leve a severa acuerdo a los criterios de la CIE-10 y que cuentan con diagnóstico clínico dentro del Espectro Depresivo.

ANTECEDENTES:

El término depresión es frecuentemente usado para referirse al ánimo depresivo, el cual puede ó no, ser parte de un grupo de signos y síntomas que constituyen un episodio ó síndrome depresivo[66]; la depresión como un estado de ánimo normal, ocasiona muchos problemas para la teoría y la práctica. Para el psiquiatra, depresión se refiere a los cambios en el estado emocional acompañados de una serie de signos y síntomas.

La depresión es una de las condiciones psiquiátricas más comunes [100]. Su prevalencia a lo largo de la vida ha sido evaluada en varios estudios epidemiológicos, encontrando tasas elevadas en la población general [17,42,63]; si tomamos en consideración el número de pacientes que acuden a recibir tratamiento por este problema y lo comparamos con la prevalencia mencionada, podemos concluir que es un trastorno que se diagnostica con poca frecuencia; si se compara con otros problemas de salud pública, la depresión muestra tener mayor prevalencia, ser altamente tratable, pero menos reconocida[17].

En la Encuesta de Área de Captación Epidemiológica (ECA), se reportó que aproximadamente un tercio de los pacientes que sufrieron un episodio depresivo mayor no recibieron tratamiento, y que de los que recibieron tratamiento sólo el 10% recibió dosis adecuadas de antidepressivo. Entre las razones para este manejo inadecuado de la depresión encontramos que el entrenamiento de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno frecuentemente es pobre, que la depresión es con frecuencia considerada una enfermedad no real, principalmente en los sets de cuidado primario y que los pacientes con frecuencia no aceptan tener depresión porque ésta continúa siendo un estigma[17]. Por otra parte su reconocimiento ha mostrado conferir al paciente un resultado positivo cuando éste conduce a una intervención apropiada[100], aunque estudios recientes indican que el reconocimiento por sí solo puede no mejorar el pronóstico del paciente aunque es el primer paso en el proceso de recuperación.

El impacto de la depresión en los individuos que la padecen es muy severo ya que se trata de un trastorno potencialmente mortal, asociándose con una mortalidad por suicidio del 15%; también se ha encontrado que la depresión aumenta el riesgo de morir por un padecimiento físico como infarto al miocardio y cáncer.

DEPRESION Y COMORBILIDAD PSIQUIATRICA EN PACIENTES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Determinar a través de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I) el porcentaje de comorbilidad psiquiátrica de una muestra de pacientes del Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez diagnosticados con Episodio Depresivo actual de intensidad leve a severa acuerdo a los criterios de la CIE-10 y que cuentan con diagnóstico clínico dentro del Espectro Depresivo.

ANTECEDENTES:

El término depresión es frecuentemente usado para referirse al ánimo depresivo, el cual puede ó no, ser parte de un grupo de signos y síntomas que constituyen un episodio ó síndrome depresivo[66]; la depresión como un estado de ánimo normal, ocasiona muchos problemas para la teoría y la práctica. Para el psiquiatra, depresión se refiere a los cambios en el estado emocional acompañados de una serie de signos y síntomas.

La depresión es una de las condiciones psiquiátricas más comunes [100]. Su prevalencia a lo largo de la vida ha sido evaluada en varios estudios epidemiológicos, encontrando tasas elevadas en la población general [17,42,63]; si tomamos en consideración el número de pacientes que acuden a recibir tratamiento por este problema y lo comparamos con la prevalencia mencionada, podemos concluir que es un trastorno que se diagnostica con poca frecuencia; si se compara con otros problemas de salud pública, la depresión muestra tener mayor prevalencia, ser altamente tratable, pero menos reconocida[17].

En la Encuesta de Área de Captación Epidemiológica (ECA), se reportó que aproximadamente un tercio de los pacientes que sufrieron un episodio depresivo mayor no recibieron tratamiento, y que de los que recibieron tratamiento sólo el 10% recibió dosis adecuadas de antidepressivo. Entre las razones para este manejo inadecuado de la depresión encontramos que el entrenamiento de los médicos en el diagnóstico y tratamiento de este trastorno frecuentemente es pobre, que la depresión es con frecuencia considerada una enfermedad no real, principalmente en los sets de cuidado primario y que los pacientes con frecuencia no aceptan tener depresión porque ésta continúa siendo un estigma[17]. Por otra parte su reconocimiento ha mostrado conferir al paciente un resultado positivo cuando éste conduce a una intervención apropiada[100], aunque estudios recientes indican que el reconocimiento por sí solo puede no mejorar el pronóstico del paciente aunque es el primer paso en el proceso de recuperación.

El impacto de la depresión en los individuos que la padecen es muy severo ya que se trata de un trastorno potencialmente mortal, asociándose con una mortalidad por suicidio del 15%; también se ha encontrado que la depresión aumenta el riesgo de morir por un padecimiento físico como infarto al miocardio y cáncer.

De acuerdo a Wells y cols la depresión tiene un impacto negativo en los individuos, en forma similar que la tienen otros padecimientos médicos como la artritis, la diabetes, la hipertensión y los trastornos pulmonares deteriorando el funcionamiento físicos, social y laboral; éste último los lleva a una falta de productividad que sumándose a los costos de tratamiento tienen un impacto económico importante.

Las investigaciones indican que una elevada proporción de gente que tiene múltiples episodios de depresión tienen síntomas y deterioro del funcionamiento psicosocial aún entre episodios [42] lo que hace necesario conocer sus manifestaciones clínicas más frecuentes y su evolución para poder detectarlo, así como conocer sus complicaciones para poder evitarlas.

Un hecho establecido de acuerdo a los reportes tanto de estudios clínicos como epidemiológicos es que la gran mayoría de trastornos psiquiátricos de por vida(79%) son trastornos comórbidos[17].

En estudios epidemiológicos a gran escala de las enfermedades psiquiátricas tales como la ECA y la Encuesta Nacional de Comorbilidad (NCS) se han reportado altas tasas de co-ocurrencias para una variedad de diagnósticos psiquiátricos incluyendo trastornos afectivos.

La co-ocurrencia de diagnósticos múltiples en un sólo individuo es un fenómeno de importancia clínica y teórica mayor, ya que los pacientes con condiciones comórbidas parecen presentar trastornos más crónicos, y tienen un incremento en el riesgo de intentos suicidas que los pacientes con un diagnóstico sencillo.

Como la comorbilidad incrementa significativamente la severidad y la morbilidad, es extremadamente importante un manejo efectivo tanto de la depresión como del trastorno comórbido.

ETIOLOGIA DE LA DEPRESION

Aunque abundan las teorías para explicar la depresión, no ha sido posible determinar sus causas; existen diferentes modelos que surgen de observaciones clínicas, laboratoriales y de neuroimagen. En estas observaciones también se han identificado varios factores predisponentes y precipitantes.

Los estudios familiares, de adopción y en gemelos han establecido la predisposición genética de la depresión, ya que se ha observado una alta concordancia para la ésta en gemelos idénticos que es mayor a la observada en gemelos fraternos. Los estudios familiares en que se ha investigado la frecuencia de los trastornos del humor en los familiares de primer grado de pacientes con trastornos uni y bipolares han demostrado que los trastornos del humor son familiares, ya que la tasa en familiares de pacientes es 2 a 3 veces más alta que las de los controles. [61]

Aunque la evidencia sugiere que el inicio temprano de la depresión está asociado con una historia familiar de la misma, la depresión de inicio tardío puede estar relacionada con cambios cerebrovasculares ó enfermedades neurodegenerativas [66]

La observación clínica de que la reserpina producía síntomas depresivos en algunos pacientes llevó al surgimiento de una hipótesis bioquímica, ya que la reserpina produce depleción de norepinefrina, serotonina y dopamina. En 1969 varios investigadores propusieron la hipótesis de que la vulnerabilidad a la depresión ó manía estaba relacionada con una disminución en la actividad serotoninérgica atribuible a: menor liberación de serotonina, pocos receptores de serotonina, ó deterioro en la señal de transducción de éstos receptores; varios subtipos de éstos receptores han sido involucrados particularmente en la patogénesis de depresión y suicidio, principalmente el receptor 5-HT_{2A}.

Sobre los últimos años, una variedad de estudios del sistema serotoninérgico han reforzado su rol en la depresión mayor [61]; otros estudios apoyan el papel de éste y otros neurotransmisores en la etiología de los trastornos del humor, incluyendo la observación de que algunas condiciones médicas pueden directamente precipitar un episodio depresivo por disrupción de neurotransmisores y circuitos neurales [66]; y que las perturbaciones de sueño asociadas con estados depresivos más severos parecen ser el resultado de anomalías serotoninérgicas, colinérgicas y noradrenérgicas [97]

Por otra parte, varios estudios han señalado la participación de los sistemas neuroendócrinos en la etiología de la depresión, principalmente del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, ya que las alteraciones en este eje se encuentran frecuentemente en pacientes deprimidos. En estos pacientes se ha observado con frecuencia una hipersecreción de cortisol y un incremento en los niveles del factor liberador de hormona adenocórticotrópica; por ejemplo, algunos estudios reportan que la distimia puede ser asociada con cambios persistentes funcionales en la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal [28]

Según Thase la patofisiología de la depresión severa puede reflejar el impacto de 3 procesos independientes en el funcionamiento del SNC: envejecimiento, enfermedad afectiva-recurrente y herencia. Los cambios biológicos mejor documentados que se asocian con depresión severa son hipercortisolismo, neurofisiología anormal del sueño e incremento de la actividad simpático-adrenal. Juntas, estas perturbaciones reflejan un estado de hiperestimulación en los circuitos del sistema límbico [98]

Finalmente, hay varios modelos que proponen una explicación psicológica para la depresión, involucrando varios factores sociales. Estudios de la interacción entre madres e hijos recién nacidos sugieren que altos niveles de coordinación no verbal están relacionados con un vínculo seguro. El vínculo es considerado como un aspecto básico y biológicamente necesario de la naturaleza humana y muchos estudios apoyan la sugerencia de que un vínculo inseguro en la vida temprana puede ser la base de una depresión posterior [8]

La importancia del rol de la familia en el desarrollo y curso de una enfermedad psiquiátrica mayor ha tenido un incremento en su reconocimiento en los últimos años. Se ha encontrado que los pacientes deprimidos y sus familias reportan significativamente más

disfunción, particularmente en el área de comunicación familiar y resolución de problemas, y se ha concluido que la disfunción familiar es un acompañante común en los episodios depresivos agudos [41]

También se ha encontrado que muchos episodios depresivos son precipitados por eventos estresantes de la vida, y que la disforia parece amplificar el estrés percibido. [96] En algunos pacientes el estrés psicológico, la incapacidad funcional y el estrés psicosocial resultante asociados con una enfermedad física puede precipitar la depresión. El estrés agudo ó crónico es frecuentemente reportado como un precipitante de episodios depresivos; éste estrés usualmente toma la forma de un evento traumático, pero siempre debe ser reconocido que el mismo evento no es igual de traumático para todos los individuos. [66]

Las personas propensas a la depresión característicamente atribuyen a los eventos negativos tener una causalidad interna, tener consecuencias permanentes ó irreversibles y tener un impacto global. [96] Algunos trastornos como la distimia pueden ser asociados con características adjuntas que incluyen alteraciones en los estilos de Coping, las percepciones, los estresores y la calidad de vida. [28]

CLASIFICACION ACTUAL

Existen dos clasificaciones psiquiátricas actuales: la décima versión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, cuyas siglas son CIE-10, establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la cuarta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico, cuyas siglas son DSM-IV, que fue establecida por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA).

La CIE-10 incluye a la depresión dentro de los trastornos del humor y el DSM-IV dentro de los denominados trastornos del humor o del estado de ánimo.

El DSM-IV indica que los pacientes deprimidos que presentan un trastorno del humor como característica predominante deben primero clasificarse en una de las siguientes categorías: trastorno depresivo unipolar, trastorno bipolar tipo I ó tipo II, trastorno del estado de ánimo asociado a una condición médica general ó inducido por sustancias.

Los pacientes pueden clasificarse describiendo el actual ó más reciente episodio afectivo, ó según el curso de la enfermedad [14]

SUBTIPIFICACION DE LA DEPRESION:

La importancia de subtipificar la depresión clínica en pacientes diagnosticados con trastornos afectivos ha sido reconocida por casi un siglo desde Emil Kraepelin, quien fué el

primero en separar la enfermedad maníaco depresiva de la esquizofrenia; esta importancia radica en que cada subtipo tiene implicaciones clínicas distintas [14]; aunque, si la depresión es una enfermedad que va desde leve a severa, con variación en la duración de los episodios y diferentes patrones de curso, ó si es un diagnóstico representado por subtipos depresivos con distintas características psicológicas y biológicas, ha sido un debate por muchos años.[42]

Aunque todas las formas de depresión son potencialmente discapacitantes, los episodios depresivos severos están asociados con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. De acuerdo a Thase los subtipos diagnósticos mejor validados que se asocian con síntomas más severos son la depresión melancólica, la depresión unipolar recurrente y la depresión psicótica; además de la depresión bipolar con síntomas hipomaniacos ó maníacos y la depresión doble, mientras que las subformas de depresión más comúnmente asociadas con puntuaciones bajas en la severidad de los síntomas incluyen los episodios simples, estacionales, y las formas atípicas.[98]

DEPRESION MAYOR

El NCS reporta una prevalencia de por vida de 17.1% para el episodio depresivo mayor en la población general [42], mientras que el estudio de la ECA reporta esta prevalencia de 4.4%.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno ó más episodios de depresión mayor sin episodios maníacos, mixtos ó hipomaniacos; debe tener duración de por lo menos 2 semanas y se caracteriza por al menos 5 de 9 criterios, incluyendo al menos uno de los 2 criterios primarios de afecto deprimido, y pérdida de interés ó placer en todas las actividades. Los otros siete criterios son: pérdida significativa de peso (ó ganancia), insomnio ó hipersomnia, agitación psicomotriz ó retardo, fatiga ó pérdida de energía, sentimientos de minusvalía ó culpa, disminución de la habilidad para pensar ó concentrarse ó indecisión, y pensamientos recurrentes de muerte, deseo de morir, ideación suicida, planeación ó intento suicida[14]. La edad más frecuente de inicio de la depresión mayor es después de los 20 años, pero se ha demostrado que el antecedente de depresión en los padres dá un alto riesgo de desarrollar depresión mayor a temprana edad.[42] De acuerdo al DSM-IV, este trastorno puede consistir en un episodio aislado ó en episodios recurrentes; aproximadamente 50 a 60% de los pacientes que han tenido un episodio depresivo mayor único tienen un segundo; 70% de los que han tenido dos tienen un tercero y 90% de los que han tenido tres tienen un cuarto.[14]

Aunque muchos pacientes se recuperan del episodio, un número sustancial se convierte en crónico y la tasa de recurrencias es alta; en un estudio realizado por Keller la tasa más elevada de recaídas fue en el periodo inmediatamente posterior a la recuperación, y aquellos que recaen tienen una posibilidad de aproximadamente 20% de hacerse crónicos. También se reveló que 47% de los sujetos no recibían medicación antidepressiva en el momento de la recaída.[42]

DISTIMIA

La distimia es una forma de depresión crónica [28,30] y de bajo grado que ocurre en una porción sustancial de la población, e incrementa el riesgo para trastorno depresivo mayor. [28]

Según el estudio de la ECA la tasa de prevalencia a lo largo de la vida para distimia fue de 3.1% [14, 30, 43, 45], y el NCS mostró una tasa de prevalencia a lo largo de la vida de 6.4%[42]; en la muestra de pacientes geriátricos mayores de 65 años, la tasa fue de 1% para hombres y 2.3% para mujeres[45]. Este trastorno es casi 2 veces más frecuente en la mujer [30], y se caracteriza por un afecto depresivo crónico que ocurre durante la mayor parte del día, la mayoría de los días, por al menos dos años

Durante esta depresión crónica el paciente experimenta por lo menos dos de las siguientes características: aumento ó disminución del apetito, insomnio ó hipersomnia, pérdida de energía ó fatiga, baja autoestima, pobre concentración ó falta de habilidad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza. Otros criterios incluyen no estar libres de síntomas por más de dos meses seguidos, no tener episodio depresivo mayor, maníacos, mixtos ó hipomaniacos; que los síntomas no ocurran durante el curso de un trastorno psicótico crónico, que no sean debidos a efectos de sustancias ó condiciones médicas existentes. La duración del trastorno distímico es de 3, 5 ó más de 10 años en el 96%, 73% y 42% de los pacientes, respectivamente [14]

La distimia tiene un inicio insidioso [42]; la gran mayoría de los pacientes tuvieron un inicio de ésta en edad temprana [45], usualmente antes de los 21 años. Los factores asociados con un incremento en la probabilidad de distimia incluyen: historia familiar positiva para trastorno afectivo, padres alcohólicos, eventos traumáticos, físicos ó emocionales, trastornos de personalidad y bajos ingresos económicos en el rango de edad de 18 a 44 años [42]

En varios estudios familiares se indica que hay un riesgo significativamente mayor de distimia en familiares de primer grado de personas con depresión mayor. Otros resultados muestran que 30% de los pacientes distímicos tienen un familiar de primer grado que manifiesta enfermedad depresiva; asimismo, en otro estudio en el cual 1 ó ambos padres eran alcohólicos, mientras sus hijos eran pequeños, al crecer éstos mostraron tasas de prevalencia significativamente mayores para distimia al compararse con hijos de padres no alcohólicos [43]. También se ha encontrado que una gran proporción de los pacientes geriátricos con distimia reportaron estresores mayores precediendo el inicio de la distimia. Estos del tipo de enfermedades médicas, particularmente enfermedad cardiaca. [45]

La distimia puede afectar cada aspecto de la vida de la persona, incluyendo la relación con otras personas cercanas, el trabajo y principalmente sensación de bienestar mental y física [43]. No se encontraron diferencias significativas entre la distimia de inicio temprano y tardío en cuanto a la severidad de la depresión, tasa de deterioro social y funcional y respuesta al tratamiento. [45]

DEPRESION DOBLE

La depresión doble es un concepto que empezó desde inicios de 1970; es una combinación de trastorno depresivo mayor sobrepuesto a una distimia preexistente [14]; de acuerdo al DSM-IV si una persona ha tenido distimia por dos años, y se agrega un episodio depresivo mayor, se hace el diagnóstico de depresión doble [42]. La prevalencia de la depresión doble es intermedia entre la del trastorno depresivo mayor y distimia [14].

El reconocimiento de esta entidad es importante dado que influye la recuperación y el tiempo de recaída después de la recuperación [42]. En un estudio del Programa Colaborativo de la Psicobiología de la Depresión (CDS) 58% de los pacientes con depresión doble se recuperaron únicamente de la depresión mayor, 39% se recuperaron de ambos trastornos y 3% no se recuperaron de ninguno [14]. Según Robins y Kulbok (1988) las personas con depresión doble tienen una larga duración de la depresión y altas tasas de recaída y recurrencia. Según Keller (1992) tienen un deterioro incrementado del funcionamiento social y físico [42]. Los pacientes con depresión doble experimentan perturbaciones del afecto a una edad más temprana y más episodios de depresión mayor comparados con pacientes con sólo depresión mayor [43].

La depresión doble es mucho menos común en los pacientes geriátricos, siendo sólo reportado por un 20% en comparación con 75 a 80% de los pacientes distímicos jóvenes [45].

DEPRESION ATIPICA

Hay pacientes con una presentación alternativa de la depresión, cuya constelación de síntomas define la depresión atípica [67]. El criterio esencial de este subtipo de depresión es la reactividad afectiva, y por lo menos dos de las siguientes características: incremento del apetito, ganancia de peso, hipersomnias, parálisis lenta, un patrón crónico de sensibilidad extrema para percibir rechazo interpersonal, fatiga de extremidades y síntomas neurovegetativos inversos [14, 67].

La prevalencia de la depresión atípica fue estudiada por Robertson y cols, encontrando que fue de 28% para unipolares y 30% para bipolares; Asnis y cols reportaron una prevalencia similar de 29% [14, 67]. Esta depresión es más frecuente en mujeres y es usualmente crónica (mayor de 2 años) [14]. Sus síntomas son similares a los de la depresión melancólica pero tiene diferencias clínicas importantes como son que la depresión atípica se presenta en pacientes más jóvenes, los cuales tienen un curso más crónico, con episodios cortos pero más frecuentes [67].

La depresión atípica de acuerdo al DSM-IV puede ser usada para describir el actual ó más reciente episodio depresivo mayor [14].

DEPRESION PSICOTICA

El termino depresión psicótica indica la presencia de delirios ó alucinaciones; éstos pueden ser congruentes con el afecto y consistir en temas depresivos; por ejemplo, delirio de culpa ó nihilista ó pueden ser incongruentes con el afecto^[14]. Previamente los psiquiatras habían considerado los delirios en el contexto de ánimo deprimido como un fenómeno no específico que ocasionalmente ocurre con un espectro de trastornos depresivos severos, ó cuando más bizarro es el contenido, concomitante con la forma esquizoafectiva de la esquizofrenia.^[12]

Glassman y colegas escrutinizaron las características de los pacientes con depresión endógena que no respondieron a la imipramina y notaron que muchos tenían delirios nihilistas. Este trabajo condujo a la introducción de la depresión delirante como un subtipo distinto^[12]. Actualmente según el DSM-IV es un especificador que puede ser asignado a trastorno depresivo mayor ó trastornos bipolares.

De acuerdo a Clayton la depresión psicótica es evidente en 14 a 17% de los pacientes con trastorno depresivo mayor, y es más frecuente en mujeres.^[14]

En una revisión de la literatura de Schatzberg y Rothschild (1992) se asoció la presencia de psicosis en depresión con mayor severidad de los síntomas depresivos, infrecuente respuesta a placebo, pobre respuesta a medicación antidepresiva, buena respuesta a terapia electroconvulsiva ó a un antidepresivo más antipsicótico, mayor historia familiar para trastorno bipolar y distintas anomalías en la función del eje hipotálamo adrenocortical, actividad enzimática, tomografía computarizada, resonancia magnética, perfiles electroencefalográficos de sueño y mediciones de la función serotoninérgica.^[12]

DEPRESION BREVE RECURRENTE

La depresión breve recurrente, es una categoría diagnóstica de los síndromes depresivos. Paskind en 1929 describió ataques de depresión con duración de pocas horas a pocos días, cuyos síntomas eran exactamente igual que aquéllos “ataques largos”. Montgomery durante un estudio de pacientes con intentos suicidas previos, observó oscilaciones de ánimo deprimido de corta duración, múltiples, y recurrentes, que eran severas y se asociaron con suicidio agudo^[2]; éstas observaciones originaron el concepto de depresión breve recurrente, el cuál ha sido descrito como un subtipo de trastorno afectivo con 2 características esenciales: corta duración de los episodios y su recurrencia en periodos de tiempo bien definidos.

Para la CIE-10 el trastorno tiene que cumplir el criterio sintomático para episodio leve, moderado ó severo.^[52] Los criterios operacionales formulados por Angst y colegas requieren la presencia de ánimo depresivo ó pérdida de interés, con al menos 5 de 9 síntomas depresivos análogos a los de depresión mayor; en contraste con ésta, los síntomas duran menos de 2 semanas, pero necesitan presentarse recurrentemente al menos 12 veces

en un año, aproximadamente cada mes y conducir a deterioro laboral. En el 90% de los casos, los episodios depresivos duran de 1 a 3 días

Angst y Hochstraser encontraron una prevalencia por año de 5 a 9% para sujetos de 20 a 30 años de edad [52]. El curso a largo plazo de la depresión breve recurrente fue estudiado por Clayton y cols. encontrando que 53% de los pacientes no recibieron otro diagnóstico de depresión en los siguientes 7 años, 29% tuvieron otros ataques de depresión breve recurrente, 6% desarrollaron depresión breve recurrente y depresión mayor concomitantes, y 4% recibieron un diagnóstico triple [2]

La asociación de depresión mayor con depresión recurrente breve ha sido etiquetada como depresión combinada, y "triple depresión" cuando están sobrepuestos a una distimia.

En el estudio de Zurich se encontró que el grado de distrés subjetivo y deterioro social de los sujetos con depresión breve recurrente fue equivalente a la de depresión mayor, y la combinación de depresión recurrente breve y depresión mayor está significativamente asociada con una mayor severidad [52]

DEPRESION CON ATAQUES DE ENOJO

El estudio de la ECA encontró una asociación significativa entre depresión y conducta violenta. Si la irritabilidad, los arranques de enojo y las conductas violentas son relativamente comunes entre pacientes con depresión unipolar, y éstos no están relacionados con la presencia de un trastorno de agresión comórbido, esto hizo pensar en un subtipo particular de depresión

En el estudio realizado por Fava, se identificó un subtipo de depresión caracterizado por la presencia de irritabilidad y ataques de enojo. Estos ataques fueron experimentados por los pacientes como no característicos de ellos, e inapropiados con las situaciones en las cuáles ocurren; también experimentaban durante los ataques, síntomas como taquicardia, parestecia, aliento entrecortado, sudoración, temblor, pánico, sentimientos de pérdida de control, ataque físico ó verbal, destrucción de objetos, etc.

Los pacientes deprimidos con ataques de enojo, también reportan grandes niveles de actitudes disfuncionales y pensamientos negativos. [21]

DEPRESION ANSIOSA Y TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

La relación entre estados ansiosos y depresivos ha sido muy estudiado; éstas condiciones pueden co-ocurrir secundarias a enfermedad médica, coexistir como trastornos primarios ó presentarse como depresión con síntomas de ansiedad, ó viceversa; ansiedad con síntomas de depresión. [58]

El concepto de depresión ansiosa viene de los orígenes del diagnóstico de depresión cuando en 1934 Sir Aubrey Lewis describió a la ansiedad como un término calificativo para la depresión agitada asociada con melancolía. Sir Martin Roth subsecuentemente consideró la relación entre los síndromes de depresión y ansiedad como central para la clasificación de trastornos afectivos y/o del humor, y sugirió que la mayoría de los pacientes deprimidos son ansiosos y la mayoría de los pacientes con ansiedad son depresivos [1,14].

El término depresión ansiosa fue inicialmente usado para describir individuos con síntomas prominentes de ansiedad en un contexto de depresión mayor. En los términos diagnósticos actuales, el término depresión ansiosa no es una categoría del DSM-IV, pero continúa siendo clínicamente relevante [58]; en esta entidad clínica los pacientes pueden llenar los criterios para depresión mayor de acuerdo al DSM-IV pero en adición tienen síntomas de ansiedad. [14]

Las pruebas de la literatura indican que muchos pacientes deprimidos describen tener depresión ansiosa, cerca de dos tercios de éstos exhibiendo síntomas de ansiedad como agitación, síntomas obsesivos compulsivos, síntomas gastrointestinales inespecíficos, anorexia/pérdida de peso, hipocondriasis y sentimientos de despersonalización [14, 53, 58].

Antes del DSM-III-R los trastornos de ansiedad específicos tales como el trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, y trastorno de estrés post-traumático fueron reconocidos como entidades diagnósticas; sin embargo, si estos trastornos co-ocurrían con depresión mayor, el diagnóstico separado de trastorno de ansiedad no era permitido [58]; hoy en día, el límite entre trastorno de ansiedad y depresión es internacionalmente aceptado y es una característica esencial de la Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión y el Manual Estadístico y Diagnóstico para Trastornos Mentales Cuarta Edición. [1]

Actualmente se acepta que una proporción significativa de la población sufre de síntomas ansiosos y depresivos subdiagnosticados [58]; por lo que la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades introdujo el concepto de trastorno mixto ansioso-depresivo con el fin de proveer una definición clínica para pacientes que presentan síntomas ansiosos y depresivos de sólo limitada intensidad y/o número, no suficientemente severos para llenar los criterios de un diagnóstico específico de trastorno depresivo ó ansioso [9, 27]; en esta clasificación el síndrome es definido como una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de igual importancia, asociados con algunos síntomas autonómicos como temblor, palpitaciones, estómago revuelto. En el DSM-IV este diagnóstico está incluido entre los grupos de trastornos que requieren más estudios. [9]

El trastorno mixto ansioso-depresivo refleja el reconocimiento de características únicas de pacientes que presentan niveles subumbral de ansiedad y depresión. Barrett y cols. reportaron que la depresión leve y los trastornos mixtos ansiosos –depresivos fueron más comunes que cualquier trastorno mental específico en los sets de cuidado primario.

Roy-Byrne y Katon recientemente han resumido pruebas que demuestran un deterioro significativo asociado con niveles subumbrales de síntomas mixtos ansioso-

depresivos, mientras que Olfson y cols reportaron un deterioro significativo en el trabajo, relaciones familiares y función social en estos pacientes.

Clark y Watson sugieren que muchos pacientes muestran niveles bajos de factores específicos para ansiedad y depresión, pero mantienen niveles altos de afecto negativo (distrés, irritabilidad, y perturbaciones leves de sueño, apetito y somáticas) [5]

Los pacientes ansioso-depresivos están más severamente enfermos que los pacientes deprimidos no ansiosos de acuerdo a los resultados de la Escala de Hamilton para depresión [14] Mientras que en estudios familiares ha sido notorio que los pacientes cuya depresión se acompaña de gran ansiedad vienen de familias con fuerte carga para depresión y alcoholismo [53], y tienen pobre respuesta al tratamiento [27,53]

CURSO CLINICO:

En la actualidad debe verse a la depresión como un trastorno mental crónico, en base a la duración de los episodios depresivos, pero sobre todo por su recurrencia, ya que a través de los estudios de seguimiento se ha demostrado que este trastorno puede requerir largos tiempos de tratamiento para evitar las recurrencias.

Para homogeneizar los resultados, se han aceptado las siguientes conceptualizaciones:

Respuesta : reducción clínicamente significativa en los síntomas después del tratamiento.

Remisión: mejoría tal, que el individuo no cumpla los criterios sindromáticos; no más que síntomas mínimos

Recuperación: remisión sostenida por al menos 6 meses. Para evaluar la respuesta al tratamiento, se recomienda el uso de medidas que se extienden más allá de los cambios sindromáticos (funcionamiento psicosocial, calidad de vida, productividad laboral, utilización de los servicios de salud). [30]

Al experimentar un incremento de episodios depresivos, los sujetos están en un mayor riesgo de recurrencia de la depresión. Primero, con los episodios recurrentes sucesivos, los intervalos entre ellos se vuelven progresivamente más cortos; Segundo, con el incremento en el número de episodios, los estresores psicosociales contribuyen menos a la recurrencia en el siguiente episodio. La sensibilización neurobiológica ha sido postulada como la vía para que nuevos episodios se presenten en respuesta a señales mínimas. Esta proposición es llamada la Hipótesis de Vulnerabilidad por Acumulación.

Una conducta de deficiencia social en las personas propensas a la depresión es el supuesto perpetuador del proceso depresogénico. Esto puede subsecuentemente resultar en un alto estrés interpersonal con deterioro del apoyo social, el cuál ha sido relacionado con la recurrencia de la depresión [8]

La severidad de los episodios depresivos tradicionalmente han sido descritos en 3 perspectivas: intensidad de síntomas, subtipos diagnósticos y grado de deterioro funcional.

El trastorno depresivo mayor, el trastorno distímico y el trastorno de adaptación con síntomas depresivos han sido definidos por el número, duración e intensidad de los síntomas asociados con el estado depresivo.

Los pacientes con episodios depresivos severos tienden a tener una larga duración de la enfermedad y menor probabilidad de remisión espontánea. La remisión incompleta está asociada con un mayor riesgo de recaídas tempranas, especialmente sin tratamiento preventivo; los episodios severos muestran también mayor propensión a complicarse con comorbilidad [98]

IMPLICACIONES DE LAS DIFERENCIAS DE GÉNERO Y EDAD

Pocos estudios han examinado las diferencias de género en la sintomatología depresiva, pero el éste ha mostrado ser un factor de riesgo mayor con una relación mujer - hombre de 2 a 1; dichos estudios también sugieren que los síntomas en ambos sexos tienden a ser similares, a excepción de que las mujeres parecen ser más vulnerables a presentar síntomas atípicos (síntomas vegetativos inversos) y tienden a reportar un mayor número de síntomas comparadas con los hombres. En cuanto a severidad, la información es contradictoria ya que algunos investigadores refieren que la depresión en la mujer tiende a ser más severa, mientras que otros refieren que no hay diferencias. Al hablar de cronicidad y recurrencia, algunos estudios no encuentran diferencias mientras que otros reportan que la mujer tiene episodios más largos y un curso más crónico; también se han realizado estudios en cuanto a los factores desencadenantes de los episodios depresivos, y varios investigadores han encontrado que las mujeres tienden a ser más sensibles a desarrollar depresión después de eventos estresantes de la vida; las mujeres también son más susceptibles a desarrollar depresión con patrones estacionales, y a experimentar disparadores hormonales de los episodios depresivos relacionados a eventos reproductivos tales como periodo menstrual, embarazo, postparto, menopausia y durante la terapia hormonal exógena [46].

Se han encontrado incrementos en la depresión entre mujeres durante la menopausia natural ó quirúrgica y en respuesta a la terapia antiestrogénica para cáncer de mama; la terapia de reemplazo hormonal ha sido asociada con una mejoría en el afecto y la calidad de vida de estas pacientes [50]. Esto puede explicarse con los hallazgos encontrados por Pigott, de que los estrógenos son neuroprotectores con respecto a la degeneración neuronal, crecimiento y susceptibilidad a toxinas, y que parecen facilitar la función de la serotonina. Estos aumentan la neurotransmisión influenciando la síntesis, sensibilidad del receptor y metabolismo de las monoaminas.

Los efectos tróficos y la habilidad para aumentar la neurotransmisión de serotonina, han conducido a una especulación considerable de que los estrógenos pueden tener propiedades elevadoras del afecto; mientras que la progesterona en contraste, ha sido

asociada con efectos biológicos que pueden oponerse a la acción de los estrógenos y frecuentemente está ligada a efectos desestabilizantes del afecto ó a disforia.[73]

Datos del NCS muestran que la prevalencia a lo largo de la vida para depresión mayor en mujeres de 21.3% comparada con 12.3% en hombres. Muchas teorías han intentado explicar las diferencias de género en esta prevalencia, sin embargo parecen que éstas resultan de la interacción de muchos factores, incluyendo influencias biológicas, psicológicas y socioculturales [46]

En lo que se refiere a las diferencias de edad, la depresión en personas de 65 años ó más, es un problema mayor de salud pública [50,66]; sin embargo, se sugiere que es poco reconocida y poco tratada, particularmente en sets no psiquiátricos

El ánimo deprimido, esencial para el diagnóstico de la mayoría de los trastornos depresivos, puede manifestarse como irritabilidad ó reportarse como sentimientos de tristeza [66], y puede ser menos prominente que otros síntomas depresivos tales como pérdida de apetito, problemas de sueño, anergia [50], pérdida de interés y disfrute en los pasatiempos normales de la vida [50, 66]. Muchos ancianos deprimidos tienen una tendencia a no considerarse a sí mismos depresivos y exhibir más síntomas somáticos que mentales ó emocionales [66]. El perfil clínico de estos pacientes está con frecuencia caracterizado por retardo motor y deterioro de las funciones ejecutivas.[50]

La prevalencia de la tasas de depresión en los ancianos depende de la definición de depresión y de la población de interés; por ejemplo, se dice que el duelo es una experiencia frecuente en los ancianos, pero los síntomas depresivos que persisten más de unos pocos meses ó que llenan criterios para un episodio depresivo mayor aún en el contexto de un duelo, deben ser tratados.

Estudios realizados con diferentes poblaciones arrojan distintas prevalencias; en comunidades no institucionalizadas, la prevalencia de síntomas depresivos parece ser de aproximadamente 15% mientras que la prevalencia de trastorno depresivo mayor parece ser de entre 1 y 3%. En el sistema de cuidado primario la prevalencia de síntomas depresivos parece ser de alrededor del 20% con una prevalencia de trastorno depresivo mayor tan alta como de 10 a 12%. En sistema de cuidado agudo (hospital general) 10 a 15% de los pacientes tienen trastorno depresivo mayor y de 20 a 25% tienen síntomas depresivos.

Finalmente, en cuidados crónicos ó de largo plazo 12 a 16% de los pacientes tienen trastorno depresivo mayor y otro 30 a 40% tiene síntomas depresivos [66]; en general, comparado con pacientes de su misma edad con depresión recurrente, aquéllos pacientes con el primer brote de depresión en edad tardía parecen tener un curso más crónico.

La depresión geriátrica es frecuentemente comórbida con trastornos vasculares y es acompañada por lesiones en los ganglios basales y áreas prefrontales cerebrales [50]

DIAGNOSTICO.

El diagnóstico de la depresión debe realizarse en función a la presencia de síntomas específicos, utilizando los criterios diagnósticos de cualquiera de las 2 clasificaciones actuales: CIE-10 ó DSM-IV; siendo importante señalar que las tasas de depresión están influenciadas por el método utilizado para detectar depresión; los criterios clínicos pueden dar tasas tan bajas como 8% [69]; por ejemplo, en un estudio realizado por Kranzler, los resultados indican que la validez del diagnóstico clínico es pobre para trastornos ansiosos y depresión mayor [49]; mientras que tasas tan altas como 70% pueden ser esperadas con instrumentos como la escala de Hamilton ó Zung. [69]

Las entrevistas estructuradas diagnósticas han sido cada vez más utilizadas en psiquiatría, y han sido adoptadas para asegurar la precisión diagnóstica. En contraste con las entrevistas clínicas usuales, las entrevistas estructuradas diagnósticas permiten comparaciones a través de centros clínicos y tienen la capacidad de reducir la variabilidad en el diagnóstico, mejorando la calidad del cuidado. En 1959, apareció la primera Entrevista Clínica Estructurada Estandarizada adoptada en una base internacional en psiquiatría

La evolución de las entrevistas estructuradas diagnósticas y su nivel de sofisticación, permitió hacer paralela la evolución de los criterios diagnósticos internacionalmente aceptables e incrementaron el poder predictivo de éstos criterios. [90]

El uso de escalas de evaluación para determinar la presencia e intensidad de los síntomas depresivos tiene como finalidad el contar con un instrumento que objetivamente permita cuantificar a la depresión. Su utilidad puede incluir la detección de este trastorno, cuantificación de la intensidad de los síntomas y determinar el efecto de alguna maniobra terapeuta.

Hay escalas de evaluación que incluyen la detección y cuantificación, como el inventario de depresión de Beck; otras que sólo cubren la cuantificación de la intensidad de los síntomas como son la escala de depresión de Hamilton, de Carroll, de Zung, de Montgomery Asberg y la subescala de depresión del SCL90. Estas escalas pueden ser autoaplicables ó bien ser aplicadas a través de una entrevista.

En los últimos 40 años, la severidad ha sido evaluada por escalas estandarizadas como aquella desarrollada por Hamilton. Actualmente, la escala para depresión de Hamilton es siempre administrada por un evaluador clínico. Estas escalas proveen información complementaria altamente correlacionada. Según la escala de Hamilton, de 17 caracteres, la definición de depresión severa es identificada por una puntuación de 25 ó más, mientras que una puntuación de 20 es el umbral para el grupo de moderada a severa intensidad.

El uso de exámenes paraclínicos es un apoyo para la evaluación global de los pacientes. Las anormalidades más comúnmente reportadas por la tomografía por emisión de positrones incluyen reducción en la utilización de glucosa en regiones de la corteza prefrontal e incremento en la utilización de glucosa por las estructuras paralímbicas. [98]

COMORBILIDAD ENTRE DEPRESION Y OTROS TRASTORNOS.

La Encuesta de Comorbilidad Nacional (NCS) reporta que casi 50% de las personas que responden tienen por lo menos un trastorno psiquiátrico de por vida [17], mientras que un estudio epidemiológico realizado por Kessler en 1994 reveló que la mitad de los individuos que cumplían criterios para cualquier diagnóstico psiquiátrico, también cumplen criterios para más de un trastorno, y cerca del 30% para más de 2 condiciones [63]; a pesar de esto se reporta que cerca de la mitad de la comorbilidad psiquiátrica en pacientes que acuden con el médico general no son reconocidos. [100]

Estas tasas de comorbilidad extraordinariamente elevada llaman a cuestionar la validez de las categorías diagnósticas y motivan a reevaluar nuestra nosología actual; es por ello que la comorbilidad se ha convertido en objeto de gran interés en psiquiatría ya que provee pistas para tener bases sobre las relaciones entre los trastornos [7]. Aunado a esto, los estudios longitudinales han revelado generalmente un peor curso y una mayor cronicidad entre individuos con comorbilidad para todos los síndromes asociados con depresión. Por ejemplo Bronisch y Wittchen encontraron que las personas con trastornos comórbidos tienen un riesgo incrementado para intento de suicidio [63]

Comorbilidad es un constructo complejo y heterogéneo que puede crear confusión si no se define cuidadosamente. Kramer ha descrito cuatro tipos distintos de comorbilidad: al azar, clínica, familiar y epidemiológica. La comorbilidad al azar es la posibilidad de co-ocurrencia de dos trastornos; la comorbilidad clínica se refiere al efecto de un trastorno en la presentación, curso, parámetros biológicos y resultados del tratamiento de otro trastorno. Estos efectos pueden existir a pesar de la naturaleza de la asociación (al azar ó no) entre los trastornos; la comorbilidad familiar existe cuando la presencia de un trastorno en relación a un individuo, afecta la posibilidad de que este individuo tenga otro trastorno; la comorbilidad epidemiológica es una asociación sin azar entre dos trastornos en una población definida.

La comorbilidad es usualmente representada por un riesgo relativo, ó como el ratio de probabilidad estimado para una población específica. El riesgo relativo compara la tasa del trastorno entre personas expuestas a un factor de riesgo particular contra la tasa de personas no expuestas a este factor. La comorbilidad positiva se establece cuando dos trastornos tienen una tasa mayor de co-ocurrencia que aquella dada por la casualidad; sin embargo, en la comorbilidad negativa la tasa es menor que la dada por la posibilidad

La comorbilidad válida ó real representa una relación verdadera entre dos trastornos; la primera posibilidad es que los dos trastornos tengan un factor etiológico común pero sean distintos; el factor común puede ser un tercer trastorno el cual puede ser ó no evaluado; la segunda causa posible es que uno de los trastornos cause al otro trastorno.

La comorbilidad aparente ó espuria aumenta cuando hay una relación aparente entre dos diagnósticos; una posibilidad, es que los dos trastornos sean una expresión fenotípica distinta de la misma enfermedad; similarmente el segundo trastorno puede ser una complicación, un efecto residual ó un caso especial del primer trastorno, ó puede ser parte

de un síndrome más complejo del que el primer trastorno es también parte. La comorbilidad espuria puede resultar de la construcción de categorías artificiales que puntualizan la misma dimensión de base ó crean un límite discreto donde no existe. [7]

Hablando específicamente de comorbilidad de depresión, Keller mencionó que las condiciones que han mostrado mayor comorbilidad con depresión mayor son alcoholismo, trastornos de la alimentación y trastornos de ansiedad [42], Mark y Lader en cambio mencionan trastornos de ansiedad y uso inadecuado de sustancias, y finalmente Helzer, Ross y Merikangas refieren que hay una asociación consistente con uso de alcohol y sustancias. [63]

DEPRESION Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La ansiedad y depresión han sido analizadas desde 3 puntos de vista: el tradicional, era el concepto de 2 trastornos separados; éste fue aceptado en la práctica clínica durante los años 1960 a 1970.

El segundo se refiere a la dicotomía diagnóstica que ha continuado en los últimos años con subcategorización de los trastornos de ansiedad y depresión. En el área de ansiedad ha conducido al reconocimiento de múltiples subtipos de ansiedad, cada uno con su propia identidad nosológica, pronóstico y manejos conductuales y psicofarmacológicos únicos. En el área de depresión, ha conducido a debates entre las subcategorías de la depresión. El punto de vista de la comorbilidad ha ido incrementando su reconocimiento. Esta coexistencia ha sido más frecuentemente encontrada en el estudio de entidades como trastorno de pánico y TOC, en los cuáles una alta incidencia de trastorno depresivo mayor actual ó pasado es reconocido. Asimismo la enfermedad depresiva es una enfermedad comórbida concomitante de los trastornos de ansiedad.

El tercer punto de vista en ansiedad y depresión es el "mixto", en el cuál se acepta que los pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad pueden tener síntomas de depresión al mismo tiempo que no cumplen criterios para un segundo diagnóstico de trastorno depresivo mayor y viceversa [92]

La asociación de ansiedad y depresión puede tomar diferentes formas; por ejemplo, puede ser una sobreposición de 2 trastornos distintos que iniciaron al mismo tiempo ó a diferentes tiempos, depresión con síntomas de ansiedad, ansiedad con síntomas depresivos, ó como síntomas secundarios a un trastorno médico ó trastorno psiquiátrico [58]

La encuesta nacional de comorbilidad reporta que 58% de los pacientes con depresión mayor también sufren de un trastorno de ansiedad, [68] Lydiar a su vez también mencionó esta prevalencia en arriba del 60% de los pacientes [58]. Adicionalmente, la depresión mayor es una comorbilidad común del trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de pánico, fobia social, TOC y trastorno de estrés post traumático. Entonces la comorbilidad de trastornos ansiosos y depresivos es la regla más que la excepción [68]. Según Fawcett, de los pacientes con depresión mayor, 50 a 70% también tienen síntomas

severos de ansiedad, y 30% de los pacientes con depresión mayor también tienen ataques de pánico [22]

Los pacientes que tienen comorbilidad de ansiedad y depresión presentan síntomas más severos, incremento en el deterioro, un curso más crónico [1,4], peor pronóstico y mayor incidencia de suicidio [4]; también han sido reportados con pocos recursos personales y sociales comparados con aquéllos que presentan únicamente depresión [53].

1-ANSIEDAD GENERALIZADA

En la vida temprana los síntomas depresivos frecuentemente se presentan siguiendo al inicio de un trastorno de ansiedad. Al incrementarse la edad, la prevalencia de éstos trastornos ansiosos primarios disminuye marcadamente y síntomas de ansiedad prominentes son más frecuentes debido a una depresión de base. Sin embargo, la ansiedad comórbida frecuentemente complica el reconocimiento de la depresión de base e interfiere con su tratamiento adecuado.[66]

Sanderson y cols reportaron que más de la mitad de una muestra de pacientes con depresión mayor y distimia también tuvieron trastorno de ansiedad, y 20 % del grupo tenía Trastorno de Ansiedad Generalizada. [58]

El inicio de la ansiedad tiende a preceder ó a ocurrir contemporáneamente con la depresión en personas con ambas condiciones [63]

2-TRASTORNO DE PANICO (TRASTORNO DE ANGUSTIA)

La depresión mayor es frecuentemente asociada con trastornos de ansiedad tales como el trastorno de pánico; en la NCS 22% de los pacientes que tenían historia de por vida de depresión reportaron experimentar este trastorno ocasionalmente, y 56% de los pacientes con historia de por vida de trastorno de pánico tuvieron historia de depresión[17] Lydiar a su vez reportó que entre el 20 y 30% de los pacientes con depresión mayor también cumplen criterios para Trastorno de Pánico[58], y finalmente otros estudios reportan que entre 25 y 30% de los pacientes tienen ataques de pánico durante un Episodio Depresivo.[14]

El Trastorno de pánico comórbido con depresión, es más la regla que la excepción [51]; éste tiende a co-ocurrir con depresión más frecuentemente que con los estados fóbicos ó la ansiedad generalizada [63], ya que de los pacientes con este trastorno cerca de 30% tienen depresión comórbida.[37]

Los estudios actuales estiman que alrededor de uno a dos tercios de los pacientes con trastorno de pánico han experimentado un trastorno depresivo mayor alguna vez en su vida [27, 51]. En la literatura publicada la prevalencia reportada de depresión comórbida en individuos con trastorno de pánico varía entre 23 y 53%, y en específico la ocurrencia reportada para depresión mayor es entre 40 y 50%; mientras la co-ocurrencia reportada de trastorno de pánico en pacientes con depresión mayor varía de 10 a 59% [27]

En un estudio de seguimiento de 6 años, realizado por Lépola y cols. se encontró que 18% de los pacientes con trastorno de pánico desarrollaron depresión mayor, 11% fueron suicidas, 14% desarrollaron alcoholismo, 26% continuaron sufriendo de ataques de pánico y 37% fueron agorafóbicos. [51]

La comorbilidad con depresión aumenta la severidad de los síntomas de pánico-agorafobia y/o modifican la vía en la cuál los síntomas son experimentados [13], y puede sustancialmente incrementar el riesgo de suicidio. La tasa de intento suicida entre pacientes con trastorno de pánico e historia de trastorno depresivo mayor fué de 4% en aquéllos pacientes sin agorafobia y de 1% en pacientes con agorafobia [37]

3-FOBIA SOCIAL (TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL)

La fobia social es el trastorno fóbico más fuertemente comórbido con depresión [58,63]. Se dice que la depresión mayor es frecuentemente asociada con fobia social y contrariamente la fobia social es frecuentemente complicada por depresión mayor [58]. Aproximadamente un tercio de los pacientes con esta patología desarrollan trastornos mentales comórbidos, y en la mayoría de los casos este trastorno precede al inicio de otra enfermedad psiquiátrica. La probabilidad para trastorno depresivo mayor de por vida y trastorno distímico en pacientes con fobia social es de 4; esto quiere decir que éstos pacientes son 4 veces más propensos a desarrollar depresión comparados con personas sin ese trastorno.

Cuando la depresión mayor y el trastorno de fobia social coexisten, una historia cronológica usualmente puede revelar que el inicio de los síntomas de fobia social preceden al inicio del episodio depresivo [42]; pero la mayor importancia de esta comorbilidad radica en que frecuentemente se asocia con psicopatología más severa y aumento en los intentos suicidas. [58]

La gente con depresión mayor tiene una prevalencia de comorbilidad con fobia social de 20.3% y la depresión doble y fobia social es de 18% [42]

4-TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Un subgrupo relativamente pequeño de pacientes con depresión mayor también tienen trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) [58]; pero contrariamente el trastorno depresivo mayor es el trastorno comórbido más común en pacientes con trastorno obsesivo-compulsivo [74, 85]; de hecho, dos tercios de los pacientes con TOC tienen una historia de por vida de depresión mayor [77], mientras un tercio tiene depresión mayor al momento de su primer evaluación [74, 77].

La mayoría de aquéllos que están deprimidos, tienen un trastorno afectivo secundario a su TOC (85%), mientras que un 15% parece tener una depresión unipolar recurrente concurrente [77]. Se ha encontrado que la prevalencia de comorbilidad de TOC con depresión mayor es de 19.1% y TOC con depresión doble 29.3% [42].

Síntomas de TOC pueden también ocurrir como un fenómeno secundario en otros trastornos psiquiátricos. La depresión, particularmente en el anciano, puede incluir delirios somáticos ó paranoides y rumiaciones tenaces.[74]

5-TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO(ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO)

Los individuos con trastorno de estrés post-traumático comúnmente cumplen criterios para otros trastornos psiquiátricos. Los estudios epidemiológicos indican que aproximadamente 16 % de estos pacientes tienen otro diagnóstico psiquiátrico, 17% tienen otros 2 trastornos psiquiátricos[11] y cerca de 50% tienen 3 ó más diagnósticos psiquiátricos adicionales.[10, 11]

Los diagnósticos comórbidos más comunes son: trastornos afectivos (particularmente depresión), otros trastornos ansiosos, trastornos por uso de sustancias [10, 62] y trastornos disociativos [11, 89]

Esta comorbilidad puede afectar la presentación y el curso clínico del trastorno [11, 62], ya que parece que está relacionada con la cronicidad de la enfermedad.

La depresión mayor es actualmente considerada un factor de riesgo para el desarrollo del trastorno de estrés post-traumático, y ésta puede estar presente previo al trauma, aunque la evidencia indica que el trastorno de estrés post-traumático y la depresión pueden ser secuelas independientes y comunes de la exposición al trauma.

Otra explicación para la co-ocurrencia común de éstos trastornos incluyen la idea de una causa secuencial, en la cuál la depresión es considerada como secundaria a un trastorno de estrés post-traumático prolongado. En la NCS 78 4% de los individuos con trastorno depresivo mayor y trastorno por estrés post-traumático comórbido reportaron que el inicio del trastorno afectivo siguió al trastorno de estrés post-traumático.

Los individuos con comorbilidad tienen mayor severidad de síntomas y menor nivel de funcionamiento, y reportan más ideación suicida que los individuos con trastorno de estrés post-traumático sin depresión.[10]

DEPRESION Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

1-BULIMIA

Los estudios familiares apoyan una liga entre depresión y bulimia nervosa, ya que altas tasas de depresión han sido encontradas en familiares de primer grado de pacientes bulímicos.

La tasa de por vida de enfermedad afectiva en pacientes con bulimia nervosa varía de 52 a 83%. La tasa de depresión mayor se encuentra entre 38 y 63%. 38% de los bulímicos y 36% de los pacientes femeninos con bulimia subclínica cumplen criterios para historia de depresión mayor de por vida; esto es, 3 veces mayor que lo encontrado en controles no psiquiátricos.

En algunos individuos el inicio de bulimia nervosa precede el inicio de la depresión, en algunos, la depresión precede a la bulimia y en otros inician simultáneamente. [35]

2-ANOREXIA

La incidencia de por vida de cualquier trastorno afectivo entre personas anoréxicas es casi universal, con reportes desde 52 a 98%. La depresión es por mucho el trastorno afectivo más común entre anoréxicos. La mayoría de los estudios reportan una comorbilidad de por vida de 50 a 68% para episodio depresivo mayor, y un 35 a 40% de los anoréxicos tienen una historia de depresión menor ó distimia.

Broun y cols reportaron que la comorbilidad del eje uno puede desarrollarse después de trastornos de alimentación mientras otros estudios, sin embargo, han mostrado que la depresión y otros diagnósticos del eje uno frecuentemente preceden el desarrollo de síntomas anoréxicos [35]

DEPRESION Y TRASTORNOS DEL SUEÑO

Las dificultades con el sueño están entre los síntomas más comunes de los trastornos afectivos, y han sido descritos como características de la depresión desde la antigüedad [97]

Estos trastornos pueden representar tratamientos incompletos, tratamiento individual, condiciones subsindromáticas, "cicatrices" de la enfermedad, ó características preexistentes del sueño [24].

Se ha dicho que las perturbaciones en la continuidad del sueño están asociadas con correlaciones biológicas de hiperestimulación como hipercortisolismo y actividad simpáticoadrenal aumentada, y sugieren que la depresión puede acelerar ó exacerar procesos fisiológicos normales.

Las perturbaciones subjetivas del sueño en la melancolía incluyen dificultad para mantenerse dormido y despertares tempranos. Este perfil clásico del sueño es más común entre gente deprimida mayor de 50 años [97]

El insomnio se refiere a la percepción subjetiva de sueño insuficiente ó no restaurador; este trastorno es el de mayor prevalencia; sin embargo, la hipersomnia es

también relativamente común [24]. Las personas deprimidas que no reportan cambios consistentes en el sueño pueden tener sueños más disfóricos ó de naturaleza más aterradora. [97]

Breslau y cols. reportaron que el insomnio total y la hipersomnía en la población sin trastorno psiquiátrico predijo el inicio de nuevos casos de depresión mayor [24]; otro estudio refirió que el insomnio persistente es un precursor de trastornos ansiosos y afectivos [97], y que la historia previa de retardo ó agitación psicomotriz, e ideación ó conductas suicidas, representan factores de riesgo independientes para depresión mayor subsecuente junto con el insomnio.

Ford y Kamerou presentaron datos preliminares sugiriendo que un reporte de hipersomnía en la entrevista inicial fue un factor de riesgo para reportar un trastorno ansioso [24] ó depresivo en la segunda entrevista [24, 97]. La hipersomnía en depresión también está frecuentemente asociada con síntomas vegetativos inversos, comúnmente vistos en personas deprimidas en la tercera y cuarta décadas de la vida.

Todos los pacientes melancólicos manifiestan al menos varias de las siguientes perturbaciones electroencefalográficas del sueño: pobre eficacia del sueño, disminución de las ondas lentas del sueño, reducción de la latencia del sueño MOR, e incremento de la actividad MOR, particularmente en el primer tercio de la noche, y sin embargo estos hallazgos no son específicos de la depresión. [97]

Estudios longitudinales indican que el tratamiento efectivo usualmente normaliza las anomalías del sueño. Hay también evidencias que sugieren que las perturbaciones persistentes en el sueño, a pesar del tratamiento efectivo, están asociados con mayor riesgo de recaída. [98]

El síndrome de retraso en la fase del sueño, definido como insomnio inicial y dificultad matutina para levantarse, pero sin perturbación en el sueño tardío durante las vacaciones, es una causa de insomnio común pero poco reportada; este síndrome ha sido frecuentemente asociado con depresión mayor; en algunos pacientes, el síndrome puede derivar de la depresión, pero algunas evidencias sugieren que la predispone; la importancia de su reconocimiento radica en que causa problemas mayores de trabajo y sociales. [78]

DEPRESION Y ABUSO DE SUSTANCIAS

Hay muchas hipótesis para las altas tasas de comorbilidad de trastornos psiquiátricos y por uso de sustancias. Ya que los dos trastornos son comunes, un rango significativo de comorbilidad puede ser atribuido simplemente a una asociación por probabilidad. Además, los trastornos primarios por uso de sustancias pueden dar problemas psiquiátricos tanto por bases neuroquímicas como psicósomáticas. Los estados de intoxicación y abstinencia también pueden producir síntomas psiquiátricos.

Hay varias hipótesis de que las drogas inducen estados de deficiencia asociados con depresión; por ejemplo, los opioides causan una deficiencia de opioides endógenos, ya que a través del feedback inhiben la síntesis de éstos; la cocaína induce una deficiencia de dopamina a través de inhibición de la síntesis por feedback y depleción de dopamina neural al bloquear la recaptura de dopamina sináptica; y el alcohol causa deficiencia de serotonina por depleción de ésta última.[19]

1-ALCOHOL

Asociaciones significativas entre depresión y alcoholismo han sido encontradas tanto en estudios clínicos como epidemiológicos [91]. El uso y abuso de alcohol está ligado con depresión en muchas dimensiones que incluyen: historia familiar, efectos tóxicos directos, síntomas sobrepuestos, pruebas psicológicas, etc.[6] Kendler y cols. encontraron que existen diferentes factores genéticos que independientemente influyen la predisposición a depresión mayor y alcoholismo respectivamente.[91] Leckman y cols. reportaron una inesperada elevación en las tasas de depresión, trastornos de ansiedad y alcoholismo entre familiares de primer grado de sujetos que manifestaron depresión mayor y trastorno de pánico [54]

La relación entre alcoholismo y depresión es multifacética; varios modelos se han propuesto para explicar la co-ocurrencia. El alcoholismo y la depresión pueden ocurrir contemporáneamente ó secuencialmente simplemente por casualidad; la depresión puede también precipitar ó intensificar el alcoholismo y viceversa [56].

En la población general y otras muestras no clínicas la sobreposición entre abuso/dependencia a alcohol y trastornos afectivos es mayor que la esperada por la probabilidad. 3 mecanismos generales han sido propuestos y todos tienen algún apoyo: (1) el abuso de alcohol conduce a altos niveles de depresión (2) la depresión conduce a incrementar los niveles de consumo de alcohol y la persistencia a la dependencia a alcohol como una forma de automedicación; (3) hay determinantes comunes ambientales ó genéticos para abuso/dependencia a alcohol y otros trastornos. [80]

Según Hodgins y cols no hay evidencia de que la bebida preceda ó inicie episodios depresivos ó de que los episodios depresivos precipiten el beber intensamente [38] Mientras que otros autores reportan que inicio del uso inadecuado de alcohol parece preceder ó postpreceder a la depresión [63] Weisman encontró que entre aquellos pacientes con diagnóstico de alcoholismo 70% han sido diagnosticados con por lo menos otro trastorno psiquiátrico en algún punto de su vida incluyendo depresión mayor (44%), personalidad depresiva (17%), depresión menor(15%). [69]

Todas las sustancias de abuso cruzan la barrera hematoencefálica y producen cambios en el afecto y la conducta; la intoxicación con alcohol y otros depresores del sistema nervioso central (SNC) pueden causar tristeza, que cuando ocurre en un uso prolongado puede tomar las proporciones de depresión mayor [3] El beber intensamente, de hecho, puede causar insomnio y resultar en estados de tristeza ó ansiedad; mientras persista

el beber intensamente, esto puede causar casi cualquier síntoma psiquiátrico, incluyendo depresión severa, alucinaciones auditivas y delirio paranoide[69]. Por lo tanto hay una dificultad considerable para el diagnóstico verdadero de un episodio depresivo mayor independiente en presencia de una adicción activa concurrente. [70]

Como un miembro típico de la categoría de depresores del SNC, el alcohol es capaz de producir sentimientos de tristeza; esta disforia empeora con altas concentraciones de alcohol en sangre, y los estudios en alcohólicos han demostrado que estos cambios afectivos ocurren ante la expectativa de que la droga puede también tener un efecto de elevación del humor. En adición a este efecto depresivo directo, el estrés de la vida causado por el etanol y su impacto en el estilo de vida de los alcohólicos puede ser tan desmoralizante que muchos individuos buscan ayuda psiquiátrica para "depresión". Pero las evaluaciones de los síntomas depresivos en los alcohólicos pueden conducir a estimaciones infladas de la co-ocurrencia de estas 2 condiciones, con estimaciones por arriba de 98% al utilizar auto-reportes en alcohólicos recientemente desintoxicados. El uso prolongado e intenso del alcohol puede producir estados serios de depresión, pero hay evidencia consistente de que estos cambios afectivos parecen mejorar marcadamente con la abstinencia. [3]

La inducción experimental de altos niveles de intoxicación por varios días, con el tiempo puede producir síntomas depresivos severos que pueden parecerse a los episodios depresivos mayores. Sin embargo, estos estudios indican que las depresiones severas desarrolladas en el contexto de intoxicaciones severas repetitivas con alcohol parecen desaparecer con la abstinencia. [88] Durante la abstinencia a etanol, la disminución en los niveles de serotonina fue más resistente a revertirse por la autoadministración de alcohol al compararse con la disminución de dopamina. [47]

En la población de alcohólicos, entre los trastornos con mayor prevalencia están los trastornos afectivos [99]. La tasa de estos trastornos parece ser más alta que lo esperado sólo por probabilidad [87]; en un estudio realizado por Ross, un trastorno afectivo de por vida fue diagnosticado en un 34% de la población, depresión mayor se diagnosticó en 24% y distimia en 17% [81]. Al respecto, otro estudio encontró que la presencia de alcoholismo fue típicamente asociada con un riesgo de por vida dos a tres veces más elevado para que se agreguen trastornos depresivos [94], aumentando aún más el riesgo en alcohólicos que también cumplen criterios diagnósticos para manía, esquizofrenia, ó trastorno de ansiedad [71]. Hesselbrock estudió una población de alcohólicos hospitalizados, encontrando que 18% de los hombres y 38% de las mujeres estaban deprimidos. [55]

La mayoría de los clínicos están de acuerdo que la depresión es una experiencia común en la vida de sus pacientes alcohólicos; [48,69] principalmente en la mujer ya que en varios estudios incluyendo la NCS las mujeres alcohólicas reportan más trastornos afectivos comórbidos; [44, 55, 57, 82] mientras que en hombres con abuso de alcohol entre los síntomas más comunes está la depresión [34], aunque no es el diagnóstico principal. Con frecuencia es difícil establecer si el alcohol causó un ánimo deprimido ó si un trastorno afectivo de base fue un factor precipitante para beber [69]

En hombres, el alcoholismo precede el inicio de la depresión en la gran mayoría (78%), mientras que en las mujeres la depresión es el diagnóstico que antecede en la mayoría de los casos (66%) [18, 33]. En ambos sexos, el alcoholismo es un poco menos severo cuando la depresión es precedente [33]; esto principalmente en la mujer [48]. Schuckit y Winocur sugieren que las mujeres alcohólicas con depresión primaria tienen un mejor pronóstico, y que los hombres deprimidos y alcohólicos tienen un riesgo mayor para suicidio que las mujeres. [23]

Por otro lado se ha encontrado que la presencia de un síndrome afectivo (ó de predisposición a desarrollar uno) puede precipitar el mal uso de alcohol ó drogas en algunos individuos, ó exacerbar el mal uso en aquellos que beben ó usan drogas disfuncionalmente [32]

La creencia convencional que los deprimidos se automedican con alcohol es en hecho no cierta. Cassidy y cols. encontraron que el paciente deprimido actualmente bebe menos cuando está deprimido que eutímico; [72] y se refiere que de 70 a 80% de los pacientes con depresión severa, no tienen un incremento marcado en su consumo de alcohol [3]; aunque algunos pacientes con trastorno afectivo aumentan su consumo cuando están enfermos, quizá solo 5 a 10% cumplan criterios para alcoholismo secundario [86], siendo esta una tasa similar a la de la población general (aproximadamente el 10%) [88]. Según Regier, la asociación entre depresión y dependencia a alcohol se ha encontrado con más fortaleza que la asociación con uso inadecuado de alcohol. [63]

Keller y cols. encontraron que la comorbilidad de depresión mayor y abuso de alcohol es de 27.3% y la depresión doble con abuso de alcohol es de 30.1% [42]; Sin embargo, otros estudios reportan tasas de depresión secundaria en alcoholismo con un rango de prevalencia de 5 a 75% [69]

Entre pacientes que buscan tratamiento para depresión y otros trastornos afectivos aquéllos que tienen problemas adicionales con alcohol ó drogas con más frecuencia son hombres, jóvenes, no casados y de status socioeconómico bajo. [32] Andreasen y Winokur encontraron que la depresión primaria y secundaria tienen los mismos síntomas, pero en la depresión primaria los síntomas son usualmente más severos. [23]

El curso clínico de la depresión cuando ésta coexiste con el alcoholismo, es generalmente benigna y autolimitada, con regreso a la eutimia después de abstinencia; en algunos alcohólicos deprimidos una depresión más crónica persiste y puede predecir un empeoramiento en las consecuencias del alcoholismo [72]

En resumen, aunque los síntomas depresivos son un producto frecuente de beber intensamente, usando criterios más rígidos parece que cerca de un tercio de los alcohólicos pueden sufrir una depresión severa en algún punto de su alcoholismo. [3]

Es importante señalar que entre la población de alto riesgo, el uso y abuso de alcohol en adolescentes está asociado con conducta agresiva e impulsiva, afecto disfórico y riesgo suicida [75]. También de acuerdo a la ocupación, se han encontrado grupos de alto

riesgo; por ejemplo, Post encontró una alta prevalencia de trastornos afectivos y alcoholismo en escritores.

2-DROGAS

La comorbilidad de depresión con uso diario de drogas, es mayor del 40% según la ECA y la NCS. Otros Autores (MarKs & Lader 1990, Helzer & Pryzbeck 1988, Ross 1988, Merikangas 1990 y Regier 1990) también han asociado consistentemente los trastornos afectivos con el uso de sustancias [63]. Estas comorbilidades varían de acuerdo al tipo de droga abusada, con tasas de por vida de trastorno depresivo mayor de 54% en dependientes a opioides, 38% en dependientes a alcohol y 32% en pacientes dependientes a estimulantes [47]; otro estudio de Keller refiere que la depresión mayor y el abuso de drogas tienen una comorbilidad de 23.6% y la comorbilidad de depresión doble con abuso de drogas es de 26.8% [42].

Una tasa relativamente alta de trastornos depresivos, así como de síntomas depresivos, es notada entre pacientes con dependencia a estimulantes durante la abstinencia temprana [3, 47] con evidencia de que estos cambios afectivos parecen disminuir en intensidad con 2 a 4 semanas de abstinencia [3]. Se ha notado que también la dependencia crónica a estimulantes parece ser un proceso que exagera los síntomas depresivos y precipita trastornos depresivos en los individuos a través de alteraciones neurológicas.[47]

Las similitudes neurobiológicas entre depresión inducida y no inducida por drogas, pueden contribuir a la alta comorbilidad de depresión con dependencia a estimulantes; los cambios afectivos vistos en humanos durante la abstinencia a drogas pueden ser mediados a través de neuroadaptaciones de dopamina, serotonina, GABA, factor liberador de corticotropina y neuropéptido "Y"; pero los 2 sistemas de neurotransmisores que pueden involucrarse más en la asociación entre depresión y dependencia a estimulantes parecen ser serotonina y dopamina.[69]

También la dependencia a opioides está asociada con altas tasas de depresión. La prevalencia de por vida de la depresión entre adictos a opioides e individuos que utilizan metadona es aproximadamente entre 50 a 70% [3]

DEPRESION, CARACTERISTICAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

La relación entre depresión y trastorno de personalidad puede estimarse de por lo menos 3 diferentes procesos: predisposición, complicación, y co-agregación. Predisposición se refiere a la tendencia de características de personalidad patológicas selectas, tales como neuroticismo ó dependencia interpersonal excesiva. Complicación describe el desarrollo ó exageración de características de personalidad como una consecuencia de la depresión. Co-agregación es un proceso en el cuál vulnerabilidades relacionadas son simultáneamente expresadas en la misma persona.

Entre las características de personalidad comunes en los trastornos depresivos, el neuroticismo y la introversión han mostrado relevancia considerable

El neuroticismo refleja la tendencia a responder al estrés en una forma emocional, nerviosa y somática. La depresión causa un incremento en las puntuaciones del neuroticismo, y a su vez los individuos con altos niveles de neuroticismo son más propensos a desarrollar depresión. La introversión se refiere a la tendencia a preferir conductas más cautelosas y más solitarias [96]

Un ejemplo de esto serían los pacientes con depresión breve recurrente, los cuáles han mostrado menos esquemas de Coping, mayores conflictos psicológicos, más neuroticismo, más agresión y menos extroversión que los controles [2]

Los estudios documentan tasas de trastorno de personalidad en un 30 a 70% de los pacientes deprimidos [96]; asimismo se estima que entre el 50 al 85% de los pacientes ambulatorios con depresión mayor tienen algún trastorno de personalidad, y entre 20 y 50% de los pacientes hospitalizados presentan esta comorbilidad.

Los pacientes con un trastorno de personalidad asociado tienen las siguientes características: son jóvenes al inicio del episodio afectivo; son hospitalizados con mayor frecuencia [15]; su apoyo social es menos importante; sus condiciones de vida son más estresantes [15, 98]; la sintomatología depresiva es más severa; muestran altas tasas de ideación y actos suicidas [15], y aunque ningún estudio es definitivo, el peso de la evidencia indica que los pacientes deprimidos con trastornos de personalidad responden menos a la farmacoterapia que los pacientes sin comorbilidad del eje dos [15, 96], lo cuál puede amplificar y prolongar los episodios depresivos. [98]

1-TRASTORNO DEPRESIVO DE LA PERSONALIDAD

La personalidad depresiva tiene una larga historia clínica, pero ha sido grandemente ignorada en la nomenclatura oficial y en la literatura Kraepelin describió un “temperamento depresivo” caracterizado por una sensación emocional de tristeza permanente en todas las experiencias de la vida. Estas personas estaban permanentemente tristes, sin alegría, ansiosas, depresivas, desanimadas, desesperadas, agobiadas, autoreprochándose, y sin autoestima. Schneider desarrolló el aproximamiento descriptivo moderno a fines de los 50's proponiendo 11 tipos de personalidad, incluyendo al trastorno de personalidad depresiva; varios analistas incluyendo a Kernberg han asociado la tristeza y el pesimismo con un carácter depresivo, y también los cognitivistas empezando con Beck han enfatizado caracterológicamente esquemas cognitivos negativos. [36]

En estudios de trastornos de personalidad, los porcentajes de trastorno de personalidad depresiva asociados con trastorno de por vida de depresión mayor y distimia fueron de 44% y 55% respectivamente. En términos de sobreposición del trastorno de personalidad depresiva con trastornos afectivos actuales, 58% de los distímicos actuales

tenían personalidad depresiva, mientras 45% de los sujetos con depresión mayor actual tenían un trastorno de personalidad depresiva comórbida [43]

A pesar de esto el trastorno depresivo de la personalidad actualmente forma parte de el DSM-IV entre los criterios propuestos para estudios posteriores.

2 -TRASTORNO BORDERLINE DE LA PERSONALIDAD

En 1985, las pruebas recurrentes de que los pacientes con trastorno de personalidad borderline tienen una alta prevalencia de depresión fué vista como evidencia de que ambos estaban cercanamente ligados; sin embargo, pruebas subsecuentes de que otros trastornos de personalidad tienen frecuencias iguales ó mayores apoyan la conclusión de que esta comorbilidad no es específica

Shea y cols. encontraron que este trastorno fue relativamente infrecuente (2 a 8%) en una muestra de pacientes deprimidos [29]; pero otros estudios mencionan una prevalencia de 10 a 30% para ésta población [15]

Zanarini y cols. encontraron una alta frecuencia de depresión mayor (80% de historia de por vida) en sus pacientes con trastorno de personalidad borderline, pero también mostraron que esta asociación puede ser inespecífica. [29]

3-TRASTORNO EVITATIVO Y DEPENDIENTE DE LA PERSONALIDAD

Shea y cols. encontraron que los trastornos evitativos y dependientes son comúnmente encontrados en deprimidos. [50] De acuerdo a una revisión de varios autores, las prevalencias de estas comorbilidades pueden ir de 1 a 57%, y de 2 a 66% respectivamente [29]

4.-TRASTORNO DISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD)

En una revisión de la literatura realizada por Corruble, encontró que de acuerdo a varios autores las tasas de prevalencia para trastorno antisocial de la personalidad en comorbilidad con depresión mayor van de 0 a 22%. [29]

5-TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD

En pacientes deprimidos, se ha encontrado que el trastorno obsesivo-compulsivo tiene una prevalencia consistente (0-20%)[15] , y según Shea y cols. es notablemente más común en esta población que el trastorno borderline. En la revisión realizada por Corruble se han encontrado tasas muy variables que van de 1 a 26%. [29]

DEPRESION Y DEMENCIA

Roth y Post demostraron que la demencia y la depresión son trastornos distintos y separados, mientras que Reifler y cols. notaron que la depresión frecuentemente existe como una comorbilidad, un componente ó una complicación del síndrome demencial. [40]

La depresión concurrente incrementa la incapacidad en los pacientes ancianos con deterioro cognitivo, y se asocia con una funcionalidad instrumental baja en pacientes con deterioro cognitivo leve y con disminución en la funcionalidad de las medidas de autocuidado en individuos severamente deteriorados, asociándose además con una mortalidad mayor del 59% durante el año siguiente a la admisión en las casas de cuidado [64]; también se ha visto que un episodio depresivo mayor particularmente si se asocia con deterioro cognitivo significativo pero reversible [40, 66] puede preceder a las manifestaciones clínicas de una demencia irreversible. Contrariamente el síndrome depresivo es común durante estadios tempranos de una demencia [66]

Sin embargo, el deterioro cognitivo ó la demencia franca pueden complicar el diagnóstico de depresión en los ancianos. La demencia puede prevenir el reconocimiento de una depresión comórbida porque varios síntomas depresivos incluyendo apatía, pobre apetito, trastornos del sueño y lentitud psicomotriz se sobreponen con las manifestaciones de la demencia.

La pseudodemencia fue descrita inicialmente como un síndrome en el cuál los síntomas cognitivos imitan pero no son indicadores actuales de una demencia verdadera. [64]

Clínicamente la presencia de ciertos síntomas tales como ánimo depresivo, llanto, aislamiento, ansiedad, despertares tempranos, disminución de la autoestima, desesperanza e ideación suicida pueden ayudar a reconocer los trastornos depresivos en pacientes con demencia. [66]

Estos cambios afectivos que ocurren en pacientes con demencia son con mayor frecuencia recurrentes pero de corta duración, con ideación depresiva fragmentaria y transitoria; y sobre todo con labilidad afectiva.

Los estudios clínicos reportaron tasas de prevalencia para ánimo depresivo en pacientes con enfermedad de Alzheimer en el rango de 0 a 87%, y para trastornos depresivos de 0 a 86%; en estos estudios se ha encontrado que las depresiones son con mayor frecuencia de inicio tardío, y que pueden ocurrir frecuentemente junto con delirios y agitación. [40]

DEPRESION Y ESQUIZOFRENIA

Muchos investigadores que estudian la esquizofrenia, han aceptado la premisa de que la esquizofrenia es biológicamente distinta del trastorno afectivo. La mayoría de la evidencia que apoya esta visión Kraepeliana, deriva de estudios de gemelos y familias. [95]

DEPRESION Y TRASTORNO POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y la depresión mayor, son trastornos comunes e incapacitantes que afectan tanto a niños como a adolescentes. La revisión de la literatura concluye que los 2 trastornos co-ocurren más frecuentemente que lo esperado por la probabilidad. Lahey y cols. encontraron depresión mayor en 22% de las madres de niños con TDAH y en 30% de las madres de niños con TDAH y trastorno de conducta. Welner y cols. encontraron significativamente más síntomas depresivos entre hermanos no hiperactivos de niños hiperactivos cuando se compararon con hermanos no hiperactivos de controles.

Los factores de riesgo familiares encontrados entre TDAH y depresión pueden ser dados por factores ambientales ó genéticos. [20]

DEPRESION Y TABAQUISMO

Desde el año de 1978, Waal-Manning y De Hamel mostraron que los fumadores tenían altas tasas de síntomas de ansiedad y depresión comparados con no fumadores; Hughes y cols. usando diagnósticos psiquiátricos mostraron que los pacientes con depresión mayor actual fumaban más que la población general [25]; posteriormente, en estudios realizados por Breslau y Kendler, se encontró que el número de cigarrillos fumados se asoció directamente con la prevalencia de depresión mayor.

La literatura reciente demuestra que las personas con depresión mayor son más propensas al tabaquismo y a tener dificultades cuando tratan de dejarlo. Al dejar de fumar, tales personas presentan un incremento en el riesgo para experimentar estados depresivos leves ó severos; el periodo de vulnerabilidad a un nuevo episodio depresivo, parece variar de pocas semanas a varios meses después de la suspensión [16]; Examinando datos del estudio de la ECA, se confirma que la depresión mayor fue más común entre fumadores que entre no fumadores; este estudio también mostró que los individuos con una historia de depresión de por vida, fueron más propensos a “fumar siempre” (76% vs 52%). [25]

La depresión mayor pasada causa un detrimento significativo en el tratamiento del tabaquismo; los sujetos también muestran una tendencia a mayores niveles de apetencia, irritabilidad, ansiedad, y falta de descanso durante el periodo de abstinencia a la nicotina [16]. Este síndrome de abstinencia fue más severo en fumadores con una historia de trastorno depresivo mayor, y el desarrollo de depresión durante la primer semana de abstinencia, se asoció con una falla en el abandono del tabaquismo.

Hay una evidencia importante de que el tabaquismo está fuertemente asociado con depresión, corroborada por Shiffman al encontrar que el “afecto negativo” fue el antecedente más común en las recaídas del tabaquismo [25].

DEPRESION Y ENFERMEDADES GENERALES

La depresión mayor es también frecuentemente asociada con enfermedades físicas crónicas tales como cáncer, enfermedad cardiovascular, artritis reumatoide, enfermedad de Parkinson [17, 66], enfermedad cerebrovascular, enfermedad de Alzheimer, otros trastornos neurodegenerativos, la mayoría de las condiciones endocrinas, cualquier tipo de falla orgánica terminal, fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, síndrome de intestino irritable, y cualquier condición que cause dolor crónico.

La sobreposición entre síntomas depresivos y físicos complica el reconocimiento y diagnóstico de depresión, ya que la pérdida de interés, baja energía, cambios en el apetito y el sueño, pérdida de peso ó dificultad para concentrarse puede ser dada por enfermedad física, depresión, ó ambas. [66]

Algunas de estas comorbilidades de la medicina general pueden tener efectos paralelos en el funcionamiento del SNC. Varias condiciones tales como endocrinopatías, infartos cerebrovasculares y ciertas malignidades directamente inducen síntomas depresivos. [98]

La depresión que coexiste con enfermedades físicas ha mostrado un incremento en los niveles de incapacidad funcional, aumentando el uso de las fuentes de cuidado de salud y reduciendo la efectividad de la rehabilitación [50].

DEPRESION Y SUICIDIO

Las actitudes acerca del suicidio están cambiando, presentándose un incremento en su percepción como manifestación de un estrés emocional severo, y asociado con una forma de depresión tratable y diagnosticable ú otra enfermedad mental. [39]

Los factores que contribuyen para el riesgo de actos suicidas están agrupados en 2 categorías; la primera incluye componentes dependientes del estado de depresión aguda; la segunda involucra la predisposición al acto por pensamientos suicidas.

Los estudios de autopsias psicológicas han demostrado que la depresión mayor es el diagnóstico más comúnmente encontrado en víctimas suicidas, y que la mayoría de las personas deprimidas que cometen suicidio no estaban bajo tratamiento, ó estaban tratadas inadecuadamente en su último episodio depresivo. [59]

Los estudios hechos por Montgomery y cols. reportan que los pacientes con depresiones breves más severas tuvieron un mayor riesgo de suicidio y los intentos suicidas ocurrieron sólo durante este episodio. Los resultados del estudio de Zurich confirmaron que los sujetos con depresión breve recurrente tienen un incremento en el riesgo de conducta suicida. 14% de estos sujetos tuvieron intento de suicidio por arriba de los 30 años, comparado con 21% con depresión mayor y 3 5% de los controles. [52]

Un metanálisis de los estudios de conducta suicida en los pacientes con trastorno afectivo unipolar y bipolar, mostraron un exceso de suicidio completo subsecuente en pacientes unipolares, y un exceso de intento de suicidio subsecuente en los pacientes bipolares [79]. El riesgo está también aumentado en los ancianos y en los pacientes con enfermedad médica crónica. La gran mayoría de los actos suicidas aumentan en asociación con enfermedades psiquiátricas, más frecuentemente con trastornos afectivos incluyendo depresión mayor y depresión bipolar [39]

Se ha encontrado que los pacientes deprimidos que tuvieron intento suicida percibían su funcionamiento familiar peor. Aunque los intentos suicidas son ciertamente actos multideterminados, el funcionamiento familiar puede ser una de las influencias importantes porque una minoría de los pacientes deprimidos intentan suicidarse mientras la mayoría no [41]

Una historia familiar de suicidio está asociado con conducta suicida en todas las fases del ciclo de la vida. Pitts y Winokur encontraron que 4.9% de los pacientes reportaron un suicidio posible ó definitivo en familiares de primer grado; en 68% de estos casos el diagnóstico fue un trastorno afectivo.

En resumen, un gran número de datos clínicos de estudios familiares, gemelares y de adopción muestran que hay una susceptibilidad genética al suicidio. Sin embargo, Roy y cols. reportaron que ésta susceptibilidad parece sólo manifestarse en el individuo al momento de estrés severo ó cuando enferma con un trastorno psiquiátrico mayor [83]

Suomine y cols. reportaron que la prevalencia en la vida para Riesgo de Suicidio en Trastornos afectivos ha sido estimado en 15% [28]. Otros estudios refieren que entre 10 y 15% de los pacientes que sufren depresión ó esquizofrenia cometen suicidio [60]; ante esta prevalencia se han tratado de detectar los factores predictivos de alto riesgo para suicidio; al respecto, un estudio de depresión que realizó un seguimiento por más de 10 años demostró que un alto nivel de ansiedad psíquica fue un predictor preciso de suicidio temprano (en los primeros años de la enfermedad)[4, 14, 22], junto con ataques de pánico, anhedonia y abuso de alcohol moderado.

En contraste los predictores aceptados tradicionalmente tales como desesperanza, ideación suicida, historia de intento suicida previo y la severidad médica del intento suicida previo, se correlacionan con suicidio que ocurrió de 2 a 5 años después de la evaluación [22]

En estudios sin la patogénesis de suicidio se ha encontrado que a intentos más letales menor nivel de 5-HIAA(principal metabolito de serotonina) en líquido cefalorraquídeo [60]. Esto llevó a realizar otros estudios de la relación de sistema serotoninérgico y suicidio [39]. Uno de los receptores postsinápticos de serotonina más estudiados, es el receptor 5-HT1A, el cuál ha sido involucrado en la patogénesis de la depresión y la ansiedad [61]. Sin embargo, se ha encontrado también que hay un incremento en el número de estos receptores en víctimas suicidas [60]; lo que se correlaciona con el hallazgo de que la ansiedad también es predictora de suicidio.

El alto riesgo de muerte prematura experimentada por los trastornos mentales ha sido conocida de estadísticas inglesas por 150 años. En la depresión mayor unipolar, el riesgo de muerte fue de 1.4 veces mayor que lo esperado. El riesgo de mortalidad por causas no naturales fue cerca de 7 veces mayor que lo esperado. En entre las causas no naturales, el riesgo de mortalidad por suicidio fue 21 veces mayor.

En cuanto a otros trastornos afectivos, incluyendo trastorno ansioso depresivo, trastorno esquizoafectivo y trastorno afectivo recurrente, el riesgo de muerte fue de 1.8 veces mayor de lo esperado. El riesgo de mortalidad para causas no naturales fue de 8 veces mayor de lo esperado, y el riesgo de mortalidad para suicidio fue 20 veces mayor.[31]

TRASTORNOS DEPRESIVOS ENTRE SI

De acuerdo a varios autores como Kocsis, Lewinsohn, Markowitz y Weissman hay una elevada tasa de comorbilidad entre trastorno distímico y trastorno depresivo mayor. En un estudio de Akiskal y cols. en pacientes originalmente diagnosticados con trastorno distímico, 90% también tuvieron episodios afectivos mayores.

Varios estudios indican que hay un riesgo significativamente alto de distimia en familiares de primer grado de sujetos con depresión mayor, y que las personas con distimia de inicio temprano tienen altas tasas de episodio depresivo mayor y trastornos de ansiedad.[42]

Datos de la ECA mostraron que 38.9% de los pacientes con distimia tenían actualmente un episodio de depresión mayor, 75% tenían un trastorno comorbido no afectivo, 26.2 % tenían trastorno de ansiedad y 29.8% abuso de sustancias. [42,43]

JUSTIFICACION:

La importancia de realizar este estudio radica en el gran porcentaje de pacientes deprimidos que presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de acuerdo a la literatura. Tomando como punto de interés central la aplicación de un instrumento nuevo y más breve que los más utilizados hasta el momento.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Determinar la efectividad de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en depresión

El alto riesgo de muerte prematura experimentada por los trastornos mentales ha sido conocida de estadísticas inglesas por 150 años. En la depresión mayor unipolar, el riesgo de muerte fue de 1.4 veces mayor que lo esperado. El riesgo de mortalidad por causas no naturales fue cerca de 7 veces mayor que lo esperado. En entre las causas no naturales, el riesgo de mortalidad por suicidio fue 21 veces mayor.

En cuanto a otros trastornos afectivos, incluyendo trastorno ansioso depresivo, trastorno esquizoafectivo y trastorno afectivo recurrente, el riesgo de muerte fue de 1.8 veces mayor de lo esperado. El riesgo de mortalidad para causas no naturales fue de 8 veces mayor de lo esperado, y el riesgo de mortalidad para suicidio fue 20 veces mayor.[31]

TRASTORNOS DEPRESIVOS ENTRE SI

De acuerdo a varios autores como Kocsis, Lewinsohn, Markowitz y Weissman hay una elevada tasa de comorbilidad entre trastorno distímico y trastorno depresivo mayor. En un estudio de Akiskal y cols. en pacientes originalmente diagnosticados con trastorno distímico, 90% también tuvieron episodios afectivos mayores.

Varios estudios indican que hay un riesgo significativamente alto de distimia en familiares de primer grado de sujetos con depresión mayor, y que las personas con distimia de inicio temprano tienen altas tasas de episodio depresivo mayor y trastornos de ansiedad.[42]

Datos de la ECA mostraron que 38.9% de los pacientes con distimia tenían actualmente un episodio de depresión mayor, 75% tenían un trastorno comorbido no afectivo, 26.2 % tenían trastorno de ansiedad y 29.8% abuso de sustancias. [42,43]

JUSTIFICACION:

La importancia de realizar este estudio radica en el gran porcentaje de pacientes deprimidos que presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de acuerdo a la literatura. Tomando como punto de interés central la aplicación de un instrumento nuevo y más breve que los más utilizados hasta el momento.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Determinar la efectividad de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en depresión

El alto riesgo de muerte prematura experimentada por los trastornos mentales ha sido conocida de estadísticas inglesas por 150 años. En la depresión mayor unipolar, el riesgo de muerte fue de 1.4 veces mayor que lo esperado. El riesgo de mortalidad por causas no naturales fue cerca de 7 veces mayor que lo esperado. En entre las causas no naturales, el riesgo de mortalidad por suicidio fue 21 veces mayor.

En cuanto a otros trastornos afectivos, incluyendo trastorno ansioso depresivo, trastorno esquizoafectivo y trastorno afectivo recurrente, el riesgo de muerte fue de 1.8 veces mayor de lo esperado. El riesgo de mortalidad para causas no naturales fue de 8 veces mayor de lo esperado, y el riesgo de mortalidad para suicidio fue 20 veces mayor.[31]

TRASTORNOS DEPRESIVOS ENTRE SI

De acuerdo a varios autores como Kocsis, Lewinsohn, Markowitz y Weissman hay una elevada tasa de comorbilidad entre trastorno distímico y trastorno depresivo mayor. En un estudio de Akiskal y cols. en pacientes originalmente diagnosticados con trastorno distímico, 90% también tuvieron episodios afectivos mayores.

Varios estudios indican que hay un riesgo significativamente alto de distimia en familiares de primer grado de sujetos con depresión mayor, y que las personas con distimia de inicio temprano tienen altas tasas de episodio depresivo mayor y trastornos de ansiedad.[42]

Datos de la ECA mostraron que 38.9% de los pacientes con distimia tenían actualmente un episodio de depresión mayor, 75% tenían un trastorno comorbido no afectivo, 26.2 % tenían trastorno de ansiedad y 29.8% abuso de sustancias. [42,43]

JUSTIFICACION:

La importancia de realizar este estudio radica en el gran porcentaje de pacientes deprimidos que presentan comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de acuerdo a la literatura. Tomando como punto de interés central la aplicación de un instrumento nuevo y más breve que los más utilizados hasta el momento.

OBJETIVO PRINCIPAL.

Determinar la efectividad de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.) como una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración para explorar los principales diagnósticos del eje I del CIE-10 y su utilidad para observar comorbilidad en depresión

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica para pacientes con un Episodio Depresivo Actual de intensidad leve a severa, de una muestra poblacional del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Determinar los trastornos comórbidos más frecuentes en la muestra de pacientes de Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Determinar la severidad de la depresión mediante la aplicación de la escala de Hamilton para depresión.

HIPOTESIS:

H1= El MINI. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de la depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

H2= La comorbilidad de la depresión con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

POBLACION Y UNIVERSO:

El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que cumplieran criterios clínicos en base a la CIE-10, para un episodio depresivo actual de leve a severa intensidad, los cuáles se presentaron a consulta externa ó se encontraban hospitalizados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1.-Criterios de inclusión:

Se incluyó a los pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para un episodio depresivo actual con intensidad leve a moderada de acuerdo a su expediente clínico y en base a la CIE-10, con una puntuación en la Escala de Hamilton mayor de 15, y que aceptaron participar en el estudio.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica para pacientes con un Episodio Depresivo Actual de intensidad leve a severa, de una muestra poblacional del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Determinar los trastornos comórbidos más frecuentes en la muestra de pacientes de Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Determinar la severidad de la depresión mediante la aplicación de la escala de Hamilton para depresión.

HIPOTESIS:

H1= El MINI. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de la depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

H2= La comorbilidad de la depresión con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

POBLACION Y UNIVERSO:

El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que cumplieran criterios clínicos en base a la CIE-10, para un episodio depresivo actual de leve a severa intensidad, los cuáles se presentaron a consulta externa ó se encontraban hospitalizados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1.-Criterios de inclusión:

Se incluyó a los pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para un episodio depresivo actual con intensidad leve a moderada de acuerdo a su expediente clínico y en base a la CIE-10, con una puntuación en la Escala de Hamilton mayor de 15, y que aceptaron participar en el estudio.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica para pacientes con un Episodio Depresivo Actual de intensidad leve a severa, de una muestra poblacional del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Determinar los trastornos comórbidos más frecuentes en la muestra de pacientes de Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Determinar la severidad de la depresión mediante la aplicación de la escala de Hamilton para depresión.

HIPOTESIS:

H1= El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de la depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

H2= La comorbilidad de la depresión con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

POBLACION Y UNIVERSO:

El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que cumplieran criterios clínicos en base a la CIE-10, para un episodio depresivo actual de leve a severa intensidad, los cuáles se presentaron a consulta externa ó se encontraban hospitalizados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1.-Criterios de inclusión:

Se incluyó a los pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para un episodio depresivo actual con intensidad leve a moderada de acuerdo a su expediente clínico y en base a la CIE-10, con una puntuación en la Escala de Hamilton mayor de 15, y que aceptaron participar en el estudio.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica para pacientes con un Episodio Depresivo Actual de intensidad leve a severa, de una muestra poblacional del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Determinar los trastornos comórbidos más frecuentes en la muestra de pacientes de Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Determinar la severidad de la depresión mediante la aplicación de la escala de Hamilton para depresión.

HIPOTESIS:

H1= El M.I.N.I. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de la depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

H2= La comorbilidad de la depresión con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

POBLACION Y UNIVERSO:

El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que cumplieran criterios clínicos en base a la CIE-10, para un episodio depresivo actual de leve a severa intensidad, los cuáles se presentaron a consulta externa ó se encontraban hospitalizados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1.-Criterios de inclusión:

Se incluyó a los pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para un episodio depresivo actual con intensidad leve a moderada de acuerdo a su expediente clínico y en base a la CIE-10, con una puntuación en la Escala de Hamilton mayor de 15, y que aceptaron participar en el estudio.

OBJETIVOS SECUNDARIOS.

Determinar la frecuencia de la comorbilidad psiquiátrica para pacientes con un Episodio Depresivo Actual de intensidad leve a severa, de una muestra poblacional del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

Determinar los trastornos comórbidos más frecuentes en la muestra de pacientes de Hospital psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

Determinar la severidad de la depresión mediante la aplicación de la escala de Hamilton para depresión.

HIPOTESIS:

H1= El MINI. como instrumento de entrevista diagnóstico de los trastornos principales del eje I del CIE-10 es adecuado para determinar la comorbilidad psiquiátrica de la depresión en pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

H2= La comorbilidad de la depresión con otros trastornos psiquiátricos es elevada.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal.

POBLACION Y UNIVERSO:

El estudio se realizó con una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que cumplieran criterios clínicos en base a la CIE-10, para un episodio depresivo actual de leve a severa intensidad, los cuáles se presentaron a consulta externa ó se encontraban hospitalizados.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

1.-Criterios de inclusión:

Se incluyó a los pacientes que cumplieran criterios diagnósticos para un episodio depresivo actual con intensidad leve a moderada de acuerdo a su expediente clínico y en base a la CIE-10, con una puntuación en la Escala de Hamilton mayor de 15, y que aceptaron participar en el estudio.

2.-Criterios de exclusión:

Se excluyó a los pacientes que no aceptaron participar en el estudio y a aquéllos que presentaban un trastorno físico que impedía su colaboración, ó a los pacientes cuyo estado mental no permitiera la entrevista al dificultar la comprensión de las preguntas que se realizaron.

VARIABLES:

1 -Nominales: Sexo, estado civil, escolaridad, diagnósticos encontrados de acuerdo a los 16 módulos de la MINI y Diagnóstico clínico que corresponda al Espectro de Depresión de acuerdo a la CIE-10.

2.-Continuas: Edad.

3.-Discontinuas: Puntuación de la Escala de Hamilton para depresión.

METODOLOGÍA.

Instrumentos.

Los instrumentos usados fueron los siguientes:

(1)Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión en español 5.0.0. la cual es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Se han realizado Estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una Entrevista Estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La MINI esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico actual, Riesgo de Suicidio, Episodio (Hipo) maniaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas no Alcohólicas, Trastorno Psicótico, Anorexia, Bulimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad). Al comienzo de cada módulo (con excepción de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro una ó varias preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno; esto permite un mejor rendimiento en la aplicación de la escala.

2.-Criterios de exclusión:

Se excluyó a los pacientes que no aceptaron participar en el estudio y a aquéllos que presentaban un trastorno físico que impedía su colaboración, ó a los pacientes cuyo estado mental no permitiera la entrevista al dificultar la comprensión de las preguntas que se realizaron.

VARIABLES:

1 -Nominales: Sexo, estado civil, escolaridad, diagnósticos encontrados de acuerdo a los 16 módulos de la MINI y Diagnóstico clínico que corresponda al Espectro de Depresión de acuerdo a la CIE-10.

2.-Continuas: Edad.

3.-Discontinuas: Puntuación de la Escala de Hamilton para depresión.

METODOLOGÍA.

Instrumentos.

Los instrumentos usados fueron los siguientes:

(1)Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión en español 5.0.0. la cual es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Se han realizado Estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una Entrevista Estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La MINI esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico actual, Riesgo de Suicidio, Episodio (Hipo) maniaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas no Alcohólicas, Trastorno Psicótico, Anorexia, Bulimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad). Al comienzo de cada módulo (con excepción de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro una ó varias preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno; esto permite un mejor rendimiento en la aplicación de la escala.

2.-Criterios de exclusión:

Se excluyó a los pacientes que no aceptaron participar en el estudio y a aquéllos que presentaban un trastorno físico que impedía su colaboración, ó a los pacientes cuyo estado mental no permitiera la entrevista al dificultar la comprensión de las preguntas que se realizaron.

VARIABLES:

1 -Nominales: Sexo, estado civil, escolaridad, diagnósticos encontrados de acuerdo a los 16 módulos de la MINI y Diagnóstico clínico que corresponda al Espectro de Depresión de acuerdo a la CIE-10.

2.-Continuas: Edad.

3.-Discontinuas: Puntuación de la Escala de Hamilton para depresión.

METODOLOGÍA.

Instrumentos.

Los instrumentos usados fueron los siguientes:

(1)Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) versión en español 5.0.0. la cual es una entrevista diagnóstica de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y del CIE-10. Se han realizado Estudios de validez y confiabilidad comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una Entrevista Estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para el CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene un puntaje de validez y confiabilidad aceptablemente alto, pero puede ser administrado en un período de tiempo mucho más breve (promedio de 18.7 +/- 11.6 minutos, media de 15 minutos) que los instrumentos mencionados. La MINI esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría diagnóstica (Episodio Depresivo Mayor, Trastorno distímico actual, Riesgo de Suicidio, Episodio (Hipo) maniaco, Trastorno de Angustia, Agorafobia, Fobia Social, Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Estado por Estrés Postraumático, Abuso y Dependencia de Alcohol, Trastornos asociados al uso de Sustancias Psicoactivas no Alcohólicas, Trastorno Psicótico, Anorexia, Bulimia, Trastorno de Ansiedad Generalizada y Trastorno Antisocial de la Personalidad). Al comienzo de cada módulo (con excepción de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro una ó varias preguntas filtro que corresponden a los criterios diagnósticos principales del trastorno; esto permite un mejor rendimiento en la aplicación de la escala.

(2) Escala de Hamilton para depresión Versión en Español de 17 reactivos: esta escala fue desarrollada por Hamilton en 1960 como un medio de cuantificar el juicio de expertos clínicos acerca de la severidad de la depresión en pacientes diagnosticados como deprimidos. Fue una de las primeras entrevistas semiestructuradas desarrolladas; consta de 17 reactivos los cuales son síntomas depresivos, que son calificados por tres a cinco puntos cada uno; se incluyen aparte cuatro reactivos sintomáticos adicionales cuya calificación no se incluye en la puntuación total.

Varias versiones de esta escala han sido validadas en diferentes poblaciones. Berlanga y cols. en 1992 realizaron la traducción al Español de la versión utilizada.

(3) Encuesta Sociodemográfica.

Procedimiento.

Se reclutó una muestra de 50 pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que se presentaron a Consulta Externa o se encontraban hospitalizados. Los pacientes contaban con diagnóstico clínico dentro del Espectro Depresivo en base a los criterios de la CIE-10; este diagnóstico se realizó por los médicos del servicio hospitalario donde se encontraba cada paciente, al detectarse un Episodio Depresivo actual de intensidad leve a severa se les pidió su autorización verbal para participar en el estudio y a continuación les fue aplicada la Escala de Hamilton para Depresión con la finalidad de valorar la severidad de los síntomas depresivos, y en aquellos que se encontró una puntuación total mayor ó igual a 15 se les aplicó la MINI como Entrevista diagnóstica para determinar la presencia de comorbilidad con los Trastornos Psiquiátricos evaluados por este instrumento, requiriendo un tiempo medio de 20 minutos en esta aplicación. Posteriormente se les aplicó una Encuesta Sociodemográfica para obtener la información que nos ayudó a definir la población de estudio. Los tres instrumentos fueron aplicados por el entrevistador en una sola sesión, requiriendo un tiempo medio de aplicación de 40 minutos en total.

Análisis de datos.

Mediante el programa S.P.S.S versión 10.0 para Windows se construyó una base para captar los datos obtenidos. El mismo programa se utilizó para realizar el Análisis Estadístico, realizando frecuencias simples para las variables y correlación del cruce de variables; considerando 0.01 y 0.05 como niveles significativos.

RESULTADOS.

Demográficos:

Se obtuvo una muestra total de 50 pacientes; de estos 68% (N=34) femeninos y 32% (N=16) masculinos. El rango de edad fue de 19 a 68 años, con una edad media de la muestra de 40.48 años. El estado civil de los sujetos fue el siguiente: 22% (N=11) solteros, 44% (N=22) casados, 28% (N=14) divorciados/separados, 2% (N=1) unión libre y 4% (N=2) viudos. Su escolaridad fue la siguiente: 2% (N=1) Analfabetos, 14% (N=7) Primaria incompleta, 20% (N=10) Primaria completa, 12% (N=6) Secundaria incompleta, 20% (N=10) Secundaria completa, 6% (N=3) Preparatoria incompleta, 2% (N=1) Preparatoria completa, 2% (N=1) Carrera Técnica incompleta y 8% (N=4) Universidad

Trastornos afectivos de acuerdo al expediente clínico:

Todos los pacientes contaban con diagnóstico clínico de acuerdo a la CIE-10 10.0% (N=5) de la muestra tenían según su expediente un Diagnóstico Clínico de Trastorno Afectivo Orgánico mixto, Episodio Actual depresivo; 6.0% (N=3) con Trastorno afectivo orgánico depresivo; 2.0% (N=1) con Esquizofrenia Paranoide; 4.0% (N=2) con Trastorno Esquizoafectivo tipo Depresivo; 4.0% (N=2) con Episodio Depresivo Moderado; 2.0% (N=1) con Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual leve; 22.0% (N=11) con Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual moderado; 16.0% (N=8) Trastorno Depresivo Recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos; 16.0% (N=8) Trastorno depresivo Recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos; 8.0% (N=4) con Distimia; 10.0% (N=5) con Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo. Todas las categorías diagnósticas tuvieron una prevalencia de 22% ó menos

La severidad de la depresión fue evaluada usando la Escala de Depresión de Hamilton. Los rangos de puntuación de la escala fueron de 15 a 37 puntos, con una media de 27.68; de los 50 sujetos con episodio depresivo actual, 12.0% (N=6) tuvieron puntuaciones entre 15 y 19; 20.0% (N=10) tuvieron puntuaciones entre 20 y 24; y 68.0% (N=34) tuvieron puntuaciones mayores de 25.

Trastornos afectivos de acuerdo a la M.I.N.I.

De los 50 sujetos 94.0% (47/50) cumplieron criterios para Episodio Depresivo Mayor actual; de estos, 82.0% (41/50) cumplieron criterios para Episodio Depresivo Mayor Recurrente, 72.0% (36/50) para Depresión Mayor con síntomas de melancolía actual y 6.0% (3/50) para Trastorno Distímico actual

Comorbilidad de acuerdo a la M.I.N.I.

Las frecuencias de Comorbilidad se realizaron en base a las 16 categorías diagnósticas exploradas por la MINI, las cuales se subdividieron en 26 Trastornos

psiquiátricos; 4 de los cuales pertenecen al rubro de trastornos depresivos y se encuentran en los resultados previos, mientras que los 22 restantes aparecen a continuación: 82.0% (41/50) tuvieron Riesgo de Suicidio; de estos, 26.0% (13/50) tuvieron Riesgo de Suicidio Leve; 4.0% (2/50) tuvieron Riesgo de Suicidio Moderado y 52.0% (26/50) tuvieron Riesgo de Suicidio Severo. 10.0% (5/50) tuvieron un Episodio Maníaco Pasado; 40.0% (20/50) tuvieron Trastorno de Angustia de por vida (Trastorno de pánico); 16.0% (8/50) tuvieron Trastorno de Angustia de Crisis con síntomas limitados actual; 36.0% (18/50) tuvieron Trastorno de Angustia actual; 10.0% (5/50) tuvieron Trastorno de Angustia sin Agorafobia actual; 18.0% (9/50) tuvieron Trastorno de Angustia con Agorafobia actual; 12.0% (6/50) tuvieron Agorafobia actual sin historia de Trastorno de Angustia; 50.0% (25/50) tuvieron Trastorno de Ansiedad Social; 22.0% (11/50) tuvieron Trastorno de Estrés Postraumático actual; 18.0% (9/50) tuvieron Dependencia a Alcohol actual; 16.0% (8/50) tuvieron Abuso de Alcohol actual; 6.0% (3/50) tuvieron Dependencia a Sustancias actual; 4.0% (2/50) tuvieron Abuso de Sustancias actual; 26.0% (13/50) tuvieron Trastorno psicótico actual; 40.0% (20/50) tuvieron Trastorno Psicótico de por vida; 28.0% (14/50) tuvieron Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas psicóticos actual (Depresión psicótica); 2.0% (1/50) tuvo Bulimia Nervosa actual; 24.0% (12/50) tuvieron Trastorno de Ansiedad Generalizada actual; y 10.0% (5/50) tuvieron Trastorno Antisocial de la Personalidad de por vida. Ningún paciente cumplió criterios para Anorexia o TOC.

Frecuencias simples de Comorbilidad.

En base a los 16 módulos explorados por la MINI se agruparon algunos Trastornos Psiquiátricos, quedando 7 categorías diagnósticas: Trastornos afectivos (Episodio Depresivo mayor Actual y residivante, Depresión melancólica, Episodio [hipo] maníaco), Trastornos de Ansiedad (Trastorno de Angustia ó Trastorno de pánico actual, de por vida, con síntomas limitados actuales, con agorafobia y sin agorafobia, fobia social, TOC, Trastorno por Estrés Postraumático, Trastorno de ansiedad generalizada), Trastornos Psicóticos (de por vida, actual y depresión psicótica), Trastornos por uso de sustancias (abuso y dependencia a drogas), Trastorno por uso de alcohol (dependencia y abuso a alcohol), Trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia), y Trastorno de Personalidad Antisocial. Cabe mencionar que el riesgo suicida no se tomó como categoría diagnóstica. De acuerdo a estas categorías se obtuvieron los siguientes resultados: 6% (N=3) de mujeres y 2% (N=1) de hombres cumplieron criterios para una categoría diagnóstica, 32% (N=16) de mujeres y 12% (N=6) de hombres cumplieron criterios para dos categorías diagnósticas, 26% (N=13) de mujeres y 8% (N=4) de hombres cumplieron criterios para tres categorías diagnósticas, 2% (N=1) de mujeres y 4% (N=2) de hombres cumplieron criterios para cuatro categorías diagnósticas, ninguna mujer y 6% (N=3) de hombres cumplieron criterios para cinco categorías diagnósticas, y 2% (N=1) de mujeres y ningún hombre cumplieron criterios para seis categorías diagnósticas.

Las frecuencias por categorías diagnósticas fueron las siguientes: Trastornos afectivos 100% (N=50), Trastornos de Ansiedad 88% (N=44), Trastornos Psicóticos 42% (N=21), Trastorno por uso de Alcohol 18% (9), Trastorno Antisocial de la Personalidad 10% (N=5), Trastorno por uso de Sustancias 6% (N=3) y Trastornos de la Alimentación 2% (N=1).

TABLA I.
No. de Categorías Diagnósticas de Acuerdo al Sexo.

No DX.	No Mujeres	No. Hombre	total	% Mujeres	% Hombres	TOTAL
1	3	1	4	6%	2%	8%
2	16	6	22	32%	12%	44%
3	13	4	17	26%	8%	34%
4	1	2	3	2%	4%	6%
5	0	3	3	0%	6%	6%
6	1	0	1	2%	0%	2%
total	=34	=16	=50	=68%	=32%	=100%

Dx: Categorías diagnósticas

Correlación de Variables.

La puntuación de Hamilton tuvo una correlación positiva con Riesgo Suicida , Trastorno Psicótico Actual y de por vida y con Trastorno del Estado de Ánimo con Síntomas Psicóticos.

El Episodio Depresivo mayor Actual se correlacionó con Episodio Depresivo Mayor actual con síntomas de Melancolía

El Trastorno Distímico actual se correlacionó con dependencia y abuso actuales de sustancias.

El Riesgo Suicida se correlacionó con Trastorno Psicótico actual y de por vida, y con Depresión Psicótica

El Trastorno de Angustia ó Trastorno de Pánico de por vida se correlacionó con otros Trastornos de Angustia actuales (de crisis con síntomas limitados, sin agorafobia y con agorafobia), y Trastorno de Ansiedad Social

El Trastorno de Angustia actual de crisis con síntomas limitados, se correlacionó con Trastorno de Angustia sin Agorafobia actual.

El Trastorno de Angustia actual se correlacionó con Trastorno de Angustia actual con y sin Agorafobia, y Trastorno de Ansiedad Social.

El Trastorno de Angustia con Agorafobia actual se correlacionó con Trastorno de Ansiedad Social.

Agorafobia actual sin historia de Trastorno de Angustia se correlacionó con dependencia/abuso de alcohol actual

El Trastorno de Estrés Postraumático actual se correlacionó con Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas psicóticos (Depresión Psicótica)

La Dependencia a alcohol actual se correlacionó con abuso de alcohol, dependencia a sustancias, Trastorno Psicótico actual y con Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Abuso de alcohol actual se correlacionó con dependencia a sustancias, y Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Dependencia a sustancias actual se correlacionó con abuso de sustancias y Trastorno Antisocial de la Personalidad.

Trastorno Psicótico actual se correlacionó con Trastorno Psicótico de por vida y Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas psicóticos actuales.

El Trastorno Psicótico de por vida se correlacionó con Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas psicóticos. Los valores de "P" para las correlaciones son presentados en la Tabla 2.

TABLA 2 CORRELACIONES POSITIVAS ENTRE VARIABLES

	EDM	FDA	RS	TADPV	CSLA	TDAA	TA c/AA	AA s/HTA	TEPT	DAA	AAA	DSA	TPA	TPDPV
EDMR	305 *													
CSLA				312 *										
TDAA				834 **										
TA s/AA				408 **	400 **	444 **								
TA c/AA				673 **		646 **								
AA s/HTA														
IASA				490 **		417 **	445 **							
DAA								308 *						
AAA								342 *		932 **				
DSA		291 *								320 *	349 *			
ASA		378 **										808 **		
TPA			459 **							316 *				
TPDPV			502 **										633 **	
TEA c/SP			380 **						314 *				443 **	764 **
TPDPV										538 **	582 **	477 **		

NIVELES SIGNIFICATIVOS: * es 0.05
** es 0.01

ABREVIACIONES: EDM = Episodio depresivo mayor; EDMR = Episodio Depresivo mayor recurrente; FDA = Trastorno distímico actual; RS = Riesgo Suicida; TADPV = Trastorno de Angustia de por vida; CSLA = Trastorno de Angustia de Crisis con Síntomas Limitados Actual; TDAA = Trastorno de Angustia Actual; TA c/AA = Trastorno de Angustia con Agorafobia actual; TA s/AA = Trastorno de Angustia sin Agorafobia actual; AA s/HTA = Agorafobia Actual sin Historia de Trastorno de Angustia; IASA = Trastorno de Ansiedad Social actual; TEPT = Trastorno de Estrés Posttraumático; DAA = Dependencia de alcohol actual; AAA = Abuso de alcohol actual; DSA = Dependencia de Sustancias actual; ASA = Abuso de sustancias actual; TPA = Trastorno Psicótico actual; TPDPV = Trastorno Psicótico de por vida; TEA c/SP = Trastorno del Estado de Ánimo con síntomas Psicóticos y TPDPV = Trastorno Antisocial de la Personalidad de por vida.

DISCUSION.

De acuerdo a la NCS (1994), la gran mayoría de los trastornos psicóticos son trastornos comórbidos (79%); tanto este estudio como la ECA (1988), han reportado altas tasas de co-ocurrencia para una gran variedad de diagnósticos psiquiátricos, incluyendo trastornos afectivos. Esto fue corroborado en la población de mi investigación, en la cuál se encontró una elevada tasa de comorbilidad (92%).

De acuerdo a una revisión realizada por Thase (2000), los episodios depresivos severos muestran mayor proporción a complicarse con comorbilidad; de acuerdo a mi muestra, 94% de los pacientes con episodio depresivo severo (Hamilton \geq 25) muestran comorbilidad comparados con sólo 6% de este subgrupo que no la tienen. En la misma revisión, se comenta que los subtipos diagnósticos que se asocian con síntomas más severos son: La depresión melancólica, la depresión recurrente, y la depresión psicótica; esto se corroboró en mi población, ya que el 65 85% de los pacientes con depresión recurrente, el 72.22% de los pacientes con depresión melancólica y el 100% de los pacientes con depresión psicótica tuvieron episodios depresivos severos. Con respecto a la severidad de los síntomas en la depresión psicótica, Schatzberg y Rothschild (1992) también asociaron la presencia de psicosis con mayor severidad de los síntomas depresivos

La depresión psicótica, según una revisión de la literatura realizada por Clayton (1998), tiene una prevalencia de 14 a 17%. En mi estudio se encontró una tasa mayor (28%); una posible explicación para este hallazgo es que un elevado porcentaje de la muestra eran pacientes hospitalizados, y por lo tanto con cuadros más severos y una mayor probabilidad de tener síntomas psicóticos, que si se tratara de pacientes ambulatorios.

De acuerdo con varios autores (Keller 1997, Marks 1973, Angst 1990, Schapira 1970, y Merikangas 1995), los trastornos afectivos tienen una gran comorbilidad con trastornos de ansiedad; refiriéndose a la comorbilidad de ansiedad con depresión mayor la NCS (1994) reportó prevalencias de 58%, similar a lo encontrado por Lydiard (1991) el cuál menciona prevalencias por arriba del 60% y por Fawcett (1990), que encontró tasas que van del 50 al 70%; mi investigación difirió un poco al respecto, ya que la tasa de prevalencia para esta comorbilidad fué mayor (86%). Una posible explicación es que la mayoría de los estudios anteriores basan su prevalencia en la población general, mientras que este estudio tomó población psiquiátrica, la cuál presenta diferentes características.

Muchos autores, entre ellos Clayton (1998) han encontrado que la comorbilidad entre trastornos depresivos y ansiosos se asocia con sintomatología más severa, curso más crónico y mayor incidencia de suicidio; estos hallazgos son similares a los encontrados en mi población de estudio, ya que 77% mostraron sintomatología severa de acuerdo a la puntuación de Hamilton, en comparación a 33% con síntomas leves a moderados; 84% de esta muestra tuvo depresión recurrente en comparación a sólo 16% con episodio único, y finalmente 88.6% presentaron riesgo suicida, Vs. 11.4% sin este riesgo.

En cuanto a la comorbilidad de depresión mayor y trastorno de pánico, la NCS (1994) reportó una tasa de 22%, Lydiard (1998) menciona una tasa de 20 a 30%, pero de acuerdo a una revisión de la literatura realizada por Gorman (1996), se han mencionado

prevalencias de entre 23 y 53%; en mi investigación se obtuvo una prevalencia de 36% que queda dentro de los límites referidos en literatura previa.

Keller (1995) encontró que la prevalencia de comorbilidad entre depresión y fobia social es de 20.3%; Lydiard (1991) refirió que esta comorbilidad es frecuente, y que incluso es importante discriminar entre fobia social y el aislamiento social dado por la enfermedad depresiva; de acuerdo a mi muestra esta comorbilidad es del 50%, lo que considero tiene dos posibles explicaciones: en primer lugar, la gran prevalencia de síntomas psicóticos en esta población pudiera a su vez causar una sobreestimación del diagnóstico de fobia social, debido a que las ideas delirantes de daño y referencia pudieran confundirse con los síntomas de este trastorno; en segundo lugar, como ya mencioné con anterioridad la población psiquiátrica tiene características distintas, entre las que se encuentran: mayor severidad de los síntomas, y al parecer más comorbilidad.

De acuerdo a Shalev y cols. (1998), los individuos con comorbilidad de depresión mayor y trastorno de estrés postraumático, tienen mayor severidad de los síntomas; Brady (2000) en su revisión de la literatura menciona que estos pacientes reportan más frecuentemente ideación suicida; información que pude corroborar, ya que en mi población el 100% de los pacientes con esta comorbilidad tuvieron episodios depresivos severos, y un 90% tuvo riesgo suicida.

Schuckit (1988), refirió que del 70 al 80% de los pacientes con depresión severa no tienen un incremento marcado en su consumo de alcohol, y no cumplen criterios para alcoholismo secundario. En mi investigación 79% de los pacientes con depresión severa no tuvieron comorbilidad con trastornos por uso de alcohol, y sólo 21% de éstos cumplieron criterios para este trastorno.

Keller (1995), encontró que la comorbilidad entre depresión mayor y abuso de alcohol es de 27%; mientras que Petty realizó una revisión de la literatura, encontrando que la prevalencia de acuerdo a varios autores puede ir de 2 a 20%; entre estos autores, Deykin encontró una prevalencia de 14% y Hasin de 20%; cifras similares a las encontradas en mi investigación (16%).

Así mismo Keller (1995) comenta que la comorbilidad entre depresión mayor y abuso de sustancias tiene una prevalencia de 23.6%, otros Autores (MarKs & Lader 1990, Helzer & Pryzbeck 1988, Ross 1988, Merikangas 1990 y Regier 1990) también han asociado consistentemente los trastornos afectivos con el uso de sustancias; sin embargo en esta población se encontró por el contrario una baja prevalencia de esta comorbilidad (6%), lo que tal vez pueda explicarse por la diferencia en la frecuencia de abuso de sustancias entre nuestro País y otros Países, además de que en varios de los estudios mencionados se incluye al alcohol junto con las drogas al analizar esta prevalencia.

En una revisión de la literatura realizada por Corruble (1996), encontró que de acuerdo a varios autores las tasas de prevalencia para trastorno antisocial de la personalidad en comorbilidad con depresión mayor van de 0 a 22%; en especial Zimmerman (1988, 1991) ha encontrado tasas similares a las de mi investigación 6-12% y 10% respectivamente. Esto a pesar de que en la literatura anterior, varios autores no han

encontrado esta comorbilidad, lo que creo una vez más puede explicarse por las características de mi población y por lo mencionado por Black (1988) y Pfohl (1984) en relación a que los individuos con trastornos de personalidad y depresión se hospitalizan más frecuentemente, tienen menor apoyo social, su sintomatología es más severa y muestran altas tasas de conducta suicida.

De acuerdo con varios autores (Kocsis 1987, Lewinsohn 1991, Markowitz 1995, y weissman 1988), hay una tasa muy elevada de comorbilidad entre trastorno distímico y trastorno depresivo mayor (doble depresión); sin embargo, en esta investigación no fue posible determinar la prevalencia de esta comorbilidad en la población de estudio, ya que en las instrucciones de la MINI se especifica que si el paciente cumple criterios para un episodio depresivo mayor, no se explore el módulo de trastorno distímico.

Con respecto a la correlación entre variables, la puntuación de Hamilton tuvo una correlación positiva con riesgo suicida y trastornos psicóticos, incluyendo depresión psicótica; esto como ya fué mencionado con anterioridad, es descrito por Schatzberg & Rothschild (1992), así como por Thase (2000).

El episodio depresivo mayor se correlacionó con episodio depresivo recurrente, lo cuál es esperado de acuerdo a lo descrito por la literatura; al respecto, el DSM-IV refiere que aproximadamente 50 a 60% de los pacientes con un episodio depresivo mayor único tienen un segundo, 70% de los que han tenido dos tienen un tercero, y 90% de los que han tenido tres, tienen un cuarto.

En cuanto al trastorno distímico, este se correlacionó con trastorno por uso de sustancias, lo que ha sido mencionado en los resultados de la ECA (1988), los cuáles muestran que 29.8% de los pacientes con distimia tienen abuso de sustancias.

El riesgo suicida se correlacionó con los trastornos psicóticos, pruebas que también han sido descritas en otros estudios; por ejemplo, Roy y cols. (1999) mencionan que aunque se ha encontrado una susceptibilidad genética al suicidio, esta parece manifestarse al momento de estrés severo, ó con un trastorno psiquiátrico mayor, y dentro de este rubro encontramos la psicosis. En otro estudio realizado por Pechter y cols. (1997), se comenta que en un grupo de trastornos afectivos que incluye al trastorno esquizoafectivo, el riesgo de mortalidad por suicidio es 20 veces mayor que lo esperado.

En nuestra muestra, los trastornos de ansiedad tuvieron una alta correlación entre sí; relación que ha sido documentada en varios estudios; por ejemplo, Pigott (1999) encontró que entre las principales comorbilidades de trastorno de angustia (trastorno de pánico), se encuentra la agorafobia, el trastorno de ansiedad generalizada y la fobia simple; en este mismo estudio, se reportó que el abuso de alcohol es una co-ocurrencia frecuente con los trastornos de angustia, correlación también encontrada en nuestros pacientes. Por otra parte, los trastornos por uso de alcohol se correlacionan con trastornos por uso de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastorno psicótico, tal y como se encuentra en la literatura.

CONCLUSION.

Los resultados de esta investigación apoyan los datos encontrados por la literatura acerca de que los pacientes deprimidos tienen altas tasas de comorbilidad, principalmente con trastornos de ansiedad, y que generalmente la comorbilidad aumenta la severidad de la sintomatología depresiva, la cronicidad de los cuadros y el riesgo suicida.

Con respecto a la utilización de la MINI como entrevista diagnóstica semiestructurada, se concluye que es un instrumento hábil para detectar categorías diagnósticas, y por lo tanto útil como instrumento de tamizaje; pero no es tan fidedigna al realizar diagnósticos específicos. Sin embargo, se requieren estudios posteriores para corroborar esta conclusión.

Se recomienda para futuros estudios, utilizar una población más homogénea, la cuál sea comparada con un grupo control, así como utilizar una muestra mayor para que sea representativa de la población, con un número similar de mujeres y hombres para poder comparar los resultados de la literatura en función del género; y finalmente se sugiere tomar en cuenta los antecedentes psiquiátricos familiares, que son un dato sumamente importante en éstos estudios.

BIBLIOGRAFIA.

1. ANGST J: Depression and anxiety: Implications for nosology, course, and treatment. *J Clin Psychiatry*, 58(8, suppl):3-5, 1997.
2. ANGST J, HOCHSTRASER B: Recurrent brief depression: The Zurich study. *J Clin Psychiatry*, 55(4, suppl):3-9, 1994
3. ANTHENELLI RM, SCHUCKIT MA: Affective and anxiety disorders and alcohol and drug dependence: Diagnosis and treatment. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3):73-87, 1993.
4. BAKISH D: The patient with comorbid depression and anxiety: The unmet need. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 6):20-24, 1999
5. BARLOW D, CAMPBELL LA: mixed anxiety-depression and its implications for models of mood and anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41(2, suppl 1):55-60, 2000.
6. BERNER P, LESCH HW: Alcohol and depression. *Psychopathology*, 2(suppl. 2):177-183, 1986
7. BOGENSCHUTZ MP, NURNBERG HG: Theoretical and methodological issues in psychiatric comorbidity. *Harvard Rev Psychiatry*, 8:18-24, 2000
8. BOUHUYLS AL, SAM MM: Lack of coordination of nonverbal behaviour between patient and interviewers as a potential risk factor to depression recurrence: Vulnerability accumulation in depression. *Journal of Affective Disorders*, 57:189-200, 2000.
9. BOULENGER JP, FOURNIER M, ROSALES D, LAVALLÉE YJ: Mixed anxiety and depression: From theory to practice. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 8):27-34, 1997.
10. BRADY KT, KILLEEN TK, BREWERTON T, LUCERINI S: Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61(suppl 7):22-32, 2000.
11. BRADY KT: Posttraumatic stress disorder and comorbidity: Recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 9):12-15, 1997.
12. CARPENTER LL: Psychotic depression: What is it and how should we treat it? *Harvard Rev Psychiatry* 8:40-42, 2000.
13. CASSANO GB, MICHELINI S, SHEAR MK, COLI E, MASER JD, FRANK E: The panic agoraphobic spectrum: A descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *Am J Psychiatry*, 154:6, 1997.
14. CLAYTON PJ: Depression subtyping: Treatment implications. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 16):5-12, 1998.
15. CORRUBLE E, GINESTET D, GUELI JD: Comorbidity of personality disorders and unipolar major depression: A review. *Journal of affective disorders*, 37:157-170, 1996.
16. COVEY LS, GLASSMAN AH, STETNER F: Cigarette smoking and major depression. *Journal of addictive diseases*, 17(1):35-46, 1998.
17. DAVIDSON JRT, MELTZER-BRODY SE: The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth and depth of the problem?. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 7):4-9, 1999.
18. DUNNE FJ, GALATOPOULOS C, SCHIPPERHEIJN JM: Gender differences in psychiatric morbidity among alcohol misusers. *Comprehensive Psychiatry*, 34(2):95-101, 1993.

19. EXTEIN IL, GOLD MS: Hypothesized neurochemical models for psychiatric syndromes in alcohol and drug dependence. *Journal of Addictive Diseases*, 12(3):29-43, 1993.
20. FARAONE SV, BIEDERMAN J: Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185:533-541, 1997.
21. FAVA M: depression whit anger attacks. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 18):18-22, 1998
22. FAWCETT J: targeting treatment in patients whit mixed symptoms of anxiety and depression. *J Clin Psychiatry*, 51(11 suppl):40-43, 1990.
23. FRANCES RJ, FRANKLIN J, FLAVIN DK: Suicide and alcoholism. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 13(3):327-341, 1987
24. GILLIN JC: Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(suppl 393):39-43, 1998
25. GLASSMAN AH: cigarette smoking: Implications for psychiatric illness. *Am J Psyachtry*, 150:546-553, 1993.
26. GOLDBERG D: tha management of anxious depression in primary care. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 7):39-42, 1999.
27. GORMAN JM, COPLAN JD: Comorbidity of depression and panic disorder. *J Clin Psychiatry*, 57(suppl 10):34-41, 1996
28. GRIFFITHS J, RAVINDRAN AV, MERALI Z, ANISMAN H: Dysthymia: A review of pharmacological and behavioral factors. *Molecular Psychiatry*, 5:242-261, 2000.
29. GUNDERSON JG, PHILLIPS KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *Am J Psychiatry* 148:967-975, 1991
30. GWIRTSMAN HE, BLEHAR MC, McCULLOUGH Jr. JP, KOCSIS JH, PRIEN RF: Standarized assessment of dysthymia: Report of a Natinal Institute of Mental Healt Conference. *Psychopharmacology bulletin*, 33(1):3-11, 1997.
31. HARRIS EC, BARRACLOUGH B: Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatric*, 173:11-53, 1998.
32. HASIN D, ENDICOTT J, LEWIS C: Alcohol and drug abuse in patients with affective syndromes *Comprehensive Psychiatry*, 26(3):283-295, 1985.
33. HELZER JE, PRYZBECK TR: The co-ocurrence of alcoholism whit other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3):219-224, 1987.
34. HERZ LR, VOLICER L, D'ANGELO N, GADISH D: Additional psychiatric illness by diagnostic interview schedule in male alcoholics. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1):72-79, 1990.
35. HERZOG DB, NUSSBAUM KM, MARMOR AK: Comorbidity and outcome in eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(4):843-859, 1996.
36. HIRSCHFELD RMA, HOLZER III CE: Depressive personality disorder: Clinical implications. *J Clin Psychiatry*, 55(4, suppl):10-17, 1994.
37. HIRSCHFELD RMA: Panic disorder: Diagnosis, epidemiology, and clinical course. *J Clin Psychiatry*, 57(suppl 10):3-8, 1996.
38. HODGINS DC, EL-GUEBALY N, ARMSTRONG S, DUFOUR M: Implications of depression on outcome from alcohol dependence: A 3-year prospective follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(1):151-157, 1999.
39. JAMISON KR, BALDESSARINI RJ: Effects of medical interventions on suicidal behavior. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 2):4-6, 1999.

- 40 KATZ IR: Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 9):38-44, 1998.
- 41 KEITNER GI, MILLER IW: Family functioning and major depressions: An overview. *Am J Psychiatry*, 147:1128-1137, 1990.
42. KELLER MB, HIRSCHFELD RMA, HANKS D: Double depression: A distinctive subtype of unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 45:65-73, 1997.
43. KELLER MB: Course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(suppl 383):24-34, 1994.
44. KESSLER RC, CRUM RM, WARNER LA, NELSON CB, SCHULENBERG J, ANTHONY JC: Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in The National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 54:313-321, 1997.
- 45 KOCISIS JH: Geriatric dysthymia, *J Clin Psychiatry* 59(suppl 10):13-15, 1998.
- 46 KORNSTEIN SG: Gender Differences in depression: Implications for treatment. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 15):12-18, 1997.
- 47 KOSTEN TR, MARKOU A, KOOB GF: Depression and stimulant dependence: Neurobiology and pharmacotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(12):737-745, 1998.
48. KRANZLER HR, DEL BOCA FK, ROUNSAVILLE BJ: Comorbid psychiatric diagnosis predicts three-year outcomes in alcoholics: A posttreatment natural history study. *Journal of Studies on Alcohol*, 57:619-626, 1996.
49. KRANZLER HR, KADDEN RM, BURLESON JA, BABOR TF, APTER A, ROUNSAVILLE BJ: Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders: Is the interview more important than the interviewer?. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4):278-288, 1995.
- 50 LEBOWITS BD, PEARSON JL, SCHNEIDER LS, REYNOLDS III CF, ALEXOPOULOS GS, LIVINGSTON M, CONWELL Y, KATZ IR, MEYERS BS, MORRISON MF, MOSSEY J, NIEDEREHE G, PARMLEE P: Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*, 278(14):1186-1190, 1997.
- 51 LECRUBIER Y: The impact of comorbidity on the treatment of Panic Disorder. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 8):11-14, 1998.
- 52 LÉPINE JP, PELISSOLO A, WEILLER E, BOYER P, LECRUBIER Y: Recurrent brief depression: Clinical and epidemiological issues. *Psychopathology*, 28(suppl 1):86-94, 1995.
53. LIEBOWITZ MR: Depression with anxiety and atypical depression. *J Clin Psychiatry*, 54(2, suppl):10-14, 1993.
54. LINNOILA ML: Anxiety and alcoholism. *J Clin Psychiatry*, 50(11, suppl):26-29, 1989.
55. LISANSKI ESG: Women and alcohol: Use and abuse. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4):211-219, 1993.
56. LITTEN RZ, ALLEN JP: Alcohol and substance abuse. *Psychopharmacology Bulletin*, 34(1):107-110, 1998.
57. LOWE VM, KRANZLER HR: Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorder. *Alcohol Research & Health*, 23(2):144-149, 1999.
58. LYDIARD RB, BRAWMAN-MINTZER O: Anxious depression. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 18):10-17, 1998.

59. MALONE KM: Pharmacotherapy of affectively ill suicidal patients. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20(3):613-624, 1997
60. MANN JJ, OQUENDO M, UNDERWOOD MD, ARANGO V: The neurobiology of suicide risk: A review for the clinician. *J Clin Psychiatry* 60(suppl 2):7-11, 1999.
61. MANN JJ: Role of the serotonergic system in the pathogenesis of major depression and suicidal behavior. *Neuropsychopharmacology*, 21(25):99-105, 1999
62. McFARLANE AC: Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *J Clin Psychiatry* 61(suppl 5):15-20, 2000.
63. MERIKANGAS KR, ANGST J, EATON W, CANINO G, RUBIO-STIPEC M, WACKER H, WITTCHEN HU, ANDRADE L, ESSAU C, WHITAKER A, KRAEMER H, ROBINS LN, KUPFER DJ: Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results of an International Task Force. *British Journal of Psychiatry*, 168(suppl 30):58-67, 1996.
64. MEYERS BS: Depression and dementia: Comorbidities, identification, and treatment. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 11:201-205, 1998.
65. MOUTIER CY, STEIN MB: The history, epidemiology, and differential diagnosis of social anxiety disorder. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 9):4-8, 1999.
66. MULSANT BH, GANGULI M: Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 20):9-15, 1999.
67. NIERENBERG AA, ALPERT JE, PAVA J, ROSENBAUM JF, FAVA M: Course and treatment of atypical depression. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 18):5-9, 1998.
68. NINAN PT: The functional anatomy, neurochemistry, and pharmacology of anxiety. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 22):12-17, 1999.
69. O'SULLIVAN K: Depression and its treatment in alcoholics: A review. *Canada Journal of Psychiatry*, 29(5):379-384, 1984.
70. PECHTER BM, MILLER NS: Psychopharmacotherapy for addictive and comorbid disorders: Current studies. *Journal of Addictive diseases*, 16(4):23-40, 1997.
71. PENICK EC, POWELL BJ, NICKEL EJ, BINGHAM SF, RIESENMY KR, READ MR, CAMPBELL J: Co-morbidity of lifetime psychiatric disorder among male alcoholic patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(6):1289-1293, 1994.
72. PETTY F: The depressed alcoholic: Clinical features and medical management. *General Hospital Psychiatry*, 14:258-264, 1992.
73. PIGOTT TA: Gender differences in the epidemiology and treatment of anxiety disorders. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 18):4-15, 1999.
74. PIGOTT TA, L'HERUREUX F, DUBBERT B, BERNSTEIN S, MURPHY DL: Obsessive compulsive disorder: Comorbid conditions. *J Clin Psychiatry*, 55(10, suppl):15-27, 1994.
75. PIRKOLA SP, MARTTUNEN MJ, HENRIKSSON MM, ISOMETSA ET, HEIKKINEN ME, LONNQVIST JK: Alcohol-related problems among adolescent suicides in Finland. *Alcohol & Alcoholism*, 34(3):320-329, 1999.
76. POST F: Verbal creativity, depression and alcoholism: An investigation of one hundred American and British writers. *British Journal of Psychiatry*, 168:545-555, 1996.
77. RASMUSSEN SA, EISEN JL: The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*, 55(10, suppl):5-10, 1994.
78. REGESTEIN QR, MONK TH: Delayed sleep phase syndrome: A review of its clinical aspects. *Am J Psychiatry*, 152:602-608, 1995.

79. RIHMER Z, PESTALITY P: Bipolar II disorder and suicidal behavior. *The Psychiatric Clinics of North America*, 22(3):667-673, 1999.
80. RODGERS B, KORTEN AE, FORM AF, JACOMB PA, CHRISTENSEN H, HENDERSON AS: Non-linear relationships in associations of depression and anxiety with alcohol use. *Psychological Medicine*, 30:421-432, 2000.
81. ROSS HE, GLAZER FB, GERMANSON T: the prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry* 45:1023-1031, 1988
82. ROSS H, SHIRLEY M: Life-time problem drinking and psychiatric co-morbidity among Ontario women. *Addiction*, 92(2):183-196, 1997
83. ROY A, NIELSEN D, RYLANDER G, SARCHIAPONE M, SEGAL N: Genetics of suicide in depression. *J Clin Psychiatry* 60(suppl 2):12-17, 1999
84. ROY-BYRNE PP: Generalized anxiety and mixed anxiety-depression: Association with disability and health care utilization. *J Clin Psychiatry*, 57(suppl 7):86-91, 1996.
85. SASSON Y, ZOHAR J, CHOPRA M, LUSTIG M, IANCU I, HENDLER T: Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: A world view. *J Clin Psychiatry*, 58(suppl 12):7-10, 1997.
86. SCHUCKIT MA: Genetic and clinical implications of alcoholism and affective disorder. *Am J Psychiatry*, 143(2):140-147, 1986.
87. SCHUCKIT MA, HESSELBROCK V: Alcohol dependence and anxiety disorders: What is the relationship? *Am J Psychiatry* 151(12):1723-1734, 1994
88. SCHUCKIT MA: Alcohol and depression: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, suppl 377:28-32, 1994.
89. SHALEV AY: Measuring outcome in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*, 61(suppl 5):33-39, 2000.
90. SHEEHAN DV, LECRUBIER Y, SHEEHAN KH, AMORIM P, JANAVS J, WEILLER E, HERGUETA T, BAKER R, DUNBAR GC: The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*, 59(suppl 20):22-33, 1998
91. SPAK L, SPAK F, ALLEBECK P: Alcoholism and depression in a Swedish female population: co-morbidity and risk factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102:44-51, 2000.
92. STAHL SM: Mixed anxiety and depression: Clinical implications. *J Clin Psychiatry*, 54(1, suppl):33-38, 1993.
93. SUOMINEN K, ISOMETSA E, HENRIKSSON M, OSTAMO A, LONNQVIST J: hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence, or both. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96:142-149, 1997
94. SWENDSEN JD, MERIKANGAS KR, CANINO GJ, KESSLER RC, RUBIO-STIPEC M, ANGST J: The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4):176-184, 1998.
95. TAYLOR MA: Are schizophrenia and affective disorder related? *Am J Psychiatry* 149(1):22-32, 1992
96. THASE ME: The role of axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19(2):287-309, 1996.

97. THASE ME: Depression, sleep, and antidepressants. *J Clin Psychiatry* 59(suppl 4):55-65, 1998.
98. THASE ME: Treatment of severe depression. *J Clin Psychiatry*, 61(suppl 1):17-25, 2000.
99. TÓMASSON K, VAGLUM P: A nationwide representative sample of treatment-seeking alcoholics: A study of psychiatric comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92:378-385, 1993.
100. TYLEE A: Depression in the community: Physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry*, 60(suppl 7):12-16, 1999.

ANEXOS

1.- Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (M.I.N.I.)

2.- Escala de Depresión de Hamilton-17

3.- Encuesta Sociodemográfica



© Copyright 1992 1994 1998 1999. Sheehan DV & Lecrubier Y
Todos los derechos están reservados Ninguna parte de este documento
puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier
medio electrónico o mecánico incluyendo fotocopias y sistemas
informáticos sin previa autorización escrita de los autores Investigadores
y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos
(incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones
gubernamentales) pueden hacer copias del M.I.N.I. para su uso personal.



INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

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

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

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

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

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

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

Laura Ferrando, MD
IAP
Velázquez 156,
28 002 Madrid, España
Tfn: +91 5644718
Fax: +91 4115432
e-mail: iap@lander.es

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

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del entrevistador: _____

Fecha de la entrevista: _____

Número de protocolo: _____

Hora en que inició la entrevista: _____

Hora en que terminó la entrevista: _____

Duración total: _____



A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

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

Table with 3 columns: Question (A1, A2), Response (NO, SÍ), and Number (1, 2). Includes a row for '¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?' with 'NO' and 'SÍ' options.

Table with 3 columns: Question (A3, a, b, c, d, e, f, g), Response (NO, SÍ), and Number (3, 4, 5, 6, 7, 8, 9). Includes a row for '¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?' with 'NO' and 'SÍ' options.

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 en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar? NO SI 10
- b ¿Ha tenido alguna vez un periodo de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este periodo entre dos episodios depresivos?

NO SI !!
EPISODIO DEPRESIVO
MAYOR RECIDIVANTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12

B. TRASTORNO DISTÍMICO

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR 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 dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? NO SI 17

B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún periodo de dos meses o más, en el que se haya sentido bien? NO SI 18

B3 Durante este periodo en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:

a ¿Cambió su apetito notablemente? NO SI 19

b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO SI 20

c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO SI 21

d ¿Perdió la confianza en si mismo? NO SI 22

e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SI 23

f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO SI 24

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NO SI

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 SI 25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO SI
TRASTORNO DISTÍMICO
ACTUAL

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS (opcional)

53

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR 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 SI

b ¿Durante el periodo más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?
SI NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, falta en hacerlo sentirse mejor aunque sea temporalmente? NO SI 12

¿CODIFICÓ SÍ EN A5a o A5b? NO SI

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

a ¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado? NO SI 13

b ¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas? NO SI 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 SI 15

d ¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (RETARDACIÓN O AGITACIÓN PSICOMOTORA)? NO SI

e ¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)? NO SI

f ¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa fuera de proporción con la realidad de la situación? NO SI 16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SI
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS
ACTUAL

13

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes: Puntos:

C1 ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO SI 1

C2 ¿Ha querido hacerse daño? NO SI 2

C3 ¿Ha pensado en el suicidio? NO SI 6

C4 ¿Ha planeado como suicidarse? NO SI 10

C5 ¿Ha intentado suicidarse? NO SI 10

A lo largo de su vida:

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SI 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NUMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO SI
RIESGO DE SUICIDIO

1-5 puntos Leve

6-9 puntos Moderado

≥10 puntos Alto

D. EPISODIO (HIPO) MANIACO

(→ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS. CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

16

E. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(→ SIGNIFICA: CIRCULAR 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 cuales la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO SÍ	1
b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO SÍ	2
E2	¿Alguna vez estas crisis o ataques ocurrieron de una manera inesperada o espontánea, u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO SÍ	3
E3	¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que tenía que otro episodio recurrente 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 saltaba latidos, lata más fuerte o más rápido?	NO SÍ	5
b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO SÍ	6
c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO SÍ	7
d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO SÍ	8
e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO SÍ	9
f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO SÍ	10
g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO SÍ	11
h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	NO SÍ	12
i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO SÍ	12
j	¿Tenía miedo de perder el control o de volver loco?	NO SÍ	14

18

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

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO SÍ	5
b	¿Necesitaba dormir menos (se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO SÍ	6
c	¿Habla usted sin parar o (en depista que los demás tenían dificultad para entenderle)?	NO SÍ	7
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO SÍ	8
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO SÍ	9
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO SÍ	10
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (por ejemplo, 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 una semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO SÍ	12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA: PASADO ACTUAL

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

k	¿Tenía miedo de morir?	NO SÍ	15
l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO SÍ	16
m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO SÍ	17
E5	¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?	NO SÍ	
Trastorno de Angustia De Por Vida			
E6	SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ PASAR A F1	NO SÍ	
Crisis con síntomas limitados Actual			
E7	¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?	NO SÍ	18
Trastorno de Angustia Actual			

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

19

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 el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil? NO SÍ 19

SI F1 = NO. CIRCULE NO EN F2

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de 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, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

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

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

G3 ¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas? NO SÍ 3

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

NO SÍ 4
FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social) ACTUAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

20

H. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR 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? (ej. la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas.) NO SÍ 1
= H4

[NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA, NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA CUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS.]

H2 ¿Estos pensamientos volaban a su mente aún cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos? NO SÍ 2
= H4

H3 ¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior? NO SÍ 3
obsesiones

H4 ¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente sin ser capaz de evitarlo, como el lavar o limpiar en exceso, el contar y verificar las cosas una y otra vez o el repetir, el coleccionar, el ordenar las cosas o el realizar otros rituales supersticiosos? NO SÍ 4
compulsiones

¿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 una manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales o le ocupan más de una hora diaria? NO SÍ 5
TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO ACTUAL

21

I. ESTADO POR ESTRÉS

POSTRAUMÁTICO (opcional)

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

I1 ¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHEN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL. NO SÍ 1

I2 ¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (ej. lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)? NO SÍ 2

I3 En el último mes:

a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? NO SÍ 3

b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? NO SÍ 4

c ¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? NO SÍ 5

d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? NO SÍ 6

e ¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos? NO SÍ 7

f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas? NO SÍ 8

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3? NO SÍ

I4 Durante el último mes:

a ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? NO SÍ 9

b ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de 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

I5 ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad? NO SÍ 14
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL

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

J1	¿En los últimos doce meses, ha tomado 3 ó más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas, en 3 ó más ocasiones?	NO	SI	1
J2	En los últimos doce meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SI	2
b	¿Cuándo reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca, (ej. temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SI SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA	NO	SI	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	4
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SI	5
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SI	6
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su uso de alcohol?	NO	SI	7
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SI	8
¿CODIFICÓ SI EN 3 Ó MÁS RESPUESTAS DE J2?		NO SI		
		DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL		
J3	En los últimos doce 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 SI SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS	NO	SI	9
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corria un riesgo físico, ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, utilizar una máquina, etc.?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, ej. un arresto, perturbación del orden público?	NO	SI	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	12
¿CODIFICÓ SI EN 1 Ó MÁS RESPUESTAS DE J3?		NO SI		
		ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL		

AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

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

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

K1a	¿En los últimos doce meses, tomó alguna de estas drogas, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	NO	SI
-----	--	----	----

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, "speed", cristal, dexedrine, nitalina, 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, "éther", óxido nítrico ("laughing gas"), "amy" o "butyl nitrate" ("poppers").
Marihuana: hashish, THC, pasto, hierba, mota, "reefer".
Tranquilizantes: Qualude, Seconal ("reds"), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Daimane, Halción, barbitúricos, "Miltown".
Tranquimizantes: Lexatin, Orfidal.
Otras drogas: Esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

ESPECIFIQUE LA DROGA (S) MÁS USADA: _____

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA:

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS 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 doce meses,			
a	¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SI	1
b	¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SI	2
CODIFICAR SI SI CONTESTÓ SI EN ALGUNA				
c	¿Ha notado que cuando usted usaba [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SI	3
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] pero ha fracasado?	NO	SI	4
e	¿Los días que utilizaba [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SI	5
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia, o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SI	6
g	¿Ha continuado usando [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SI	7
¿CODIFICÓ SI EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?		NO SI		
ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____		DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL		

Considerando su uso de [NOMBRE DE LA CLASE DE DROGAS SELECCIONADA], en los últimos doce meses:

K3	Considerando su uso de [NOMBRE DE LA CLASE DE DROGAS SELECCIONADA], en los últimos doce meses:			
a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de [NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS 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?	NO	SI	8
(CODIFIQUE SI SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)				
b	¿Ha estado intoxicado con [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SI	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o perturbación del orden público?	NO	SI	10
d	¿Ha continuado usando [NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGAS SELECCIONADA] a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	11
¿CODIFICÓ SI EN 1 Ó MÁS RESPUESTAS DE K3?				

ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____

NO SI

ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

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

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

LAS IDEAS DELIRANTES SON "EXTRAÑAS" O RARAS SI: SON CLARAMENTE ABSURDAS, IMPROBABLES, 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 MAS VECES CONVERSAN ENTRE SI.

- Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.
- EXTRAÑOS**
- L1 a ¿Alguna vez, ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted o que trataban de hacerle daño?
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO
- b SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?
- 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?
- b SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?
- L3 a ¿Alguna vez ha creído, que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído? ENTREVISTADOR (A): PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO
- b SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?

- L4 a ¿Alguna vez ha creído que le enviaban 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?
- b SI SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?
- L5 a ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR (A): PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SI SOLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4. POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.
- b SI SÍ: ¿Actualmente consideran los demás sus ideas como extrañas?
- L6 a ¿Alguna vez, ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?
- LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO "EXTRAÑAS" SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI 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?
- b SI SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?
- 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
- b SI SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?
- 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?

M. CRITERIOS DE ANOREXIA NERVOSA

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

- M1 a ¿Cuál es su estatura? cm
- b ¿En los últimos tres meses, cual ha sido su peso más bajo? kg
- c ¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?
- En los últimos tres meses:
- M2 ¿A pesar de su bajo peso, evitaba engordar?
- M3 ¿A pesar de estar bajo de peso, tenía ganas de ganar peso o ponerse gordo(a)?
- M4 a ¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?
- b ¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?
- c ¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?
- M5 ¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?
- M6 SOLO PARA MUJERES: ¿En los últimos tres meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?
- PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?
PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO SÍ ANOREXIA NERVOSA ACTUAL

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

Mujer Estatura/Peso	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
pes/pdg	49	410	411	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
lb	84	85	86	87	89	92	94	97	99	102	104	107	110
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
kg	28	39	39	40	41	42	43	44	45	46	47	49	50
Hombre Estatura/Peso	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
pes/pdg	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
lb	105	106	108	110	111	113	115	116	118	120	122	125	127
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
kg	47	48	49	50	51	51	52	53	54	55	56	57	59

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- L9 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?
- 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)?
- L11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS « b »?
- o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS « b »?
- o ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS « a »?
- o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS « a »?
- VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO
- o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?
- L13 a ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1 b a L7 b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRÉSIVO MAYOR (ACTUAL)?
- o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?
- b Anteriormente me dijo, que usted tuvo un periodo(s) en el que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/ particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir. (SÍNTOMAS CODIFICADOS SI DE L1 b A L7
- b) ¿Se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió (deprimido(a)/exaltado(a)/ irritable)?

NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL

NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA

NO SÍ TRASTORNO DEL ESTADO DEL ANÍMO ACTUAL

N. BULIMIA NERVIOSA

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

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

BULIMIA NERVIOSA ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL

32

P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)

(= SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y CIRCULAR NO)

- P1 Antes de cumplir los quince 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 ¿Ha forzado 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 SOLO POR MOTIVOS POLÍTICOS O RELIGIOSOS
- P2 Después de cumplir los quince 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 (ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)? NO SÍ 8
- c ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)? NO SÍ 9
- d ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse? NO SÍ 10
- e ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara? NO SÍ 11
- f ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros? NO SÍ 12

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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

- O1 a** ¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses? NO SÍ 1
- b** ¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días? NO SÍ 2
- CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS. NO SÍ 3
- O2** ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ 4
- O3** CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS
- En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:
- a ¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado? NO SÍ 5
- b ¿Se sentía tenso? NO SÍ 6
- c ¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente? NO SÍ 7
- d ¿Tenía dificultad para concentrarse o notaba que la mente se le quedaba en blanco? NO SÍ 8
- e ¿Se sentía irritable? NO SÍ 9
- f ¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)? NO SÍ 10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL

REFERENCIAS

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora U, Keskine A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): According to the SCID-P. European Psychiatry. 1997; 12: 232-241

Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora U, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. European Psychiatry. 1997; 12: 224-231

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hammett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. J. Clin Psychiatry. 1998; 59(suppl 20): 22-23.

Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-IV-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Concordance and causes for discordance with the CIDI. European Psychiatry. 1998; 13: 26-34

Traducciones	M.I.N.I. 4.4 o versiones previas	M.I.N.I. 4.4/5.0, M.I.N.I. Plus 4.6/5.0 y M.I.N.I. Screen 5.0
Afincano		R. Emrley
Árabe		O. Osman, E. Al-Radi
Alemán	I. v. Denker, M. Ackenhel, R. Dietz-Bauer	G. Storz, R. Dietz-Bauer
Bulgarian		M. Ackenhel
Bengali		L.G. Hranov
Checo		H. Banerjee, A. Banerjee
Chino		P. Zlotosky
Croata		L. Carrot, K.-d. Kang
Daniés		In preparation
Español	P. Bech, L. Ferrando, J. Bobes-García, J. Gibert-Pahola, Y. Lecrubier	P. Bech, T. Schütze, L. Ferrando, L. Franco-Alfonso, M. Soto, J. Bobes-García, O. Soto, L. Franco, G. Herze, J. Shik, A. Akusa, E. Rhal, K. Khoshabi, A. Zomorodi, M. Heikkinen, M. Ljeström, O. Tuominen, Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Estonian		
Farsi/Persa		
Finnish	M. Heikkinen, M. Ljeström, O. Tuominen	
Francés	Y. Lecrubier, E. Weiller, L. Bonora, P. Amorim, J.P. Lepine, S. Beratis	Y. Lecrubier, E. Weiller, P. Amorim, T. Hergueta
Griego		T. Callegat, S. Beratis
Gujarati		M. Patel, B. Patel
Hebreo		R. Barca, I. Levinson
Hindi	J. Zohar, Y. Sasson	C. Mizzi, K. Barra, S. Gambiri
Holandés	E. Griez, K. Struvers, T. Overbeek, K. Demeytshaeere	I. Van Vleet, H. Leroy, H. van Meegen
Italiano	I. Sater, J. Bolasz	I. Bitter, J. Bolasz, J.G. Stefansson

LESIONES CON ORIGEN FALLA DE ORIGEN

Paxil*
Paroxetina



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Paroxetina
Clave IMSS: 5481

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

A) Escala de Hamilton para Depresión

RUBRO	RANGO	CALIFICACION	PUNTOS
1 Animo deprimido	0-4	(0 = ausente: 1 = lo indica sólo si se le pregunta; 2 = lo indica de manera espontánea; 3 = lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto; 4 = expresión verbal y no verbal)	
2 Sentimientos de culpa	0-4	(0 = ausentes: 1 = autorreproche, ha defraudado a la gente; 2 = ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o pecados; 3 = la enfermedad actual es un castigo, delirios de culpa; 4 = voces acusatorias o denunciatorias, alucinaciones amenazantes)	
3 Suicidio	0-4	(0 = ausente: 1 = siente que no vale la pena vivir; 2 = desea estar muerto o piensa en una posible muerte; 3 = ideas o gestos suicidas; 4 = intentos de suicidio)	
4 Insomnio inicial	0-2	(0 = sin dificultad para dormirse; 1 = dificultad ocasional para dormirse p. ej. más de media hora; 2 = dificultad para dormirse cada noche)	
5 Insomnio medio	0-2	(0 = sin dificultad, 1 = inquieto y alterado por la noche; 2 = se despierta durante la noche: todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, excepto si es para ir al baño)	
6 Insomnio terminal	0-2	(0 = sin dificultad; 1 = se despierta en la madrugada pero regresa a dormir; 2 = incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama)	
7 Trabajo y actividades	0-4	(0 = sin dificultad; 1 = pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones; 2 = pérdida de interés en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que ésta sea reportada por el paciente o manifestada por indiferencia, indecisión y vacilación (siente que tiene que esforzarse para trabajar o llevar a cabo actividades); 3 = reducción del tiempo dedicado a las actividades o menor productividad. En el hospital califique con 3 si el paciente no dedica al menos 3 horas a actividades; 4 = dejó de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital ponga 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellón o no las hace sin ayuda)	
8 Retardo	0-4	(Lentitud de pensamiento y palabra; alteración de la concentración; reducción de la actividad motora. 0 = habla y pensamiento normales; 1 = ligero retraso; 2 = retraso obvio en la entrevista; 3 = entrevista difícil; 4 = completo estupor)	
9 Agitación	0-4	(0 = ninguna; 1 = intranquilidad; 2 = juega con las manos, el cabello, etc.; 3 = continuo movimiento, no puede quedarse quieto; 4 = se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios)	
10 Ansiedad psíquica	0-4	(0 = sin dificultad, 1 = tensión e irritabilidad subjetivas; 2 = se preocupa por detalles; 3 = actitud aprehensiva aparente en el rostro o en el habla; 4 = expresa sus temores sin que se los pregunten)	

RUBRO	RANGO	CALIFICACION	PUNTOS
11. Ansiedad somática	0-4	(Manifestaciones fisiológicas que acompañan a la ansiedad. Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, cólicos, eructos. Cardiovasculares: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Otros: Micción frecuente, sudoración. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).	
12. Somático gastrointestinal	0-2	(0 = ninguno; 1 = pérdida del apetito pero come sin estímulo por parte del personal, sensación de pesadez abdominal; 2 = dificultad para comer sin exhortación, pide o requiere laxantes o medicación intestinal para síntomas gastrointestinales).	
13. Somático general	0-2	(0 = ninguno; 1 = pesadez en las extremidades o en la parte posterior de la cabeza. Dolores de espalda, cabeza y musculares. Pérdida de energía y cansancio fácil; 2 = cualquier síntoma bien definido debe calificarse con 2).	
14. Genital	0-2	(Disminución de la libido y alteraciones menstruales; 0 = ninguno; 1 = leves; 2 = severos).	
15. Hipocondriasis	0-4	(0 = ausente; 1 = auto-absorción corporal; 2 = se preocupa por su salud; 3 = se queja frecuentemente, solicita ayuda; 4 = delirios hipocondríacos).	
16. Insight	0-2	(0 = reconoce estar deprimido y enfermo; 1 = reconoce estar enfermo y lo atribuye a la mala comida, al clima, exceso de trabajo, virus, etc.; 2 = niega por completo estar enfermo).	
17. Pérdida de peso	0-2	(0 = sin pérdida de peso; 1 = pérdida de peso ligera o dudosa; 2 = pérdida de peso obvia o severa).	
TOTAL			
Variación diurna	0-2	(0 = sin variación; 1 = presencia dudosa de variación diurna; 2 = presencia clara de variación diurna, anotar si los síntomas son más intensos en la mañana (M) o en la tarde).	
Despersonalización y desrealización	0-4	(Sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas. 0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = incapacitante).	
Síntomas paranoides	0-4	(0 = ninguno; 1 = sospechoso; 2 = ideas de referencia; 3 = delirios de referencia; 4 = delirios de persecución).	
Síntomas obsesivos	0-2	(0 = ausentes; 1 = leves; 2 = severos).	

La calificación final se obtiene de la suma de los resultados parciales en los primeros 17 rubros. De acuerdo con la mayoría de las investigaciones clínicas un resultado de 15 o mayor señala un trastorno depresivo de intensidad moderada a severa. Por otro lado, conviene destacar que ésta es una de las escalas más utilizadas para evaluar la eficacia terapéutica de los agentes antidepresivos. En estos casos, es más importante obtener una reducción significativa del valor inicial después de un período determinado de tratamiento. Si en una evaluación posterior se llega a obtener un resultado de 10 o menor, o una reducción del 50% del puntaje, se considera que la respuesta ha sido adecuada.

DIAGNOSTICO _____

OBSERVACIONES _____

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA

Nombre _____ Expediente _____

1.- Sexo: 1. Masculino 2. Femenino 1

2.-Estado civil:

1. Soltero 2 Casado 3 Divorciado 2
4 -Viudo 5. Unión libre

3 -Trabaja usted?

1. Trabaja y estudia 2. Solo estudia 3 Solo trabaja 3

¿Qué es lo que hace en su trabajo y donde trabaja? _____

4 -¿Estudio usted durante el año anterior?

1. Sí ¿Que estudiaba? _____ Escolaridad _____ 4

2. Estuvo sin estudiar un tiempo y trabajo. Cuanto tiempo _____ 5

3. Estuvo sin estudiar un tiempo y no trabajo. Cuanto tiempo _____

5.-¿Ha realizado otros estudios?

1. No 2. Sí Especifique _____ 6

6.-¿Quién es la persona que sostiene principalmente su hogar?

1. Usted 2. Su padre 3. Su Madre 4. Otros _____ 7

7.- ¿Cuál es la ocupación de la persona que sostiene a la familia? _____ 8

8 -¿Donde trabaja y que hace allí? _____

9 -¿Cuál es la escolaridad de su Padre? 1. Sin educación formal 9

2. Primaria incompleta 3. Primaria completa

4. Secundaria o Equiv. incompleta 5 Secundaria o Equiv. completa

6 Preparatoria 7 Universidad

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

- 10 -¿Cuál es la escolaridad de su Madre? 1. Sin educación formal 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria o Equiv. Incompleta 5. Secundaria o Equiv. Completa 6. Preparatoria 7. Universidad

11.-¿En donde nació usted? 11

12.-¿Cuánto tiempo lleva residiendo en el D.F.? 12

13.-¿En donde reside su familia? 13

14.-¿Con cuantas personas vive? (incluyéndolo a usted) 14

- 15.-¿Con quien vive? (Marque todas las que se apliquen) 1. Padre 2. Madre 3. Hermanos 4. Esposo(a) 5. Hijos 6. Amigos 7. Otros Fam. 8. Solo

16.-¿Qué número de miembros compone su familia de origen? (Padres y Hnos) 16

17.-¿Qué lugar ocupa usted entre sus hermanos? 17

- 18.-Estado civil de sus padres 1. Casados 2. Viudo(a) 3. Divorciados 4.-Soltero(a) 5. Unión libre

19.-Si sus padres o alguno de ellos murió ¿Quién fue y qué edad tenía usted cuando sucedió? Padre 1. Vive 2. Murió Edad años

Madre 1. Vive 2. Murió Edad años

20.-Si están divorciados o separados ¿Qué edad tenía usted cuando sucedió? Edad años.

21.- Familiar responsable Tel.

Domicilio

Dom. Trabajo

22 - Domicilio de Usted

Tel. trabajo familiar Tel. Usted