

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÒN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÒN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN SXXI**

TESIS QUE PRESENTA

**DRA. BLANCA PATRICIA MORALES ESPONDA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

ASESORES: DR. WÁZCAR VERDUZCO F.  
DR. MIGUEL VILLAVICENCIO C.

---

MEXICO D.F.

FEBRERO 2009



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIAS

**A MIS PADRES ROMEO Y LUZ MARÍA POR TODO SU AMOR, APOYO, Y CONFIANZA QUE SIEMPRE ME BRINDARON**

**A UD. PAPÁ QUE ES A QUEN MAS AMO Y ADMIRO EN ÉSTA VIDA GRACIAS POR IMPULSARME Y ESTAR JUNTO A MI EN TODO MOMENTO**

**A MIS HERMANOS ROMEO, JORGE, JAIME Y ALFREDO POR SUS CUIDADOS Y SUS CONSEJOS PARA SEGUIR ESTE CAMINO, DE CADA UNO DE USTEDES TENGO EL EJEMPLO Y ME SIENTO MUY ORGULLOSA DE SER SU HERMANA, LOS QUIERO MUCHO!**

**A MI ESPOSO OMAR POR HACER MIS SUEÑOS REALIDAD Y PORQUE A TRAVÉS DE LOS AÑOS ME HA ENSEÑADO QUE LO IMPOSIBLE ES POSIBLE**

**A MIS SUEGROS MARY Y BENJAMÍN CON CARIÑO Y RESPETO**

**A LA DRA IRMA CORLAY QUIEN ME DIÓ SU APOYO Y CONFIANZA EN TODO MOMENTO, AL DR LUIS G. RUIZ POR SU ENSEÑANZA AL DR FELIPE VÁZQUEZ A QUIEN ADMIRO POR SU CALIDAD HUMANA Y POR SER UN GRAN MAESTRO**

**A MIS ASESORES DE TESIS DR WAZCAR VERDUZCO Y DR MIGUEL VILLAVICENCIO POR OTORGARME TODAS LAS FACILIDADES QUE TUVIERON A SU ALCANCE PARA LA ELABORACIÓN DE ÉSTE TRABAJO**

**A TODOS MIS MAESTROS QUE INTERVINIERON EN MI FORMACIÓN COMO ESPECIALISTA, A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS**

**A TI MARISOL POR TUS CONSEJOS Y POR SER UNA GRAN MUJER ASÍ COMO POR TU PARTICIPACIÓN PARA QUE ESTO FUERA POSIBLE**

**ANGELITA GRACIAS POR TUS ATENCIONES, TUS CUIDADOS Y TUS CONSEJOS.  
TQM**

**ESTHER, GRACIAS POR TU AMOR Y TU APOYO INCONDICIONAL**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

DIVISIÒN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÒN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

TITULO

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÒN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN SXXI**

TESIS QUE PRESENTA

**DRA. BLANCA PATRICIA MORALES ESPONDA**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

ASESORES: DR. WÁZCAR VERDUZCO F.  
DR. MIGUEL VILLAVICENCIO C.

---

MEXICO D.F.

FEBRERO 2009

---

DRA. DIANA G. MENÉZ DÍAZ  
JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

---

M en C DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN  
TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA  
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

**Asesor Metodológico:**

---

DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO  
PROFESOR DE PSIQUIATRÍA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**Asesor Teórico:**

---

DR. WÁZCAR VERDUZCO FRAGOSO  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL DE PSQUIATRÍA "HÉCTOR TOVAR ACOSTA" IMSS

## **INDICE:**

Resumen  
Introducción  
Marco Teórico  
Justificación  
Objetivo General y Específico  
Material y Métodos  
Análisis Estadístico  
Resultados  
Discusión  
Conclusiones  
Referencias  
Anexos.

# FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN SXXI

## RESUMEN

**Introducción:** La evaluación y detección inmediata de problemas psiquiátricos en pacientes hospitalizados está justificada por la alta comorbilidad de estos trastornos que siendo detectadas de manera temprana a través de instrumentos de evaluación como la escala MINI de entrevista neuropsiquiátrica disminuye la posibilidad de una mala respuesta al tratamiento a la cual dicha patología psiquiátrica predispone, ya que serían susceptibles de ser detectadas oportunamente.

**Objetivo:** Conocer la frecuencia de trastornos psiquiátricos (ansiedad, depresión o ambos) en pacientes internados por cualquier patología en el Hospital de Especialidades de CMN SXXI (UMAEHE CMNSXXI)

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, observacional, descriptivo, transversal aplicando la escala MINI de entrevista neuropsiquiátrica a pacientes hospitalizados en el (UMAEHE CMNSXXI) que detecta trastornos específicos como: depresión, ansiedad o mixtos (ambos), se establecieron medidas de tendencia central para los resultados y se calculó el intervalo de confianza 95% en relación a la comorbilidad psiquiátrica entre géneros.

**Resultados:** Se reclutó un total de 65 pacientes de los cuales 28 eran hombres (43%), 37 mujeres (56%). Correlacionando la totalidad de los casos aislados positivos con el género podemos mencionar que para depresión fue de 12 pacientes (18% del total); 7 de los cuales (10% del total) eran mujeres, en cuanto a los trastornos de ansiedad los casos en forma global fueron 16 pacientes (25% del total) de los cuales 11 pacientes (16% del total) eran mujeres, se obtuvieron 13 pacientes (20% del total) positivos a patología psiquiátrica mixta (ansiedad y depresión) de los cuales 9 (13% del total) fueron mujeres

**Discusión:** el resultado refleja un 63% de frecuencia para patología psiquiátrica en la población estudiada así como relevancia estadística en la frecuencia de trastornos psiquiátricos depresivos y ansiosos en población femenina ( $p < 0.005$ )

**Conclusiones:** La presencia de trastornos psiquiátricos en población estudiada es alta (63%) y sobre todo en el género femenino, por lo que sería útil su detección oportuna ya que su tratamiento disminuiría la posibilidad de complicaciones por la alta comorbilidad de alteraciones psiquiátricas en pacientes hospitalizados.

# **FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE CMN SXXI**

## **INTRODUCCIÓN:**

En el contexto médico es indispensable la detección y la evaluación temprana de los problemas psiquiátricos, pues se ha visto que la comorbilidad psiquiátrica empeora el curso de la enfermedad médica, causa importante malestar en el paciente, prolonga la duración de la estancia intra hospitalaria e incrementa los costos sanitarios 1. En el ámbito médico se les pide a los psiquiatras que evalúen una amplia variedad de afecciones, entre ellas, demencias, delirium, agitación, psicosis, abuso o abstinencia de sustancias, trastornos somatomorfos, de personalidad, afectivos, depresión y ansiedad; así como ideación suicida, falta de cumplimiento y apego al tratamiento, agresividad y otros problemas de conducta 1.

Una tarea primordial del psiquiatra que trabaja con enfermedades médicas es comprender las experiencias subjetivas del paciente, para diseñar las intervenciones terapéuticas que modelen las respuestas emocionales o conductuales, así como el uso de psicofármacos que el paciente amerite para una buena respuesta y mejore la evolución medica del paciente 1,2.

Dado que existe una alta comorbilidad de enfermedades médicas y psiquiátricas, principalmente depresión y ansiedad, es de interés conocer la frecuencia de éstas patologías en nuestro hospital, reflejando el impacto que tendría el uso de instrumentos de evaluación (escalas), para detectarlas tempranamente y evitar así las complicaciones inherentes a estos trastornos, de ésta manera prevenir la mala respuesta al tratamiento médico, lo que incrementa la utilización de los servicios de salud, las hospitalizaciones prolongadas, recurrentes, el ausentismo laboral y en muchas ocasiones la muerte.1,2,3



La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, cuya prevalencia ha aumentado en los últimos años en la población general. Constituye, después de los trastornos adaptativos, el motivo más frecuente de consulta psiquiátrica en asistencia primaria, siendo entre el 8 y el 10% la segunda causa de visitas consecutivas con el médico general. Se estima que solo el 20% de los pacientes con depresión son atendidos por el psiquiatra. 1. En atención primaria se atiende a diez veces más pacientes depresivos. Se encuentran prevalencias del 10-14% entre los pacientes hospitalizados por problemas médicos y del 9 al 16 % entre pacientes ambulatorios. Si se valoran únicamente síntomas depresivos se multiplican por tres o cuatro, especialmente en pacientes con enfermedades orgánicas crónicas de los que la mitad sufren síntomas depresivos en su evolución, y de un tercio a la mitad de ellos, no son reconocidos con tales síntomas, por los médicos no psiquiatras, complicando el abordaje del problema médico. Los síntomas somáticos agravan a los ansioso-depresivos, y viceversa 1,2.

Por lo que es de nuestro interés realizar un estudio que aporte datos reales que indiquen la frecuencia de dichos trastornos mentales en una población muestra en el Hospital de Especialidades del CMN Siglo XXI.

## MARCO TEÓRICO

El trastorno depresivo se puede relacionar con la enfermedad médica de diversas maneras; por ejemplo:

- La enfermedad médica como causa de la depresión.
- Que la enfermedad médica facilite la aparición de depresión en alguien susceptible, como estresante psicosocial.
- Que coincidan ambos cuadros, sin relación entre sí, por azar.
- Que el enfermo médico reaccione de manera desadaptativa, con sintomatología depresiva a las limitaciones, pronóstico o síntomas de la enfermedad médica.
- Que los síntomas depresivos estén producidos, por los tratamientos empleados para la enfermedad médica. Tabla 1.

**Tabla 1. Causas farmacológicas de la depresión.**

<i>Antihipertensivos y fármacos cardiológicos</i>	<i>Agentes neurológicos</i>	<i>Antibióticos y fungicidas</i>	<i>Fármacos diversos</i>
Clonidina	Amantadina	Ampicilina	Anticolinesterásicos
Guanetidina	Bromocriptina	Sulfametoxazol	Cimetidina
Hydralazina	Levodopa	Clostrimazol	Ranitidina
Metildopa	Risofilo	Cicloserina	Ciproheptadina
Propranolol	Tetrabenactina	Dapsona	Difenoxilato
Reserpina	Carbamaceptina	Etionamida	Disulfiram
Digital	Metosuximida	Tetraciclina	Interferón
Prazosin	Fenitoina	Griseofulvina	Lisergida
Procainamida	Óxaricina	Metronidazol	Metusergida
Lidocaina	Sumatriptán	Nitrofurantoina	Metoclopramida
Acetazolamida		Acido Nalidixico	Picotifen
Tiacidas		Sulfonamidas	Salbutamol
		Estreptomina	
		Ciprofloxacino	
		Antituberculosa B	
<i>Sedantes, hipnóticos y psicofrénicos</i>	<i>Analgésicos y antiinflamatorios</i>	<i>Esteroides y hormonas</i>	<i>Anticoagulantes</i>
Barbitúricos	Fenoprofeno	Corticosteroides	C-Asparaginasa
Etaxol	Ibuprofeno	Anticonceptivos orales	Mitramicina
Benzodiazepinas	Opíacosos	Prednisona	Yincristina
Clometazol	Fenacetina	Triamcinolona	6-Arauridina
Butiltiolonas	Fenibutazona	Danazol	Bleomicina
Fenolactinas	Indometacina	Anabolizantes	Trimetoprim
Andetamina	Pentazocina		Zidovudina
	Bencilamida		Aureomicina
			Ciclosporina

Adaptado de Kaplan & Sadock, *Textbook of Psychiatry*, p. 601. Ed. Paramericana, 1999.

Muchos síntomas depresivos se traslapan con los producidos por la enfermedad somática, lo que complica el diagnóstico y el tratamiento. Por ello es muy importante identificar aquellos síntomas depresivos en pacientes médicamente enfermos que son susceptibles de ser tratados con seguridad con los nuevos antidepresivos, pero también es muy importante no malinterpretar o ignorar síntomas propios de una patología orgánica más o menos grave, ya que en estos casos, no sólo no responderán al tratamiento antidepresivo, sino que se retrasará el tratamiento efectivo de la enfermedad somática 1,2,3.

La importancia del problema aumenta si además tenemos en cuenta que estos pacientes en los que aparece un síndrome depresivo, la morbi-mortalidad aumenta de manera notoria. Por otro lado, la depresión desmotiva al paciente y afecta al cumplimiento de los planes terapéuticos 1, 2, 3.

### DEPRESIÓN MAYOR

En psiquiatría se utiliza de manera generalizada dos sistemas para el diagnóstico, la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la OMS (CIE-10), y la de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM-IV TR). 1, 2, 3, 4, 5.

En el DSM-IV-TR, los trastornos depresivos por enfermedad médica se clasifican bajo el epígrafe “Trastornos del Estado de Ánimo Debidos a Enfermedad Médica”, definidos como una prolongada y acusada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica. Exige que esta relación se demuestre a través de la historia clínica, de la exploración, o de las pruebas de laboratorio. Para ello aconsejan tener en cuenta la asociación temporal, la forma en que se presentan los síntomas respecto a los típicos del trastorno mental primario, edades de inicio atípicas, síntomas mentales asociados poco comunes o síntomas médicos

desproporcionados respecto a los considerados habituales. Que otro trastorno mental no explique mejor la alteración, teniendo en cuenta que las enfermedades también pueden actuar como estresante psicosocial, o pueden agravar la evolución de trastornos mentales preexistentes. Hay que descartar que el paciente no tenga un *delirium*, o que el cuadro se pueda explicar por el consumo de tóxicos 3, 4, 5.

En la CIE-10, se encuentra bajo el epígrafe de los “Trastornos del Humor Orgánicos”, y su definición del trastorno es en esencia y en lo que nos ocupa, muy similar 3,4,5,6.

Los cuadros depresivos se diagnostican como episodio depresivo único, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico, trastorno depresivo no especificado, o depresión en el trastorno bipolar y en la ciclotimia. Se puede especificar si el episodio actual es leve, moderado o grave, en remisión parcial o total; con o sin síntomas psicóticos. Se puede indicar si es crónico, con síntomas catatónico, atípico, de inicio en el postparto, con patrón estacional o definir el trastorno bipolar de ciclos rápidos 3, 4, 5, 6.

Los cuadros depresivos primarios se asocian a síntomas psicológicos como la tristeza, disforia, falta de interés o capacidad de placer y disfrute, sentimientos de inutilidad o culpa, estorbo, pensamientos de muerte que pueden llegar a ser de suicidio, otros síntomas somáticos como la pérdida de peso sin hacer régimen, aumento del mismo por hiperfagia, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía o disminución de la capacidad de concentración. Muchos de los síntomas de este segundo grupo son compartidos por otros síndromes y enfermedades médicas. Por otro lado, la dificultad para expresar estados afectivos hace que un grupo de pacientes deprimidos expresen con mayor frecuencia e intensidad sintomatología somática que afectiva, y, sin embargo, padecen cuadros depresivos primarios, denominados tradicionalmente depresiones enmascaradas. Será una historia clínica detallada la que permitirá detectar antecedentes médicos del paciente,

así como la prescripción de fármacos potencialmente depresógenos. Datos demográficos como la edad de inicio del trastorno, que si es tardía, sugiere la necesidad de explorar patología médica o los antecedentes personales, por si no se tratara de un primer episodio depresivo. Los trastornos del humor son los que más se heredan en psiquiatría, así como son también hereditarias otras enfermedades médicas, por lo que resultará de interés profundizar en los antecedentes familiares. La ausencia de antecedentes personales y/o familiares de depresión, orienta a su origen médico o iatrogénico (por medicamentos) 4, 5, 6, 7.

Es importante prestar atención a los síntomas cognitivos, incluso posibles fluctuaciones de los mismos. Los pacientes depresivos pueden tener alteradas la capacidad de evocación o la atención, pero si se presentan confusos o con deterioro cognitivo será preciso descartar patologías médicas. El paciente depresivo raramente se muestra desorientado en la exploración mental. Sus alteraciones de memoria, cuando las hay, son más subjetivas que objetivas, polarizando el recuerdo en lo negativo. El inicio de estos problemas será brusco. Es necesario precisar los síntomas somáticos, por otro lado muy frecuentes en las depresiones primarias: por ejemplo, aunque durante los cuadros depresivos es frecuente la hiporexia y la pérdida de peso, en aquel paciente que ha perdido veinte kilos en un mes habrá que sospechar patología médica subyacente 4,5,6,7,8.

En cuanto a la exploración física: deberá ser completa, incluso en pacientes con un diagnóstico anterior de depresión, siempre que aparezcan quejas físicas. En todo caso se deberá incidir en aquellas exploraciones sugeridas por la impresión clínica, y de manera importante en la exploración neurológica, 6, 7, 8, 9, 10.

Es importante recabar información de los familiares o personas que conviven con el paciente, ya que por la depresión no dan la información objetiva de su funcionamiento basal, de la misma manera, indagar si existe consumo de

tóxicos, ya que éstos suelen consumir más alcohol (tóxico muy depresógeno), y otras drogas, que la población en general. 8, 9, 10.

## TRASTORNO DE ANSIEDAD

Trastorno caracterizado por ansiedad excesiva en intensidad, duración o frecuencia, de presentación casi diaria, acompañada de una preocupación por mantenerse alejado del evento temido que interfiere con las actividades diarias. Se asocia a tensión muscular, dolores musculares, temblor, sensación de sacudida, espasmos, inquietud, desasosiego o hasta inhibición psicomotriz o estupor 1, 2, 4, 7.

Debe diferenciarse del miedo o estrés en el que un agente externo pone en juego defensas psíquicas biológicas, mientras que en la ansiedad se presenta un sentimiento inmotivado de temor e incertidumbre, aprehensión y tensión frente a una amenaza no identificada que compromete el funcionamiento del individuo e implica una reducción de la libertad personal. La ansiedad normal, no excesiva y de carácter adaptativo, sirve para movilizar las operaciones defensivas del organismo, es la base del aprendizaje y de la motivación para obtener placer y evitar el sufrimiento 1, 2, 3.

Se produce por una reacción autonómica (aumento del tono simpático) y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal con liberación de catecolaminas incrementada, así como alteración de niveles de neurotransmisores, con elevación de serotonina y dopamina y disminución del GABA, a nivel de la corteza temporal, lóbulo occipital, locus coeruleus y corteza prefrontal e hiposensibilidad de receptores alfa 2 presinápticos plaquetarios (y posiblemente postsinápticos) 1, 2, 3.

Las extensas conexiones entre el sistema reticular y el vermis cerebeloso apuntan a la posibilidad que también estén implicados en la regulación autonómica de la tensión y ansiedad. Los estudios de sueño registran un

aumento en la latencia del sueño con aumento de las etapas I y II, disminución del sueño profundo, disminución del REM y del tiempo total de sueño 1, 2, 3, 4, 6.

Parece existir algún componente genético modesto, aunque otros estudios no han encontrado evidencia. Sin embargo, cerca de un 20% de los parientes de primer grado de un paciente con trastorno de ansiedad generalizada sufren del mismo trastorno (vs. 5% de la población general), pero sin mayor riesgo para trastorno de pánico. Un individuo con un trastorno de ansiedad tiene un riesgo incrementado de tener otro trastorno de ansiedad o depresión.

Los estudios con PET muestran incremento del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo cuando el paciente presenta síntomas leves a moderados de ansiedad, pero se produce vasoconstricción ante síntomas severos. La ansiedad produce hiperventilación, reducción del CO<sub>2</sub> y disminución del flujo sanguíneo cerebral 7, 8, 9, 10.

Algunas entidades médicas pueden presentarse con síntomas de ansiedad:

Síndrome carcinoide (H.T.A. y aumento de 5-HIAA y catecolaminas en orina), hipertiroidismo (T3 y T4 elevados, exoftalmos en casos severos), hiperparatiroidismo (aumento de Ca<sup>++</sup> sérico y hormona paratiroidea y disminución de fosfato [P]), prolapso de válvula mitral (ecocardiografía), arritmias (EKG), insuficiencia coronaria o infarto agudo del miocardio (dolor pectoral tipo punzada y cambios patológicos en el EKG), porfiria aguda (porfobilinógeno en orina), epilepsia del lóbulo temporal (EEG), Feocromocitoma (ácido vanililmandélico en orina), hipoglicemia (menor de 50 mg / dl), vértigo, supresión de sustancias psicoactivas o intoxicación con anfetaminas o antidepresivos, Cushing (cortisol plasmático elevado y test de supresión de dexametasona positivo), síndrome de hiperventilación, depresión, síndrome confusional, tetania, marcado consumo de nicotina, caféina y cocaína, tumores cerebrales (a nivel del lóbulo temporal derecho y tercer ventrículo), TEC, ECV, migraña, encefalitis,

esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Wilson e hipoxia; el uso de Lidocaína y penicilina procaínica también pueden inducir ansiedad. 8, 9, 10.

Con respecto a la depresión, ambas entidades presentan una comorbilidad significativa (25% a 35%): un tercio de pacientes con ansiedad presentan depresión y un quinto de los pacientes con depresión presentan ansiedad (ansiedad y depresión mixtas según CIE-10, caracterizada por depresión mayor y ansiedad, la cual se maneja con antidepresivos y BZD). El alto grado de comorbilidad entre ansiedad y trastornos depresivos afecta la decisión terapéutica y el establecimiento de pronósticos. 8,9,10

El Trastorno de ansiedad puede ocurrir en al menos un 2 a 3% de la población general. Según el estudio ECA, la tasa prevalencia a un año es de 2.5 a 8%, siendo más común en mujeres (3 : 2) y jóvenes. El Nacional Comorbidity Study revela tasas de prevalencia a lo largo de la vida de 5.1%. En Colombia el Estudio de Salud Mental con una muestra de 15.045 entrevistados revela una prevalencia a lo largo de la vida de 3.1% con mayor predominancia en el sexo femenino (3.5% vs. 2.6%). Puede coexistir con depresión (35-52%) y abuso de sustancias psicoactivas (31%). Hasta un 25% de los pacientes de atención primaria padecen de cuadros de ansiedad, 1, 2, 3, 8, 9, 10,11.

Por lo tanto tenemos que evaluar y detectar los cuadros depresivos y ansiosos, asociados o secundarios a enfermedad médica siendo importante pedir pruebas complementarias de laboratorio para detectar y/o descartar el posible origen del trastorno psiquiátrico, de manera general se solicitará la analítica habitual, con hemograma completo: bioquímica, electrolitos, calcio, fósforo, urea, creatinina, función hepática, detección de drogas y alcohol en orina, así como la función tiroidea.10, 11.



En función de la sospecha clínica habrá que complementar con otros parámetros analíticos, tales como la ceruloplasmina, serologías víricas (mononucleosis, VIH), y bacterianas (VDRL, Lyme), electrocardiograma, radiografía de tórax. Habrá que plantearse la solicitud de otras exploraciones más complejas según se oriente la impresión clínica (ecografías abdominales, TAC, RNM, etc.) 10,11.

### Factores psicológicos que afectan al estado físico.

En el DSM-IV-TR se define un epígrafe de Factores Psicológicos que Afectan al Estado Físico, en él se incluyen aquellos trastornos en los que se observa que los factores psicológicos influyen negativamente en la enfermedad médica (en estos trastornos sí que es posible diagnosticar una enfermedad médica, a diferencia de los trastornos somatomorfos). Se observa una íntima relación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo o exacerbación de la enfermedad médica y el retraso en su recuperación. Los factores psicológicos que pueden afectar a las enfermedades médicas son de muy diversa índole: los trastornos mentales (entre los que por supuesto se encuentra la depresión), la personalidad, las conductas desadaptativas, y otros factores no estrictamente psicológicos como los sociales o personales 10,11.

Existen estresantes específicos e inespecíficos, de manera que interfiriendo con los niveles de ansiedad, provocarían reacciones fisiológicas que, en función de la vulnerabilidad predispondrían a estos trastornos. Estas reacciones podrían involucrar al sistema hormonal hipófiso-adrenal, al sistema nervioso autónomo o al sistema inmunitario, todos ellos involucrados de una u otra manera en las hipótesis etiopatogénicas de la depresión y la ansiedad. De entre los trastornos de este grupo destacan el colon irritable, en el que predominan síntomas ansioso-depresivos, con una comorbilidad del 38% con la depresión mayor y la distimia. En algunos trastornos cardiovasculares, especialmente en el infarto de

miocardio, se relacionó el índice de supervivencia con la presencia de depresión mayor postinfarto 10,11, 12,13.

En cuanto al manejo, además del tratamiento del cuadro ansioso o depresivo, será necesario centrarlo en procedimientos como técnicas de modificación de conducta, de relajación muscular, *biofeedback*, respiración controlada o la fisioterapia. 12,13.

## ENFERMEDADES MÉDICAS FRECUENTES ASOCIADAS A DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Los pacientes con endocrinopatías presentan depresión y ansiedad con frecuencia, y en ocasiones, son los síntomas psiquiátricos las primeras manifestaciones de la enfermedad. Se sospechan en casos de cuadros depresivos o ansiosos resistentes a los antidepresivos, con quejas vegetativas muy prominentes y con déficit cognitivos. 12, 13, 14.

### Patología tiroidea

*Hipertiroidismo*. La causa más frecuente es la Enfermedad de Graves. Se asocia con más frecuencia a estados de ansiedad y sintomatología vegetativa, como taquicardias, disnea, diaforesis, así como pérdida de peso con hiperfagia. Se ha detectado que los síntomas afectivos preceden a las manifestaciones físicas en un 14% de los casos. El diagnóstico resulta más difícil en los ancianos, en los que puede llegar a predominar clínica de apatía y quejas cognitivas. Es necesario realizar *screening* de hormonas tiroideas en pacientes depresivos con antecedentes familiares de problemas tiroideos, cicladores rápidos, depresiones

resistentes y especialmente en mujeres postmenopáusicas y puérperas. 12, 13, 14.

### Hipotiroidismo.

El trastorno, que puede tener su origen en la glándula tiroides o ser secundario, es más frecuente en mujeres. Los síntomas afectivos pueden llegar a ser los más prominentes. Se distinguen tres grados, en función de la deficiencia hormonal. En el grado II, subclínico, es en el que los síntomas psiquiátricos suelen preceder a los físicos, en forma de apatía, tristeza y alteraciones del sueño. Por otra parte, entre pacientes con depresión mayor, se ha visto una relativamente alta incidencia de hipotiroidismo subclínico (4%). A menudo a este tipo de hipotiroidismo, cuyo significado clínico se desconoce, se denomina de grado III, y asocia únicamente sintomatología psiquiátrica. En cuanto al grado I, el más grave, asocia la clínica del hipotiroidismo con sintomatología psiquiátrica, también depresiva grave, que puede llegar a presentarse con síntomas psicóticos, síntomas cognitivos muy prominentes e incluso con *delirium*. El riesgo de suicidio es alto. Los síntomas psiquiátricos de estos pacientes responden en más de un 60% al tratamiento sustitutivo, mientras que en los grados II y III, la utilidad de este tratamiento no está demostrada. 12,13, 14.

Por otro lado, la hormona tiroidea  $T_3$  se utiliza como coadyuvante de los antidepresivos tricíclicos en pacientes con depresión resistente, aún sin hipotiroidismo. Su nivel en sangre se ha relacionado con el riesgo de recurrencias de los episodios depresivos en el Trastorno Depresivo Recurrente, aumentando el período asintomático conforme los niveles de  $T_3$  eran mayores. La concentración de  $T_4$  no parece influir en el riesgo de recurrencias, y no se ha demostrado útil como coadyuvante de los tricíclicos. 12, 13, 14, 15.

### Enfermedad de Cushing

En ocasiones el síndrome depresivo es la primera presentación de la enfermedad. Puede alcanzar una gran gravedad y llegar a presentarse con

sintomatología psicótica. En esta enfermedad existe sintomatología psiquiátrica en el 50% de los casos, depresiva en un 35%. En el 50% de pacientes que la desarrollan se encuentran factores predisponentes para la depresión, tales como antecedentes familiares depresivos o de suicidio o historia de pérdidas y separación. Estos pacientes suelen tener mayor irritabilidad y labilidad emocional que los pacientes con depresión primaria. La gravedad del cuadro depresivo se ha relacionado con los niveles de cortisol, y parece responder bien con la normalización de los niveles. La depresión parece más frecuente en las formas hipofisarias que en aquellas de origen suprarrenal. En contraste con el hipercortisolismo resultante de la administración de corticoides exógenos, no son frecuentes los cuadros maníacos. 12, 13, 14, 15.

### Hiperparatiroidismo

Los síntomas psiquiátricos del exceso de hormona paratiroidea se han asociado más a la hipercalcemia resultante que al papel de la hormona *per se*. Asocia sintomatología psiquiátrica en los dos tercios de los casos, frecuentemente depresión y anergia. Se aprecia un deterioro cognitivo progresivo y cambios inespecíficos de personalidad. El proceso se orienta con la exploración y hallazgo de los síntomas somáticos concomitantes, como la sed, poliuria, cólicos y dolores óseos. La evolución e intensidad de los síntomas psiquiátricos se suelen asociar a los niveles del calcio sérico, y la resección quirúrgica es curativa en la mayoría de los casos.12, 13, 14, 15.

### Carcinoma de páncreas

La anorexia, pérdida de peso y dolor difuso son a menudo los únicos síntomas y cuando no existían procedimientos diagnósticos con técnicas de imagen llevaron al diagnóstico de un cuadro depresivo. 12,1314

### Tumores del SNC

Las manifestaciones psiquiátricas de los tumores SNC pueden ser la primera presentación en un 20% de los tumores cerebrales supratentoriales, y en un 5% de los infratentoriales. Los tumores frontales y temporales de crecimiento lento son los que más se asocian a síntomas afectivos, apatía y depresión. El diagnóstico se realiza por la presencia de déficit neurológicos asociados a la sintomatología depresiva. 12, 13, 14, 15.

Los tumores frontales resultan especialmente silentes, y los síntomas que los pacientes presentan suelen ser muy inespecíficos. Los pacientes suelen expresar apatía, indiferencia y dificultad para iniciar actividades. Aunque dependiendo de la localización se suele asociar impulsividad y desinhibición. Algunos autores refieren que los tumores frontales del hemisferio derecho se asocian más frecuentemente a euforia, mientras que los del hemisferio izquierdo lo hacen a depresión.

### Enfermedad de Parkinson

La frecuencia de depresión en la Enfermedad de Parkinson se cifra en el 50% de los casos, considerándose los síntomas afectivos como parte de la enfermedad. Existe mayor prevalencia entre las mujeres que entre los varones. Se asocia además con las formas de inicio temprano. Los síntomas ansiosos, irritabilidad y pesimismo son muy frecuentes, así como las ideas de suicidio. Se sabe que la depresión no se debe únicamente a los sentimientos de incapacidad que ocasiona la enfermedad, sino que existe un correlato biológico. Precede al desarrollo de los síntomas motores en el 25% de los casos, no existiendo diferencias entre los distintos estadios de la enfermedad. 12, 13, 14, 15.

Aunque los antiparkinsonianos se asocian con depresión, no se ha visto mayor proporción de pacientes deprimidos después de la introducción de la L-Dopa. 12, 13, 14, 15.

### Enfermedad de Huntington

El trastorno psiquiátrico más frecuente de la enfermedad de Huntington es la depresión, con una prevalencia de la misma del 35%. La fenomenología es similar a la del trastorno primario, pudiendo llegar a aparecer sintomatología psicótica. Es más frecuente en los estadios primarios, cuando todavía no se han manifestado los movimientos anormales, precediéndolos una media de cinco años, y en aquellos pacientes con inicio tardío de la enfermedad. Se asocia a un alto riesgo de suicidio.<sup>12, 13, 14, 15,</sup>

### Demencia tipo Alzheimer

La frecuencia de depresión en los pacientes de Alzheimer es muy variable, oscilando entre el 1 y el 90%. Diferencias metodológicas y de criterios aparte, la depresión es muy frecuente en estos enfermos. Se han realizado gran número de estudios con la finalidad de detectar la relación que existe entre sintomatología afectiva y el mayor riesgo de demencia en pacientes depresivos detectándose depresión previa a la aparición de deterioro cognitivo en el 44% de los casos. Dichos estudios hasta el momento arrojan resultados contradictorios. Parece que hubiera un grupo de pacientes que, tras un cuadro depresivo con alteraciones cognitivas leves, fueran configurando un cuadro demencial.<sup>12, 13, 14, 15.</sup>

### Enfermedad de Wilson

La enfermedad de Wilson evoluciona a la larga a una demencia progresiva. Las manifestaciones psiquiátricas a lo largo de la enfermedad son muy frecuentes, más en la forma tardía de la enfermedad y como primera manifestación de la enfermedad en un 20% de los casos. No es infrecuente la presencia de cuadros depresivos y maníacos. <sup>12, 13, 14, 15.</sup>

### Esclerosis múltiple

Durante mucho tiempo se prestó más atención a la euforia que a veces acompaña a los pacientes con esclerosis múltiple, y que a su vez está relacionada con el deterioro cognitivo. Sin embargo, la depresión es el síndrome

psiquiátrico más frecuente, apareciendo en el 42% de los pacientes. En algunos casos se ha señalado como pródromo de la enfermedad. Estos pacientes presentan un alto riesgo de suicidio, siendo 75 veces más frecuente que en la población general, sobre todo en los primeros cinco años del diagnóstico. 12, 13, 14.

En cuanto al manejo, estos pacientes son particularmente sensibles a los efectos secundarios de los tricíclicos, así como al desarrollo de crisis epilépticas. De ahí que se prefiera, como en la mayoría de pacientes con problemas médicos, el empleo de ISRS.12, 13, 14.

#### Porfiria aguda intermitente

Produce una tríada sintomática que consiste en dolor abdominal agudo, polineuropatía y manifestaciones psiquiátricas, que van desde la depresión a la psicosis. No es infrecuente que estos pacientes pasen por conversivos. Es frecuente que existan familiares con el mismo diagnóstico. El tratamiento además deberá ir encaminado a evitar los factores desencadenantes, como los barbitúricos. 12, 13, 14, 15.

#### Epilepsia

El trastorno psiquiátrico más frecuente en los pacientes epilépticos, después de los trastornos de la personalidad, es la depresión, sin que la naturaleza de la depresión en los períodos interictales dependa de una simple adaptación a un trastorno crónico. El riesgo es mayor en aquellos epilépticos con foco en el hemisferio dominante. Estas depresiones suelen conllevar un componente endógeno importante, con un riesgo de suicidio que quintuplica al de la población general. Se han propuesto varios mecanismos etiopatogénicos, entre ellos, la lesión focal en las áreas límbicas, falta de metabolismo interictal del área perifocal, o estimulación subclínica de las estructuras límbicas en períodos interictales. Se invoca además al efecto depresógeno de algunos antiepilépticos,

e incluso a la deplección de ácido fólico asociada a la toma de algunos de ellos.  
12, 13, 14, 15.

### Cefaleas

Se observa una relación muy estrecha entre la depresión y las cefaleas. La cefalea, como síntoma, es frecuente en los cuadros depresivos, y a su vez la depresión suele ser frecuente en los pacientes con cefaleas crónicas. De los tipos de cefaleas estudiados, son las migrañas las que más frecuentemente asocian cuadros depresivos. La frecuencia de depresión en pacientes con migraña es del 20%. Se cree, aunque resulta controvertido, que comparte etiología con la depresión en el sentido de un déficit de serotonina cerebral. También puede resultar de un cuadro desadaptativo ante un dolor crónico. Varios ISRS se han relacionado con la producción de cefaleas, como la paroxetina.<sup>12, 13, 14, 15.</sup>

### Enfermedad de Addison

La insuficiencia suprarrenal susceptible de ser confundida con un cuadro depresivo es aquella de larga evolución, por lo inespecífico de los síntomas. Aparece una intensa astenia, originalmente de predominio vespertino y posteriormente generalizada, así como indiferencia y pobreza de pensamiento, unido a sintomatología depresiva. La pérdida de peso y la anorexia son muy frecuentes. Con el tiempo se terminan de instaurar los síntomas cardinales de la enfermedad, como la hiperpigmentación, hiponatremia, hiperpotasemia e hipotensión. Son pacientes muy proclives al desarrollo de sintomatología maniforme al ser tratados con esteroides, que por otra parte, son el tratamiento de elección.<sup>12, 13, 14, 15.</sup>

### Hipovitaminosis

*Déficit de Vitamina B<sub>12</sub>.* Las manifestaciones neuropsiquiátricas de la deficiencia pueden aparecer con niveles de vitamina superiores a los necesarios para



producir anemia. Son frecuentes la glositis, mielopatía y polineuropatías. Se han descrito cuadros depresivos en el 20% de pacientes con esta deficiencia, pudiendo presentarse con síntomas psicóticos. El tratamiento de elección es la aportación parenteral de la vitamina, en dosis más altas y mantenidas que las necesarias para corregir simplemente la alteración hematológica.12, 13, 14, 15.

### Déficit de Acido fólico.

Cursa con manifestaciones similares al déficit de Vitamina B<sub>12</sub>, aunque sin la neuropatía periférica. La depresión, junto con los déficits cognoscitivos son los cuadros neuropsiquiátricos más frecuentemente asociados. Se piensa que por la función de coenzima en la síntesis de neurotransmisores del tetrahidrofolato. Por otra parte, la reducción de la ingesta alimentaria de los pacientes depresivos puede originar una deficiencia de folatos secundaria.

*Pelagra.* A los síntomas médicos de dermatitis en guante y calcetín, y diarreas, se asocian los de depresión y alteraciones cognitivas. 12, 13, 14, 15.

### Lupus eritematoso sistémico

La sintomatología depresiva es la clínica psiquiátrica más frecuentemente referida. Aproximadamente, el 11% de los pacientes con lupus eritematoso sistémico cumplen criterios de depresión mayor. Parece que las mujeres tienen más riesgo, especialmente si las dosis de corticoides son altas, aunque también se han asociado los síntomas depresivos, entre otros síntomas neuropsiquiátricos a la presencia de anticuerpos antiproteína P del ribosoma. En estudios seriados, el nivel sérico de estos anticuerpos se correlacionaba con la actividad del cuadro neuropsiquiátrico y no con la actividad del resto de las manifestaciones del lupus eritematoso sistémico. 12, 13, 14, 15.

### Enfermedad de Lyme

La depresión asociada a la enfermedad de Lyme tiene lugar a los seis meses o incluso años después de haberse presentado el llamado eritema crónico migratorio, con la fiebre, mialgias y cefalea acompañantes. Puede aparecer un

cuadro meningoencefalítico que asocia irritabilidad, confusión y labilidad emocional, para evolucionar en un tercer estadio con sintomatología depresiva con marcada labilidad afectiva, y síntomas cognitivos. En ocasiones evoluciona a una demencia progresiva. Se diagnostica por la serología específica de la *Borrelia burgdorferi*, y la historia de viajes durante el verano a zonas boscosas endémicas. 12, 13, 14, 15.

### Mononucleosis infecciosa

Aparecen cuadros depresivos asociados a una intensa fatiga y sensación de malestar. A menudo el cuadro depresivo aparece en el mes posterior a la clínica característica de la infección. Es debatida la relación entre el denominado síndrome de fatiga crónica y las infecciones de los virus de Epstein-Bar y Cytomegalovirus. 12, 13, 14, 15.

Esto sólo por mencionar algunas de las patologías que pueden desencadenar, enmascarar o asociarse a cuadros depresivos y ansiosos. Así también la insuficiencia renal, las cardiopatías, las enfermedades hematológicas, el cáncer, las enfermedades reumatológicas, metabólicas, crónico degenerativas entre muchas otras.

## TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN Y LA ANSIEDAD ASOCIADA A PATOLOGÍA MÉDICA

Al valorar la sintomatología depresiva en estos pacientes existe un alto riesgo de caer en posiciones extremas, en el sentido de “comprender” los síntomas depresivos del enfermo como normales y no tratarlos, o bien, en el extremo contrario, de interpretar como “psicológicos” síntomas que corresponden a la patología orgánica. 1,3,4,15,16,17.

En general, las enfermedades que hemos revisado se dividen en aquellas con causa tratable, y las no tratables. De entre estas últimas, la gran mayoría tienen

tratamientos sintomáticos. Como regla general la enfermedad somática deberá estar bien tratada, así como las alteraciones metabólicas que se hayan podido producir, y el dolor acompañante.

Hay que tener en cuenta que, en ocasiones, una vez desarrollado el cuadro depresivo, éste evoluciona de manera independiente aunque se solucione la causa médica que lo originó. Esto ocurre con gran frecuencia con los trastornos tiroideos; de ahí que sea aconsejable realizar un seguimiento de los síntomas depresivos, hasta bastante tiempo después de haber realizado este tratamiento, y en su caso, añadir tratamiento antidepresivo. 1, 3, 4, 15, 16, 17.

En el resto de los casos, en pacientes con enfermedades no tratables o con tratamiento sintomático, los síntomas depresivos no propiamente adaptativos deberán manejarse como si se tratara de un cuadro depresivo primario.

En cuanto a la medicación utilizada para tratar o paliar la patología médica, deberemos descartar que ésta pueda tener efectos depresógenos. Si un paciente comienza con síntomas depresivos, o se agravan los preexistentes al poco tiempo de iniciar un tratamiento, es aconsejable suprimir éste, observar la evolución de estos síntomas, y sustituir por otro fármaco siempre que sea posible.

El antidepresivo de elección deberá ser, en principio, aquél que muestre mejor perfil de eficacia, con menos efectos secundarios. Los nuevos antidepresivos ISRS, resultan aconsejables como fármacos de inicio, dada su mejor tolerancia, teniendo en cuenta que deberemos evitar aquellos fármacos con efectos anticolinérgicos en personas mayores o en afectaciones del SNC y cardiovasculares. Los pacientes con patologías médicas son mucho más sensibles a los efectos secundarios, y además pueden existir variaciones farmacocinéticas relacionadas con la velocidad de eliminación, e interacciones con otras medicaciones, por lo que se aconseja iniciar el tratamiento con dosis más bajas que en el trastorno primario. No obstante se intentarán alcanzar dosis

terapéuticas durante tiempo suficiente (al menos seis semanas), y mantener al menos seis meses si se alcanza la remisión del cuadro. 1, 3, 4, 15, 16, 17.

La indicación de Terapia Electroconvulsiva (TEC) es una buena opción en casos en los que existe sintomatología muy intensa, con síntomas psicóticos y alto riesgo de suicidio, y se necesite una resolución rápida del cuadro. De la misma manera está indicada en pacientes que no toleran medicación oral, o que no han respondido a un tratamiento reglado. Como dato a reseñar, la TEC en la enfermedad de Parkinson consigue mejoría, no sólo del cuadro afectivo, sino de la sintomatología motora. La contraindicación relativa más importante para aplicar esta técnica, además de las propias de la anestesia general, consiste en la presencia de tumores cerebrales u otras circunstancias que produzcan aumento de la presión intracraneal.

Además de los tratamientos biológicos será necesaria una psicoterapia de apoyo, especialmente en los estadios iniciales del tratamiento. 1, 3, 4, 15, 16, 17.

Para detectar los trastornos psiquiátricos existen múltiples instrumentos de evaluación, entre ellos la MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional) que es uno de los más confiables para identificar dichas alteraciones y que ha probado su validez en múltiples estudios realizados. Esta es una entrevista diagnóstica estructurada de duración breve, explora para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM IV TR y la CIE 10, la cual está dividida en módulos identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica, al comienzo de cada módulo, se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas filtro correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno, al final de cada módulo, una o varias casilla diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Ver anexo

Los dominios que evalúa dicha escala son: Episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos, trastorno distímico, 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, trastornos psicóticos, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno antisocial de la personalidad. 1, 3, 4, 15, 16, 17.

Para éste estudio que tiene la finalidad de detectar ansiedad y depresión, se considerarán de la escala MINI los dominios que dan datos positivos para ansiedad y depresión de una manera global. Considerando por lo tanto como portadores de alteración ansiosa los que dieron datos positivos para trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, estado por estrés postraumático o trastorno de ansiedad generalizada, y para depresión, los que presentaron algún cuadro positivo para episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos o trastorno distímico. Tomando en cuenta como grupo aparte aquellos pacientes que cursaron con datos positivos para ambas patologías psiquiátricas. 1, 3, 4, 15, 16, 17.

## **JUSTIFICACIÓN**

Se estima que los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto, sin olvidar que las enfermedades médicas y en particular las de carácter crónico aumentan la probabilidad de que la persona presente alteraciones psiquiátricas tales como ansiedad y depresión. Estos trastornos muchas veces son la causa de prolongación de días de internamiento y/o abandono del mismo, lo que incide en la morbimortalidad y aumenta los costos de salud, además de incrementar el número de complicaciones y el riesgo de muerte en pacientes deprimidos.

Debido a nuevos descubrimientos que concluyen que estas alteraciones psiquiátricas pudiesen estar causadas por patología relacionada con el sistema inmune y neuroendocrinológico, lo que hasta el momento no ha sido totalmente clarificado, justifica detallar la morbilidad de estas enfermedades mentales en Hospitales Mexicanos; además no se tienen estudios que aporten datos válidos en relación a la prevalencia de estos trastornos.

## **OBJETIVOS:**

General:

- Establecer la frecuencia de ansiedad y depresión en una muestra poblacional de pacientes que ingresaron por patología general en el Hospital de Especialidades CMN Siglo XXI

Específicos:

- Contrastar la frecuencia por trastorno psiquiátrico (ansiedad, depresión o ambas) en la población estudiada.
- Estimar la relevancia estadística de ansiedad y depresión relacionada con el género en la población estudiada.

## **VARIABLES**

Variable independiente:

- Comorbilidad médica de cualquier índole (variable cualitativa nominal) en pacientes hospitalizados.

Variable dependiente:

- Depresión: (variable cualitativa nominal).
- Ansiedad: (Cualitativa, nominal).

Instrumento de evaluación de las variables dependientes: Escala MINI de Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (anexo) que es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del eje 1 del DSM IV y la CIE 10. la cual tiene una validez y confiabilidad alta, es aplicada en un periodo de tiempo breve, en promedio 18.7 minutos, puede ser aplicada incluso por entrevistadores no clínicos con previo entrenamiento, esta escala esta dividida en módulos identificados por letras, cada uno corresponde a una categoría de diagnóstico, al

comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si cumplen o no los criterios para tales diagnóstico acorde al puntaje

## **JUSTIFICACIÓN**

Se estima que los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en conjunto, sin olvidar que las enfermedades médicas y en particular las de carácter crónico aumentan la probabilidad de que la persona presente alteraciones psiquiátricas tales como ansiedad y depresión. Estos trastornos muchas veces son la causa de prolongación de días de internamiento y/o abandono del mismo, lo que incide en la morbimortalidad y aumenta los costos de salud, además de incrementar el número de complicaciones y el riesgo de muerte en pacientes deprimidos. Debido a nuevos descubrimientos que concluyen que estas alteraciones psiquiátricas pudiesen estar causadas por patología relacionada con el sistema inmune y neuroendocrinológico, lo que hasta el momento no ha sido totalmente clarificado, justifica detallar la morbilidad de estas enfermedades mentales en Hospitales Mexicanos; además no se tienen estudios que aporten datos válidos en relación a la prevalencia de estos trastornos.



## **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo, observacional y transversal.

Se aplicó la escala MINI de entrevista neuropsiquiátrica internacional en una sola ocasión, ya que los resultados obtenidos a partir de dicha evaluación permiten detectar la presencia o no de alteraciones psiquiátricas (ansiedad, depresión o ambas), previa autorización por consentimiento informado (anexo) durante un periodo de un mes a la muestra poblacional de pacientes hombres y mujeres adultos que fueron hospitalizados para tratamiento por cualquier etiología en el hospital de especialidades de Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, siendo elegidos aleatoriamente, en los servicios de medicina interna, gastromédica, neurología y neurocirugía incluyendo a 65 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

1. Pacientes mayores de 16 años, genero indistinto, internados en el mes de abril de 2007 en el Hospital de Especialidades del CMN SXXI del IMSS
2. Que sepan leer y escribir
3. Pacientes que aceptaron participar en el estudio previo consentimiento informado por escrito.
4. Que cursaron con cualquier enfermedad médica que ameritó internamiento
5. Que cumplieron con criterios de positividad para ansiedad y depresión de acuerdo a la escala utilizada.

A todos los pacientes posterior a una descripción general del estudio además de proporcionarles un formato de consentimiento informado, que debieron firmar para ser incluidos; se les entrevistó con la escala MINI cuyas características se mencionan en el marco teórico, obteniéndose los criterios diagnósticos de acuerdo a los dominios de la escala que se mencionan a

continuación, para generalizarlos como portadores de alteración ansiosa (trastorno de angustia, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, estado por estrés postraumático y trastorno de ansiedad generalizada), depresiva (episodio depresivo mayor, episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos y trastornos distímicos), o que cursaron con ambas.

### **ANÁLISIS ESTADÍSTICO:**

Se procesó la información con el paquete estadístico STATA, utilizando medidas descriptivas de tendencia central y de dispersión para las mediciones al igual que proporciones y la diferencia estadística entre la presencia de patología psiquiátrica entre cada género (95% confianza), este estudio contó con la aprobación del comité de ética médica del Instituto Mexicano del Seguro Social tomando en cuenta la Declaración de Helsinki de 1975 en su versión revisada del 2000.

## **RESULTADOS:**

Se recabaron 65 pacientes, muestra calculada para una población blanco de 300 pacientes que representan el total de pacientes hospitalizados por mes en: medicina interna, gastromédica, neurología y neurocirugía, tiempo considerado para llevar a cabo el estudio, las características generales de dichos pacientes se detallan en la tabla 2.

Todos los pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales 28 eran hombres (43%), 37 mujeres (56%). Correlacionando la totalidad de los casos aislados positivos con el genero podemos mencionar que **para depresión fue de 12 pacientes (18% del total)**; 7 de los cuales (10% del total) eran mujeres, en cuanto a los trastornos de **ansiedad los casos en forma global fueron 16 pacientes (25% del total)** de los cuales 11 pacientes (16% del total) eran mujeres, se obtuvieron **13 pacientes (20% del total) positivos a patología psiquiátrica mixta (ansiedad y depresión)** de los cuales 9 (13% del total) fueron mujeres siendo este el género con mayor casos de ansiedad que fue el trastorno mas frecuente, también el genero con mas positividad para depresión y patología mixta. Tabla 3 Grafico 1 y 2.

Tabla 2. Características de la población

<b>Variable</b>	<b>Medición</b>
Población Total (n)	65
Hombres (n)	28
Mujeres(n)	37
Edad promedio	46 años $\pm$ 9.6 (D. E.)
Hospitalizado por enfermedad crónica y sus secuelas	82%
Otras causas	18%
Casos positivos a depresión total y por género	n=12 7 mujeres 18% 5 hombres
Casos positivos a ansiedad total y por género	n=16 11 mujeres 25% 5 hombres
Casos positivos para ansiedad y depresión total (mixtos) y por género	n=13 9 mujeres 20% 4 hombres
Casos negativos a depresión o ansiedad total y por género	n=24 10 mujeres 37% 14 hombres

Entre los trastornos relacionados al síndrome depresivo tomando los casos aislados y mixtos se encuentra una mayor frecuencia en el trastorno distímico con un total de 7 pacientes (10% del total de población) de los cuales 5 son mujeres (7% del total), en orden de frecuencia el episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos 1 paciente femenino (1.5% del total) con mayor positividad en género masculino con 5 casos (7% del total). Se observó una distribución muy pareja con 2 casos (3% del total) para el género femenino y el mismo numero para el masculino en cuanto al trastorno episodio depresivo mayor. Para los trastornos relacionados a la presencia de ansiedad en la población estudiada se encuentra que el trastorno por ansiedad generalizada 6 casos (9% del total) con mayor numero para el género femenino con 5 pacientes (7% del total), en cuanto a estado por estrés postraumático se observaron 3 casos (4% del total) también con mayor predominio al género femenino con 2 pacientes (3% del total), el trastorno fobia social con 2 casos (3% del total) solo en el genero femenino, el trastorno por agorafobia fue exclusivo del género femenino con 1 caso (1.5% del total), el trastorno de angustia con total de 4 casos (6% del total) con 2 (3% del total) casos para cada género por igual. La diferencia entre la presentación de patología psiquiátrica entre cada género fue significativa ( $p < 0.005$ ). Tablas 2, 3 y 4., Gráficos 3 Y 4.

Gráfico 1. Número de Casos Positivos a Trastorno Depresivo, de Ansiedad y Mixtos (ambos), así como negativos a cualquier Trastorno.

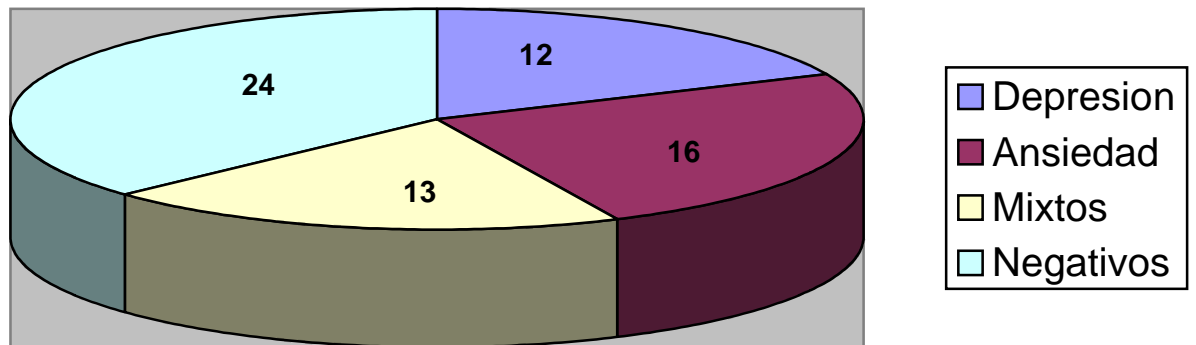
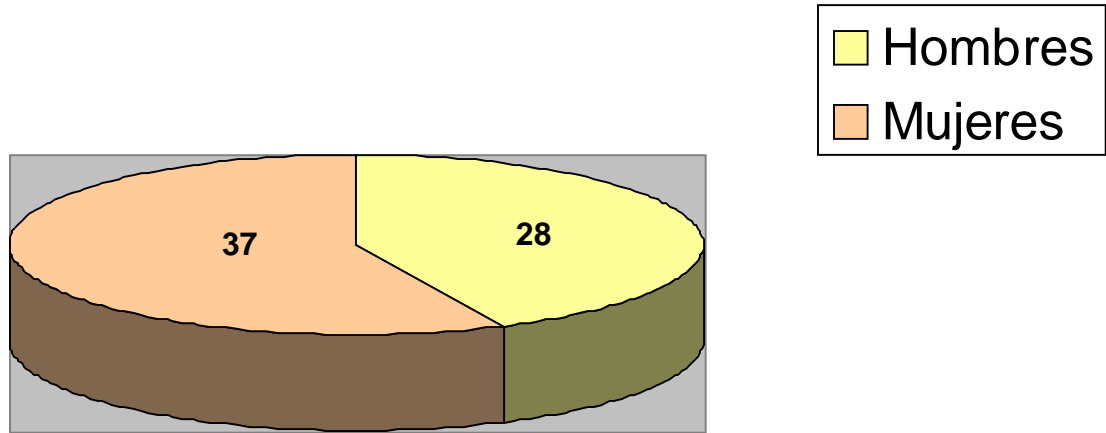


Grafico 2. Numero de Casos por Género



El tipo de patología detectada a través de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional es la siguiente:

Tabla 3. Casos de Depresión

Trastorno distímico	n=7 5 mujeres 2 hombres
Episodio depresivo Mayor con síntomas melancólicos	n=1 1 mujer
Episodio depresivo mayor	n=4 2 mujeres 2 hombres
Casos negativos a depresión	n=53

Grafico 3. Número de casos positivos y negativos a Trastorno Depresivo

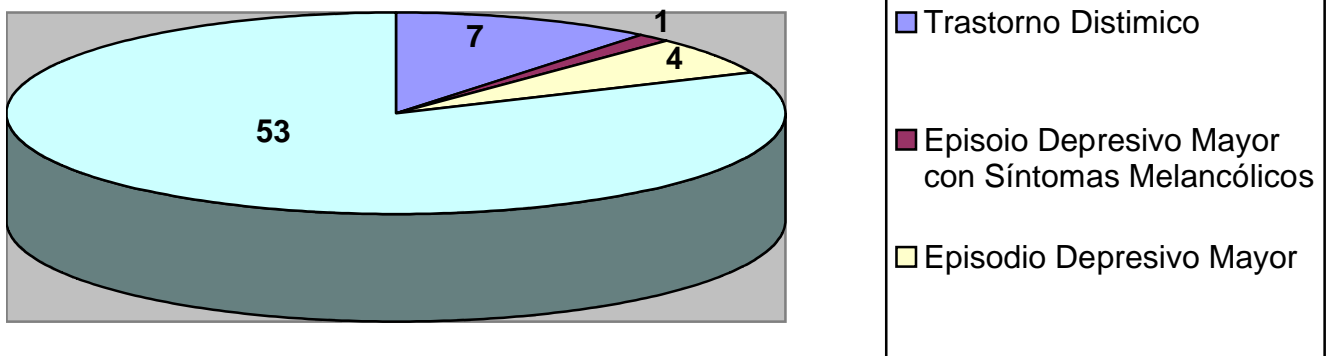
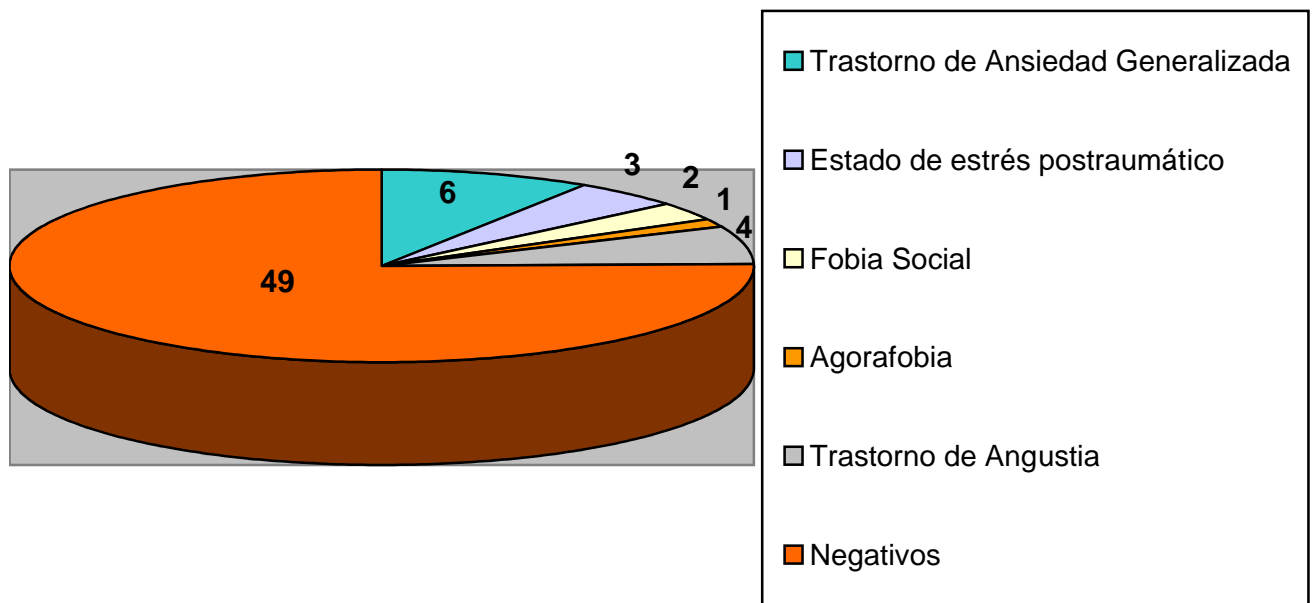




Tabla 4. Casos de Ansiedad

Trastornos de Ansiedad Generalizada	n=6	mujeres 5	hombres 1
Estado por estrés postraumático	n=3	mujeres 2	hombres 1
Fobia Social	n=2	mujeres 2	
Agorafobia	n=1	mujeres 1	
Trastorno de angustia	n=4	mujeres 2	hombres 2
Casos negativos a ansiedad	n=49		

Gráfico 4. Número de casos positivos y negativos a Trastorno de Ansiedad



## **DISCUSIÓN.**

El resultado de este estudio (frecuencia de 63%) es similar al de otros realizados, donde se han encontrado proporciones similares de frecuencia de trastornos psiquiátricos en individuos hospitalizados (75%). 17, 18.

Nuestros resultados obtenidos coinciden con diferentes estudios en personas hospitalizadas informadas en la literatura médica que varía entre 28% para estudios donde se evaluaron no solo los trastornos depresivos y ansiosos, sino también cognitivos, hasta frecuencias de 60% o mayores cuando además de estos se tuvieron en cuenta otros diagnósticos como alcoholismo y fármacodependencia. 17, 18, 19.

El uso de instrumentos clínicos para la tamización de la depresión y ansiedad en la práctica clínica diaria con personas que tienen enfermedades no psiquiátricas, ha demostrado ser eficaz, porque pueden encontrar un elevado porcentaje de los casos (16, 17,18). Se resalta el hecho de que a ninguno de los pacientes que fueron diagnosticados con algún trastorno psiquiátrico por parte del equipo de investigación, se les sospechara enfermedad mental por el personal médico o paramédico al momento del ingreso (16, 17, 18, 19, 20). Los trastornos ansiosos y afectivos tienen mayor frecuencia en la población femenina, lo anterior corroborado por la relevancia estadística encontrada en este estudio. 1, 2, 3, 15, 18, 19.

## **CONCLUSIONES**

Este trabajo demuestra la alta frecuencia de trastornos psiquiátricos (63%) en personas hospitalizadas en el Centro Médico Nacional Siglo XXI de los cuales un 25% de la población total corresponde a trastornos ansiosos y un 18% a trastornos depresivos, además de aquellos pacientes con patología psiquiátrica mixta (ansiedad y depresión) correspondiente a 20%. El motivo de internamiento obedece a diferentes enfermedades médicas y coincide con hallazgos de otros autores con respecto a los trastornos psiquiátricos más frecuentes en individuos por causas médicas y quirúrgicas. Destaca la baja sensibilidad del médico no psiquiatra para encontrar estas alteraciones lo cual sugiere que es necesaria una mejor capacitación en este campo porque la presencia de estos trastornos en personas médicamente enfermas dificulta el tratamiento y altera el pronóstico de la enfermedad de base haciendo más difícil, prolongada y costosa la estancia hospitalaria. Como la población de este estudio tiene una alta proporción de mujeres, se necesitan otras investigaciones para evaluar específicamente la relación entre la prevalencia de trastornos depresivos y de ansiedad con el género femenino.

## A. Episodio depresivo mayor

(■ SI AL PACIENTE LE HA SIDO DIFÍCIL RESPONDER A LAS PREGUNTAS, MARCAR COMO INCERTIDUMBRE (NO EN CASO CONTRARIO)

(NO = 0 CON EL SUJETO MÓSTRADO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SI	1
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SI	2
¿CUMPLIÓ MENOS DE 2?		NO	SI	
A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Pérdida o ganancia de peso sin intentar (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3.5$ kg, para una persona de 100 libras/45 kg)? <i>(Como usual, se excluyen las náuseas)</i>	NO	SI	3
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todos los días, o tenía dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente?	NO	SI	4
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SI	5
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SI	6
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SI	7
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SI	8
g	¿En varias ocasiones, desde hacerse dano, se sentía suicida o deseaba estar muerto?	NO	SI	9

¿CUMPLIÓ MENOS O MÁS RESPUESTAS AL A3?

NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

SI EL PACIENTE CUMPLE LA PUNTUACIÓN PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL, CONTINUAR CON LA DEFOCUSTRAJIDA CONTINÚA CON EL MÓDULO B

A1	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas en los que se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas y tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SI	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses sin depresión o sin falta de interés por la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SI	11

NO	SI
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>	

## Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(■ MARCAR SI LA OPCIÓN INDICADA, ROTAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE ÍTEM)

SI EL PACIENTE CUMPLE LA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (DS = SI), EXPLORAR (ANEXIENTE):

A5	a	¿COMIENZA EN A2?	NO	SI	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SI	13
		SI NO: ¿Cuándo algo bueno le sucede, no logra hacerte sentirse mejor tampoco sea temporalmente?			
		¿COMIENZA EN A3a O A3b?	■ NO	SI	

A6 Durante las últimas 7 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:

a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguna vez antes se ha sentido?	NO	SI	14
b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor por las mañanas?	NO	SI	11
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	¿COMIENZA EN A7a (SIN INTERÉS) O AGITACIÓN PSICOMOTORA?	NO	SI	
e	¿COMIENZA EN A3a (ANOREXIA O PERDIDA DE PESO)?	NO	SI	
f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SI	16

¿COMIENZA EN A CUÉLICAS RESPUESTAS DE A6?

NO SI

**EPISODIO  
DEPRESIVO MAYOR  
CON SÍNTOMAS  
MELANCOLÍCOS  
ACTUAL**

## B. Trastorno distímico

(= MARCAR SI O SI NO A LAS RESPUESTAS, MARCAR CON UN CÍRCULO SI Y CON UN TRIÁNGULO SI NO)

SI UN SINDROME DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLE CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORAR ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 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 2 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	¿Pérdida la confianza en sí mismo?	NO	SI	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse para tomar decisiones?	NO	SI	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SI	24
	¿CUMPLE CON 1 O MÁS RESPUESTAS DE B4?	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

¿CUMPLE CON B4?

NO	SI
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

### C. Riesgo de suicidio

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

¿CÓDIFICASE EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

SI SE SUMAN EL NUMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6) SE PUEDE PONER UN CÍRCULO ALA Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO.

## D. Episodio (hipo)maníaco

(= SIGUIENTE QUIA LAS CUESTAS INDICADORAS, RESPONDE CON UN SI O UN NO EN LA CUESTA Y CONTINUA CON LA SIGUIENTE CUESTA DE LA SIGUIENTE MANERA)

D1 a ¿Alguna vez ha habido un periodo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas o otras personas han pensado que usted no estaba en un estado habitual? (No considere periodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)

NO SI 1

SI EL PACIENTE PARECE CONTINUAR COMO NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE (EN EXALTADO O EUFÓRICO), CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA:  
Lo que queremos decir con exaltado o eufórico es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas, y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.

SI SI

b ¿En este momento se siente exaltado, eufórico o lleno de energía?

NO SI 2

D2 a ¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía objeciones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, a los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que los otros usualmente justifican?

NO SI 3

SI SI

b ¿En este momento se siente excesivamente irritable?

NO SI 4

¿CUANTO SE EN D1a O EN D2a?

NO SI

D3 M1D1b O D2b = SE EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL  
M1D1b Y D2b = NO EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

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

a ¿Se oía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona o que alguien importante?

NO SI 5

b ¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía desahogado con pocas horas de sueño)?

NO SI 6

c ¿Hablaban usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?

NO SI 7

d ¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?

NO SI 8

e ¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?

NO SI 9

f ¿Estaba tan activo, tan impetuoso o tan ansioso que los demás se preocupaban por usted?

NO SI 10

g ¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej., se emborrachó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales inusuales)?

NO SI 11

¿CUANTO SE EN D3 O MÁS RESPUESTAS DE D3a

NO SI

(O CUANTAS RESPUESTAS SI EN D1a Y SI NO (EPISODIO PASADO)

EN D1b O SI NO (EPISODIO ACTUAL)?



¿Durante estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

NO SI 12

RESPONDENTE: NOMBRE

**EL EPISODIO EXPLICADO ERA:**

¿CÓMICO O NO EN DE?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CÓMICO O NO EN DE?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

## E. Trastorno de angustia

(= ACORDAR RESPONDER CON UNO DE LOS 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 sobrecargado, ahogado, inseguro, inseguro o inseguro, los cuales en situaciones en las que la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SI	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SI	2
F2		¿Algunas vez estas crisis o ataques ocurren de una manera inesperada o espontánea u ocurren de forma impredecible o sin provocación?	NO	SI	3
F3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que tenía que estar pendiente recurrente o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SI	4
F4		<b>Durante la peor crisis que usted puede recordar:</b>			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SI	5
	b	¿Sentía o tenía las manos húmedas?	NO	SI	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SI	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SI	8
	e	¿Tenía sensación de algo o un nudo en la garganta?	NO	SI	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SI	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SI	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desmayarse?	NO	SI	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irracionales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sentía fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SI	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SI	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SI	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueo?	NO	SI	16
	m	¿Tenía sudores o escalofríos?	NO	SI	17
F5		¿CUMPLE O SI EN LA Y EN ALGUNAS MENOS 4 DE EL	NO	SI	
			<b>Trastorno de angustia de por vida</b>		
F6		NEE = NO, ¿CUMPLE O SI EN ALGUNAS RESPUESTA DE EL	NO	SI	
		NEE = SI, PASAR A F1	<b>Crisis actual con síntomas limitados</b>		
F7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente o temor a?	NO	SI	18
			<b>Trastorno de angustia actual</b>		

## F. Agorafobia

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o atemorado 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 disponería de ayuda o escapar podría resultar un tanto difícil, como estar en una multitud, permanecer en fila, estar solo fuera de casa, permanecer solo en casa, viajar en autobús, tren o automóvil? NO SI 14

SI F1 = NO, RESPONDE CON UN CÍRCULO NO EN F2.

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

¿CUMPLE O NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

¿CUMPLE O SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SI

TRASTORNO DE ANGUSTIA  
sin agorafobia  
ACTUAL

¿CUMPLE O SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

¿CUMPLE O SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SI

TRASTORNO DE ANGUSTIA  
con agorafobia  
ACTUAL

¿CUMPLE O SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)?

Y

¿CUMPLE O NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA DE PASADORA)?

NO SI

AGORAFOBIA ACTUAL  
en historial de  
trastorno de angustia

## G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

(= SELECCIONAR SI O SI NO EN LAS Opciones de RESPUESTA, SIEMPRE EN UNO (NO EN LAS Opciones de RESPUESTA) POR EL SIGUIENTE MOTIVO)

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

**FOBIA SOCIAL**  
(trastorno de ansiedad social)  
**ACTUAL**

## H. Trastorno obsesivo-compulsivo

(■ MARCAR SI EN LAS CASILLAS PRECORRESPONDIENTES, MARCAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE ÍTEMOS)

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

**TRASTORNO OBSESIVO  
COMPULSIVO  
ACTUAL**

**I. Estado por estrés postraumático (opcional)**

(Se aplicará a los pacientes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático o con un cuadro NO diagnosticado con el MINI-5.1.1.1)

11	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto o las otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACA, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHEN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTRÓFEO NATURAL	NO	SI	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p.ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intrusivas)?	NO	SI	2
13	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todos aquellos que se le pueden recordar?	NO	SI	3
b	¿Ha tenido dificultad en recordar alguna parte del evento?	NO	SI	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SI	5
d	¿Se ha sentido usted aislado o distante de otros?	NO	SI	6
e	¿Ha sentido que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SI	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acabar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SI	8
	<b>A CONTINUACIÓN EN 10 MÁS RESPUESTAS DE 10</b>	NO	SI	
14	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SI	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de cólera?	NO	SI	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SI	11
d	¿Ha estado nervioso o con demasiada energía?	NO	SI	12
e	¿Se ha sobreactivado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SI	13
	<b>A CONTINUACIÓN EN 10 MÁS RESPUESTAS DE 10</b>	NO	SI	
15	¿En el transcurso de este mes, han sido afectadas estas problemáticas en su trabajo o en sus actividades sociales o han sido la causa de gran ansiedad?	NO	SI	14

**ESTADO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO  
ACTUAL**

## J. Abuso y dependencia de alcohol

(= RESPONDA A LAS CUESTIONES SIGUIENTES, MARCANDO EN EL CUADRO **NO** O **SÍ** PARA CONTRIBUIR CON EL SIGUIENTE RESULTADO)

		NO	SÍ	P
11	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 5 o más bebidas alcohólicas en un periodo de 3 horas en tres o más ocasiones?			1
12	En los últimos 12 meses:			
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2
b	¿Nunca redujo la cantidad de alcohol, le temblaban las manos, se daba o se sentía agitado? ¿Bebió para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, náuseas, insomnio o agitación)? <i>(resaca: náuseas, insomnio, temblores, etc.)</i>	NO	SÍ	3
c	¿Durante el tiempo en el que bebe alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4
d	¿Ha intentado reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5
e	¿En días en los que bebe, empleaba más los tiempos en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6
f	¿Por menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7
g	¿Continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físico o mental?	NO	SÍ	8

¿ CUANTO MÁS EN LAS MAS RESPUESTAS DE 12?

NO	SÍ
<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

		NO	SÍ	P
13	En los últimos 12 meses:			
a	¿Ha estado involucrado varias veces involucrado, embriagado o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? <i>(¿Por lo que, usted algún problema?)</i> <i>(CONDUCTA ABUSIVA: EL BEBIDA DE UN CONSUMO EXCESSIVO)</i>	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado involucrado en alguna situación en la que corra un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido problemas legales debido a un uso de alcohol, por ejemplo, un arresto, participación del orden público?	NO	SÍ	11
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12

¿ CUANTO MÁS EN LAS MAS RESPUESTAS DE 13?

NO	SÍ
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

## K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

Los síntomas que se describen a continuación, somar con los síntomas NQ en cada una y continuar con el siguiente subcuestionario

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

- |    |   |                                                                                                                                          |                             |                             |
|----|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| K1 | a | ¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ |
|----|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|

RESISTIRSE A LA BUENA INTENCIÓN DE AYUDARLES EN SU TRATAMIENTO.

Estimulantes amfetámicos, speed, cristal, dexedrina, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaine inhalada, intravenosa, crack, speedball.

Narcóticos: heroína, morfina, fentanil, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Duram.

Alucinógenos: LSD (ácidulo), mescalina, peyote, PCP (poder de dios), power pills, psilocybin, STP, hongos, ecstasy, MDMA, MIBMA.

Inhalantes pegamentos, nitro, eschidá nitro (amphetamine), amfetol (amfetamina) (peppers).

Marihuana: hashish, THC, pot, weed, hierba, maiz, weed.

Tranquilizantes: Quaalude, Secobarbital (secoval), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halcion, barbitúricos, -Miltexin, Tranquimazin, Lexatin, Orifidol.

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

ESTRIBAR EN LAS SUSTANCIAS SIN RECETA: \_\_\_\_\_

- b. ¿SE HA SENTIDO MÁS DE UNO DE LOS EFECTOS DE TIRAR SU USO DE CIGARROS, PERO SIENTE QUE CONTINUAR CON EL TRABAJO O A SER CUIDADOSO EN LA CONDUCTA, O CONTINUAR CON:

• SENTIRSE ENRIPECIDO POR EL TRABAJO, COMO SI FUERA TRISTE,

• SENTIRSE CANSADO POR EL TRABAJO, COMO SI FUERA TRISTE,

• CANSARSE, O SER CUIDADOSO EN SU TRABAJO PORQUE DEBERÍA CONTINUAR CON EL TRABAJO O A SER CUIDADOSO,

- K2 Considerando su uso de (cigarrillos o la droga) (est o maiz) (o maiz o cocaina), en los últimos 12 meses:

- |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                             |                             |   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| a | ¿Ha estado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (cigarrillos o la droga) (est o maiz) (o maiz o cocaina) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 1 |
| b | ¿Intentó reducir la cantidad o dejó de utilizar (cigarrillos o la droga) (est o maiz) (o maiz o cocaina) pero sintió los mismos efectos (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarrea, náuseas, insomnias, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? ¿Usó alguna(s) droga(s) para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 2 |

CURRIDO ARSÉNICA CONTINUO SI EN ALGUNA.

- |   |                                                                                                                                                            |                             |                             |   |
|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|
| c | ¿Ha notado que cuando usted prueba (o come) (o la droga) (est o maiz) (o maiz o cocaina) terminaba sintiendo más de lo que en un principio había planeado? | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 3 |
| d | ¿Ha notado de vez en cuando de usar (cigarrillos o la droga) (est o maiz) (o maiz o cocaina) que se sintió mejor?                                          | <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SÍ | 4 |



e	¿Le das que utilices el dinero de la provisión de pesca recreativa empleada mucho tiempo (o 2 horas) en obtener, conservar, recuperar de sus efectos, o quemarlo o desperd?	NO	SI	5
f	¿Pasó mucho tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a un uso de drogas?	NO	SI	6
g	¿Ha continuado usando o consumiendo drogas, alcohol o drogas ilegales a pesar de saber que esto le causaba problemas en su vida o de salud?	NO	SI	7

¿CUMPLE CON LAS RESPUESTAS DE K2?  
EMPLEAR LA SÍMBOLA/S \_\_\_\_\_

NO	SI
<b>DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	

Considerando su uso de drogas en los últimos 12 meses (dependiendo de su edad de inicio de consumo), en los últimos 12 meses:

K3 a	¿Ha estado involucrado con la compra o el uso de drogas en la escuela, en un trabajo o en un lugar de ocio, en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le causó algún problema? (Incluya el uso de drogas ilegales o ilegales)	NO	SI	8
b	¿Ha estado involucrado con el consumo de drogas, alcohol o drogas ilegales (incluyendo) en alguna situación en la que conlleva un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, 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 o consumiendo drogas, alcohol o drogas ilegales a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SI	11

¿CUMPLE CON LAS RESPUESTAS DE K3?  
EMPLEAR LA SÍMBOLA/S \_\_\_\_\_

NO	SI
<b>ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</b>	

# L. Trastornos psicóticos

► MARCAR CON LA X LAS RESPUESTAS DEMUESTRA SU MARCAR CON UN CÍRCULO NO EN CASO DE UNA RESPUESTA POR DEFECTO (EJEMPLO)

ESTE TEST MIDE LA PRESENCIA DE SÍNTOMAS PSICÓTICOS, COMO SON: ALGUNAS SENSACIONES QUE SE PUEDAN CLASIFICAR COMO SÍNTOMAS PSICÓTICOS DE LAS QUE SE HA SIDO CONSCIENTEMENTE APROPIADO, ANTES DE COMENZAR, RESPONDER ALAS DE LAS PREGUNTAS (SÍ/NO/NO SE SABE/OTRAS RESPUESTAS).

EL RESULTADO DE ESTE TEST SE COMPARE CON EL RESULTADO DE OTRAS PRUEBAS, COMO SON: EL COMPRENSIVO, EL TEST DE PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD Y EL TEST DE LA LECTURA.

EL RESULTADO DE ESTE TEST SE COMPARA CON EL RESULTADO DE OTRAS PRUEBAS, COMO SON: EL COMPRENSIVO Y EL TEST DE LA LECTURA.

		Alguna vez o algunas veces ha experimentado alguna de las experiencias psicóticas que algunas personas pueden tener.				FECHA	
11	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espía, o conspiraba contra usted, o que estaban de hacerle daño?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	1
		<i>Algunas personas pueden experimentar estas sensaciones.</i>					
	b	Si Sí ¿Actualmente cree usted esto?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	2
12	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	3
	b	Si Sí ¿Actualmente cree usted esto?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	4
13	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos dentro en su mente o le hacía sentir a hurtar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	5
		<i>Esto puede ocurrir a veces en personas que están en un hospital que no sea psiquiátrico.</i>					
	b	Si Sí ¿Actualmente cree usted esto?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	6
14	a	¿Alguna vez ha creído que le daban mensajes especiales a través de la radio, el televisor, o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	7
	b	Si Sí ¿Actualmente cree usted esto?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	8
15	a	¿Considera sus familiares o amigos que algunos de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	9
		<i>Esto puede ocurrir a veces en personas que creen que algunas de sus creencias son EXTRAORDINARIAMENTE DIFERENTES DE LAS CREENCIAS DE LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS, COMO SON: CREENCIAS RELIGIOSAS, CREENCIAS DE LA FÍSICA, CREENCIAS DE LA PSICICITA, ETC.</i>					
	b	Si Sí ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	10
16	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input type="checkbox"/>	11
		<i>Esto puede ocurrir a veces en personas que escuchan voces que nadie más puede escuchar.</i>					
		Sí/No ¿Puede haber una voz que comience a hablar de sus pensamientos o sus actos, o sus sentimientos o sus creencias, como si estuviera hablando entre sí?			SÍ	<input type="checkbox"/>	
	b	Si Sí ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado también?	NO	<input type="checkbox"/>	SÍ	<input checked="" type="checkbox"/>	12

17 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?  
 (INCLUIDO EL COMPLEJO DE HELIOPOLIS Y EL COMPLEJO DE LA MENTE MARIPOSA)

NO SI 18

b SI SI ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?

NO SI 18

**HAY EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR**

18 b ¿PRESENIA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN EPISODIO DE SOBRESOLICIDAD?  
 (INCLUIDO EN ESTO UN MANEJO MUY ALTA PERDIDA DE LAS ANEXIACIONES)

NO SI 19

19 b ¿PRESENIA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO  
 PSICOPATÓLOGO CATASTRÓFICO?

NO SI 19

100 b ¿HAY SINTOMAS NEGATIVOS DE PSICULOBERNIA PROMINENTES DURANTE  
 LA ENTREVISTA O UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, PUEBLO  
 DEL LENGUAJE (MUCHAS VEZES INCAPAZ PARA ENCTAR O PEROSTE  
 EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?

NO SI 17

111 ¿COMO SE EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS (a-e)?

"

¿COMO SE EXTRAÑO EN 2 O MÁS PREGUNTAS (a-e)?

NO	SI	18
<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>		

112 ¿COMO SE EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS (a-e)?

"

¿COMO SE EXTRAÑO EN 2 O MÁS PREGUNTAS (a-e)?

NO	SI	18
<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>		

TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD O UN TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD DE TIPO

a) ¿COMO SE EN L11?

113 a ¿COMO SE EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICACIÓN EN  
 EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)  
 " EPISODIO MANIACO (ACTUAL) O PARANOID?  
 b) SI ¿COMO SE EN L11?

NO	SI	19
----	----	----

Antes de comenzar los días que usted tiene un periodo(s) en el que se sintió (deprimido(s))  
 exaltado(s) (por lo general con actividades)

Estos episodios se experimentan que son a la de describir (sintomas) como: si se  
 L1b a L7b) se limitaban exclusivamente a los periodos en los que se sintió  
 deprimido(s) exaltado(s) o variable?

NO	SI	19
<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO CON SINTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>		



# N. Bulimia nerviosa

(= SE DEBE RESPONDER A LAS PREGUNTAS SIGUIENTES, NOTANDO EN CADA UNA Y CONECTANDO CON EL INDICADOR CORRECTO)

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado <i>quero</i> ataques, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	NO	SI	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado <i>al menos</i> 2 ataques por semana?	NO	SI	8
N3	¿Durante estos ataques, se siente descontrolada emocional?	NO	SI	9
N4	¿Hay <i>algun</i> intento de compensar o evitar <i>ganar</i> peso como consecuencia de estos ataques, como vomitar, usar laxantes, purgas, diuréticos, tomar lasantas, enemas, dietéticas (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SI	10
N5	¿ <i>Definir</i> grandemente en la opinión que <i>usted</i> tiene de sí misma su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SI	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVOSA?	NO / SI o NR	SI	
N7	¿Aunque estas <i>afirmaciones</i> solamente <i>están</i> está por debajo de (____) <i>kilogramos</i> ? <small>INDICAR EN CASO DE ESTAR EN LA ZONA GRIS EL TIPO DE SÍNTOMAS DEL PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTADO NUTRICIONAL, COMO EN EL CASO NÚMERO SE ENCUENTRA EN EL SECTOR DE ANOREXIA NERVOSA.</small>	NO	SI	12

N6 ¿CUMPLEN O SI EN N6 O CUMPLEN O NO EN N7 O SAÍTO A NR?

NO	SI
<b>BULIMIA NERVOSA ACTUAL</b>	

N7 ¿CUMPLEN O SI EN N7?

NO	SI
<b>ANOREXIA NERVOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</b>	

## Q. Trastorno de ansiedad generalizada

(Se marcan SI o SI NO CADA UNA DE LAS PREGUNTAS, MARCAR CON UN CIRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE ÍTEMO)

Q1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	NO	SI	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SI	2
<p>INDICAR SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.</p>					
			NO	SI	3
Q2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o hacerleer para concentrarse en lo que hace?	NO	SI	4
Q3		CONDICIONAR SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A BASTOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLICADOS.			
<p>En los últimos 6 meses, cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:</p>					
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SI	5
	b	¿Se sentía tenso?	NO	SI	6
	c	¿Se sentía cansado, deprimido o agotado fácilmente?	NO	SI	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SI	8
	e	¿Se sentía irritable?	NO	SI	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (o dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano o dormía en exceso)?	NO	SI	10

¿CONDICIONAR EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE Q1

NO	SI
<b>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL</b>	

**P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)**

**(= SI LA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS INDICADAS ES SI, RESPONDE CON UN CÍRCULO EN CADA CASO)**

**P1 Antes de cumplir los 15 años:**

a	¿Altaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SI	1
b	¿Mentaba, hacía trampa, evadaba o robaba con frecuencia?	NO	SI	2
c	¿Insultaba pelear o insultaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SI	3
d	¿Destruía cosas deliberadamente o rompía bñas?	NO	SI	4
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SI	5
f	¿Intenta alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SI	6
¿CÓDIGO(S) EN LAS RESPUESTAS DE P1:		NO	SI	

NO CÍRCULO(S) EN SI LA CONDUCTA ES SOLAMENTE PASIVA O PASIVA POR DEBILIDAD O DEBILIDAD

**P2 Después de cumplir los 15 años:**

a	¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente improductivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse?	NO	SI	7
b	¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido castigado (p.ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtas, vender drogas o cometer algún tipo de delito)?	NO	SI	8
c	¿Ha participado repetidamente en peleas físicas o incluido las peleas que tuviera con un amigo o con sus hijos?	NO	SI	9
d	¿Ha mentado o estado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o incluso para diversión?	NO	SI	10
e	¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara?	NO	SI	11
f	¿Se ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentarlos o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?	NO	SI	12

¿CÓDIGO(S) EN LAS RESPUESTAS DE P2:

NO	SI
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

## Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller F, Hergueta J, Sheehan DV. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-31.
- Lecrubier Y, Sheehan DV, Weiller F, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 221-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hornett Sheehan K, Janavs J, Weiller F, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MB, Dunbar G. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Hornett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller F, Hergueta J, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1988; 50 (Suppl 20): 22-23.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Sadock B, Alcott V. Sinopsis de psiquiatría. Barcelona: Waverly Hispánica, 2004. pp. 534-636
2. Levenson J. Tratado de medicina psicosomática. Barcelona: Ars Médica, 2006. pp. 195-221, 255-275.
3. Manual de trastornos mentales. Rivero L, Zarate. México, D. F.: Boheringer ingelheim Promeco, 2005. pp. 13-75
4. Tratado de psiquiatría. Gelder M, López Ibor, Andreasen N, Barcelona: Ars Medica, 2003. pp. 935-959
5. Handbook of general hospital psychiatry. Stern T, Fricchione G, Ned C. et al. Philadelphia, USA: Mosby, 2004. pp 69-93, 175-203
6. *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1995
7. Rosenbaun J Pollack m, Otto m, Berstein J. Pacientes con ansiedad. En Cassem N, ed. *Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales*. HarcourtBrace de España, 1998; 179-220.
8. *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas guías para el diagnóstico*, F40-F48. OMS. Madrid: Meditor, 1992; 167-215
9. *DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2002.
10. *DSM III-R Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1985
11. Barlow D, Liebowitz M. Fobia específica y social en Kaplan H, Sadock B, ed. *Tratado de Psiquiatría*. Buenos Aires: Intermédica, 1997; 1132-45.
12. Van Balkom A, De Beurs E, Eeeg D, Van Dyck R. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101: 37-45.
13. Dammen T, Krnesen H, Ekeberg O. Panic disorder in chest pain patients referred for cardiological outpatient evaluation. *Journal of Internal Medicine* 1999; 245: 497-50
14. Figueroa G. El trastorno de angustia y la enfermedad de Freud. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 363-70

15. Lecrubier y. The burden of depression and anxiety in general medicine. *J Clin Psychiatry* 2001; 62
16. Spitzer r, Williams J, Gibbon M. Entrevista clínica estructurada para el DSM III-R. SCID. Guía del usuario para la entrevista estructurada para el DSM III-R. Barcelona: Edika-Med, S.L., 1993
17. Tapia P., Michelli c, Koppman a. Morbilidad psiquiátrica en un hospital general. *Rev Psiquiatr Clin* 1994; 31: 99-107
18. Fullerton C., Acuna J, Florenzano R, Cruz C, Weil k. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2003; 41: 103-9.
19. Silva H., Carvajal C. Depresión unipolar: aspectos demográficos y epidemiológicos en un grupo de pacientes hospitalizados. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 1986; 24: 169-74
20. Díaz- Granados N. Carga de la enfermedad mental en el mundo: un esbozo de la relevancia de los trastornos psíquicos. En: G-Restrepo C, Hernez-Bayona G, Rojas-Urrea A, Santacruz-Oleas H, Uribe-Restrepo M, Fundamentos de psiquiatría: en adolescentes y adultos. Bogotá Centro Editorial Javeriano; 2002.