



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina



Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

**GRADO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASTORNO
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD CON Y SIN AUTOLESIONES.**

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

MÓNICA IXCHEL SÁNCHEZ PÉREZ

Dr. Alvar Colonia Cabrera
Asesor teórico

Dr. Miguel Herrera Estrella
Asesor metodológico

México, D. F. Mayo 2010.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedicatoria

Este trabajo de especialización que representa un esfuerzo por superarme tanto en mi vida profesional como en la personal, se lo dedico

... a Dios que me da fortaleza espiritual en los momentos difíciles.

... con todo mi amor a mis padres, quienes me han enseñado con su ejemplo a rebasar todas las barreras que la vida nos presenta, a querer ser mejor cada día, a entender que no hay nada imposible y que sólo hay que esmerarse y sacrificarse, si es necesario, para lograr las metas que nos planteamos.

... a mis hermanos, por acompañarme y contribuir positivamente para llevar a cabo esta jornada.

... a mis tutores, por su aporte y participación en la realización de esta tesis.

... a esas personas tan especiales con las cuales he compartido estos cuatro años no sólo con horas de trabajo, gracias por los buenos y malos momentos, por aguantarme y por escucharme cuando más lo necesitaba.

ÍNDICE

Justificación	1
Planteamiento del Problema	1
Resumen	2
Introducción	2
Marco teórico y Antecedentes	3
Trastorno límite de la Personalidad	3
Factores Etiológicos	7
Psicopatología	11
Diagnóstico	13
Depresión	15
Etiología	16
Diagnóstico	24
Manifestaciones Clínicas	28
Evolución y Pronóstico	30
Trastorno Distímico	31
Etiología	32
Diagnóstico y Manifestaciones Clínicas	33
Evolución y Pronóstico	35
Trastorno de Ansiedad Generalizada	35
Etiología	36
Diagnóstico	38
Cuadro Clínico, Evolución y Pronóstico	38
Conducta Autolesiva (CAL)	39
CAL Estereotipadas	41
CAL Mayores	41

CAL Compulsivas	42
CAL Impulsivas	42
Trastorno Límite de la Personalidad y su Comorbilidad	43
Trastorno Límite de la Personalidad y Conductas Autolesivas	46
Objetivos	48
Hipótesis	49
Metodología	49
Instrumentos de Evaluación y Medición	50
Procedimiento	
Procedimiento	53
Resultados	54
Características sociodemográficas	54
Características clínicas de la muestra	56
Características de la Conducta autolesiva e intentos suicidas	60
Discusión	62
Conclusiones	64
Referencias	65
ANEXO I Carta de Consentimiento Informado	67
ANEXO II Ficha de Identificación	68
ANEXO III Cuestionario SCID-I Trastornos Depresivos y Trastorno de Ansiedad Generalizada	70
ANEXO IV Cuestionario de SCID-II (autoaplicable)	79
ANEXO V SCID-II Trastorno de Personalidad Limítrofe	85
ANEXO VI Escala de Hamilton para la Depresión	88
ANEXO VI Escala de Ansiedad de Hamilton	

JUSTIFICACIÓN:

La conducta autolesiva en los pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad no es entendida completamente. Tanto las autoagresiones como los intentos suicidas son de los síntomas más dramáticos que presentan los pacientes con dicho trastorno, y son de las principales razones para la hospitalización y otro tipo de tratamientos costosos.

Más del 70% de estos pacientes han reportado historia de múltiples episodios de autoagresiones y diversos métodos de hacerlo; se ha visto que al hacerlo puede producirse alivio de una disforia aguda y puede estar acompañada de analgesia, quizás sugiriendo la liberación de opiáceos endógenos durante la intensificación aguda de estados disfóricos.

Se ha identificado que en los pacientes que presentan solamente el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, los síntomas depresivos y la suicidabilidad son usualmente reactivos a estrés interpersonal u otro tipo, ya sea real o percibido, además de ser de corta duración. En estos pacientes cuando presentan un intento suicida generalmente es de naturaleza impulsiva. En contraste, en un paciente con este trastorno y comorbilidad en el Eje I, como un episodio depresivo, tanto los síntomas depresivos como la suicidabilidad se desarrollan y agravan gradualmente, además de poder persistir por semanas.

Por lo tanto es erróneo pensar que los pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que se autoagreden no están en riesgo de suicidio. Tanto los intentos suicidas como las conductas autolesivas pueden ocurrir en el mismo paciente, y se estima que la presencia de conducta autoagresiva en un paciente determinado dobla el riesgo suicida del paciente. Los pacientes que presentan comorbilidad en el Eje I tienden a subestimar la letalidad de sus intentos suicidas y el pronóstico de los trastornos es más sombrío; por lo que es importante conocer sobre estos fenómenos, para poder realizar una evaluación integral y poder establecer una intervención adecuada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La mayor parte de los pacientes con un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad llegan a presentar conductas autolesivas en algún momento de su vida. Existen muchas razones para que estos pacientes incurran en esta conducta y entre ellas se encuentra la liberación de tensión emocional.

Se ha visto que los pacientes con trastorno de inestabilidad pueden reaccionar de forma reactiva y en ocasiones exagerada ante factores estresantes

de la vida y que en ocasiones pueden tratar de aliviar o por lo menos disminuir estos estados emocionales displacenteros por medio de conductas autolesivas. Sin embargo estos pacientes también son propensos a presentar trastornos en el Eje I, y si llegan a presentar comorbilidades, las conductas autolesivas no solo tienden a aumentar en frecuencia e intensidad, si no también se produce un mayor deterioro en la persona y un peor pronóstico.

Debido a lo anterior, en este estudio se indagó la presencia y gravedad de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan conducta autolesiva y aquellos que no la presentan, para tratar de establecer una relación entre los primeros y el segundo.

RESUMEN:

Para poder conocer más acerca de las probables causas relacionadas con la conducta autolesiva se evaluaron los grados de ansiedad y depresión en pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan esta conducta y aquellos que no la presentan. Se realizó un estudio transversal y comparativo; en pacientes que se encontraban hospitalizados en servicios especiales con autolesiones y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, así como en pacientes con dicho trastorno que se encontraban en seguimiento por la consulta externa sin antecedentes de autolesiones. Se utilizó el Cuestionario del Structured Clinical Interview for DSM Axis II (SCID-II) y Axis I (SCID-I) en las partes de trastornos depresivos y trastorno de ansiedad generalizada; y las escalas de Hamilton para depresión y ansiedad. Para el análisis se utilizó Prueba T, Wilcoxon y estadística descriptiva.

INTRODUCCIÓN:

Emile Durkheim, sociólogo francés, en 1891 define al suicidio como toda muerte que resulta mediata o inmediatamente de un acto, positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima. Así, una conducta suicida es la que busca como objetivo final la muerte, las conductas parasuicidas se refieren a todo comportamiento autodestructivo y las tentativas de suicidio no fatales. De aquí se desprenden las conductas autolesivas (CAL). Se llama conducta autolesiva a inflingirse deliberadamente un daño físico directo al propio cuerpo sin intención de morir (19).

Algunas personas pueden infligirse daño directa o indirectamente a sí mismos, sin la intención de morir, en formas muy diversas, algunas culturalmente sancionadas y patológicas. El fenómeno de la autoagresión es heterogéneo en naturaleza, indicador de mala adaptación, provocando un impacto tanto a quien lo realiza como a los que le rodean, encontrando su fuerza en los sentimientos de autodestrucción, y por supuesto, son una llamada para una intervención efectiva. Otros sinónimos de las conductas autolesivas pueden ser suicidio parcial (Menninger 1935, 1938), antisuicidio (Simpson 1976), pseudosuicidio, autolesión deliberada (Pattison y Kahan 1983), autocortes finos (Pao 1969), síndrome de las muñecas cortadas (Wrist-cutting síndrome, Graff y Mallin 1967), automutilación (self-harm behaviors, Carving, Schwars 1989) (19).

En cuanto a la clasificación de las autolesiones muchos autores expertos en el campo opinan que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV) ofrece pocas e inconsistentes guías al respecto, siendo común que sean vistas como un síntoma dentro de un trastorno psiquiátrico. Los estudios muestran que un 4% de los pacientes ingresados en hospitales psiquiátricos se lesionan cortándose, siendo la proporción mujer-hombre de casi 3 a 1.

El trastorno límite de la personalidad es uno de los trastornos de la personalidad más controvertido. La importancia del trastorno límite es avalada no sólo por el carácter disfuncionante de sus manifestaciones clínicas y su alta prevalencia, sino también por su relevancia como entidad psiquiátrica, ya que es el centro de interés de un gran número de publicaciones, seminarios, asociaciones de enfermos, familiares y profesionales especializados en su tratamiento y estudio.

Más del 70% de pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad han reportado historia de múltiples episodios de autoagresiones y diversos métodos de hacerlo; 60% reportan múltiples intentos suicidas y más del 30% reportan múltiples intentos de intentos suicidas.

Se ha visto que los pacientes que se autoagreden y tienen intentos suicidas tienden a ser más depresivos, ansiosos e impulsivos además de tender a subestimar la letalidad de sus intentos suicidas.

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES:

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

En términos generales la atención de los pacientes límite es difícil y compleja, además de desgastante, debido a las reacciones emocionales que

pueden provocar, llegando incluso en muchas ocasiones a un sentimiento de fracaso en sus terapeutas; y debido a las complicaciones y el mal pronóstico que pueden presentar.

Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad oscila entre el 1 y 2% de la población. Siendo este trastorno el más frecuente en las poblaciones clínicas de distintas culturas del mundo a pesar de usar diversos instrumentos en su investigación (16).

Las prevalencias encontradas en estudios realizados en pacientes ambulatorios oscilan entre el 11 y 20%, en pacientes hospitalizados oscilan entre el 18 y el 32%. Cuando los estudios se han realizado sobre muestras clínicas constituidas por pacientes tanto ambulatorios como hospitalizados, las prevalencias se sitúan entre el 17.2 y el 21%(15). En México, el trastorno se ha encontrado en 2.0% de las mujeres y 1.7% de los varones en población general y en 36% de los enfermos psiquiátricos hospitalizados (11).

Respecto a la distribución del trastorno por sexos, es más frecuente en las mujeres que en los varones, con una relación estimada de 2:1 o 3:1 (16).

Cuando se realiza el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años, no suelen estar casados y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio (16).

En nuestro hospital, en 2008, la prevalencia de trastorno límite de personalidad al egreso de pacientes hospitalizados fue de 7% anual con un predominio de 78% en el género femenino (18).

Con este nombre, se designa a un grupo de trastornos de la personalidad que presentan inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, acompañada de una gran impulsividad. El término "límite" se usó porque los pacientes parecían variar en el límite o frontera entre los síntomas de las neurosis y psicosis (11).

La primera descripción de los pacientes limítrofes se atribuye a Reich en 1925, quien los llamó *caracteres impulsivos*, pero mencionó que se trataba de casos limítrofes. Alexander describe a pacientes con un *irracional estilo de vida*. Sin embargo, se le atribuye a Stern (1938) el haber dado estatuto formal al trastorno, ya que enfatizó la respuesta regresiva grave que ocurría en estos pacientes cuando se les quería tratar con psicoanálisis clásico. En 1942, Deutsch amplió el espectro al incluir a esta categoría a personalidades "como sí", que tenían rasgos esquizoides, narcisistas y antisociales moderados. Por otra parte Klein y Fairbairn contribuyen a la comprensión del trastorno con sus hallazgos

sobre los mecanismos defensivos de escisión e identificación proyectiva y de las relaciones objetales parciales persecutorias e idealizadas (11).

Erikson informó el síndrome de difusión de identidad que todavía se considera el elemento psicodinámico central de este padecimiento. Jacobson estudió el mundo objetal y Mahler aclaró aspectos del desarrollo infantil de estos sujetos. Kernberg sintetizó las observaciones de Fairbairn, Jacobson y Mahler con algunos conceptos de Klein, y formuló su idea de organización limítrofe de la personalidad, expuesta en un artículo de gran influencia en la aparición en los manuales de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana en el DSM-III definiéndola como sigue: ...una pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se da en diversos contextos. La pauta se manifiesta por al menos cinco de las siguientes características: 1) relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización; 2) impulsividad en al menos dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. Por ejemplo, despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas; 3) inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, irritabilidad o ansiedad que, por lo general duran pocas horas y, más raramente, algunos días; 4) ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso; por ejemplo, manifestaciones frecuentes de violencia, cólera constante, peleas físicas repetidas; 5) amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas, o comportamientos automutilantes; 6) trastorno de la identidad intenso y persistente, manifestado por incertidumbres respecto de al menos dos de las siguientes características: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo plazo o elección de carrera, tipo de amigos y valores que se desean; 7) sentimientos crónicos de vacío o de aburrimiento, y 8) esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginario. En el DSM-IV, se agregó un noveno criterio: 9) ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves; y el criterio ocho pasó a ser el de mayor peso (TABLA 1) (11).

TABLA 1. Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-IV TR

Se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.

Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que abarcan en el criterio cinco.

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusado y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p.ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación. 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p.ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días). 7. Sentimientos crónicos de vacío. 8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la cólera (p.ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes). 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves. |
|--|

Criterios diagnósticos para trastorno límite de la personalidad según DSM-IV TR (11)

Otros autores que contribuyeron a establecer el perfil actual del TLP son Grinker, Werble y Drye, encontraron cuatro características fundamentales que definieron como el “síndrome limítrofe”: 1) ira crónica; 2) relaciones interpersonales defectuosas; 3) alteración de la identidad, y 4) depresión basada en sentimientos de soledad. El análisis por grupos de sus categorías permitió distinguir cuatro subgrupos (9, 11):

- 1) El limítrofe psicótico, con alteración marcada de la identidad y de la prueba de realidad, conducta y apariencia inapropiada, negativismo, crisis de ira y depresión.
- 2) El limítrofe nuclear, con relaciones interpersonales inestables, ira crónica y autodestructividad impulsiva.
- 3) El limítrofe “como sí”, con falta de afecto, autenticidad y tendencia a imitar a los demás; en apariencia bien adaptados, pero con vidas carentes de sentido y
- 4) El limítrofe neurótico, con ansiedad crónica y depresión anaclítica.

Gunderson y Singer, establecieron seis criterios para definir lo que llamaron trastorno límite de la personalidad (9, 11):

- 1) Afecto intenso, de modo usual de naturaleza fuertemente hostil y depresiva,
- 2) Conducta impulsiva con resultados autodestructivos
- 3) Adaptabilidad social, que enmascara una alteración de la identidad
- 4) Experiencias psicóticas breves, sobre todo durante el uso de drogas o en situaciones o relaciones interpersonales no estructuradas
- 5) Respuestas bizarras y primitivas a las pruebas psicológicas proyectivas
- 6) Relaciones interpersonales alteradas, que de manera característica varían entre relaciones interpersonales transitoriamente superficiales y relaciones dependientes devaluatorias, manipuladoras y demandantes.

Los siguientes estudios que marcaron la actual definición del trastorno fueron los de Spitzer y su grupo, quienes propusieron ocho criterios para definir enfermos límites, y posteriormente un noveno criterio se incluyó a la lista (11):

- 1) Ira
- 2) Afecto inestable, con inclusión de depresión, irritabilidad y ansiedad
- 3) Sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento
- 4) Alteración de la identidad

- 5) Relaciones emocionales intensas y manipuladoras, con variaciones entre devaluación e idealización
- 6) Intolerancia a la soledad
- 7) Impulsividad que a menudo conduce al abuso de sustancias
- 8) Actos de autodestrucción física
- 9) Experiencias disociativas, ideas de referencia y tendencias paranoides.

FACTORES ETIOLÓGICOS

La heterogeneidad acerca de los factores asociados a la aparición del trastorno límite está presente y es difícil reducir su etiología a un solo factor, ya sea biológico, psicosocial o genético.

Aspectos genéticos

La existencia de un mayor porcentaje de trastornos del estado de ánimo y de la personalidad entre los familiares de los pacientes límite podría sugerir un factor etiológico común entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos del estado de ánimo. Estudios familiares apoyan la idea de que el rasgo afectivo heredable en el trastorno límite es la inestabilidad afectiva, que es diferente de la transmisión genética vinculada a la depresión mayor. Hay trabajos que demuestran una herencia genética del rasgo impulsividad mucho mayor que la herencia global del trastorno de la personalidad como tal, ya sea límite o antisocial (16).

Aspectos neurobiológicos

Los estudios biológicos han informado de un acortamiento de la latencia REM y otras alteraciones del sueño, resultados anormales en el test de supresión de la dexametasona y también en el de la hormona liberadora de la tiotropina. Aunque el trastorno límite y el depresivo mayor pueden coexistir, hay argumentos que apoyan la idea de que no están relacionados biológicamente, y que los pacientes límite con síntomas depresivos experimentan un síndrome afectivo diferente, en términos de calidad y duración de los síntomas y del sustrato biológico, al de los pacientes con depresión sin trastorno límite (16).

Hay estudios que aluden a la existencia de signos neurológicos menores y alteraciones inespecíficas en el electroencefalograma (EEG) con ondas lentas en las zonas frontales y posteriores (16).

Estudios de neuroimagen con resonancia magnética (RM) en pacientes con trastorno límite de la personalidad han encontrado un menor tamaño de los lóbulos frontales en comparación con el grupo control sano. Se ha informado de

un menor volumen del hipocampo en pacientes con ese trastorno y antecedentes de abuso o malos tratos en la infancia (16).

También se ha descrito una inhibición de la respuesta de prolactina a diferentes agonistas serotoninérgicos en pacientes con este trastorno, disminución que se asociaba específicamente con las manifestaciones impulsivas y agresivas, pero no con otros síntomas conductuales, afectivos o de ansiedad (16).

En la teoría neurobiológica, Depue propone que los trastornos de personalidad tal vez se expliquen por el equilibrio entre los sistemas de emocionalidad negativa (noradrenalina) emocionalidad positiva (dopamina) y control (serotonina). La emocionalidad negativa abarca los afectos desagradables de ansiedad, enojo, ira, odio y la impulsividad vinculada con esos sentimientos; la emocionalidad positiva se refiere a todos los afectos placenteros, de bienestar, seguridad y también impulsividad relacionada con esos estados afectivos; y el control sería una función encargada de contener tanto las respuestas negativas como las positivas. Incluso el funcionamiento correcto del sistema de control sobre el sistema dopaminérgico protegería al individuo de la búsqueda compulsiva de efectos placenteros a través de alcohol, drogas, sexualidad, y otras modalidades de experimentar placer (11).

Podemos decir que en función de las distintas dimensiones que componen el trastorno límite de la personalidad, los indicadores biológicos serían (16):

- 1) un déficit de la actividad dopaminérgica frontal (cognoscitiva)
- 2) una disminución de la monoaminoxidasa (MAO) plaquetaria y una alteración de los metabolitos de la noradrenalina (exploratoria)
- 3) hiperactividad colinérgica, hiperactividad noradrenérgica e hipoactividad serotoninérgica (afectiva)
- 4) hipoactividad serotoninérgica e hiperactividad dopaminérgica subcortical (impulsividad).

Aspectos psicosociales

Primeras aproximaciones: En el decenio de 1960, se planteó que los pacientes límites tenían una vulnerabilidad temperamental heredada que predisponía al bebé a reaccionar con agresión excesiva ante las frustraciones del ambiente. Esta última distorsionaba el proceso de separación-individuación, lo cual a su vez daba lugar a la formación de las relaciones objetales internalizadas patológicas persecutorias e idealizadas, que formaban el núcleo del trastorno. La agresión patológica después se transformaría en la ira y odio clásicos de estos trastornos. Kernberg ha modificado sus ideas iniciales para incluir la influencia del maltrato

infantil en la génesis de los padecimientos limítrofes, aunque no ha modificado de modo sustancial su concepto de la organización limítrofe de la personalidad (16).

Como características del desarrollo de la personalidad límite, se ha propuesto el caos familiar, el abandono traumático (base de los episodios disociativos); los valores familiares que impiden la autonomía, las expresiones de felicidad y los logros, y que fomentan la dependencia y la desgracia; y finalmente, una familia que ofrece sus cuidados y atenciones sólo cuando el individuo se siente desgraciado (16).

Maltrato Infantil

La relación entre el maltrato infantil y trastornos limítrofes ha sido investigada con acuciosidad y las conclusiones parecen apuntar a una relación causal; sin embargo se encuentran pacientes que no tienen este antecedente por lo que el padecimiento quizá tenga varios tipos de factores causales.

Zanarini investigó las experiencias patológicas infantiles informadas por 358 sujetos con TLP y 109 individuos que padecían otros trastornos de personalidad. Encontró que 91% de pacientes con trastorno límite de la personalidad había sufrido algún tipo de maltrato y 92% experimentó descuido importante en sus primeros años de desarrollo. 62% de estos enfermos, tuvo abuso sexual infantil, mientras que sólo 32% del grupo control comunicó las mismas experiencias (11).

Asimismo, Macmillan, Fleming, Striner, encontraron que quienes sufrieron maltrato tienen mayores probabilidades de presentar varios tipos de trastornos mentales en el curso de la vida, en especial las mujeres. Con estos hallazgos, se fortalece no sólo la afirmación de la relación entre maltrato infantil y trastorno límite de la personalidad, sino también con otras anomalías de personalidad y con los padecimientos del Eje I (11).

A medida que fueron apareciendo estas evidencias, se fueron realizando investigaciones acerca de las consecuencias neurobiológicas del maltrato infantil. Teicher informó la existencia de anomalías en el electroencefalograma de 72% de individuos con antecedentes de abuso sexual y físico graves en la niñez; en ellos, también encontró alteraciones estructurales en el hipocampo izquierdo, que pueden ser la causa de los déficits en la memoria verbal y en los síntomas disociativos que presentan estos pacientes (11).

Heim, Newport, Heit et al, detectaron hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenales y del sistema nervioso central autónomo, presumiblemente por hipersecreción del factor liberador de corticotropina, como consecuencia

persistente del abuso infantil grave. Estos autores señalan que tal hecho puede fundamentar un tratamiento que antagonice los efectos del factor liberador de la corticotropina, como parte del tratamiento de estos casos (11).

Apego

La teoría del apego propone que los pacientes límites tienen fallas en la función reflexiva o de mentalización. La función reflexiva es la habilidad de pensar sobre los estados mentales de uno mismo y de los demás. Hay datos que sugieren que dicha habilidad del cuidador del bebé incrementa la posibilidad de que éste desarrolle un apego seguro y que tal apego seguro facilita el progreso de la mentalización en el niño. El apego seguro le da al bebé la posibilidad de explorar la mente del cuidador y así aprende lo que es la mente de las personas. Fonagy formula el nacimiento del Self psicológico en una metáfora del pensamiento cartesiano: “Mi cuidador piensa que yo pienso, por tanto, yo existo como ser pensante” (11).

De acuerdo con esto, Fonagy considera que (11):

- a) Los individuos que sufren maltrato infantil pueden inhibir de modo defensivo su habilidad para mentalizar como objeto de evitar el pensar que su cuidador desea dañarlos.
- b) Algunas características de los trastornos límites están enraizadas en los problemas del desarrollo derivados de esa eventualidad
- c) El efecto terapéutico del psicoanálisis depende de su destreza para activar las habilidades del paciente con el propósito de darse cuenta de los estados mentales en sí mismo y en los otros.

Al síndrome resultante de lo descrito, Fonagy lo denomina “desorganización y disfuncionalidad del Self” y lo caracteriza por una alteración de la identidad ocasionada por la presencia de un Self ajeno, el cual a su vez produce (11):

- a) Problemas para la regulación afectiva y el autocontrol emocional (que incluyen sentimientos de vacío, falta de una estabilidad del sentido de sí mismo, inestabilidad emocional e impulsividad)
- b) Distorsión y disfunción en la habilidad de la prueba-de realidad-social, con predominio de modalidades defensivas de funcionamiento en las relaciones de intimidad y en la transferencia, caracterizadas por el uso de escisión e identificación proyectiva
- c) Vulnerabilidad al trauma, dificultades graves para conservar las relaciones de apego con intimidad, propensión a provocar el abandono, con suicidabilidad consecuente.

PSICOPATOLOGÍA

Kernberg

Vinculó la etiología y la patogenia del trastorno límite de la personalidad con el esquema del desarrollo de Margaret Mahler. Específicamente, los pacientes atravesaron con éxito la fase simbiótica, de manera tal que el self y los objetos se pueden distinguir claramente; pero quedaron fijados durante la fase de separación- individuación. Kernberg señaló la subfase de acercamiento, entre aproximadamente los 16 y 24 meses, como el lugar cronológico de esta crisis del desarrollo. En este periodo, el niño teme que su madre pueda desaparecer y esto a veces provoca en él angustia intensa, sobre todo cuando no sabe dónde está. Los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de sus madres provocarían en la desaparición de ellas y por ende, el abandono de ellos. En el adulto, los individuos son incapaces de tolerar periodos de soledad y el temor de que lo abandonen los seres significativos. Las razones para la fijación en la subfase de acercamiento están relacionadas, con una alteración de la disposición emocional de la madre durante este periodo crítico, debido al exceso constitucional de agresión en el niño o a problemas de función materna, o ambas (9).

Un componente importante es la falta de constancia objetal, los niños son incapaces de integrar aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres. Estas imágenes contradictorias son almacenadas en forma separada a través de la escisión, de manera que la madre y el self son vistos como alternando entre completamente buenos o malos (9).

Kernberg enfatizó la significancia de un exceso de agresión oral constitucional en los pacientes. Este factor reduce su capacidad para integrar imágenes buenas y malas del self y de otros; están convencidos de que la "maldad" abrumadora destruirá cualquier "bondad" en ellos o en otros. Cuando los introyectos malos son proyectados afuera, se sienten a merced de perseguidores malevolentes. Cuando se reintroyectan, los introyectos malos los hacen sentir despreciables y sin valor, conduciéndolos en ocasiones a pensamientos suicidas. Esta agresión innata también impide el pasaje del paciente límite a través de la fase edípica. Por eso, los conflictos edípicos en el paciente borderline con frecuencia aparecen más crudos y primitivos, comparados con los pacientes neuróticos (9).

Masterson y Rinsley

Observaron que las madres de los pacientes límite, típicamente límites, estaban conflictuadas por el crecimiento de sus hijos. Como resultado, el niño

recibe un mensaje de que crecer e independizarse determinará la pérdida del apoyo y amor maternal. Por lo que permanecer dependiente constituye la única forma disponible de mantener el vínculo con la madre (9).

De acuerdo a Masterson y Rinsley, esta crisis de la subfase de acercamiento entre el niño y la madre se vuelve exclusiva por dos unidades separadas de relaciones objetales escindidas. Cada una de estas unidades consta de tres entidades: una parte-representación de sí mismo, una parte-representación de objeto, y un afecto que los conecta a ambos. La unidad de relaciones de objeto gratificadora está asociada con sentimientos de ser amado y gratificado. Incluye una parte de objeto materno que es afirmante, amoroso y sostenedor. En asociación con este introyecto materno considerado positivo, hay una parte de la representación del sí mismo de un “niño bueno” que es obediente y pasivo. La unidad de relaciones de objeto de retraimiento está asociada con sentimientos de rabia, abandono, depresión y desamparo. La parte de objeto materna es malevolente y crítica mientras que la parte de la representación del sí mismo es un “niño malo”, culpable y no deseado (9).

La fijación en este nivel de fragmentación hace que el paciente límite sienta que hay solo dos opciones: sentirse abandonado y malo, o sentirse bien solo si niega la realidad y no crece nunca (9).

Adler

El modelo de déficit o “insuficiencia”, propuesto por Adler, menciona que el maternaje inconsistente y no confiable, causa el fracaso del paciente en desarrollar un objeto interno “sostenedor-tranquilizante”. Alrededor de los 18 meses, de acuerdo con Fraiberg, el niño normal está en condiciones de armarse una imagen interna de la figura materna aún cuando esté ausente. Esta capacidad de memoria evocativa es establecida de manera tenue en el paciente límite. En situaciones de estrés, o en medio de una transferencia intensa, los pacientes límite tienden a regresar al punto en que ya no pueden acordarse de figuras importantes del ambiente, que no están presentes físicamente, a menos que un objeto se encuentre disponible. La falta de objeto sostenedor-tranquilizador crea sentimientos de vacío y tendencias depresivas, responsable de dependencia aferradora. En ausencia de respuestas de objetos del self por parte de otros significativos, estos individuos tienen recursos internos inadecuados para sostenerse y son proclives a la fragmentación del self. Esta disolución del self está acompañada por un profundo vacío descrito por Adler como “terror a la aniquilación”. La ausencia de un introyecto sostenedor-tranquilizador produce rabia oral crónica relacionada con sentimientos de que las figuras maternas no estuvieron emocionalmente disponibles en la infancia (9).

DIAGNÓSTICO

El examen clínico y diagnóstico de los pacientes límite se hace con la entrevista psiquiátrica y entrevista estructural de Kernberg, con las cuales se obtiene la historia clínica inicial (TABLA 2) (11).

Tabla 2. Esquema de la historia clínica para pacientes limítrofes	
1.	Queja principal
2.	Antecedentes de padecimiento actual
3.	Antecedentes psiquiátricos
4.	Tratamientos anteriores (con atención a las conductas saboteadoras)
5.	Desarrollo de la personalidad
6.	Relaciones interpersonales significativas del presente y el pasado
7.	Funcionamiento psicosocial actual
8.	Antecedentes familiares
9.	Historia clínica
10.	Examen mental
11.	Interacción con el entrevistador (entrevista estructural)
	a. Rasgos patológicos de carácter
	b. Difusión de identidad
	c. Mecanismos defensivos predominantes
	d. Prueba de realidad

Se muestra una breve semblanza de la entrevista estructural de Kernberg para organización límite de la personalidad. (11)

Estos pacientes llegan a la atención clínica en medio de grandes crisis interpersonales, estados depresivos con conducta suicida, pleitos físicos con lesiones, intoxicaciones y adicciones graves, comportamientos antisociales y fallas graves en los desempeños escolar, laboral y social (11).

Por esta razón es frecuente que la evaluación tenga que hacerse en una sala de urgencias de un hospital general o en un hospital psiquiátrico. En esas situaciones y también cuando el individuo es ambulatorio, por lo regular, la evaluación requiere de 6 a 10 horas, las cuales habitualmente se reparten en varias sesiones durante tres a cinco días (11).

Debido a la complejidad de la psicopatología límite y de sus comorbilidades, es recomendable usar la entrevista clínica estructurada para elaborar diagnósticos del Eje I (SCID I) y el Eje II (SCID II) del DSM-IV (11).

La entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) es una entrevista diagnóstica semiestructurada para la evaluación de los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Puede usarse para formular diagnósticos del Eje II, de forma tanto categorial (presente o ausente) como dimensional (anotando el número de criterios de trastorno de la personalidad para cada diagnóstico que han sido codificados como "3").

El clínico puede realizar su entrevista clínica habitual y posteriormente, utilizar una parte de la SCID-II para confirmar y documentar uno o más presuntos diagnósticos de trastorno de la personalidad del DSM-IV; ya que la SCID-II

proporciona al clínico, no solo los criterios del DSM-IV para estos trastornos; sino también las preguntas de la SCID-II que son eficaces para obtener la información necesaria para juzgar los criterios diagnósticos; pues una característica de la SCID-II, es la disponibilidad de un Cuestionario de la personalidad autocomplimentado, que se lleva a cabo como un procedimiento para el diagnóstico de un trastorno del Eje II, como herramienta de selección, pues la SCID-II puede proporcionar un repertorio de preguntas útiles para obtener información y ésta servirá de base para tomar decisiones.

El SCID-II fue creada por Spitzer y Williams en 1986, posteriormente fue revisada por los autores para adaptarla al DSM-III. Los orígenes de la SCID-II se remontan a las etapas iniciales de la Entrevista clínica Estructurada para el DSM-III (SCID), durante las cuales un módulo específico para los trastornos de la personalidad, desarrollado por el Dr. Jeffrey Jonas del Hospital McLean, fue incluido en la versión de la SCID de 1984. En 1985 el módulo de los trastornos de la personalidad de la SCID fue reformulado separadamente por una serie de razones, como la longitud del módulo, el interés renovado en la investigación de los trastornos de la personalidad, y los requisitos específicos para la evaluación de las características de la personalidad. En 1986, la SCID-II fue actualizada para el DSM-III-R y se incorporó una nueva estrategia, basada en un cuestionario de la personalidad con funciones de selección o cribado. Una vez realizados los estudios de campo que establecieron la fiabilidad de la SCID-II y la versión definitiva de la SCID-II para los trastornos de la personalidad del DSM-III-R fue publicada por la American Psychiatric Press, Inc. En 1990 como un componente de la SCID. Tras la publicación del DSM-IV en 1994, se inició la revisión de la SCID-II para el DSM-IV. Con ayuda de la Dra. Lorna Benjamin, muchas de las preguntas de la SCID-II fueron reformuladas para que reflejaran mejor la experiencia interior del sujeto. Esta versión definitiva de la SCID-II para el DSM-IV en su versión en inglés fue publicada en 1997 por la American Psychiatric Press, con una versión por ordenador adjunta publicada en inglés por Multi-Health Systems de Toronto, Canadá. Sus ítems se organizan por trastornos y en cada criterio específico se evalúan a través de una o varias preguntas. Cada criterio se valora con una puntuación de uno a tres, lo que permite obtener además una puntuación dimensional del trastorno. El test de cribado de la SCID-II está compuesto por 119 ítems para identificar los trastornos que se evaluarán luego de la entrevista, lo que hace posible ahorrar bastante tiempo, lo que ha favorecido su uso en investigaciones psiquiátricas. Internacionalmente se ha demostrado buena fiabilidad interevaluadores para entrevistas conjuntas (intervalo de 0.57 a 0.86 en cinco estudios) (10).

En México se tiene la adaptación a la entrevista estructurada, realizada en la Facultad de Psicología de la UNAM en conjunto con la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Se realizó el estudio evaluando a los pacientes con SCID-II, MMPI y 16 PF, las últimas como pruebas estandarizadas y de antemano se habían evaluado a los pacientes con el Wechsler para adultos. Se Evaluaron 60 sujetos, se utilizó la correlación de Spearman con el objeto de observar la confiabilidad de los resultados de SCID-II, presentando un nivel de significancia de K de 0.01 a 0.05 para Trastorno Límite de la Personalidad (14).

DEPRESIÓN

El estado de ánimo es un tono vital interno dominante y mantenido que influye en el comportamiento de la persona y en su percepción del mundo. El afecto es la expresión externa del estado de ánimo. El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Las personas sanas experimentan un amplio abanico de estados de ánimo y tienen un repertorio igualmente extenso de expresiones afectivas; normalmente, perciben el control de sus estados de ánimo y de sus afectos.

Los trastornos del estado de ánimo son un grupo de afecciones clínicas que se caracterizan por la pérdida de ese sentido del control y por el sufrimiento subjetivo de un gran malestar.

Según el DSM-IV-TR, el trastorno depresivo mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. El episodio depresivo mayor debe durar 2 semanas, y la persona con este diagnóstico generalmente experimenta también al menos cuatro síntomas de una lista en la que se incluyen cambios en el apetito y el peso, en el sueño y la actividad, falta de energía, sentimientos de culpa, problemas para pensar y tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (8).

EPIDEMIOLOGÍA

Los trastornos del estado de ánimo son frecuentes. En la mayoría de las encuestas, el trastorno depresivo mayor tiene la mayor prevalencia a lo largo de la vida (casi un 17%) entre todos los trastornos psiquiátricos. Para otros trastornos depresivos como la distimia la prevalencia a lo largo de la vida es de 5%. La incidencia anual de una depresión mayor es del 1.59% (mujeres 1.89%; varones 1.10%).

En cuanto a la distribución por género, se ha observado que la prevalencia del trastorno depresivo es del doble en las mujeres que en los varones, sin importar la cultura o país; para explicar esta diferencia se han propuesto una serie

de razones, como las diferentes hormonas implicadas, los efectos del parto, los diferentes factores estresantes psicosociales en mujeres y varones y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida.

Este trastorno tiene una edad media de inicio a los 40 años; en el 50 % de todos los casos aparece entre los 20 y 50 años; también puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada. Es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o que están divorciados o separadas, además de ser más frecuentes en las áreas rurales que en las urbanas (8).

COMORBILIDAD

Los sujetos con trastornos importantes del estado de ánimo tienen un mayor riesgo de tener uno o más trastornos asociados del Eje I; de estos los más frecuentes son el abuso o dependencia de alcohol, el trastorno de angustia, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y el trastorno de ansiedad social. Los varones acuden con mayor frecuencia con trastorno de abuso de sustancias, mientras que las mujeres acuden con ansiedad y trastornos alimentarios; estos trastornos comorbidos empeoran el pronóstico de la enfermedad e incrementan gravemente el riesgo de suicidio entre los pacientes con trastorno depresivo mayor (8).

ETIOLOGÍA

Factores Biológicos. Se han descrito alteraciones biológicas en pacientes con trastornos del estado de ánimo. Los sistemas monoaminérgicos (noradrenalina, dopamina, serotonina e histamina) se contemplan como sistemas neuromoduladores más amplios, y es probable que sus alteraciones sean tanto defectos secundarios o epifenómenos como directamente o causalmente relacionadas con la etiología y la patogenia (8).

Aminas Biógenas. De estas, la noradrenalina y la serotonina son los dos neurotransmisores más implicados en la fisiopatología de los trastornos del estado de ánimo (8).

Noradrenalina. Se ha propuesto una correlación entre la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores β -adrenérgicos y las respuestas clínicas antidepresivas. También hay indicios de la implicación de los receptores presinápticos β_2 en la depresión porque su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores β_2 presinápticos también están localizados en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada.

Serotonina. Dado el enorme efecto que han tenido los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de la depresión, la serotonina se ha convertido en el neurotransmisor de la familia de las aminas biógenas asociado con mayor frecuencia a la depresión; también hay indicios de que la serotonina participa en la fisiopatología de esta entidad, dado que su depleción precipita la depresión y algunos pacientes con impulsos suicidas tienen concentraciones bajas de los metabolitos de la serotonina en el líquido cefalorraquídeo (LCR) y niveles de lugares de captación de serotonina en las plaquetas.

Dopamina. Aunque las anteriores son las aminas biógenas asociadas con mayor frecuencia a la fisiopatología de la depresión, también se ha propuesto la participación de la dopamina en ese proceso debido a que la actividad de ésta se encuentra disminuida en la depresión y aumentada en la manía. Los fármacos que reducen la concentración de dopamina (reserpina) y las enfermedades en las que disminuyen las concentraciones de dopamina (enfermedad de Parkinson) se asocian a síntomas depresivos, mientras que los fármacos que aumentan las concentraciones de dopamina (tirosina, anfetaminas y bupropión) reducen los síntomas de la depresión. Para explicar la relación entre la dopamina y la depresión se han propuesto dos teorías: la disfunción en la vía metabólica dopaminérgica y la hipoactividad del receptor D1 de la dopamina.

Otros trastornos de los neurotransmisores. La acetilcolina (ACh) se encuentra en las neuronas distribuidas difusamente por toda la corteza cerebral que mantienen relaciones recíprocas o interactivas con los tres sistemas monoaminérgicos.

En un modelo de depresión en animales se ha establecido que las cepas de ratones que son excesiva o insuficientemente sensibles a los agonistas colinérgicos son susceptibles o más resistentes al desarrollo de la indefensión aprendida. Los agonistas colinérgicos inducen cambios en la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal (HHS) y en el sueño que se parecen a los asociados a la depresión grave. Algunos pacientes con trastornos del estado de ánimo en remisión, así como sus familiares de primer grado que nunca han tenido la enfermedad, presentan un incremento de la sensibilidad a los agonistas colinérgicos que podría definirse como un rasgo hereditario.

El ácido γ -aminobutírico (GABA) tiene un efecto inhibitor en las vías monoaminérgicas ascendentes, particularmente en los sistemas mesocorticales y mesolímbicos. En la depresión se ha detectado el descenso de las concentraciones de GABA en plasma, LCR y cerebro, y en estudios con animales se ha establecido que el estrés crónico reduce e incluso provoca la depleción de

GABA, por el contrario los antidepresivos regulan positivamente los receptores de GABA y algunos medicamentos GABAérgicos tienen efectos antidepresivos leves.

Los aminoácidos glutamato y glicina son los principales neurotransmisores excitadores e inhibidores en el SNC. El glutamato y la glicina se unen a los lugares asociados al receptor *N*-metil-D-aspartato (NMDA) y el exceso de la estimulación glutamatérgica provoca efectos neurotóxicos. En el hipocampo hay una concentración alta de receptores NMDA y el glutamato podría actuar junto con la hipercortisolemia en los efectos neurocognitivos negativos de la depresión recidivante grave. Parece que los antagonistas de los receptores NMDA tienen efectos antidepresivos.

Alteraciones de la regulación hormonal. En estudios recientes de pacientes con depresión se sugiere la existencia de antecedentes de un trauma precoz asociado al aumento de la actividad del eje HHS acompañada de cambios estructurales (atrofia o disminución de volumen) en la corteza cerebral (8).

La actividad elevada en el eje HHS es el núcleo de las respuestas de estrés en los mamíferos y uno de los nexos más claros entre la depresión y la biología del estrés crónico. La hipercortisolemia de la depresión indica la existencia de uno o más de los trastornos siguientes: disminución del tono inhibitorio de la serotonina, aumento de la estimulación por noradrenalina, ACh u hormona liberadora de corticotropina (CRH) o disminución de la inhibición por retroalimentación desde el hipocampo.

El aumento de la actividad del eje HHS es evidente en el 20-40% de pacientes ambulatorios con depresión y en el 40-60% de pacientes ingresados con depresión.

La elevada actividad del eje HHS en la depresión se documenta por la excreción de cortisol libre en orina, concentraciones plasmáticas de cortisol libre en muestras de sangre venosa de 24 hrs (o períodos más cortos), concentraciones de cortisol en saliva y pruebas de la integridad de la inhibición por retroalimentación medida por la administración de dexametasona (0.5-2.0mg), un potente glucocorticoide de síntesis, que normalmente suprime la actividad del eje HHS durante 24 hrs. La secreción de cortisol no suprimida a las ocho de la mañana siguiente o el escape consecuente de la supresión a las cuatro de la tarde o a las once de la noche indican el deterioro de la inhibición por retroalimentación. La correlación entre la hipersecreción de cortisol y la falta de supresión de la dexametasona no es perfecta (concordancia aproximada del 60%). En una mejora introducida recientemente para mejorar la sensibilidad de la prueba se procede a

la infusión de una dosis de prueba de CRH después de la supresión con dexametasona.

Actividad del Eje Tiroideo. Aproximadamente el 5-10% de los casos evaluados por depresión tienen una disfunción tiroidea no detectada previamente, como se demuestra por las concentraciones basales elevadas de hormona estimulante del tiroides (TSH) o el aumento de la TSH en respuesta a una infusión de 500mg del neuropéptido hipotalámico hormona liberadora de tirotropina (TRH). Estas alteraciones se asocian a concentraciones elevadas de anticuerpos antitiroideos y la respuesta al tratamiento está comprometida si no se corrige el problema con tratamiento hormonal sustitutivo. Un porcentaje mayor de pacientes con depresión (20-30%) muestran una respuesta truncada de la TSH a la provocación con TRH. La principal implicación terapéutica de esta respuesta de la TSH es el aumento de riesgo de recidiva a pesar del tratamiento antidepressivo preventivo. A diferencia de la prueba de supresión con dexametasona (PSD), la respuesta truncada de la TSH a la TRH no se normaliza con el tratamiento.

Hormona del crecimiento. Esta hormona (GH) se segrega en la hipófisis anterior después de la estimulación por noradrenalina y dopamina. La somatostatina, un neuropéptido hipotalámico, y la CRH inhiben esta secreción, y se ha descrito el descenso de las concentraciones de somatostatina en el LCR en caso de depresión.

Prolactina. Su liberación desde la hipófisis se estimula por la serotonina y se inhibe por la dopamina. En la mayoría de los estudios no se han detectado anomalías significativas de la secreción basal o circadiana de prolactina en la depresión, aunque sí la respuesta truncada a varios antagonistas de la serotonina. Esta respuesta es frecuente en las mujeres premenopausicas, lo que indica un efecto moderado de los estrógenos.

Neurofisiología de las alteraciones del sueño. La depresión se asocia a la pérdida prematura del sueño (onda lenta) y al aumento de la vigilia nocturna. Este último efecto se demuestra por cuatro tipos de alteraciones: aumento de los despertares nocturnos, descenso de las horas de sueño, aumento del sueño REM y aumento de la temperatura corporal central. La combinación del aumento del sueño REM y la disminución del sueño de onda lenta disminuye la duración del primer período de sueño o REM, un fenómeno que se conoce como disminución en la latencia REM. La disminución de la latencia REM y los déficits del sueño de onda lenta persisten después de la recuperación del episodio depresivo. La combinación del sueño REM y la disminución del mantenimiento del sueño identifican al 40% de los pacientes ambulatorios y al 80% de los pacientes ingresados con depresión (8).

Trastornos inmunitarios. Los trastornos depresivos se asocian a varias anomalías inmunitarias como la disminución de la proliferación de linfocitos en respuesta a mitógenos y otras formas de alteración de la inmunidad celular. Esos linfocitos producen neuromoduladores, como el factor liberador de corticotropina (CRF) y las citocinas, unos péptidos conocidos como interleucinas. Parece existir una asociación con la gravedad clínica, el hipercortisolismo y la disfunción inmunitaria, y la citocina interleucina-1 induce la actividad génica de la síntesis de glucocorticoides (8).

Estudios radiológicos estructurales y funcionales cerebrales. La anomalía que se observa sistemáticamente en los trastornos depresivos es la mayor frecuencia de hiperintensidades anormales en las regiones subcorticales, como las regiones periventriculares, los ganglios basales y el tálamo. En algunos estudios también se ha descrito el aumento de tamaño ventricular, la atrofia cortical y el ensanchamiento de surcos. Algunos pacientes deprimidos también tienen columnas menores en el hipocampo o el núcleo caudado, o en ambos, indicando defectos más focales en los sistemas neuroconductuales relevantes.

En la depresión el resultado más coherente encontrado en la TEP es la disminución metabólica en el cerebro anterior, que generalmente es más pronunciada en el lado izquierdo. Desde la perspectiva de la ventaja diferencial, la depresión se asocia a un incremento relativo de la actividad en el hemisferio no dominante. Asimismo, se produce una inversión de la hipofrontalidad después de los cambios de depresión a hipomanía, de forma que se aprecian reducciones mayores en el hemisferio izquierdo en la depresión comparada con reducciones mayores en el hemisferio derecho en la manía. En otros estudios se han observado reducciones más específicas del flujo sanguíneo, del metabolismo cerebral o de ambos, en los tractos de inervación dopaminérgicos de los sistemas mesocorticales y mesolímbicos en la depresión.

Además de una reducción global del metabolismo en la zona anterior cerebral, se observa el aumento del metabolismo de la glucosa en varias regiones límbicas, en particular entre los pacientes con depresión recidivante grave y antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo (8).

Consideraciones neuroanatómicas. Tanto los síntomas de los trastornos del estado de ánimo como los resultados de los estudios biológicos apoyan la hipótesis de que el trastorno del estado de ánimo incluye una anomalía anatomopatológica cerebral. Las ciencias neurológicas afectivas modernas se centran en la importancia de cuatro regiones cerebrales para la regulación de las emociones normales: la corteza prefrontal (CPF), la zona cingulada anterior, el hipocampo y la amígdala. La CPF se considera la estructura que retiene las

representaciones de objetivos y las respuestas apropiadas para obtener esos objetivos. Dichas actividades son especialmente importantes cuando son múltiples, cuando las respuestas conductuales entran en conflicto o cuando se necesita superar una excitación afectiva. Parece existir una especialización hemisférica en la función de la CPF; por ejemplo, la activación de las regiones de la CPF está más implicada en comportamientos o apetitos dirigidos, mientras que las regiones de la CPF derecha participan en comportamientos de evitación e inhibición de apetitos. En las distintas regiones de la CPF se localizan las representaciones de los comportamientos relacionados con la recompensa y el castigo.

La corteza cingulada anterior (CCA) actúa como punto integrador de las preferencias de la atención y las emociones. Se han identificado dos subdivisiones: una subdivisión afectiva en las regiones rostral y ventral de la CCA y una subdivisión cognitiva que incluye la zona dorsal de la CCA. La primera subdivisión comparte muchas conexiones con otras regiones límbicas, y la segunda interacciona más con la CPF y con otras regiones corticales. La activación de la CCA facilita el control de la excitación emocional, particularmente cuando se ha frustrado un logro o cuando se encuentran problemas nuevos.

El hipocampo es la estructura que se ve involucrada más claramente en varias formas del aprendizaje y la memoria, incluido el condicionamiento al miedo, al igual que la regulación inhibitoria de la actividad del eje HHS. El aprendizaje emocional o contextual implica una conexión directa entre el hipocampo y la amígdala.

La amígdala es una estación esencial para el procesamiento de nuevos estímulos de significado emocional y la coordinación u organización de las respuestas corticales. Situada inmediatamente por encima del hipocampo bilateralmente, la amígdala se concibió durante mucho tiempo como el corazón del sistema límbico. Aunque la mayor parte de la investigación se ha centrado en el papel de la amígdala en la respuesta a estímulos de miedo o dolor, pueden ser la ambigüedad o la novedad, más que la naturaleza aversiva del estímulo en sí misma, las que activen esta estructura (8).

Factores Genéticos

Muchos estudios de familias, adopciones y gemelos han permitido documentar el carácter hereditario de los trastornos del estado de ánimo, si bien recientemente el foco de atención de los estudios genéticos se ha centrado en identificar los genes de susceptibilidad específicos utilizando métodos de genética molecular.

Estudios familiares. En estos estudios se aborda la cuestión de si un trastorno es de carácter familiar, o mejor dicho, si la tasa de la enfermedad entre los miembros de la familia de alguna persona que tiene el trastorno es mayor que entre la población general. Según estos, si uno de los padres tiene un trastorno del estado de ánimo, su hijo tiene un riesgo entre el 10 y 25% de tener un trastorno del estado de ánimo. Si ambos padres están afectados, el riesgo aumenta al doble, y el riesgo para el niño es mayor cuantos más miembros de la familia estén afectados. El riesgo también es mayor si los familiares afectados son de primer grado que si son más distantes.

Estudios de adopción. Los estudios de adopción permiten separar los factores genéticos de los ambientales en las enfermedades de transmisión familiar; sin embargo los resultados de los estudios han sido contradictorios.

Estudios con gemelos. Constituyen un procedimiento más potente para separar los factores genéticos de los ambientales, es decir, los efectos de la naturaleza de los efectos de la educación. Los datos obtenidos en gemelos proporcionan evidencias convincentes de que los genes explican exclusivamente el 50-70% de la etiología de los trastornos del estado de ánimo. El entorno o cualquier otro factor no hereditario deben explicar el resto. Es decir, es la predisposición o la susceptibilidad a la enfermedad lo que se hereda. Se determina una tasa de concordancia para el trastorno del estado de ánimo en los gemelos monocigotos del 70-90% comparado con los gemelos dicigotos del mismo sexo del 16-35%.

Estudios de ligamento genético. Los marcadores de ADN son segmentos de ADN de localización cromosómica conocida que muestran una gran variabilidad entre los sujetos. Se utilizan para seguir la segregación de regiones cromosómicas específicas dentro de las familias afectadas por un trastorno. Cuando se identifica un marcador en relación con una enfermedad en las familias, se dice que existe ligamento genético con la enfermedad.

Los estudios de mapa genético de la depresión han permitido establecer evidencias sólidas que sitúan la ligazón en el locus de CREB 1 (cAMP Response Element-Binding Protein) en el cromosoma 2. Se han encontrado relaciones de ligazón en otras regiones del genoma, algunas de las cuales mostraron interacciones con el locus CREB1. En otro estudio se han descrito indicios de la interacción génica-medioambiental en el desarrollo de la depresión mayor. Los sujetos que sufrieron situaciones vitales adversas tenían, en general, un aumento de riesgo de depresión. Sin embargo. El mayor incremento del riesgo entre esos casos se detectó en aquellos sujetos que tenían una variante en el gen del transportador de la serotonina (8).

Factores psicosociales

Situaciones vitales y estrés ambiental. La observación clínica ha señalado tradicionalmente que lo más frecuente es que las situaciones vitales estresantes sean anteriores, y no posteriores, a los episodios de trastorno del estado de ánimo. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación es que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología del cerebro, y que estos cambios de larga duración podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y sistemas de señalización intraneuronal, cambios que incluso podrían incluir la pérdida de neuronas y una reducción excesiva de los contactos sinápticos. En consecuencia, la persona tendrá un elevado riesgo de presentar episodios subsecuentes de un trastorno del estado de ánimo, incluso sin que existan factores estresantes externos.

Para algunos las situaciones vitales estresantes tienen un papel primario y para otros tienen una función limitada en el inicio y desarrollo de la depresión. Los datos indican que el suceso vital que se asocia con mayor frecuencia al desarrollo de la depresión es la pérdida de uno de los padres antes de los 11 años de edad. El factor estresante del entorno que se asocia más a menudo con el inicio de un episodio de depresión es la pérdida de un cónyuge. Otro factor de riesgo es el desempleo; las personas que pierden su puesto de trabajo tienen tres veces más probabilidades de describir síntomas de un episodio de depresión mayor que los que tienen trabajo.

Factores de personalidad. No existe un rasgo de personalidad o un tipo determinado que, por sí solos, predispongan a la persona a tener depresión. Todas las personas, sea cual sea su patrón de personalidad, pueden y estarán deprimidas en las circunstancias apropiadas. Las personas que tienen un determinado trastorno de personalidad (TOC, histriónica y límite) pueden tener un riesgo mayor que las personas que aquellas con un trastorno antisocial o paranoide. Los últimos pueden usar la proyección y otros mecanismos de defensa de externalización para protegerse a sí mismos de su rabia interior.

Se ha demostrado que los factores estresantes que sufre el paciente y que inciden negativamente en su autoestima son los que tienen más posibilidades de desembocar en una depresión.

Factores psicodinámicos en la depresión. En la teoría establecida por Sigmund Freud y ampliada por Karl Abraham están implicados cuatro puntos clave: 1) trastornos de la relación madre-hijo durante la fase oral (los primeros 10-18 meses de vida) que predisponen a la vulnerabilidad ante la depresión en el futuro, 2) la depresión puede estar vinculada a la pérdida real o imaginaria de objetos, 3) la

introyección de los objetos perdidos es un mecanismo de defensa que se invoca para luchar contra el malestar relacionado con la propia pérdida del objeto, y 4) como el objeto perdido se contempla con una mezcla de amor y odio, los sentimientos de enfado se dirigen hacia el interior, hacia el yo (8).

Otras perspectivas de la depresión.

Teoría cognitiva. Según esta la depresión es el resultado de distorsiones cognitivas específicas presentes en las personas susceptibles a la depresión. Esas denominadas representaciones depresógenas, son las plantillas cognitivas que reciben los datos tanto internos como externos de una forma que se altera en presencia de experiencias más precoces. Aaron Beck propuso una tríada cognitiva de la depresión que está formada por las opiniones sobre uno mismo (una autopercepción negativa), sobre el entorno (tendencia a experimentar el mundo como hostil y exigente) y sobre el futuro (la expectativa de sufrir y fracasar).

Indefensión aprendida. Esta teoría enlaza los fenómenos depresivos con la experiencia de situaciones incontrolables. Las explicaciones internas causales provocan la pérdida de la autoestima después de sufrir situaciones adversas externas (8).

DIAGNÓSTICO

En el DSM IV-TR se especifican los criterios diagnósticos del primer episodio de trastorno depresivo mayor (Tabla 3 y 4). La distinción entre estos pacientes y los que tienen dos o más episodios del trastorno depresivo mayor se justifica porque la evolución del trastorno en el primer grupo de pacientes es incierta. Los resultados de varios estudios coinciden con la idea de que la depresión mayor comprende un conjunto heterogéneo de trastornos (8).

Tabla 3. Episodio Depresivo Mayor	
A.	Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
Nota.	No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.
1)	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota. En los niños y adolescentes el ánimo puede ser irritable
2)	Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3)	Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (un cambio de más de 5% del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota. En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4)	Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5)	Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6)	Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7)	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8)	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9)	Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
B.	Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
C.	Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
D.	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
E.	Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o entecimiento psicomotor.

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según el DSM-IV-TR (12)

Tabla 4. Trastorno depresivo mayor episodio único.	
A.	Presencia de un único episodio depresivo mayor.
B.	El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
C.	Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco. Nota: esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar su estado clínico actual y/o sus síntomas:	
<i>Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos</i>	
<i>Crónico</i>	
<i>Con síntomas catatónicos</i>	
<i>Con síntomas melancólicos</i>	
<i>Con síntomas atípicos</i>	
<i>De inicio en el período posparto</i>	
Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, especificar el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:	
<i>En remisión parcial, en remisión total</i>	
<i>Crónico</i>	
<i>Con síntomas catatónicos</i>	
<i>Con síntomas melancólicos</i>	
<i>Con síntomas atípicos</i>	
<i>De inicio en el posparto</i>	

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor, episodio único según DSM-IV-TR (12)

Los pacientes que tienen al menos un segundo episodio depresivo se clasifican en el DSM-IV-TR como trastorno depresivo mayor, recidivante (Tabla 5). El problema esencial del diagnóstico de los episodios de trastorno depresivo mayor recidivante es la elección de los criterios que permitan definir la resolución de cada período. Dos variables utilizadas con el grado de resolución de los síntomas y la duración de la resolución. En el DSM-IV-TR se requiere que los episodios diferenciados de depresión estén separados al menos por un período de 2 meses durante el cual el paciente no tendrá síntomas significativos de depresión.

Tabla 5. Trastorno depresivo mayor recidivante	
A.	Presencia de dos o más episodios depresivos mayores. Nota. Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
B.	Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno

esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. **Nota.** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Si se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* su estado clínico actual y/o los síntomas:

Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos/grave con síntomas psicóticos

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el período posparto

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, *especificar* el estado clínico actual del trastorno depresivo mayor o los síntomas del episodio más reciente:

En remisión parcial, en remisión total

Crónico

Con síntomas catatónicos

Con síntomas melancólicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el posparto

Especificar :

Especificaciones de curso (con y sin recuperación interepisódica)

Con patrón estacional

Criterios para diagnóstico de trastorno depresivo mayor recidivante según el DSM-IV (12)

Además de las especificaciones de gravedad, psicoticismo y remisión (Tabla 6), en el DSM-IV-TR se definen otros síntomas que pueden utilizarse para describir a los pacientes que tienen varios trastornos del estado de ánimo. Dos de las características (melancólicas y atípicas) se limitan a la descripción de los episodios depresivos. Otras dos (características catatónicas y con inicio en el posparto) pueden aplicarse a los episodios depresivos (8).

Con características psicóticas. La presencia de estas características reflejan una enfermedad grave y es un indicador de mal pronóstico. Los propios síntomas psicóticos se clasifican como congruentes con el estado de ánimo, es decir, en armonía con el trastorno del estado de ánimo o incongruente con el estado de ánimo, es decir, sin armonía con el trastorno del estado de ánimo.

Los factores siguientes se han asociado a un mal pronóstico en los pacientes con trastornos del estado de ánimo: duración prolongada de los episodios, disociación temporal entre el trastorno de estado de ánimo y los síntomas psicóticos y antecedentes de inadecuación social antes de la enfermedad. La presencia de síntomas psicóticos también tiene implicaciones significativas para el tratamiento. Estos pacientes generalmente requieren fármacos antipsicóticos además de antidepresivos o de termorreguladores, y su mejoría clínica puede necesitar TEC.

Con síntomas melancólicos. La melancolía es uno de los términos más antiguos en psiquiatría y se utiliza para describir la depresión caracterizada por anhedonia

grave, despertar matutino más precoz, pérdida de peso y profundos sentimientos de culpa (a menudo, en referencia a situaciones triviales). No es infrecuente que los pacientes melancólicos tengan ideación suicida. La melancolía se asocia a cambios en el SNC y en las funciones endocrinas, por lo cual suele denominarse “depresión endógena” o depresión que surge en ausencia de factores estresantes o precipitantes vitales externos.

Con síntomas atípicos. La introducción de una depresión definida formalmente con síntomas atípicos es una respuesta a datos obtenidos de investigaciones y a datos clínicos que sugieren que los pacientes con síntomas atípicos tienen unas características específicas predecibles: sobrealimentación e hipersomnias. Esos síntomas se han denominado síntomas vegetativos inversos, y el patrón de síntomas se han denominado disforia histeroide. Cuando los pacientes que tienen un trastorno depresivo mayor con síntomas atípicos se comparan con los pacientes que tienen síntomas típicos con depresión, los primeros tienen una edad de inicio más joven, un enlentecimiento psicomotor más intenso y diagnósticos comórbidos de trastorno de angustia, abuso o dependencia de sustancias y trastorno de somatización con mayor frecuencia. La elevada incidencia y gravedad de los síntomas de ansiedad en los pacientes con síntomas atípicos se han correlacionado con la probabilidad de que sean clasificados erróneamente como trastorno de ansiedad y no como trastorno del estado de ánimo.

Con síntomas catatónicos. Como síntoma la catatonía puede estar presente en varios trastornos mentales principalmente en la esquizofrenia y en los trastornos del estado de ánimo. La presencia de síntomas catatónicos en pacientes con trastornos del estado de ánimo puede tener significado pronóstico y terapéutico.

Los síntomas centrales de la catatonía (estupor, embotamiento afectivo, retraimiento externo, negativismo e importante retraso psicomotor) pueden verse en la esquizofrenia tanto catatónica como no catatónica, en el trastorno depresivo mayor (a menudo con síntomas psicóticos) y en otros trastornos médicos y neurológicos.

Inicio en el posparto. Se aplica esta especificación si el inicio de los síntomas tiene lugar en las 4 semanas siguientes al posparto.

Tabla 6. Especificaciones de gravedad/psicosis/remisión para el episodio depresivo mayor actual (o más reciente).
Nota: codificar en el cuarto dígito. Leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos y graves con síntomas psicóticos pueden aplicarse sólo si actualmente se cumplen los criterios de episodios depresivos mayor. en remisión parcial y en remisión total pueden ser aplicables al episodio depresivo mayor más reciente en un trastorno bipolar I o II sólo en el caso de que se trate del episodio afectivo más reciente.
Leve: pocos o ningún síntoma además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que provocan sólo una ligera incapacidad laboral o en las actividades sociales habituales o en las relaciones con los demás
Moderado: síntomas de incapacidad funcional entre “leves y graves”.

Grave sin síntomas psicóticos: varios síntomas además de los necesarios para realizar el diagnóstico y síntomas que interfieren notablemente las actividades laborales o sociales habituales, o las relaciones con los demás.

Grave con síntomas psicóticos: ideas delirantes o alucinaciones. Si es posible, especificar si los síntomas psicóticos son congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.

Síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido es enteramente consistente con los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de un castigo

Síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo: ideas delirantes y alucinaciones cuyo contenido no consiste en los temas depresivos típicos de inutilidad, culpa, enfermedad, nihilismo o de ser merecedor de un castigo. Se incluyen síntomas como las ideas delirantes de persecución (sin relación directa con los temas depresivos), inserción del pensamiento, difusión del pensamiento e ideas delirantes de control.

En remisión parcial: hay algunos síntomas de un episodio depresivo mayor, pero ya no se cumplen totalmente los criterios, o después del episodio depresivo mayor hay un período sin síntomas significativos del episodio depresivo mayor con una duración menor de 2 meses. (si el episodio depresivo mayor se ha superpuesto a un trastorno distímico sólo se establece el diagnóstico de trastorno distímico una vez han dejado de cumplir los criterios completos para el episodio depresivo mayor).

En remisión total: durante los últimos 2 meses no ha habido signos o síntomas significativos de la alteración.

No especificado.

Especificaciones para episodio depresivo mayor, según el DSM-IV (12)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés o placer son los síntomas clave de la depresión. Los pacientes se pueden sentir tristes, sin esperanza, un desecho o alguien que no vale la pena. Para el paciente, el estado de ánimo deprimido tiene una calidad diferente que le distingue de una emoción normal de tristeza o duelo.

Dos tercios de todos los pacientes con depresión contemplan el suicidio, y entre el 10 y 15% de ellos lo cometen. Los casos hospitalizados por un intento de suicidio o una ideación suicida tienen un riesgo mayor a lo largo de la vida de tener éxito en un intento de suicidio que los que nunca han sido hospitalizados por una ideación suicida. Algunos pacientes con depresión no parecen ser conscientes de su depresión y no refieren tener un trastorno del estado de ánimo, aunque se muestren retraídos de la familia, amigos y actividades que antes les interesaban. Prácticamente todos los pacientes con depresión (97%) se quejan de una menor energía, tienen problemas para terminar los trabajos, tienen problemas escolares y laborales, así como una motivación menor para llevar a cabo nuevos proyectos. El 80% de los casos aquejan problemas de sueño, especialmente con despertares matutinos más precoces (es decir, insomnio terminal) y muchos despertares a lo largo de la noche, durante los cuales cavilan sobre sus problemas. Muchos pacientes notan que disminuye su apetito y pierden peso, pero en otros el apetito aumenta y engordan y duermen más de lo normal. Esos pacientes se clasifican con síntomas atípicos según el DSM-IV-TR.

La ansiedad, un síntoma frecuente de la depresión, afecta hasta el 90% de todos los pacientes con depresión. Los distintos cambios que sufren el patrón de

alimentación y el reposo agravan las enfermedades médicas comórbidas, como la diabetes, la hipertensión, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o una cardiopatía. Otros síntomas vegetativos consisten en alteraciones de la menstruación y disminución del interés y del rendimiento en las actividades sexuales. Los problemas sexuales provocan que se acuda a lugares inadecuados como consejeros matrimoniales y terapeutas sexuales, cuando no se reconoce el trastorno depresivo subyacente. La ansiedad (incluidas las crisis de angustia), el abuso de alcohol y las molestias somáticas (estreñimiento y las cefaleas) a menudo complican el tratamiento de la depresión. El 50% de todos los pacientes describen una variación diurna de sus síntomas, con aumento de la intensidad por la mañana y disminución de los síntomas por la noche. Los síntomas cognitivos comprenden informes subjetivos de incapacidad para concentrarse (84% de los pacientes en un estudio) y problemas de pensamiento (67% de los pacientes en otro estudio) (8).

Trastornos comórbidos. Dentro de estos se encuentran los trastornos de ansiedad, donde los síntomas significativos de ansiedad pueden coexistir (y a menudo coexisten) con síntomas significativos de depresión.

Además se encuentra la dependencia al alcohol que coexiste con frecuencia, asociándose con mayor fuerza a mujeres que a varones. Por el contrario, los datos genéticos y familiares sobre varones afectados tanto por el trastorno del estado de ánimo como por una dependencia del alcohol indican que es probable que tengan dos procesos patológicos genéticamente diferenciados.

También existen otros trastornos relacionados con sustancias distintos se asocian con frecuencia. El abuso de sustancias puede estar implicado como precipitante de un episodio de enfermedad o, por el contrario, representa los intentos del paciente de tratar su propia enfermedad.

Es frecuente que la depresión coexista con otras afecciones médicas, especialmente en personas mayores. Cuando coexisten la depresión y las afecciones médicas, se debe determinar si la afección médica subyacente está fisiopatológicamente relacionada con la depresión o si los fármacos que el paciente está tomando para sus problemas médicos son la causa de la depresión. Según muchos estudios, el tratamiento de un trastorno depresivo mayor comórbido mejora la evolución de un trastorno médico subyacente, incluido el cáncer (8).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Los estudios sobre la evolución y pronóstico llegan a la conclusión de que estos trastornos tienden a presentar una evolución prolongada y que los pacientes tienden a recaer.

INICIO. En torno al 50% de los pacientes muestran durante su primer episodio síntomas depresivos significativos antes de que se identificara el episodio como tal. Cuanto más pronto se identifiquen y traten los síntomas más precoces, mejor será la prevención del desarrollo del episodio depresivo completo. El primer episodio depresivo aparece antes de los 40 años en el 50% de los casos. Un inicio más tardío se asocia a la ausencia de historia familiar de trastornos del estado de ánimo, trastorno antisocial de personalidad y abuso de alcohol.

DURACIÓN. Un episodio depresivo no tratado dura entre 6 y 13 meses, y la mayoría de los episodios tratados duran unos 3 meses. La retirada de los antidepresivos antes de los 3 meses casi siempre provoca la recidiva de los síntomas. A medida que evoluciona el trastorno, los pacientes tienden a tener episodios más frecuentes y que duran más tiempo. La medida del número de episodios en un período de 20 años es de cinco o seis.

PRONÓSTICO. El trastorno depresivo mayor no es un trastorno benigno. Tiende a cronificarse y los pacientes tienden a recaer, los pacientes que han sido hospitalizados por un primer episodio de trastorno depresivo mayor tienen un 50% de posibilidades de recuperarse el primer año. El porcentaje de pacientes que se recuperan después de hospitalizaciones reiteradas disminuye con el tiempo. Muchos de los pacientes que no se recuperan siguen afectados por un trastorno distímico. El 25% de los casos tienen una recurrencia del trastorno depresivo mayor en los primeros 6 meses después de ser dados de alta del hospital, el 30-50% en los 2 años siguientes y el 50-75% a los 5 años. La incidencia de recidiva es inferior a esas cifras en los pacientes que continúan recibiendo tratamiento psicofarmacológico profiláctico y en los que tuvieron únicamente uno o dos episodios depresivos. En general, el tiempo entre los episodios disminuye y la intensidad de éstos aumenta cuando el paciente va acumulando más episodios depresivos.

INDICADORES PRONOSTICOS. Muchos estudios se han en identificar los indicadores de buen y mal pronóstico en la evolución de un trastorno depresivo mayor. Los episodios leves, la ausencia de síntomas psicóticos y una estancia hospitalaria breve son indicadores de buen pronóstico. Los indicadores psicosociales de una evolución favorable son antecedentes de amistades sólidas, durante la adolescencia, funcionamiento familiar estable y funcionamiento social

homogéneo en los 5 años anteriores a la enfermedad. Otros signos de buen pronóstico son la ausencia de un trastorno psiquiátrico asociado y de un trastorno de personalidad, no más de una hospitalización previa por el trastorno depresivo mayor y una edad avanzada en el momento del inicio. La posibilidad de un mal pronóstico aumenta en presencia de un trastorno distímico asociado, abuso de alcohol y de otras sustancias, síntomas de un trastorno de ansiedad y antecedentes de más de un episodio depresivo previo. Los varones tienen más probabilidades que las mujeres de tener una evolución crónica deteriorante (8).

TRASTORNO DISTÍMICO

Según el DSM-IV-TR, el síntoma más habitual del trastorno distímico es la presencia de un estado de ánimo deprimido que dura la mayor parte del día y que está presente casi continuamente. Existen sentimientos asociados de ineptitud, culpa, irritabilidad y enfado, retraimiento social, pérdida de interés e inactividad y falta de productividad. El término distimia, que significa “humor enfermo”, fue introducido en 1980. El trastorno distímico se distingue del depresivo mayor por el hecho de que los pacientes se quejan de que siempre han estado deprimidos. No obstante, la mayoría de los casos son de inicio más precoz, comienzan en la infancia o adolescencia y, ciertamente, ya está presente cuando los pacientes llegan a los 20 años. Se ha identificado un subtipo de inicio tardío, mucho menos prevalente y no bien definido clínicamente, en poblaciones de mediana edad y geriátricas, principalmente a través de los estudios epidemiológicos comunitarios.

Aunque la distimia puede aparecer como una complicación secundaria de otros trastornos psiquiátricos, el concepto nuclear del trastorno distímico hace referencia a un trastorno depresivo subafectivo o subclínico de curso crónico de bajo grado durante al menos 2 años, un inicio gradual, con origen a menudo en la infancia o la adolescencia y curso persistente o intermitente. Los antecedentes familiares de los pacientes con distimia generalmente están repletos de trastornos tanto depresivos como bipolares, que es uno de los resultados más robustos que apoyan su vinculación con el trastorno primario del estado de ánimo (8).

EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno distímico es frecuente en la población general y afecta al 5-6% de todas las personas. No se detectan diferencias entre sexos en las tasas de incidencia. El trastorno es más frecuente en las mujeres menores de 64 años de edad que en los varones a cualquier edad, y es más habitual entre las personas solteras y jóvenes y en las de nivel socioeconómico bajo. El trastorno coexiste a menudo con otros trastornos mentales, en particular con el trastorno depresivo

mayor, y entre las personas con trastorno depresivo mayor existe una mayor probabilidad de remisión total entre los episodios. Los pacientes también pueden tener trastornos de ansiedad comórbidos, uso de sustancias y trastorno de personalidad límite. El trastorno es más frecuente entre los familiares de primer grado de los pacientes con trastorno depresivo mayor (8).

ETIOLOGÍA

Factores biológicos. Las bases biológicas de los síntomas del trastorno distímico y del trastorno depresivo mayor son similares pero las bases biológicas de la fisiopatología subyacente difieren entre ambos trastornos.

En estudios sobre el sueño se ha encontrado que la disminución de la latencia de movimientos rápidos (REM) y el aumento de la densidad de los REM son dos marcadores del estado de depresión en el trastorno depresivo mayor que también presentan en una proporción significativa de pacientes con distimia.

En estudios sobre endocrinología, se ha encontrado que los ejes suprarrenal y tiroideo tienen menos resultados anormales en la PSD que los pacientes con trastorno depresivo mayor.

Factores psicosociales. Las teorías psicodinámicas proponen que el trastorno es consecuencia de alteraciones durante el desarrollo de la personalidad y del yo, que culminan en la dificultad de adaptación a la adolescencia y al inicio de la edad adulta.

En duelo y melancolía, Freud, afirmaba que una frustración interpersonal en momentos más precoces de la vida puede causar una vulnerabilidad a la depresión que provoca relaciones de amor ambivalentes en la edad adulta. Entonces las pérdidas reales o temidas en la vida adulta desencadenarán la depresión. Las personas susceptibles a la depresión son oralmente dependientes y requieren una gratificación narcisista constante. Cuando se les priva de amor, afecto y cuidados, desarrollan una depresión clínica. Cuando sufren una pérdida real, utilizan mecanismos de internalización e introyección hacia el objeto perdido y vuelven su enfado hacia él y, en consecuencia, hacia ellos mismos.

La teoría cognitiva de la depresión también se puede aplicar al trastorno distímico. Esta teoría sostiene que la disparidad entre las situaciones reales y las fantasías disminuye la autoestima y da un sentimiento de indefensión (8).

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACION CLÍNICAS

Los criterios de diagnóstico clínico del trastorno distímico del DSM-IV-TR (Tabla 7) proponen la presencia de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo al menos durante 2 años (o 1 año para niños y adolescentes). Para cumplir los criterios diagnósticos, un paciente no debe tener síntomas que se pueden explicar mejor por un trastorno depresivo mayor y nunca deberían haber tenido un episodio de manía o de hipomanía. En el DSM-IV-TR se permite a los clínicos especificar si el inicio era más precoz (antes de los 21 años de edad) o tardío (21 años de edad o mayores). También se permite la especificación de los síntomas atípicos en el trastorno distímico.

Tabla 7. Trastorno distímico.	
A.	Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, durante al menos 2 años. Nota: en los niños y adolescentes es estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe de ser al menos 1 año.
B.	Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: 1) Pérdida o aumento de apetito 2) Insomnio o hipersomnía 3) Falta de energía o fatiga 4) Baja autoestima 5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones 6) Sentimientos de desesperanza
C.	Durante el periodo de 2 años (1 año para niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
D.	No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial. Nota. Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
E.	Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o n episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico
F.	La alteración no parece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
G.	Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a enfermedad médica.
H.	Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
	<i>Especificar si:</i> Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad <i>Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico):</i> Con síntomas atípicos

Criterios para el diagnóstico de trastorno distímico según el DSM-IV-TR (12)

El perfil del trastorno distímico se superpone con el del trastorno depresivo mayor, pero difiere de éste en que los síntomas tienden a ser mayores que los signos (más subjetivos que en la depresión objetiva), lo cual significa que los trastornos del apetito y la libido no son característicos y que no se observa agitación o retraso psicomotor. Todo ello se traduce en una depresión con

sintomatología atenuada. Sin embargo, se observan síntomas endógenos sutiles: inercia, letargo, anhedonia que generalmente son peores por la mañana. Como los pacientes que acuden a la consulta a menudo presentan fluctuaciones entrando y saliendo de su depresión mayor, los criterios centrales del DSM-IV-TR para el trastorno distímico tienden a resaltar la disfunción vegetativa, mientras que el criterio alternativo B para el trastorno distímico (tabla 8) del anexo del DSM-IV-TR se recogen síntomas cognitivos.

Tabla 8. Criterio B alternativo de investigación del DSM-IV-TR para el trastorno distímico	
F.	Presencia, durante el estado depresivo, de tres (o más) de los siguientes síntomas:
	1) Baja autoestima o autoconfianza, o sensación de inadecuación
	2) Pesimismo, desesperación o desesperanza
	3) Pérdida generalizada del interés o del placer
	4) Aislamiento social
	5) Fatiga o cansancio crónicos
	6) Sentimientos de culpa, rumiación sobre el pasado
	7) Sensación subjetiva de irritabilidad o ira excesivas
	8) Disminución de la actividad, eficiencia o productividad
	9) Dificultades para pensar, lo que se traduce en pobreza de concentración y de memoria o en indecisión.

Criterio B alternativo de investigación para trastorno distímico según el DSM-IV-TR (12)

El trastorno distímico es bastante heterogéneo. La ansiedad no es un componente necesario de este cuadro clínico, a pesar de que el trastorno distímico se diagnostica también con frecuencia en los pacientes con ansiedad y trastornos fóbicos. La situación clínica suele diagnosticarse como un trastorno mixto ansioso-depresivo. Para una mayor claridad operativa, es mejor restringir el trastorno distímico a un trastorno primario, uno que no se puede explicar por otro trastorno psiquiátrico. Los síntomas esenciales de este trastorno distímico primario consisten en melancolía habitual, rumiación, falta de disfrute por la vida y preocupación por su ineptitud. La mejor forma de identificar el trastorno distímico es identificar una depresión de bajo grado, fluctuante y de larga evolución, que se experimenta como una parte habitual y que representa la acentuación de los rasgos observados en el temperamento depresivo (Tabla 9). El cuadro clínico del trastorno distímico es variado, en algunos pacientes evoluciona a la depresión mayor, mientras que otros manifiestan la patología principalmente en la personalidad (8).

Tabla 9. Atributos, activos y responsabilidades del temperamento depresivo
<ul style="list-style-type: none"> • Sombrío, incapaz de divertirse, quejica • Sin sentido del humor • Pesimista dado a rumiaciones • Propenso a la culpa, autoestima baja y preocupación por ser inadecuado o fracasar • Introverso con vida social limitada • Inactivo, lleva una vida sin acciones • Pocos intereses, pero constantes • Pasivo • Fiable, dependiente y leal

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Aproximadamente el 50% de los pacientes con trastorno distímico presentan un inicio gradual de los síntomas antes de los 25 años de edad. A pesar del inicio más precoz, a menudo se sufren los síntomas durante una década antes de buscar ayuda psiquiátrica, y considerando que el trastorno distímico de inicio precoz es algo que simplemente forma parte de sus vidas. Los pacientes con un inicio más precoz de los síntomas tienen riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar I en el curso de su trastorno. En los estudios de pacientes con diagnóstico de trastorno distímico se demuestra que cerca del 20% de los casos progresaron a un trastorno depresivo mayor; 15%, a un trastorno bipolar II, y menos del 5% a un trastorno bipolar I.

El pronóstico de estos pacientes es variado. Los fármacos antidepresivos y algunos tipos concretos de psicoterapia tienen efectos positivos en el curso y el pronóstico del trastorno distímico. Los datos existentes sobre los tratamientos que había con anterioridad indican que exclusivamente el 10-15% de los pacientes están en remisión 1 año después del diagnóstico inicial. Aproximadamente el 25% de todos los pacientes con trastorno distímico nunca alcanzan una recuperación completa; no obstante, el pronóstico es bueno cuando se aplica el tratamiento (8).

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

La ansiedad puede conceptualizarse como una respuesta normal y adaptativa a la amenaza que prepara al organismo para la lucha o huida. Sin embargo, es probable que los individuos que parecen estar ansiosos ante casi todo, reciben el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada. El DSM-IV-TR define el trastorno de ansiedad generalizada como una ansiedad y preocupación excesivas sobre diversos acontecimientos o actividades durante la mayor parte de los días, a lo largo de un período de mínimo 6 meses, la preocupación es difícil de controlar y se asocia a síntomas somáticos como tensión muscular, irritabilidad, trastorno del sueño e inquietud. La ansiedad no se centra en características de otro trastorno del Eje I, no está causada por el consumo de una sustancia ni una enfermedad orgánica y no se produce sólo durante un trastorno del estado de ánimo o psiquiátrico. La ansiedad es difícil de controlar, es subjetivamente angustiante y deteriora áreas importantes de la vida de un individuo (8).

EPIDEMIOLOGÍA

El trastorno de ansiedad generalizada es frecuente; estimaciones razonables de la prevalencia a 1 año oscilan entre el 3 y el 8%. El cociente entre

mujeres y varones es aproximadamente de 2:1, aunque el cociente entre mujeres y varones que reciben tratamiento intrahospitalario por el trastorno es aproximadamente de 1:1. La prevalencia a lo largo de la vida se aproxima al 5% en el estudio Epidemiological Catchment Area (ECA), lo que indica una prevalencia a lo largo de la vida de hasta el 8%. En la clínica del trastorno de ansiedad, aproximadamente el 25% de los pacientes presenta un trastorno de ansiedad generalizada. Éste suele iniciarse durante la adolescencia tardía o las etapas iniciales de la edad adulta, aunque se observan con frecuencia casos en adultos de mayor edad (8).

COMORBILIDAD

Este trastorno es el que posiblemente coexiste más frecuentemente con otro trastorno mental, por lo general la fobia social, la fobia específica, el trastorno de angustia o un trastorno depresivo. Puede que del 50 al 90% de los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada presente otro trastorno mental. Hasta un 25% de los pacientes experimenta eventualmente un trastorno de angustia espontáneas. Un alto porcentaje adicional de los pacientes quizá presente un trastorno depresivo mayor. Otros trastornos frecuentes asociados al trastorno de ansiedad generalizada son el trastorno distímico y los relacionados con sustancias (8).

ETIOLOGÍA

Se desconoce la causa del trastorno de ansiedad generalizada. Como se define actualmente, este trastorno probablemente afecte a un grupo heterogéneo de individuos. Quizá debido a que un cierto grado de ansiedad resulta normal y adaptativo, la diferenciación entre la ansiedad normal y la patológica, así como la diferenciación de los factores causales biológicos de los psicosociales, puede resultar difícil. Los factores biológicos y psicológicos probablemente actúen de forma conjunta (8).

Factores biológicos. La eficacia terapéutica de las benzodiazepinas y las azaspironas (Buspirona) ha centrado las investigaciones biológicas en los sistemas de neurotransmisores del GABA y la serotonina. Se sabe que las benzodiazepinas (que son agonistas de los receptores benzodiazepínicos) reducen la ansiedad, mientras que el flumazenilo (un antagonista de los receptores benzodiazepínicos) y las β -carbolinas (agonistas inversos de los receptores benzodiazepínicos) la inducen. Aunque no se dispone de datos convincentes sobre alteraciones de los receptores benzodiazepínicos en estos pacientes, algunos investigadores se han centrado en el lóbulo occipital, que contiene las concentraciones más elevadas de receptores benzodiazepínicos

cerebrales. Otras áreas cerebrales implicadas hipotéticamente son los ganglios basales, el sistema límbico y la corteza frontal. Puesto que la buspirona es un agonista de los receptores serotoninérgicos 5HT_{1A}, se ha postulado una alteración de la regulación del sistema serotoninérgico. Otros sistemas de neurotransmisores sometidos a investigación son los sistemas de la noradrenalina, del glutamato y la colecistocinina. Ciertas evidencias indican que los pacientes con este trastorno pueden presentar una subsensibilidad de los receptores α_2 -adrenérgicos, como indica un aplanamiento de la liberación de la hormona del crecimiento tras la infusión de clonidina.

Los estudios de neuroimagen cerebral han mostrado resultados significativos. En un estudio con TEP se describió una reducción de la tasa metabólica en los ganglios basales y en la sustancia blanca en comparación con los sujetos sanos control. Asimismo se han efectuado algunos estudios genéticos. En uno de ellos se observó que podía existir una relación genética entre el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor en las mujeres. En otro se demostró un componente genético diferenciado, aunque difícil de cuantificar, en el trastorno de ansiedad generalizada. Aproximadamente el 25% de los familiares de primer grado de los pacientes con este trastorno también están afectados por éste. Los familiares varones probablemente presenten un trastorno por consumo de alcohol. Algunos estudios en gemelos monocigóticos y del 15% en los dicigóticos.

Se ha observado una gran diversidad de alteraciones electroencefalográficas en el ritmo α y en los potenciales evocados. En estudios electroencefalográficos durante el sueño, se han descrito un aumento de las interrupciones del sueño, además de una reducción del sueño δ , del sueño de fase 1 y del sueño REM. Estos cambios de la arquitectura del sueño difieren de los observados en los trastornos depresivos (8).

Factores psicosociales. Las dos principales escuelas de pensamiento sobre los factores psicosociales inductores del trastorno de ansiedad generalizada son las escuelas cognitivo-conductual y psicoanalítica. De acuerdo con la primera, los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizado responden a unos peligros incorrecta a inexactamente percibidos. La falta de exactitud se genera por la atención selectiva a los detalles negativos del entorno, por distorsiones del procesamiento de la información y por una visión excesivamente negativa de la propia capacidad de afrontamiento. La escuela psicoanalítica postula que la ansiedad es un síntoma de conflictos inconscientes no resueltos. Sigmund Freud fue el primero en presentar esta teoría psicológica en 1909 con su descripción del pequeño Hans; anteriormente, el psicoanalista vienés había conceptualizado la ansiedad con una base fisiológica (8).

DIAGNÓSTICO.

El trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza, de acuerdo con el DSM-IV-TR, por un patrón de ansiedad y preocupación frecuentes y persistentes, desproporcionadas al impacto del acontecimiento o la circunstancia que es el centro de la preocupación (Tabla 10). La distinción entre el trastorno de ansiedad generalizada y la ansiedad normal se pone de relieve por el uso de las palabras “excesiva” y “difícil de controlar” en los criterios y por la especificación de que los síntomas provocan un deterioro o un malestar significativos (8).

Tabla 10. Trastorno de Ansiedad Generalizada

- | |
|--|
| <p>A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga por más de 6 meses.</p> <p>B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado constante de preocupación.</p> <p>C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses) Nota. En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Inquietud o impaciencia2) Fatigabilidad fácil3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco4) Irritabilidad5) Tensión muscular6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador) <p>D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.</p> <p>E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.</p> |
|--|

Criterios para el diagnóstico de Ansiedad generalizada según el DSM-IV-TR (12)

CUADRO CLÍNICO

Las características esenciales de este trastorno son la ansiedad y la preocupación sostenidas y excesivas acompañadas de varios síntomas fisiológicos, como la tensión motora, la hiperactividad autónoma y la vigilancia cognitiva. La ansiedad resulta excesiva e interfiere con otros aspectos de la vida del individuo. Este patrón debe ocurrir la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses. La tensión motora se manifiesta principalmente por medio de temblores, nerviosismo y cefaleas. La hiperactividad autónoma se manifiesta con frecuencia a través de una sensación disneica, una sudoración excesiva, palpitaciones y

diversos síntomas digestivos. La vigilancia cognitiva se manifiesta por la irritabilidad y la facilidad por sobresaltarse.

Los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada suelen acudir a un médico de familia o un internista por un síntoma somático. De manera alternativa, acuden a un especialista debido a un síntoma específico. Raramente se observa un trastorno orgánico no psiquiátrico específico y la conducta de búsqueda de atención médica varía según los pacientes. Algunos aceptan un diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada y el tratamiento adecuado; otros buscan consultas médicas adicionales para sus problemas. El trastorno puede ser incapacitante (8).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

La edad de inicio es difícil de especificar; la mayoría de los pacientes con el trastorno manifiesta que han sufrido ansiedad desde que son capaces de recordar. Habitualmente, los pacientes consultan al médico aproximadamente después de cumplir 20 años, aunque el primer contacto con un clínico puede producirse a cualquier edad. Sólo un tercio de los pacientes con este trastorno busca tratamiento psiquiátrico. Muchos consultan a médicos de familia o algún especialista en busca de tratamiento del componente somático del trastorno. Debido a la alta incidencia de trastornos mentales comórbidos en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, su evolución clínica y su pronóstico son difíciles de predecir. Sin embargo, algunos datos indican que los episodios vitales se asocian al inicio del trastorno: diversos sucesos negativos a lo largo de la vida aumentan enormemente su probabilidad de aparición. Por definición, el trastorno de ansiedad generalizada es un trastorno crónico que puede durar toda la vida (8).

CONDUCTA AUTOLESIVA (CAL)

Las conductas autolesivas son múltiples y diversas en presentación y a menudo extremadamente confusas y molestas, frecuentemente son una conducta descarada, y el llamado para una intervención efectiva.

Una CAL es toda aquella conducta dirigida a ocasionar deliberadamente daño físico directo al propio cuerpo, sin la intención de morir como consecuencia de esta conducta (19).

Es una conducta *deliberada*, es decir, conciente en su motivación, por lo tanto aquellos actos cometidos en estado disociativos no entran en este grupo de conductas, así como tampoco las accidentales. *Daño físico directo*, implica daño que es bastante más inmediato en impacto; por lo que se excluye el fumar y el

tomar alcohol en forma excesiva; el daño físico puede ser externo, como el cortarse la piel, picarse, o interno, como la ingestión de objetos afilados. Por otro lado, *sin la intención de morir*, es uno de los aspectos más difíciles de obtener, pues los individuos pueden presentar a menudo un intenso estado disfórico, de tristeza o desesperación cuando se autolesionan y pueden experimentar ideas suicidas. Sin embargo, estos pacientes llegan a describir su conducta autodestructiva sin la intención de morir, e inclusive hablan de un alivio después de la autolesión (19).

La conducta se puede presentar eventualmente en padecimientos psiquiátricos como estados depresivos o psicóticos. Sin embargo, cuando se presenta de manera frecuente, constituye lo que se denomina el síndrome de autolesión deliberada que se puede observar en pacientes con retraso mental y trastorno de la personalidad. Existen algunos padecimientos dentro el DSM –IV que pueden presentar conductas autolesivas, ya que propiamente no se distinguen en un padecimiento aparte. Estos trastornos son (19):

- Tricotilomanía, dentro del Eje I en el apartado de Trastornos del Control de impulsos.
- Trastorno del control de impulsos no especificado.
- En el Eje II, Trastorno de la personalidad límite.
- Trastorno de los movimientos estereotipados con conducta autolesiva, dentro de Otros trastornos de la infancia, adolescencia.

Favazza (1996), encuentra desde la prehistoria al presente, extensas investigaciones y varias descripciones de formas de “automutilaciones en rituales y prácticas culturalmente sancionadas”. Los rituales culturales, son actividades que se repiten por varias generaciones, y que implican tradición y creencias, además de ser compartidas por muchos de los miembros de la comunidad. Tenemos por ejemplo, en alguna región de India, eligen a hombres jóvenes para que se inserten broquetas en el pecho y en la espalda. Las prácticas culturales, son actividades con un significado simbólico pequeño, como los piercing en la actualidad (19).

Los rituales a través de una conducta autolesiva promueven tres factores sociales, según Favazza: espiritualidad, orden y curación. En contraste, la autolesión patológica tiende a ser vista negativamente por la cultura general, no comparte un simbolismo o significado con la cultura y no es practicada por una porción considerable de la sociedad (19).

Favazza ha propuesto un sistema para clasificar las CAL; cuatro categorías comprenden el espectro de estas conductas, y cada categoría tiende a presentarse de forma prevalente en algún trastorno mental (TABLA 11) (19).

TABLA 11. Clasificación de las conductas autolesivas (CAL)					
Categoría	Conducta	Tejido Dañado	Frecuencia	Patrón	Trastorno
Estereotipada	Golpes en cabeza Mordedura Masticarse Jalar cabellos	Medio a severo (en peligro la vida)	Muy frecuente	Sin simbolismo, por ataque, por crisis	Retraso mental Autismo Lesch- Nyhan Cornelio de Lange Prader Willi
Mayor	Castración Enucleación de ojo, Amputación	Severo y peligro por la vida	Único	Impulsivo o planeado con simbolismo concreto	Psicosis Intoxicaciones Trastorno de del carácter severos Transexualismo
Compulsiva	Jalar cabellos Rasguñarse Morder uñas	Medio a moderado	Repetitivo	Compulsivo, parte de un ritual, alguna vez simbólico	Tricotilomanía Trastorno de los movimientos estereotipado
Impulsiva	Cortarse, Quemarse, Herirse piel	Medio a moderado	Único o habitual pero no repetitivo	Impulsivo, simbólico, ritual	Trastornos graves de la personalidad, Trastornos de estrés postraumático, Trastornos de alimentación

Conductas autolesivas estereotipadas

Se refiere a aquella que ocurre de forma repetitiva, monótona, de forma fija, frecuente, con ritmo, sin significado, afecto o pensamiento. El daño puede ser moderado grave, y siempre hay la amenaza de volver a ocurrir. Es menos frecuente que ocurra cuando el paciente está acompañado. Regularmente estos pacientes tienen Retraso Mental; otras entidades relacionadas son el autismo, Síndrome de Lesch-Nyhan, Cornelio de Lange, Prader Willi (19).

CAL Mayores

El término sugiere las autolesiones más dramáticas y frecuentemente las más amenazantes que envuelven la destrucción irreversible del órgano o tejido y generalmente constituyen una urgencia médica. Castración, enucleación del ojo y

amputación de alguna extremidad son las más comunes. Estas son planeadas o altamente impulsivas en naturaleza y son más comunes en estados psicóticos. Se han reportado en trastornos como Esquizofrenia, estados de Intoxicación, trastornos afectivos severos y en el transexualismo.

Las CAL de pacientes psicóticos frecuentemente son en respuesta a alucinaciones imperativas o ideas delirantes (religiosas); temas como el castigo por la culpa o transgresiones sexuales son comunes (19).

CAL Compulsivas

Incluyen a los actos repetitivos, ritualísticos que ocurren múltiples veces al día, como la tricotilomanía, onicofagia, y las heridas en piel como los rasguños y las laceraciones. Generalmente el paciente refiere una urgencia consciente, automática, con un complejo de pensamientos y emociones que lo llevan a la conducta con un alivio posterior a la realización del acto (19).

CAL Impulsivas

Algunos individuos las presentan durante su vida un número limitado de veces, mientras otros las presentan frecuentemente y forma habitual. Favazza ha propuesto utilizar el término episódico y repetitivo para diferenciar estos dos subgrupos. En el tipo repetitivo, la autolesión se convierte en una preocupación predominante y organizada, con una calidad adictiva, incorporándose en el sentido de identidad del individuo. Se convierte en una respuesta automática ante varios estímulos internos y externos; típicamente inicia en la adolescencia y persistente por décadas (19).

Aunque típicamente estas conductas pueden conceptualizarse como actos de agresión impulsiva, son altamente complejos en cuanto a motivaciones, determinantes y precipitantes. Puede decirse que frecuentemente permiten obtener alivio breve de varios estados intolerables. En este sentido sirven de forma patológica como una función de sostén de vida (19).

Aunque faltan estudios epidemiológicos, se ha estimado de forma indirecta, que la incidencia de CAL impulsiva puede ser hasta de 1 por 1,000 personas anualmente. Es más común en mujeres y típicamente inicia en la adolescencia o adulto joven. Está asociado de forma más común con ciertos trastornos como el Trastorno de personalidad límite, el Trastorno antisocial, TEPT, y trastornos de la alimentación; de estos, el que aparece más ligado es el Trastorno de la personalidad límite (19).

Aunque la estructura y contexto de las conductas autolesivas pueden variar significativamente de persona a persona, Liebenluff, et al, describió 5 fases en el proceso (19):

- 1) El evento precipitante (una pérdida real o subjetiva)
- 2) Disforia en aumento
- 3) Intentos de prevenir la autolesión
- 4) La autoagresión (acompañada por parcial o total analgesia)
- 5) Repercusiones (comúnmente acompañada de alivio).

Entre las motivaciones que se describen para la CAL se encuentran (1):

- a) Liberar una tensión insoportable
- b) Descargar ira dirigida a una parte de ellos mismos, hacia otros, ya sea de forma real o internalizados
- c) Autocastigo
- d) Como intento de sentirse vivo, aliviar la sensación de despersonalización y muerte emocional
- e) Recobrar un sentido de control y omnipotencia
- f) Autocalmarse
- g) Reconfirmar sus propios límites
- h) Comunicación o control de otros
- i) Excitación sexual, euforia
- j) Aliviar la soledad, alienación, desesperanza, o desesperación
- k) Combatir cualquier pensamiento o sentimiento, de forma desesperada
- l) Y como forma de expresión de estados disociativos.

Naturalmente, algunas de estas motivaciones se solapan y la conducta puede servir para múltiples propósitos en un individuo.

TRASTORNO LÍMITE Y SU COMORBILIDAD

Comorbilidad significa concomitancia de varios padecimientos en un mismo sujeto. El conocimiento de que puede haber varios trastornos mentales en el mismo individuo obliga a diagnosticarlos de manera apropiada, a tratarlos por separado y a saber que el pronóstico de cada padecimiento comórbido es más difícil cuando se encuentra en esta situación que cuando se presenta aislado (11).

Lo anterior es cierto si aparecen juntas varias entidades patológicas del Eje I y es más grave cuando se relacionan uno o varios trastornos del Eje I con uno o varios padecimientos del Eje II.

La comorbilidad con trastornos de Eje I fue investigada por Zanarini, Frankenburger, Duvo, et al en 504 pacientes hospitalizados, de los cuales 379

tenían trastorno límite de la personalidad. A lo largo de la vida, los trastornos comórbidos del Eje I de los pacientes con trastorno límite de la personalidad fueron: 96.3% había padecido trastornos del estado de ánimo (depresión mayor, distimia o trastorno bipolar II); 88.4%, trastornos por ansiedad; 64.1%, anomalías por uso de alcohol y drogas (sobre todo varones), 25.6% bulimia nerviosa y 20.8% anorexia nerviosa (con mayor frecuencia las mujeres) (11).

En un estudio realizado para conocer el rango de ocurrencia de los trastornos del Eje I en un grupo de pacientes con Trastorno límite comparado con otro grupo de pacientes con cualquier otro trastorno de personalidad, se estudiaron a 504 pacientes, de los cuales 379 formaron el primer grupo mencionado, llegando a 4 conclusiones importantes:

- 1) Encontraron una asociación significativa de los trastornos de ansiedad con el trastorno límite, siendo casi tan comunes como los trastornos del ánimo.
- 2) Casi 90% de los pacientes límite cumplieron criterios para trastornos de ansiedad y estos fueron más frecuentes comparados con otros trastornos de personalidad.
- 3) Hombres y mujeres con trastorno límite muestran diferencias en los patrones de comorbilidad en Eje I. Mientras un alto porcentaje de pacientes de ambos géneros cumplen criterios para un trastorno del humor, de ansiedad o ambos, difieren en el tipo de trastorno del impulso en el cual se “especializan”, siendo más común el abuso de sustancias en hombres y los trastornos de la conducta alimentaria en las mujeres.
- 4) El número tan importante y cambiante de comorbilidades en Eje I que experimentan estos pacientes hace difícil un diagnóstico certero y de tratamiento adecuado de la patología de personalidad y en contraste la comorbilidad en Eje I es un marcador útil para el diagnóstico del trastorno límite. (20)

Muchos clínicos piensan que la presencia de ciertas condiciones comorbidas impiden la recuperación sintomática de pacientes límite, además de interferir con su adaptación psicosocial. Existen estudios que han encontrado que los trastornos del ánimo, particularmente los unipolares, son comunes. Más específicamente, los estudios han encontrado que del 48-54% de los pacientes límite cumplen criterios para un trastorno del ánimo, con una media de 52%. El rango para depresión mayor fue de 18-40%, con una media de 29%. Distimia fue diagnosticada en 14-28% de los pacientes con una media de 15%. El espectro Bipolar fue menos común; se encontró en 7-15% de los pacientes con trastorno límite, con una media de 9% (18 y 25 del artículo eje I (19)).

En un estudio de seguimiento a 27 años, en pacientes límite, se encontró que el 22% de los pacientes seguían cumpliendo criterios para una distimia al término del estudio (15).

En un estudio de seguimiento a 6 años, realizado para comparar la comorbilidad en Eje I con pacientes límite y pacientes con otros trastornos de la personalidad, se encontraron tres importantes descubrimientos (21):

1. Un alto porcentaje de pacientes límite que continúan sufriendo de trastornos en el Eje I, a través del tiempo. Al final del estudio el 75% de los pacientes límite cumplían criterios para trastornos del humor, 60% para trastornos de ansiedad, 34% para trastornos de la alimentación y 19% para trastornos por uso de sustancias. Estos rangos disminuyeron sustancialmente de los basales, pero también indican que no es infrecuente que los pacientes límite cumplan criterios para más de un trastorno en el Eje I, a través del tiempo.
2. La evolución y prevalencia de los trastornos del eje I, fue influenciada fuertemente por la remisión del trastorno límite. Los pacientes en los que remitía, el porcentaje de los trastornos del Eje I disminuyó, trastornos del humor de 98 a 70%, de ansiedad de 88 a 50%. Y de aquellos en los que no remitió el trastorno límite, el patrón se mantuvo aplanado aproximadamente de 90% en los trastornos del humor, al igual que en los de ansiedad.
3. La ausencia de uso y abuso de sustancias fue un fuerte predictor de remisión del trastorno límite, a diferencia de cualquier otro trastorno de personalidad.

En un estudio en el que se compararon las características de dos grupos de pacientes con depresión mayor, uno con trastorno límite concomitante y otro con algún otro trastorno de personalidad; se encontró que:

- a) En el grupo que cursaba con depresión mayor y trastorno límite existía mayor comorbilidad en el Eje I, trastornos del humor y ansiedad en parientes de 1° grado, autoagresiones, abuso de sustancias, abuso verbal, emocional o físico en la infancia.
- b) Había un inicio temprano y mayor severidad de síntomas depresivos, baja funcionalidad social, Trastorno depresivo crónico y hospitalizaciones recurrentes, ideación y comportamiento suicida más común, historia de abuso sexual en infancia, alta co-ocurrencia de fobias y trastornos de alimentación y abuso de alcohol y cannabis. (1)

En cuanto a la comorbilidad con trastornos del Eje II, Becker, Grillo, Edell, et al, en un estudio de comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con

otros trastornos de la personalidad, encontraron en 138 adolescentes y 117 adultos hospitalizados con trastorno límite de la personalidad, que el grupo de adolescentes tenía la siguiente comorbilidad: 29% con el pasivo-agresivo, 12% con el esquizotípico, 12% con el evitativo, 10% con el histriónico, 9% con el narcisista, y 9% con el dependiente. En el grupo de adultos 26% con el antisocial; 20% con el evitativo, 20% con el dependiente; 16% con el histriónico; 14% con el pasivo-agresivo, y con el narcisista y el esquizotípico, 12% ambos (11).

Respecto al riesgo suicida, cuando hay comorbilidad de trastorno límite de la personalidad y depresión mayor, Soloff, Lynch, Kely et al, en un estudio comparativo de tres grupos de pacientes con TLP, con TLP más depresión mayor y sólo con depresión mayor, encontraron que la comorbilidad del TLP con el episodio de depresión mayor aumenta el número y la gravedad de los intentos suicidas; y que la desesperanza y la agresión impulsiva, cada una por su lado, incrementan el riesgo de conducta suicida en pacientes con TLP y en sujetos con episodio depresivo mayor (11).

Otro hallazgo es que parece ser falsa la idea de que los intentos suicidas no son graves y que la depresión mayor no es frecuente en los pacientes con TLP con conducta autolesiva; por lo que no deben subestimarse los intentos suicidas en personas que con frecuencia asisten a los servicios de urgencias por conducta autolesiva (11).

Las conclusiones más importantes sobre la comorbilidad del trastorno límite de la personalidad con otros padecimientos de los Eje I y II son las siguientes:

- 1) Trastornos graves por abuso del consumo de alcohol y drogas
- 2) Padecimientos afectivos mayores (depresión mayor y trastorno bipolar)
- 3) Trastornos por ansiedad

Agravan el pronóstico del trastorno límite y pueden hacer impracticable cualquier modalidad terapéutica que se intente con estos pacientes, a menos que se inicie el tratamiento de todos los padecimientos comórbidos de manera simultánea.

TRASTORNO LÍMITE Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS

Los rasgos o gestos suicidas en pacientes límite ocurren más a menudo que los intentos suicidas. Se ha estimado que estos ocurren en 90% de los pacientes límite y usualmente ocurren de forma repetida. La forma más común de conducta autolesiva es cortarse (80%), causarse dolor (24%), quemarse (20%), golpearse la cabeza (15%) o morderse (7%) (6).

Las funciones que cumplen las conductas autolesivas son diversas (Tabla 12). Aunque cortarse puede traer alivio de estados disfóricos, este no es su propósito usual; más a menudo, el cortarse es una forma de castigarse.

Tabla 12. Funciones de la conducta autolesiva	
Sentir dolor	60 %
Castigarse	50%
Controlar sentimientos	40%
Ejercer control sobre otros	22%
Expresar enojo	22%
Sentir	20%

From Shearer et al. (17)

Zanarini et al, documentó los estados disfóricos reportados por pacientes límite. La media en el porcentaje de tiempo que los pacientes límite pasaban el tiempo experimentando sentimientos disfóricos, fue más alto que los pacientes control con otros trastornos de personalidad (Tabla 13 y 14).

Tabla 13. Siendo <i>borderline</i> : porcentaje de tiempo experimentando afectos disfóricos			
	Afecto	TLP	Otros TPs
Comunes	Abrumado	62%	30%
	Inútil	60%	28%
	Muy enojado	53%	21%
	Vacío	61%	27%
Específicos	Abandonado	45%	17%
	Traicionado	36%	7%
	Furioso	39%	11%

Pc ≤ 0.001 para todos los comparativos; Zanarini et al. (20)

Tabla 14. Siendo <i>borderline</i> : porcentaje de tiempo experimentando pensamientos disfóricos			
	Afecto	TLP	Otros TPs
Comunes	Incomprendido	52%	25%
	Nadie se preocupa	40%	20%
	Soy malo	46%	30%
Específicos	Pensando en herirme	44%	9%
	Pensando en matarme	40%	14%
	Soy malvado	24%	4%
	Soy un pequeño niño	36%	7%
	Estoy dañado	39	11%

Pc ≤ 0.001 para todos los comparativos; Zanarini et al (20).

Según autores como Fairbairn y Bowlby's los humanos tienen una tendencia innata biológicamente para el apego y este es central para la hipótesis de la intolerancia a la soledad, que es la esencia de la psicopatología de los pacientes límite, la cual parece ser la formulación para poder ser entendidas las ideas y comportamientos suicidas, así como las conductas autolesivas, esto dentro de un contexto interpersonal (Tabla 15).

Tabla 15. Como fenomenológicamente el TLP se relaciona al apego percibido.			
Contacto interpersonal	Fenomenología	Otras respuestas	Implicaciones clínicas
Ayuda idealizada	Vacío Disfuncionalidad Sintomático	Comprensivo	Colaboración Interpretaciones Necesidad de expresarse, terapias envolventes.
Frustrante- rechazo	Enojo Conducta autolesiva Pedida de ayuda	Miedo, culpa, enojo	Confrontación Necesidad de soporte social, cambio conductual.
Soledad	Aterrorizado Disociación Paranoide Abuso de sustancias Promiscuidad	Rescate, evitación	Palabras sin importancia, necesidad de contención, medicamentos

Gunderson (5).

Cuando la persona con trastorno límite siente que se va a quedar sin el cariño de otros, esto es, sin apoyo social, se hacen evidentes fenómenos significativos clínicamente. Las conductas autolesivas pueden hacerlos sentirse vivos -el dolor es tranquilizador. En este contexto, las conductas suicidas pueden ser muy dañinas, indicando una disposición para morir, a menos que se realice una intervención para “salvarlos”. Se ha visto, hay evidencia de que los trastornos límites tienen una gran probabilidad de tener experiencias de separación o pérdida en la semana previa al suicidio (7).

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la presencia y gravedad de ansiedad y depresión, en pacientes con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan conducta autolesiva y aquellos que no la presentan.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con conducta autolesiva y aquellos que no la tienen.
- Determinar la frecuencia y tipo de conductas autolesivas en pacientes con Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad
- Determinar el grado de ansiedad en pacientes que se autolesionan y en los que no lo hacen.
- Determinar el grado de depresión en pacientes que se autolesionan y en los que no lo hacen.

HIPOTESIS:

Los Pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que presentan conductas autolesivas cursaran con mayor frecuencia y mayor gravedad de ansiedad y/o depresión que los pacientes que no las presentan.

METODOLOGIA

1. Tipo de estudio: Se trata de un estudio descriptivo, comparativo, transversal, prolectivo.
2. Universo del trabajo: Se eligió a pacientes que acudieron al servicio de Consulta Externa con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Se eligió otro grupo de pacientes que se encontraban internados en servicios especiales, por autolesiones y que contaban con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad; durante 3 meses en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
3. Tamaño de la muestra: Se incluyeron a pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión dividiéndolos en dos grupos, uno con 20 pacientes que contaban con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y conducta autolesiva, y un grupo de 20 pacientes con trastorno de inestabilidad emocional sin conducta autolesiva.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Pacientes de cualquier sexo.
- Pacientes entre 18 y 45 años de edad.
- Pacientes que sepan leer y escribir.
- Que acepten participar en el estudio por medio de consentimiento informado.
- Pacientes que cumplan criterios diagnósticos para Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad., de acuerdo al Cuestionario de Entrevista Clínica estructurada para DSM Eje II (SCID-II).

Criterios de exclusión:

- Pacientes con trastorno psicótico, retraso mental, delirium, trastorno psiquiátrico secundario a enfermedad médica.
- Pacientes con dificultad para comunicarse y cooperar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Pacientes que no deseen continuar con el estudio o que no concluyan las entrevistas.

VARIABLES, UNIDADES DE MEDIDAS E INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.

Variables independientes:

1. Trastorno de Inestabilidad emocional de la personalidad

Variables dependientes:

1. Ansiedad
2. Depresión
3. Conducta autolesiva.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN Y MEDICIÓN.

Las variables dependientes se considerarán como categóricas y numéricas continuas y las variables independientes en forma categórica.

Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV Eje II, (Structured Clinical Interview for DSM Axis II, SCID-II): La SCID-II comienza con una breve revisión que caracteriza el comportamiento y las relaciones habituales del sujeto, proporcionando información sobre su capacidad de autorreflexión. El orden de los trastornos de la personalidad en la SCID II difiere del de la clasificación del DSM-IV a fin de facilitar una buena relación con el sujeto, evitando comenzar con el grupo A. Se puede dar un diagnóstico de Trastorno de la Personalidad No Especificado, para indicar aquellos casos en que las características de trastorno de personalidad están presentes sin que se cumplan los criterios completos de ningún trastorno de la personalidad específico, a pesar de causar un deterioro funcional significativo. La SCID-II consta de tres columnas: la de la izquierda contiene preguntas de la entrevista central, enumera los criterios diagnósticos del DSM-IV y la de la derecha tiene por objetivo puntuar los ítems. Cada criterio de trastorno de la personalidad se puntúa como: “?”, “1”, “2” o “3”. Cuando la información posterior hace posible recodificar el criterio, se tachará el “?” y se rodeará con un círculo el código correcto.

1 = ausente o Falso

Ausente: el síntoma descrito en el criterio se halla claramente ausente cuando no se encuentren síntomas de alteración.

Falso: el enunciado del criterio es claramente falso si se halla presente un síntoma en vez de los cinco requeridos.

2 = subnormal

El umbral para el criterio casi se alcanza, pero no completamente; o sea, que el rasgo se halla presente pero sin gravedad suficiente como para causar deterioro o malestar.

3 = umbral o verdadero

Umbral: el umbral para alcanzar, el criterio se cumple según el número exigido (cuando el paciente reconoce un rasgo y describe un ejemplo) o con holgura (el paciente refiere abundantes ejemplos).

Verdadero: El enunciado del criterio es verdadero, porque cuatro o más ítems del trastorno de la personalidad se han codificado con un "3".

En la mayor parte de los casos, existe una pregunta enumerada de la entrevista SCID-II para cada criterio de trastorno de la personalidad. Algunos criterios, especialmente aquellos que pueden ser más difíciles de evaluar en el formato de una entrevista, corresponde a varias preguntas enumeradas de la SCID-II que intentan abordar diversos aspectos del criterio. En tales casos, se realizarán tantas preguntas enumeradas como sean necesarias a fin de reunir la información suficiente para determinar si el ítem debería calificarse con un "3".

Las preguntas numeradas están redactadas de tal manera que son sensibles en exceso; o sea que muchas personas pueden responder Si a las preguntas numeradas sin que realmente presenten las características de personalidad de ese criterio; es por esta razón, que las preguntas complementarias sirven para obtener información confirmatoria por parte del paciente, para establecer si el ítem del criterio está presente a nivel umbral. Las preguntas complementarias consisten en solicitar ejemplos en las propias palabras del paciente; si tras formular la pregunta complementaria sugerida, el entrevistador considera que el sujeto no ha proporcionado la suficiente información como para establecer una puntuación definitiva, se improvisarán tantas preguntas adicionales como se consideren necesarias.

La presencia de cada trastorno de la personalidad se determinará a medida que progrese la entrevista; al finalizar esta, el entrevistador llenará la hoja de resumen de puntuaciones, en la que se calculará un valor dimensional para cada trastorno de la personalidad mediante la suma de los ítems que hayan sido calificados positivamente. En cada trastorno, un recuadro indica el umbral categorial del DSM-IV (que es el número de ítems para formular el diagnóstico); en

el caso, de que se cumplan los criterios de más de un trastorno de la personalidad, el entrevistador señalará el diagnóstico principal del eje II, mediante la anotación del código de dos dígitos (situados a la izquierda de cada categoría diagnóstica), al final de la hoja de resumen de puntuaciones.

El paciente, al que se entrevista, suele ser la única fuente de información; sin embargo, el investigador utilizará otras fuentes de información para realizar la puntuación: revisión de expediente, información procedente del médico tratante, además de la información que pudieran ofrecer los miembros de la familia.

Se puntuarán los ítems y no las respuestas a las preguntas; ya que el paciente puede responder afirmativamente a cada pregunta, pero el criterio clínico del entrevistador (el cual se basa en las indagaciones posteriores), indicará si el ítem debe ser calificado con "1" o "2". Una puntuación de "3", solo está justificado si el sujeto proporciona una explicación o ejemplos convincentes, o si existe suficiente información derivada del comportamiento durante la entrevista o de las otras fuentes, para considerar que el ítem cumple los requisitos de umbral para la puntuación de "3".

Para facilitar la diferenciación entre una puntuación de subumbral y una umbral, cada ítem de la SCID-II incluye directrices específicas para establecer la puntuación de "3". Para aclarar las características de los trastornos de la personalidad, el DSM-IV incluye una relación de criterios diagnósticos generales y cada uno de estos criterios se tomarán en consideración a la hora de determinar si un ítem concreto merece la puntuación de "3", puesto que la puntuación de "3" exige que las características en el ítem sean patológicas (fuera del margen de variación normal), persistentes (con frecuencia durante al menos los últimos 5 años desde el comienzo de la edad adulta) y de presencia generalizada (que estén presentes en una gran variedad de contextos, como: trabajo, hogar y relaciones interpersonales).

Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV Eje I, (Structured Clinical Interview for DSM Axis I, SCID-I). La SCID-I es una entrevista semiestructurada destinada a realizar los diagnósticos más importantes del eje I.

Se administrara la sección de trastornos del ánimo, en el cual primero se busca establecer si existe un episodio depresivo actual y posteriormente si se han presentado episodios anteriores. También se buscara la presencia de distimia solo de forma actual. También se administrara la sección de Trastorno de Ansiedad generalizada.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad. Consta de un total de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. El marco de referencia temporal son los últimos días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del sujeto durante la entrevista. Es una escala heteroaplicada que mide gravedad, tiempo/frecuencia, incapacidad/disfunción (18).

Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida en cada uno de los ítems. Los puntos de corte recomendados son:

- 0-5: ausencia de ansiedad
- 6-14: ansiedad leve
- ± 15 : ansiedad moderada/grave.

La validación en español fue realizada por Lobo y cols en el 2002.

Escala de Hamilton para Depresión

Es una escala heteroaplicada que consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo. El marco de referencia temporal es en el momento de la entrevista, excepto para algunos ítems, como los de sueño, en los que exploran los 2 días previos. Para cada ítem la escala proporciona criterios operativos de puntuación (18).

La puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño. Esta puntuación se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Los puntos de corte según Bech (1996) son:

- 0-7: sin depresión
- 8-12: depresión menor
- 13-17: menos que depresión mayor
- 18-29: depresión mayor
- 30-52: más que depresión mayor.

PROCEDIMIENTO

Se recabaron a los pacientes, estableciendo dos grupos; uno que contara con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con autolesiones y otro sin autolesiones.

El primer grupo comprendió pacientes que se encontraban internados en servicios especiales del hospital y que habían sido ingresados a dichos servicios con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y autolesiones, a los cuales previo consentimiento informado se revisó su expediente y se les aplicó la clinimetría antes mencionada (Anexos).

El segundo grupo estuvo formado por pacientes con diagnóstico de Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que acudieron al servicio de Consulta externa y que no contaban con conductas autolesivas; posterior a firmar el consentimiento informado, se revisó su expediente clínico y se aplicó la clinimetría.

ANALISIS ESTADISTICO.

Para la descripción de las características clínicas y demográficas de la muestra, se utilizaron frecuencias y porcentajes para las variables categóricas; medias y desviación estándar para las variables continuas. El análisis para prueba de hipótesis se realizó con Prueba T y Wilcoxon.

RECURSOS

Descripción de los medios:

- Disponibles y necesarios:
- Humanos: Residente de Psiquiatría de 4 año.
- Equipos y materiales e insumos: Hojas de registro y encuestas para cada paciente.
- Local e instalaciones: Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.
- Financieros: Propios del investigador.

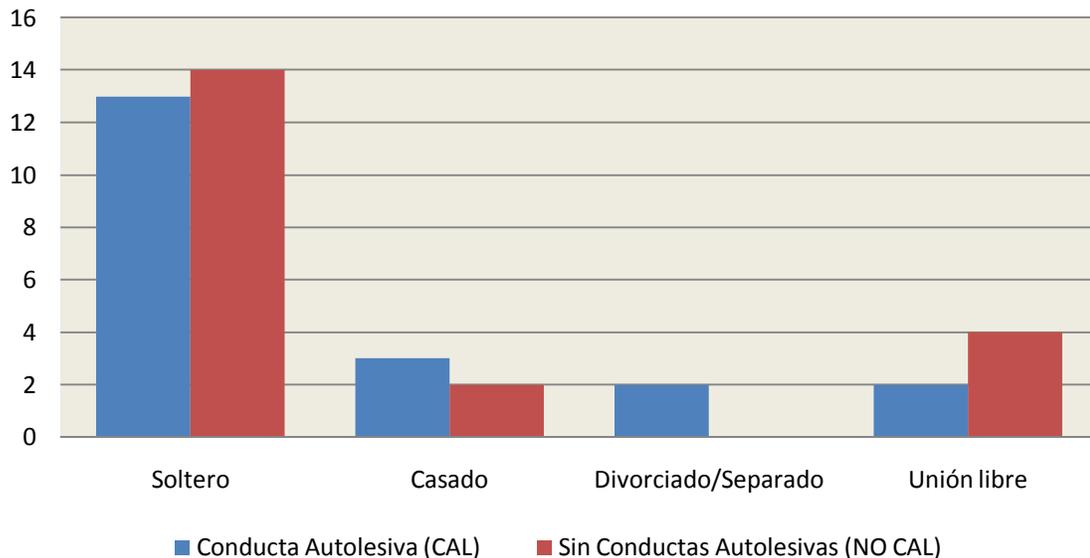
RESULTADOS

a) Características sociodemográficas de la muestra

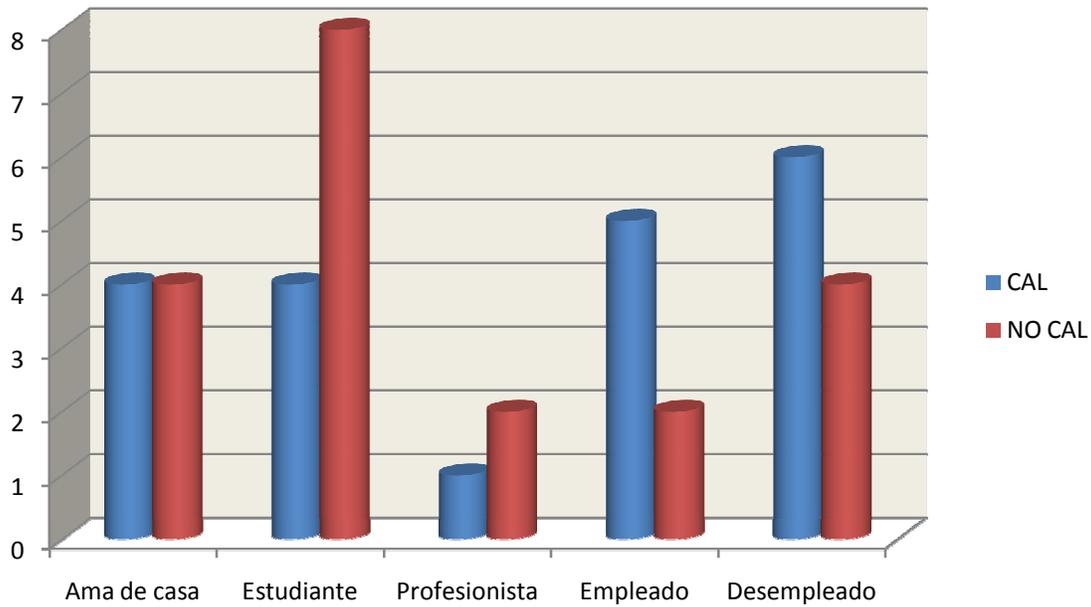
La muestra total estuvo formada por 40 pacientes los cuales se dividieron para formar dos grupos, uno de ellos con 20 pacientes con Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y conductas autolesivas (CAL) y otro grupo con 20 pacientes con dicho trastorno y sin conductas autolesivas (NO CAL). En cuanto al género de los pacientes la mayoría fueron mujeres; en el grupo con autolesiones fueron el 90% y en el grupo sin autolesiones fueron el 100%. La edad promedio en ambos grupos fue similar, 25.9 ± 6.64 años en el grupo con autolesiones y 25.5 ± 4.54 años para el grupo sin autolesiones; con un resultado

en la prueba T de 0.225 y una significancia de 0.824. La escolaridad en el primer grupo tuvo una media de 10.85 ± 2.85 años de escolaridad, lo que es equivalente al primer año de bachillerato; y en el grupo sin autolesiones la media fue de 12.5 ± 3.10 años de escolaridad, lo que corresponde al tercer año de bachillerato; el resultado de la prueba T en cuanto a la escolaridad fue de -1.703 con una significancia de 0.105. En cuanto al estado civil la mayoría de la muestra total era soltera al momento del estudio. En el grupo con autolesiones el estado civil se distribuyó de la siguiente forma: 65% (n=13) eran solteros, 15% (n=3) eran casados, 10% (n=2) eran divorciados o separados y el 10% (n=2) restante se encontraba en unión libre. En el grupo sin autolesiones se encontró que el 70% (n=14) eran solteros, el 10% (n=2) eran casados y el 20% (n=4) se encontraban en unión libre.

Estado Civil



En el grupo de pacientes con conductas autolesivas la mayoría de los pacientes se encontraban desempleados (30%, n=6) y en el grupo de pacientes sin autolesiones la mayoría de los pacientes eran estudiantes al momento del estudio (40%, n=8).



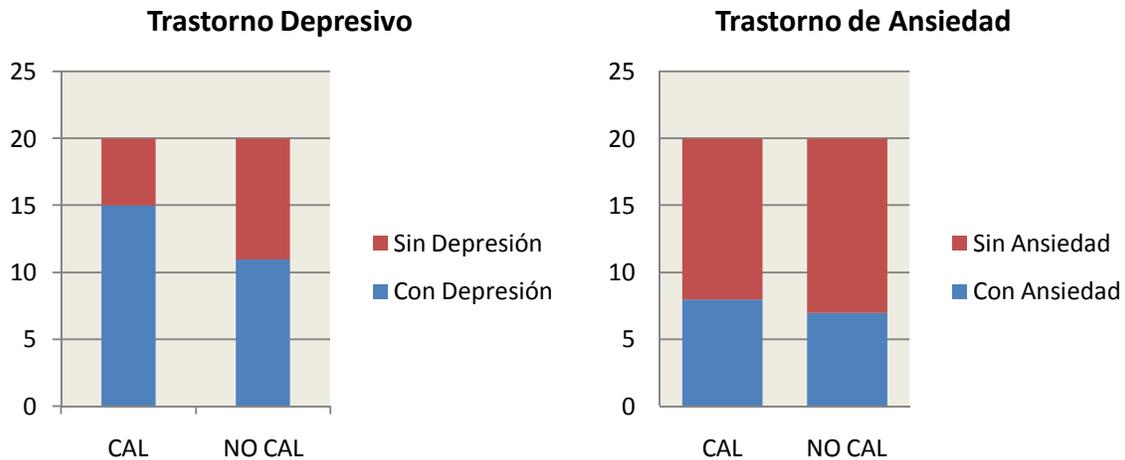
Ocupación	CAL	NO CAL
Empleado	25% (n=5)	10% (n=2)
Ama de casa	20% (n=4)	20% (n=4)
Estudiante	20% (n=4)	40% (n=8)
Desempleado	30% (n=6)	20% (n=4)
Profesionista	5% (n=1)	10% (n=2)

b) Características clínicas de la muestra

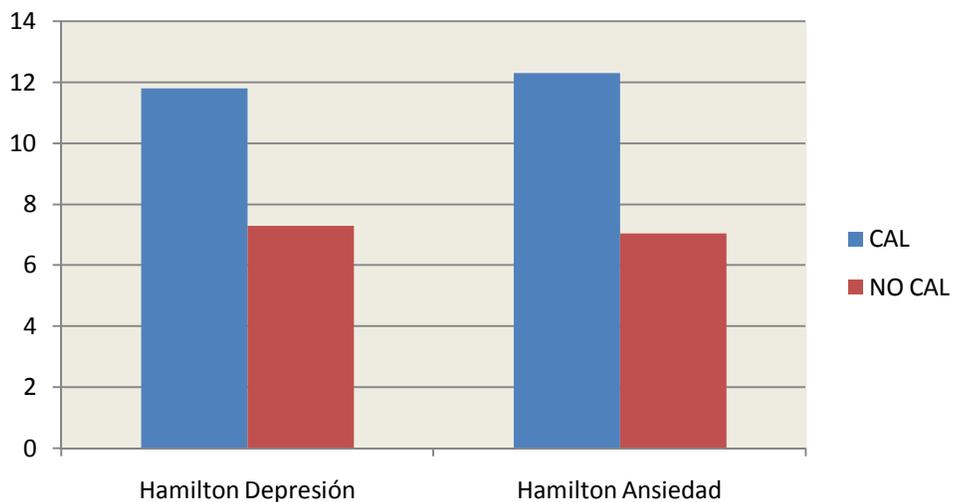
Al momento de investigar la presencia de depresión en los pacientes con conductas autolesivas, se encontró que el 75% (n=15) de los pacientes contaba con algún trastorno depresivo (episodio depresivo actual, trastorno depresivo recurrente, distimia, depresión doble); y al observar las calificaciones en el Hamilton para depresión se encontró una media de 11.8 con una desviación estándar de 8.19. El 55% (n=11) de los pacientes sin conductas autolesivas contaban con algún trastorno depresivo, con una media de 7.3 y una desviación estándar de 7.75 en la calificación del Hamilton para depresión. En la prueba T el resultado fue de 2.45 con una significancia de 0.024.

Al evaluar el trastorno de ansiedad generalizada se encontró que el 40% (n=8) de los pacientes con conducta autolesiva lo presentaban, con una media de 12.3 y una desviación estándar de 15.67 en la calificación del Hamilton para ansiedad. En el grupo de pacientes sin conducta autolesiva se encontraba presente en el 35% (n=7) de los pacientes, con una media de 7.05 y una

desviación estándar de 11.07 de calificación en el Hamilton para ansiedad. Al realizar la prueba T se encontró un resultado de 2.57 con una significancia de 0.019.



Calificación media del Hamilton Depresión y Ansiedad



En la Tabla 17 se muestra la distribución de los diagnósticos psiquiátricos de los pacientes con conductas autolesivas incluidos en el estudio y en la tabla 18 se muestran los diagnósticos psiquiátricos que presentaron los pacientes sin conductas autolesivas.

Diagnóstico Psiquiátrico	Número de pacientes
Episodio Depresivo Actual	2
Ts Depresivo Recurrente, Ep Actual	2
Distimia	3
TAG	2
Ts Depresivo Recurrente, Ep Actual/ Distimia	2
Distimia / TAG	1
Ts Depresivo Recurrente, Ep Actual/ TAG	3
Episodio Depresivo Actual / TAG	1
Ts Depresivo recurrente SIN Ep Actual / TAG	1
Sin Diagnóstico en Eje I	3

Tabla 17. Distribución de Diagnóstico psiquiátrico en Eje II en pacientes con conductas autolesivas. Ts: Trastorno, Ep: Episodio, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

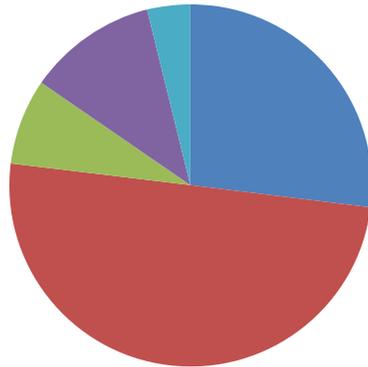
Diagnóstico Psiquiátrico	Número de pacientes
Episodio Depresivo Actual	3
Ts Depresivo Recurrente, Ep Actual	3
TAG	2
Episodio Depresivo Actual/ Distimia/ TAG	1
Distimia / TAG	3
Ts Depresivo Recurrente, SIN Ep Actual	5
Ts Depresivo Recurrente SIN Ep Actual/ TAG	1
Ts Depresivo Recurrente SIN Ep Actual / Distimia	1
Sin Diagnóstico en Eje I	1

Tabla 18. Distribución de Diagnóstico psiquiátrico en Eje I en pacientes sin conductas autolesivas. Ts: Trastorno, Ep: Episodio, TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada.

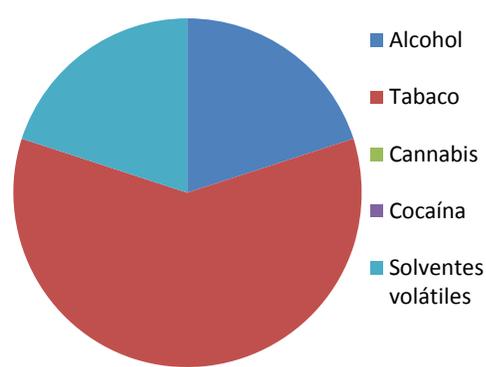
En relación al consumo de sustancias la mayoría de los pacientes de la muestra total consumían algún tipo de sustancia de forma regular (82.5% n=33), siendo los más frecuentes el alcohol y el tabaco. Al estudiar sobre el abuso de sustancias se encontró que el 70% (n=14) de los pacientes con conductas autolesivas abusaban de alguna sustancia psicotrópica y la mayoría abusaba de varias sustancias; a diferencia del grupo sin autolesiones donde solo el 25 % (n=5) de los pacientes tenía abuso de sustancias y a diferencia del otro grupo solo abusaban de una sustancia. En la siguiente tabla (Tabla 19) se muestra el número de pacientes que abusaban de cada sustancia.

Sustancia de Abuso	CAL	NO CAL
Alcohol	7	1
Tabaco	13	3
Cannabis	2	0
Cocaína	3	0
Solventes volátiles	1	1

Abuso de sustancias CAL

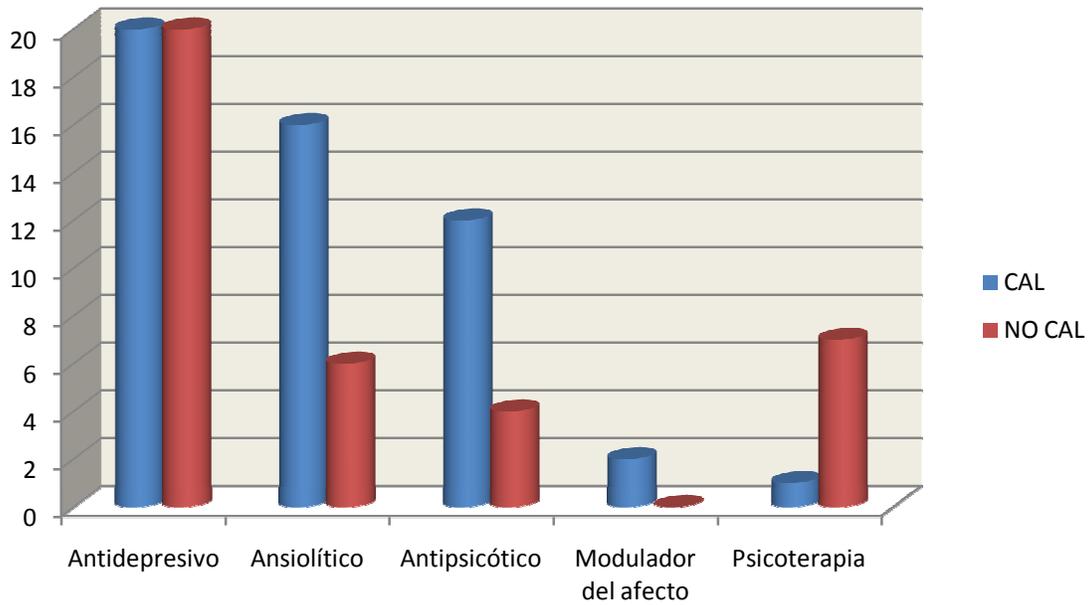


Abuso de sustancias No CAL



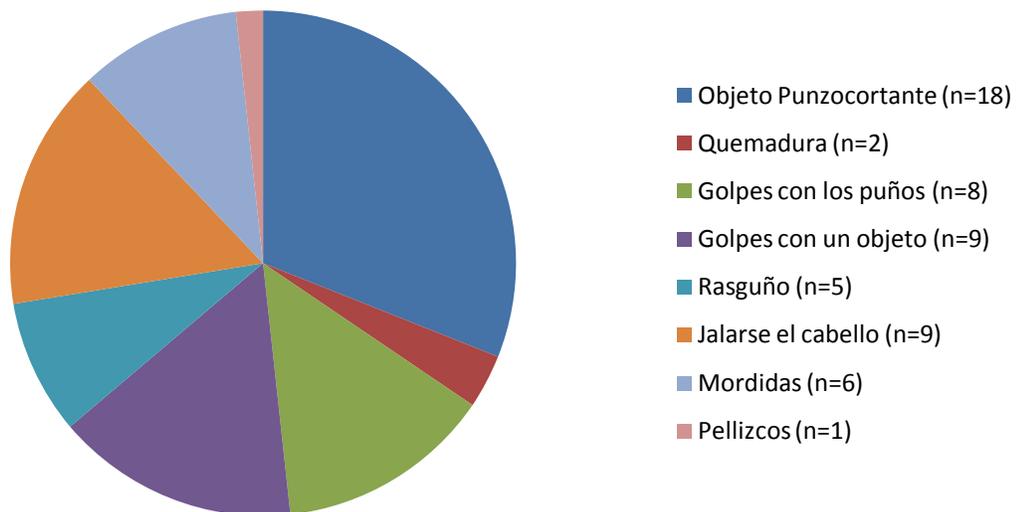
En cuanto al tratamiento farmacológico utilizado por los pacientes al momento del estudio se observó que el total de la muestra se encontraba en tratamiento con algún antidepresivo. En el 76.2% (n=16) de los pacientes con conductas autolesivas tenían algún ansiolítico como parte del tratamiento, a diferencia del 28.6% (n=6) de los pacientes en el grupo sin autolesiones. Con un resultado en la prueba de Wilcoxon de -2.67 y una significancia de 0.008. Para el uso de antipsicóticos, el 60% (n=12) de los pacientes con conductas autolesivas los utilizaban, a diferencia del 20% (n=4) de los pacientes sin dichas conductas. Con un resultado en la prueba de Wilcoxon de -2.53 y una significancia de 0.011. El uso de modulador del afecto solo se presentó en los pacientes con conductas autolesivas en el 10% (n=2).

En cuanto al tratamiento no farmacológico se encontró que solo el 5% (n=1) de los pacientes con conductas autolesivas se encontraba en tratamiento con algún tipo de psicoterapia al momento del estudio, a diferencia del 35% (n=7) de los pacientes sin autolesiones. Al realizar la prueba de Wilcoxon se encontró un resultado de -2.44 con una significancia de 0.014.



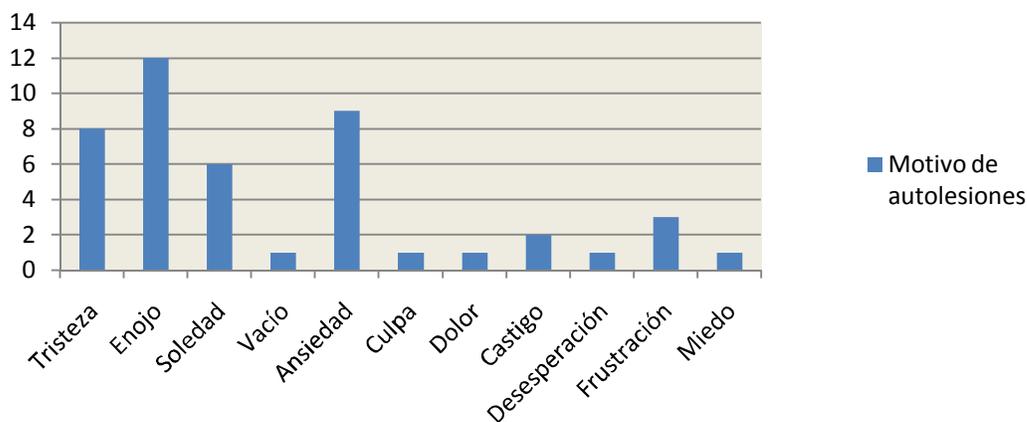
c) Características de la conducta autolesiva e Intentos suicidas

Se encontró que el 85% de los pacientes presentaban una frecuencia de conductas autolesivas severo (>de 12 veces por año) y el 15% era ligero (1-3 veces por año). En la siguiente figura se muestra el tipo de conducta autolesiva que utilizan los pacientes incluidos en el estudio. Las lesiones que se presentaron con mayor frecuencia fueron los realizados por medio de algún objeto punzocortante seguidos por los golpes con algún objeto y jalarse el cabello. Señalando que solo el 20% (n=4) de los pacientes utilizaban una sola forma de autolesionarse.

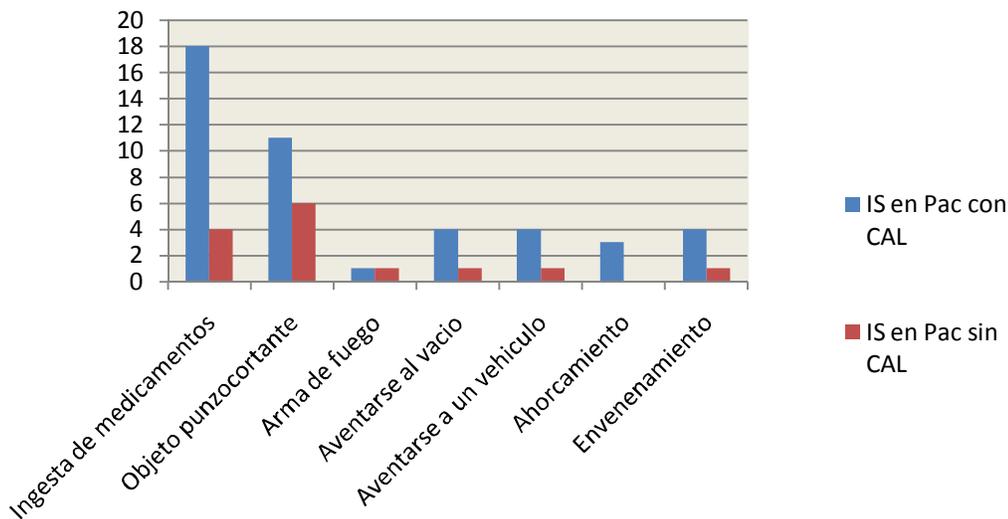


Al investigar sobre los motivos para autolesionarse se encontró que la mayoría de los pacientes contaban con diversos motivos para hacerlo, siendo el más frecuente el enojo seguido por la ansiedad y la tristeza.

Motivo de autolesiones



Con respecto a los Intentos suicidas se encontró que el 95% (n=19) de los pacientes del grupo con conductas autolesivas contaban con este antecedente con una media de 6.9 intentos suicidas. En el grupo sin autolesiones los presentaron el 40% (n=8) de los pacientes con una media de 1.2 intentos suicidas. En cuanto al tipo de Intento suicida se encontró que el más frecuente en el grupo con conductas autolesivas fue el realizado por medio de ingesta de medicamentos; y en el grupo sin conductas autolesivas el más frecuente fue el realizado por medio de algún objeto punzocortante.



DISCUSION

La literatura ha descrito que el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tiene mayor prevalencia en el género femenino. En nuestro hospital según estadísticas de pacientes egresados con este diagnóstico se encontró que el 78% eran mujeres, lo que pudo haber contribuido a que en nuestro estudio la mayoría de los pacientes fueran mujeres (95%, n=39). También es importante considerar que el género masculino busca ayuda médica con menor frecuencia que el femenino; también se ha descrito que existe un mayor número de suicidios consumados en los hombres que en las mujeres, así mismo, éstas últimas lo intentan más que los hombres. La edad promedio de los pacientes en ambos grupos 25.9 ± 6.64 y 25.5 ± 4.54 que concuerda con la edad registrada en la literatura para el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y la cual ha registrado la conducta autolesiva en la adolescencia y en la población económicamente productiva.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes no se encontró una diferencia significativa entre ambos grupos, ya que el grupo con autolesiones presentaba una media de 10.85 ± 2.85 y el grupo sin autolesiones presentó una media de 12.5 ± 3.10 . También se encontró que la mayoría de los pacientes eran solteros coincidiendo con lo descrito en la literatura al momento del diagnóstico de este trastorno de personalidad. Al realizar las pruebas estadísticas se encontró que la edad, la escolaridad y el estado civil de ambos grupos no presentaban una diferencia significativa por lo que estos rasgos sociodemográficos no influyen en la presencia de las conductas autolesivas.

En cuanto a la presencia de Trastornos depresivos en la muestra, se encontró una mayor prevalencia de estos trastornos en los pacientes con conductas autolesivas (75%, n=15), así como una mayor gravedad de los síntomas, representado por una calificación en el Hamilton de 11.8 ± 8.19 . Mostrando una diferencia estadísticamente significativa con una significancia en la Prueba T de 0.024. En la literatura se ha descrito la presencia de trastornos depresivos con una alta prevalencia en estos pacientes, así como una mayor frecuencia en los pacientes límite con autolesiones que en los pacientes límite sin autolesiones 82% y 53% para una depresión mayor y 31% y 24% para una distimia respectivamente (3). Así como una mayor puntuación en la escala de Hamilton en los pacientes con conductas autolesivas frecuentes que aquellos que no las presentan (3,19). Estos resultados no hacen pensar en los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y conductas autolesivas como individuos que sufren más depresión de acuerdo al SCID-I y al Hamilton.

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se encontró con mayor frecuencia en los pacientes con conductas autolesivas (40%, n=8), así como una mayor gravedad de los síntomas en estos pacientes siendo la calificación del Hamilton de 12.3 ± 15.67 . Mostrando una diferencia estadísticamente significativa con una significancia en la Prueba T de 0.019. También se ha descrito la presencia de los trastornos de ansiedad en estos pacientes, así como una mayor severidad de los síntomas en los pacientes que se autolesionan. Se ha descrito la ansiedad escalonada como un predictor importante en las fases anteriores a la conducta autolesiva. La ansiedad puede ser un precipitante para esta conducta o el camino final de una variedad de pensamientos, afectos y experiencias que pueden disparar la conducta autolesiva. El alivio de la ansiedad escalonada ha sido citada como una razón de la conducta autolesiva en porcentajes diferentes en los diversos estudios, concidiendo con lo encontrado en nuestro estudio.

En cuanto al uso y abuso de sustancias se ha descrito que los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tienen una alta comorbilidad con este trastorno, lo que coincide con lo encontrado en nuestro estudio, donde el 82.5% de los pacientes consumían alguna sustancia. También se observó que el abuso de sustancias era mayor en los pacientes con conductas autolesivas y en la mayoría de estos pacientes el abuso era de más de una sustancia.

Al observar el tratamiento de los pacientes en ambos grupos, se coincide con lo descrito en la literatura al mencionar que la mayoría de los pacientes con este trastorno de personalidad presentan polifarmacia, siendo el más utilizado (67%) un antidepresivo, y posteriormente (28%) un ansiolítico, (27%) un antipsicótico y (22%) un modulador del afecto) (3). En el presente estudio se encontró que todos los pacientes utilizaban algún antidepresivo y solo los pacientes con conductas autolesivas llegaban a utilizar un modulador del afecto. Encontrando además que los pacientes con conductas autolesivas utilizaban con mayor frecuencia ansiolíticos y antipsicóticos, mostrando una diferencia estadísticamente significativa con ambos medicamentos. Lo anterior nos puede hacer pensar que estos pacientes presentan síntomas ansiosos más severos por lo que ameritan esfuerzos más agresivos para su tratamiento. También es importante observar que en el grupo de pacientes sin autolesiones era más frecuente que estos llevaran tratamiento no farmacológico por medio de psicoterapia, lo que nos puede mostrar que tal vez por medio de este tipo de tratamiento se puede obtener un mayor control de los síntomas que presentan estos pacientes.

Las lesiones más frecuentes fueron las provocadas por un objeto punzocortante, los golpes con algún objeto y el jalarse el cabello, sí como dentro

de los motivos para hacerlo el más frecuente fue el enojo y posteriormente la ansiedad y la tristeza; coincidiendo con lo que describe Simeon, et al. al mencionar que los dos afectos que caracterizan el estado emocional de los pacientes al momento de la conducta autolesiva son el enojo y la ansiedad (19).

En cuanto a los intentos suicidas en el estudio se encontró una mayor frecuencia de intentos suicidas en los pacientes con conductas autolesivas, siendo el más frecuente la ingesta de medicamentos. Misma situación descrita por Dulit et al; mencionando que esto pudiera deberse a una ideación suicida crónica, así como mayor presencia de intentos suicidas así como más a menudo (3).

CONCLUSIONES

El Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad es uno de los trastornos más controvertido, su importancia reside no solo en su alta prevalencia en la población, sino también en el carácter disfuncionante del trastorno. La mayor parte de estos pacientes presentan conductas autolesivas y se ha descrito que pueden tratar de aliviar o por lo menos disminuir estados displacenteros por medio de estas conductas. También se ha descrito una mayor predisposición por parte de los pacientes para presentar trastornos comorbidos en el Eje I.

En este estudio se encontró que los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que se autolesionan frecuentemente son más propensos a presentar depresión comórbida, trastorno de ansiedad generalizada, trastornos por uso y abuso de sustancias, ideación y conducta suicida seria; así como mayor gravedad de los síntomas ansiosos y depresivos. Podemos considerar que la depresión comorbida y el número de intentos suicidas aumentan el riesgo de conductas autolesivas en estos pacientes.

Estos pacientes pueden representar un subgrupo especial en los que se utilizan tratamientos psiquiátricos prolongados y costosos con mayor frecuencia. Aunque los clínicos pueden inclinarse a considerar la conducta autolesiva como manipuladora y de pobre significancia pronóstica, en este estudio junto con lo descrito en la literatura nos muestran la severidad en la psicopatología que presentan los pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad que se autolesionan frecuentemente y que sugiere que los clínicos deben de evaluar cuidadosamente el riesgo suicida y considerar un tratamiento agresivo para los trastornos comórbidos del Eje I, ya que por medio de estas medidas podrían prevenirse conductas autolesivas posteriores y mejorar el pronóstico de nuestros pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bellino S, Luca P, Paradiso E, Di Lorenzo R, et al. Major Depression in Patients With Borderline Personality Disorder: A Clinical Investigation. *Canadian Journal of Psychiatry*. Mar 2005; 50, 4: 234-238
2. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento con glosario y criterios diagnósticos de Investigación CIE-10: CDI-10. editorial Panamericana. Madrid. 2006.
3. Dulit R, Fyer M, Leon A, Brodsky B, Frances A. Clinical correlates of self-mutilation in Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*. 1994;151: 1305-1311.
4. García-Portilla, Bascarán M, Sáiz P, Parellada M, et al. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5° edición. 2008. *Ars Médica*.
5. Gunderson J. 1984. Borderline personality disorder. American Psychiatric Press. Washington, DC.
6. Gunderson J, Ridolfi M. Borderline Personality Disorder, Suicidality and Self-Mutilation. *Annals New York Academy of Sciences*.
7. Heikenen M, Henriksson M, Erkki T, et al. 1997 Recent life events and suicide in personality disorders. *J Nerv. Ment. Dis*. 185: 373-381
8. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. 10° edición. Lipincott Williams & Wilkins. 2009.
9. Kurt L, Las bases teóricas de la psiquiatría dinámica. *Psiquiatría Psicodinámica en la práctica clínica*. Panamericana. Argentina 2006. 29-70.
10. Lahortiga R, Cervera Enguix. Trastornos de Personalidad. 17. Instrumentos de Evaluación. *Ars Medica*. 2007. 401-421.
11. López D. Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. Editores de Textos Mexicanos. México 2004.
12. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos Mentales Texto Revisado. DSM-IV TR. Masson.
13. Oldman J. Borderline Personality Disorder and Suicidality. *Am J Psychiatry* 163:1, January 2006.
14. Ortiz R. Adaptación de la entrevista estructurada SCID II para la población que solicita atención psicológica. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM, 1997.
15. París J, Zweig-Frank H. 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Compr Psychiatry* 2001; 42:482-487
16. Roca Miquel, Baca E, Vallejo J, Leal C, Cervera S, Giner J. Trastornos de personalidad. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. *Ars Médica*.
17. Servicio de estadística del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez".
18. Shearer S, Peters C, Quaytman M, et al. Intent and lethality of suicide attempts among female borderline inpatients. *Am J. Psychiatry* 1988. 145: 1424-1427

19. Simeon D. and Hollander E. Self-Injurious Behaviors, Assessment and Treatment. American Psychiatric Publishing Inc. Washington, DC. 2001.
20. Zanarini M, Frankenburg F, De Luca C, et al. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard Rev Psychiatry* 1998, 6:201-207
21. Zanarini M, Frankenburg F, Dubo E, Sickel A, Trikha A, Levin A, Reynolds V. Axis I Comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* Dec 1998;155:12.
22. Zanarini M, Frankenburg F, Hennen J, Bradford D, Silk K. Axis I Comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6 year follow-up and prediction of time to remission. *Am J Psychiatry* 2004; 161:2108-2114.

ANEXO I

MEXICO D.F. A _____ DE _____ DE 2010

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Con fundamento en los artículos 80, 81 y 83 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, el que suscribe,

_____,
autoriza al médico Mónica I. Sánchez Pérez, médico residente del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, para que realice la aplicación de tres instrumentos clinimétricos de investigación: Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV Eje I (SCID-I), Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada para DSM IV Eje II (SCID-II), Escala de Hamilton para Depresión y Escala de Hamilton para Ansiedad, una vez que se me ha proporcionado información suficiente para dicho procedimiento y las posibles complicaciones, secuelas o riesgos que puedan resultar de su aplicación.

(Nombre completo y firma de quien autoriza)

Nombre y firma del primer testigo

Nombre y firma del segundo testigo

Diagnóstico Psiquiátrico CIE-10:

Eje I	
Eje II	
Eje III	
Eje IV	
Eje V	

Tratamiento:

Hospitalización _____ Consulta Externa _____

Fármacos:		<i>Dosis (mg/día):</i>
Antidepresivo:		
Ansiolítico:		
Antipsicótico:		
Modulador Afectivo:		
Otros:		

Psicoterapia: Individual _____ Grupo _____

RESULTADOS:

SCID-II

1. Trastorno de la personalidad por evitación
2. Trastorno de la personalidad por dependencia
3. Trastorno de la personalidad Obsesivo-Compulsivo
4. Trastorno de la personalidad pasivo-agresivo
5. Trastorno de la personalidad autodestructiva
6. Trastorno de la personalidad paranoide
7. Trastorno de la personalidad Esquizotípico
8. Trastorno de la personalidad Esquizoide
9. Trastorno de la personalidad Histriónico
10. Trastorno de la personalidad Narcisista
11. Trastorno de la personalidad Límite
12. Trastorno de la personalidad Antisocial
13. Trastorno de la personalidad no especificado

RESULTADO HAMILTON ANSIEDAD: _____

RESULTADO HAMILTON DEPRESION: _____

ANEXO III

SCID-I (DSM-IV) TRASTORNOS DEPRISIVOS Y ANSIEDAD GENERALIZADA

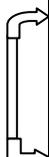
EPISODIO DEPRESIVO ACTUAL Le voy a hacer unas preguntas sobre su humor	A. 5 o más de los sig síntomas deben presentarse durante dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo, por lo menos uno de los síntomas es tristeza o anhedonia				
En el último mes... ...ha tenido un periodo en el que se ha sentido triste o deprimido la mayor parte del día y casi diario? (como fue eso?) <i>Si fue SI: cuanto duro? (fue 2 sem?)</i>	(1) El humor deprimido la mayor parte del día y de los días, es reportado subjetivamente (ej: sentirse molesto o vacío) o puede ser observado por otros (ej: aparece lloroso)	¿	1	2	3
... ha perdido el interés o el placer en cosas que usualmente disfrutaba? <i>Si fue SI: Fue casi todos los días? Que tanto duro? (fueron 2 sem?)</i>	(2) Disminución marcada del interés o placer en todo o casi todo, actividades de la mayor parte del día, casi diario (subjetivamente u observado por otros).	¿	1	2	3
	NOTA: cuando se señalen los sig ítems, codifique 1 si claramente se debe a una condición médica, o a un humor incongruente con alucinaciones o delirios				Si no señala el 3 en 1 o 2 ir a Ep Dep pasado A12
Para las sig preguntas, enfocarse en las 2 peores sem en el último mes (o las últimas 2 si fue igual el mes)					
Durante estas dos semanas... ... Como estuvo el apetito?(comparado con el usual?, Tuvo que forzarse para comer?, Comió más/menos?, Casi todos los días?, Perdió/gano peso?, Cuanto?, Trataba de perder/ganar peso?)	(3) Pérdida significativa de peso sin dieta, o ganancia (ej: cambio de >5% peso corporal en 1 mes) o ↓ o ↑ de apetito. Anotar si: ___pérdida de peso o dismin apetito ___aumento de peso o aumento de apetito	¿	1	2	3
... Como durmió? (Problemas para quedar o permanecer dormido, despertó frecuentemente o muy temprano, o durmió mucho? Cuantas hrs duerme normalmente? Paso casi diario?)	(4) Insomnio o hiperinsomnio casi todos los días Anotar si: ___insomnio ___hiperinsomnio	¿	1	2	3
...Estuvo tan inquieto que era imposible permanecer sentado?(fue tanto que otros le dijeron? Que le dijeron?, Casi diario?) <i>Si fue NO: y lo opuesto, hablar o moverse más lento de lo normal?(fue tanto que otros le dijeron? Que le dijeron?, casi diario?)</i>	(5) Agitación o lentitud psicomotora casi diaria (observable por otros, no meramente subjetiva) NOTA: CONSIDERAR LA CONDUCTA EN LA ENTREVISTA Anotar si: ___agitación psicomotora ___lentificación psicomotora	¿	1	2	3
...Como estuvo su energía?(cansado todo el tiempo?, casi diario?)	(6) Fatiga o pérdida de energía de energía cotidiana?	¿	1	2	3
... Como se sintió acerca de usted mismo? (casi diario?) <i>Si fue NO: y culpa sobre algo que hizo o dejó de hacer? (casi diario?)</i>	(7) Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada(puede ser delirante) casi diario(no solo autoreproche o culpa por estar enfermo) NOTA: poner 1 o 2 si solo es baja autoestima Anotar si: ___ inutilidad ___culpa inapropiada	¿	1	2	3

<p>...tuvo problemas para concentrarse o pensar? (Que tipo de cosas interfirieron?, Casi diario?) <i>Si fue NO: Fue difícil tomar decisiones acerca de cosas diarias? (casi diario)</i></p>	<p>(8) Habilidad ↓ para pensar o concentrarse, o indecisión, (subjetivo u observado por otros) Anotar si: ___ habilidad disminuida para pensar ___ indecisión</p>	¿	1	2	3
<p>...las cosas estaban tan mal que pensó mucho acerca de la muerte o que era mejor estar muerto? Y acerca de lastimarse? <i>Si fue SI: hizo algo para lastimarse?</i></p>	<p>(9) Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a morir), ideación suicida recurrente sin un plan específico, o un intento o plan específico para cometerlo NOTA: 1 para autoagresión con/sin Intento Anotar si: ___ pensamientos de su propia muerte ___ ideación suicida ___ plan específico ___ intento suicida</p>	¿	1	2	3
	<p>POR LO MENOS 5 DE LOS SÍNTOMAS (A1-9) FUERON CODIFICADOS CON 3 Y UNO DE ESTOS FUE ÍTEM 1 O 2</p>	<p>1: (Si no) pasar a Ep Dep pasado A12</p>			
<p>Si no es claro: Tiene dificultades para hacer su trabajo, hacerse cargo de cosas en la casa, o estar solo con otra gente?</p>	<p>B. Los síntomas causan clínicamente sufrimiento significativo o disfunción social, ocupacional, u otra área significativa</p>	<p>1: Pasar a Ep Dep Pasado A12</p>			
<p>Justo antes de que esto empezara, estaba enfermo medicamente? <i>Si fue SI: que dijo el doctor?</i> Justo antes de que empezara, estaba usando algún medicamento? <i>Si fue SI: algún cambio en la dosis que usaba?</i> Justo antes de que empezara, estuvo tomando o usando drogas?</p>	<p>C. Los síntomas no se deben a efectos de una sustancia (droga o medicamento) o a una condición medica SI HAY ALGUNA INDICACION DE QUE PUEDA SER SECUNDARIO A SUSTANCIAS O ENF MED PASAR A EP DEP X SUS O ENF MED A43, Y REGRESAR A ANOTAR 1 O 3</p>	<p>¿, 1: Debido a sus, o enf med, pasar a ep dep pasado A12 3: Ep primario, continuar...</p>			
<p>Cuando empezó, alguien cercano falleció?</p>	<p>D. Descrito solo por un luto (ej: después de la pérdida de alguien querido, Sx persisten por 2m o se caracteriza por disfunción marcada, preocupación mórbida con inutilidad, ideación suicida, Sx psicóticos, o retardo psicomotor</p>	<p>1: Duelo simple Pasar Ep Dep Pasado A12</p>		<p>3: No es duelo simple Cont..</p>	
	<p>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, CRITERIO A, B,C,D FUERON 3</p>	<p>1: pasar Ep Dep Pasado</p>		<p>3: Ep Dep Mayor Actual</p>	
<p>Cuántas veces en la vida, ha estado (deprimido), casi diario por lo menos por dos semanas y tuvo varios de los síntomas que describió, como...</p>	<p>Número total de Ep dep Mayor, incluyendo el actual (poner 99 si son numerosos, o indistintos para contar) NOTA: Para recordar detalles de ep pasados ir a J9 (opcional)</p>	<p>___</p>		<p>___</p>	
<p>CON INICIO EN POSPARTO Si no sabe: cuando comenzaron los síntomas?</p>	<p>Inicio del episodio dentro de 4 semanas de posparto</p>	¿	1	<p>3: Inicio pos-</p>	

				parto	
CON RASGOS CATATONICOS Por la observación o la historia	Dominan en la clínica al menos 2 de los sig:				
	(1) inmovilidad motora, catalepsia (incluye flexibilidad cérica) o estupor DESCRIBIR:	¿	1	2	3
	(2) actividad motora excesiva (sin propósito y sin influencia externa) DESCRIBIR:	¿	1	2	3
	(3) negativismo extremo (resistencia sin motivo a toda instrucción o mantener postura rígida a intentos x moverlo) o mutismo DESCRIBIR:	¿	1	2	3
	(4) movimientos voluntarios peculiares(posturas inapropiadas o bizarras) mov. estereotipados, manierismos o gestos prominentes DESCRIBIR:	¿	1	2	3
	(5) ecolalia (repetición d 1 palabra o frase después de 1 persona) o ecopraxia (imitación repetitiva de mov. de alguien) DESCRIBIR:	¿	1	2	3
	POR LO MENOS 2 ITEMS FUERON 3		1: ir a melancolicos A8	3: Sin catatonía. Ir a manía	
CON RASGOS MELANCOLICOS Si no sabe: durante este periodo, cuando se sintió peor?	A. Cualquiera de los siguientes, ocurre durante el periodo más severo del episodio:				
Durante el tiempo que se sintió peor... Si no sabe: perdió completamente el interés o placer en todo?	(1) Pérdida del placer en todo, o casi todas las actividades	¿	1	2	3
Si algo bueno le pasaba o alguien trataba de animarlo, se sentía mejor por un tiempo por lo menos	(2) Falta de reacción a estímulos usualmente placenteros	¿	1	2	3
			A1 o A2 No son 3, ir a rasg atípicos		
Durante el tiempo q se sintió peor...	B. 3 o más de los siguientes				
Fue su tristeza diferente así alguien cercano hubiera fallecido? O algo malo le hubiera pasado? <i>Si fue SI: En que fue diferente?</i>	(1) Calidad distinta de humor deprimido.	¿	1	2	3
Usualmente se siente peor por la mañana?	(2) La depresión es regularmente peor en la mañana	¿	1	2	3
Si no sabe: a que hora despierta en la mañana? (que tan temprano es comparado con lo usual?)	(3) Despertar temprano (por lo menos 2 horas antes del horario usual)	¿	1	2	3
Si no sabe: se mueve o habla muy lento, como en cámara lenta? Si no sabe: ha estado muy inquieto o incapaz de quedarse sentado?	(4) Agitación o retardo motor marcado	¿	1	2	3
Si no sabe: prácticamente dejo de comer o perdió una gran cantidad de peso?	(5) Anorexia significativa o pérdida de peso	¿	1	2	3
Si no sabe: se ha sentido culpable de lo que hizo o dejo de hacer?	(6) Culpa excesiva o inapropiada	¿	1	2	3
	POR LO MENOS 3 ITEMS DEL B SON 3		1: ir a atipic	3	

	CRITERIO A Y B FUERON 3	1		3:con melan colia I r a mania
CON RASGOS ATIPICOS SI EL EP TUVO RAG MELANCOLICOS	O CATATONICOS ANOTAR___ , IR A MANIA			
	Los sig rasgos deben predominar en las dos semanas más recientes del Ep Dep Mayor			
Si no sabe: durante las dos últimas semanas del episodio, si algo bueno le pasaba o alguien trataba de animarlo, se sentía mejor por un rato?	A. Reactividad del ánimo (ej: mejora del humor si algo bueno pasa)	¿	1 I r m a n i a	2 3
	B. Dos o más de los siguientes:			
Si no sabe: su apetito aumento mucho o gano mucho peso? Cuanto?	(1) Ganancia significativa de peso o apetito	¿	1	2 3
Cuántas hrs (en 24 hr) usualmente durmió (incluyendo siesta)?	(2) Hipersomnia NOTA: PONER 3 SI SON > 10 HRS/DIA	¿	1	2 3
Piernas o brazos se sentían pesados (como llenos de plomo)?	(3) Como parálisis	¿	1	2 3
Es especialmente sensible a como lo tratan los demás?	(4) Patron de rechazo interpersonal (no limitado a ep de alteración emocional), que resulta en disfunción social u ocupacional	¿	1	2 3
Ha evitado hacer cosas o estar con gente porque tenía miedo de ser rechazado o criticado?		¿	1	2 3
	POR LO MENOS 2 DEL CRITERIO B SON 3		1: I r a Manía	3
	C. no tiene criterios para catatonía o melancolía durante el mismo ep.		1:I r a Manía	3
	CRITERIO A, B Y C SON 3		1:I r a Manía	3:Con Atipic
EPISODIO DEPRESIVO PASADO				
Si no está deprimido actualmente: Ha tenido algún periodo en el que se sintiera triste la mayor parte del día, casi diario? (como fue?)	A. 5 o más de los sig se han presentado durante 2 sem y representan un cambio en la funcionalidad, por lo menos uno es (1) tristeza o (2) anhedonia			
Si esta deprimido actualmente pero no cumple todos los criterios, seguir: Ha tenido alguna vez otro periodo deprimido casi diario? (Como fue?) Si fue SI: cuando fue? Cuanto duro?	(1) Tristeza la mayor parte del día, casi diario, subjetivamente u observado por otros(aparece lloroso)	¿	1	2 3
Si el episodio depresivo fue pasado: Durante ese tiempo, perdió el interés o placer en las cosas usuales?	(2) Disminución marcada de interés o placer en todo o casi todas las actividades (subjetivo u observado)	¿	1	2 3
Si no fue pasado el episodio: Y que tal el tiempo cuando perdió el interés o placer in las cosas que usualmente disfrutaba? Como fue? Si fue SI: cuando fue? Fue casi todo el día, cuanto duro?			Si 1 o 2 no fue-ron 3, pasar a ma- nía	
Ha estado más de una vez así? (cuál fue el peor?) Si no es claro: ha tenido algún episodio parecido en el año pasado?	NOTA: si hay más de un episodio, seleccionar el peor. Sin embargo, si hubo uno en el año pasado, preuntar acerca del episodio siempre que no haya sido el peor.			

PARA LOS SIG ENFOCARSE EN EL PEOR EPISODIO	NOTA: Poner 1 si es secundario a una enfermedad med o a un humor incongruente con alucinaciones o delirios				
Durante ese periodo ... Como estuvo su apetito? (comparado con el usual? Se forzó a comer?, comio menos/más? Fue casi diario? Perdió o gano peso? Cuanto? Trataba de perder/ganar peso?)	(3) Pérdida o ganancia de peso sin dieta(ej cambio de >5% peso corporal)o ↓o ↑ de apetito diario Anotar si: ___perdida peso o disminución apetito ___aumento peso o aumento apetito	¿	1	2	3
Como durmió? (problemas para quedar dormido, para permanecer dormido, despertar frecuente, despertar muy temprano, o dormía mucho? Cuantas hr comparadas con lo usual? Casi diario?)	(4) Insomnio o hipersomnia casi diario Anotar si: ___insomnio ___hipersomnia	¿	1	2	3
Se sentía tan inquieto que no podía quedarse sentado? (Tanto que otros le dijeron? Que le dijeron? Diario? <i>Si fue NO: Y lo opuesto, hablar o moverse más lento de lo normal? Otros le dijeron? Que le dijeron?</i>	(5) Agitación o retardo psicomotor casi diario (observable por otros, no meramente subjetivo) Anotar si: ___Agitación psicomotora ___retardo psicomotor	¿	1	2	3
Como estaba su energía? Cansado todo el tiempo? Casi diario?	(6) Fatiga o perdida de energía casi diaria	¿	1	2	3
Como se sentía acerca de usted mismo? Inútil? Casi diario? <i>Si fue NO: y culpa por cosas que hizo o dejo de hacer?</i>	(7) Inutilidad o culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante) NOTA: poner 1 o 2 si es baja autoestima Anotar si: ___inutilidad ___culpa inapropiada	¿	1	2	3
Tuvo problemas para pensar o concentrarse? <i>Si fue NO: fue difícil tomar decisiones acerca de cosas diarias?</i>	(8) Habilidad ↓ para pensar o concentrarse, o indecisión, casi diaria (subjetiva u observable) Anotar si: ___habilidad dism para pensar ___indecisión	¿	1	2	3
Las cosas eran tan malas que pensó mucho acerca de la muerte o q era mejor estar muerto? Y lastimarse? Si fue SI: hizo algo para lastimarse?	(9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin plan específico, o intento o plan específico para hacerlo. NOTA: pone 1 para autoagresión con/sin Intento suicida Anotar si: ___pens sobre muerte propia ___ideación suicida ___plan específico ___intento suicida	¿	1	2	3
	POR LO MESNO 5 O MAS DE LOS a1-9 SON 3, Y UNO POR LO MENOS ES EL ITEM 1 O 2		1	3 con tinuar crit C	
Si no ha preguntado: ha habido otro tiempo en el q este deprimido y q tuviera más síntomas de los q le pregunte Si fue SI: regrese a Ep Dep Pasado A12 y checar si ha habido otro episodio más severo y/o causara más síntomas, preguntar sobre... Si NO: Ir a mania.					
Si no es claro: Hizo la depresión difícil el trabajo, encargarse de cosas de casa o estar con otra gente?	B. Los síntomas causan sufrimiento o disfunción clínico	¿	1	2	3 s e g
Si no ha preguntado: hubo otro periodo					



	de depresión y q causara más problemas que este?					
↩	Si fue SI: regrese a Ep Dep Pasado A12 y checar si ha habido otro episodio más severo y/o causara más síntomas, preguntar sobre...					
↩	Si NO: Ir a manía.					
	Justo antes de comenzar, estaba enfermo? <i>Si fue SI: Que dijo el doctor?</i>	C. Los síntomas no se deben a una enfermedad medica o sustancia (droga o medicamento)	¿	1	2	3
	Antes de comenzar, estaba usando alguna medicina? <i>Si fue SI: algún cambio en la dosis?</i>	Si hay alguna indicación de que los síntomas se deben a enf medica o sustancia ir a Debidos a... y regresar y marcar 1 o 3	Seca sus o enf m			
	Antes de comenzar, estaba tomando o usando alguna droga?	Referir una lista de las condiciones medicas y sustancias.				Ep dep 1°
	Si no sabe: hubo otro periodo de depresión como este pero q no usara sust o estuviera enfermo?					
↩	Si fue SI: Ir a ep dep pasado A12 y anotar si hubo otros ep no debidos a sust o enf med, si es así preguntar...					Continuar
↩	Si fue NO: Ir a manía.					
	Cuando empezó, alguien cercano falleció?	D. Los Sx no son explicados por un simple duelo (pj: después de 1 fallecimiento los Sx persisten tanto como 2m o se caracterizan por disfunción marcada, preocupación mórbida con inutilidad, ideación suicida, Sx psicóticos o retardo psicomotor.	¿	1: d u e l o s i m p l e		3: por lo menos 1 ep no simple duelo Continuar
	Si no sabe: ha habido otro tiempo en el q estuviera deprimido como en esa ocasión pero q nadie muriera?					
↩	Si fue SI: pasar a Ep Dep Pasado A12. Y anotar q hubo otro ep dep q no se relacionara con el duelo. Pregunte por el...					
↩	Si fue NO: Ir a manía.	EP DEP MAYOR CRITERIO A, B, C Y D SON 3		1: Ir a Mania		3: Ep Dep pasado
	Qué edad tenía al inicio del ep pasado?	Edad de inicio el Ep Dep Pasado				
	Cuántas veces ha estado deprimido casi diario por 2 semanas con los síntomas como en el peor ep?	# total de Ep Dep (poner 99 si son muchos)				
	DISTIMIA (SOLAMENTE ACTUAL)					
	Si no ha habido un Ep Dep Mayor en los últimos 2 años: Para los últimos 2 años, ha tenido un humor depresivo casi todo el día? (Mas de la mitad del tiempo?) Si fue SI: Como fue?	A. Deprimido la mayor parte del día en los últimos dos años. casi diario (subjetivo u observable)	¿	1: I r S i g m o d	2	3
	Si hay un Ep Dep actual: revisemos cuando empezaron la mayor parte de los Sx del ep dep actual. Para los 2ª	Primer criterio para Ep Dep Mayor actual: Mes/Año: ___/___ Edad: ___				

antes de la fecha de inicio, estaba con humor deprimido casi todo el día casi diario?					
Para un Ep Dep Pasado durante los últimos 2ª: revisemos cuando empezaron la mayor parte de los sx del ep dep pasado y el punto en el q ya no tenía Sx. Desde entonces se ha sentido deprimido la mayor parte del día casi diario?	Primer criterio para Ep Dep Mayor pasado en los últimos 2 años: Mes/Año: ____/____ Edad: ____ No cumple criterio para Ep Dep Mayor pasado en los últimos 2 años: Mes/Año: ____/____ Edad: ____				
Si fue SI: para los últimos 2a, antes de q empezara el ep dep pasado, se sintió deprimido casi todo el día casi diario?					
Durante este periodo "deprimido crónico" a menudo....	B. Presencia, mientras está deprimido de 2 o más de los sig:				
...Perdió el apetito? (y aumento?)	(1) pobre o mucho apetito	¿	1	2	3
..problemas para dormir o durmió mucho?	(2) Insomnio o hiperinsomnio	¿	1	2	3
...poca energía para hacer las cosas o se sentía muy cansado?	(3) Baja energía o fatiga	¿	1	2	3
...se sentía desanimado? (se sintió inútil o fracasado?)	(4) Baja autoestima	¿	1	2	3
...problemas para concentrarse o tomar decisiones?	(5) Concentración pobre o dificultad para tomar decisiones	¿	1	2	3
...se sintió sin esperanzas?	(6) Sentimiento de desesperanza	¿	1	2	3
	POR LO MENOS 2 SINTOMAS B SON 3		Sigmod		
Cuál es el periodo más largo en el q se sintió bien dentro de este tan largo? (Sx no distímicos)	C. Durante los 2ª del Ts, la persona nunca tiene más de 2 meses sin síntomas del A y B NOTA: poner 1 si tiene humor normal mínimo 2 meses	¿	1 si g m o d	2	3
Cuanto tiempo se ha sentido así? Cuando empezó? Comparar inicio de Sx distímicos con fechas de ep dep pasado para determinar si hubo ep en los primeros 2ª de la distimia	D. No hay Ep Dep Pasado durante los primeros 2ª del Ts (pj: no se explica x TDM crónico por remisión parcial)	¿	1 lr Si g m o d	2	3
Episodios dep en los primeros 2ª de la distimia.	Edad de inicio del Ts distmico actual (99 si no sabe)		—		—
Si un Ep Dep Mayor precede los Sx distímicos: Quiero saber si regreso a lo normal después del ep dep mayor, antes de este largo periodo deprimido? Por lo menos 2 meses?	NOTA: puede haber un ep dep previo con remisión total a la distimia. Además en los primeros 2ª de la distimia, puede sobreponerse un Ep, en ese caso se ponen los dos. NOTA: poner 3 si no hay un ep dep en los primeros 2ª o si hay por lo menos 2 meses sin Sx antes del inicio.				
	E. Nunca ha estado maniaco, ep mixto, hipomanía, ciclotimia.		1: sig modul		3
Si no está claro: regrese después	F. No ocurre durante un Ts psicótico crónico (Esqz o Ts delirant)	¿	1		3: No sobre puesto
	NOTA: poner 3 si no hay un Ts psicótico crónico sobreimpuesto o simple.		Sig mod		
Antes de empezar estaba enfermo? Si fue SI: que dijo el doctor?	G. No se debe a enf medica o sustancias (droga o medicamento)	¿	1	2	3
Antes de empezar, usaba alguna medicina? Si fue SI: algún cambio de dosis?	Si indica ser secundario a una enf medica o sustancia ir a Debido a... y regresar a marcar 1 o 3		Debido a: sig modul		
Antes de empezar, tomaba o usaba					Ts

alguna droga?				humor 1°, seg	
Si no es claro: que tanto interfieren con su vida el humor deprimido?	H. Los Sx causan disfunción clínicamente significativa en cualquier área	¿	1: sig modul	3	
	TS DISTIMICO CRITERIO A,B,C,D,E,F,G y H son 3		1		3
	Indicar : 1- Inicio temprano: antes de los 21 ____ 2- Inicio tardío: después de los 21 ____	Ir sig modlo		Ts distimi co	
ESPECIFICAR RASGOS ATÍPICOS					
Durante el tiempo q se sintió deprimido..					
Si algo bueno pasaba o alguien trataba de animarlo se sentía mejor por un rato?	A. Reactividad del humor B. Dos o más de los siguientes:	¿	1: ir si g	2	3
Si no sabe: aumento mucho su apetito o aumento de peso?	(1) Aumento significativo de peso o apetito				
Cuántas hr (en 24hr) usualmente duerme(incluyendo siesta) cuando se siente deprimido?	(2) Hipersomnia NOTA: poner 3 si son >10hrs/día	¿	1	2	3
Siente piernas o brazos pesados a menudo?	(3) Como Parálisis	¿	1	2	3
Esta muy sensible a como lo tratan los demás? Que le pasa cuando una persona lo rechaza, critica o señala?(se entristece o enoja? Cuanto tiempo? Como lo afecta? Su reacción es mayor que la de otras personas? Ha evitado estar con gente o hacer cosas por miedo a ser criticado?	(4) Patron de rechazo interpersonal (no limitado a ep de alteración emocional), que resulta en disfunción social u ocupacional	¿	1	2	3
	POR LO MENOS 2 DEL B SON 3		1: sig modul		3
	CRITERIO A Y B SON 3		1		3: con Sx atip

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA					
En los últimos 6 meses, ha estado particularmente nervioso o ansioso?					
Se ha preocupado demasiado acerca de que podrían pasar cosas malas? <i>Si fue SI: De q se preocupaba? cuantos aspectos fueron? Durante los últimos 6m, son> los días preocupados q los q no lo está?</i>	A. Ansiedad excesiva o preocupación casi diaria por no menos de 6 meses, acerca de eventos o actividades	¿	1 s i g m o d u l o	2	3
Cuando se preocupaba así, era difícil dejar de hacerlo?	B. Encuentra que es difícil controlarse	¿	1 s i g	2	3
Cuando empezó la ansiedad? <i>Compare la respuesta con el inicio de un ep dep.</i>	F(2) no ocurre durante el curso de un Ts animo, psicótico o ts de ideas obsesivas	¿	1 s i g	2	3
Preguntare sobre Sx frecuentes cuando está nervioso Piense en ese periodo de los últimos 6m cuando se sentía nervioso o ansioso...	C. La ansiedad y preocupación se asocian con 3 o más de los sig 6 Sx (por lo menos algunos la mayor parte de los días en los 6m)				
...a menudo se sentía inquieto, sin poder sentarse o nervioso?	(1) Inquieto o nervioso o en el borde	¿	1	2	3
...a menudo se fatigaba fácilmente?	(2) Fatiga fácil	¿	1	2	3
...problemas para concentrarse o poner la mente en blanco?	(3) Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco	¿	1	2	3
...esta irritable a menudo?	(4) irritabilidad	¿	1	2	3
...están tensos sus musculos?	(5) Tensión muscular	¿	1	2	3
...problemas para quedarse o permanecer dormido?	(6) Alteraciones del sueño (o sueño no reparador)	¿	1	2	3
	POR LO MENOS 3 SINTOMAS DEL "C" SON 3	¿	1 s i g	2	3
Codificar basado en información previa	D. El foco de ansiedad y preocupación no son rasos de otro Ts del Eje I	¿	1:lr sig modul		3
Si no está claro: Q efecto tiene la ansiedad, preocupación o el Sx físico en su vida? Le dificulta hacer labores o estar con amigos?	E. La ansiedad, preocupación, o síntoma físico causa disfunción clinica o molestia	¿	1: s i g m o d	2	3
Antes de esto tomaba alguna droga, cafeína, pastillas d dieta u otra medicina? Cuanto café, te o soda con cafeína/d?	F. No se debe a una enfermedad médica, o efectos de una sustancia (medicina o droga)	¿	1		3
Antes de este problema estaba enfermo? Si fue SI: que dijo el doctor?			Debi do a .. seguir		Ts Ans prima rio
	ANSIEDAD GENERALIZADA CRITERIO A,B,C,D,E y F SON 3		1 Seguir		3 TAS

CRONOLOGIA DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA. INDICAR SEVERIDAD ACTUAL:

-SUAVE: pocos Sx en exceso de los requeridos para hacer Dx presente y el disfunción menor

-MODERADO: Sintomas o disfunción entre suave y severo

-SEVERO: Muchos síntomas de los requeridos para Dx, o disfunción marcada

EDAD DE INICIO: Cuantos años tenái cuando comenzaron los Sx? Poner 99 si no sabe ____

ANEXO IV

CUESTIONARIO DEL SCID-II DEL DSM-IV (AUTOAPLICABLE)

INSTRUCCIONES:

Estas preguntas se refieren al tipo de persona que es usted en general, es decir, la manera como usualmente se ha sentido o comportado durante los últimos años. Encierre en un círculo la palabra SI cuando la pregunta se aplique en forma total o en la mayor parte a usted o la palabra NO, si no se aplica a usted. Si no entiende una pregunta o si no está seguro de su contestación, déjela en blanco.

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Ha evitado trabajos o actividades porque involucren el trato con mucha gente? | SI | NO |
| 2. ¿Evita involucrarse con personas, a menos que esté seguro que les agrada? | SI | NO |
| 3. ¿Se le hace difícil mostrar sus sentimientos aún con personas cercanas? | SI | NO |
| 4. ¿Se preocupa con frecuencia de ser criticado o rechazado en reuniones sociales? | SI | NO |
| 5. ¿Cuándo conoce personas nuevas, está generalmente callado? | SI | NO |
| 6. ¿Piensa que no es tan bueno, listo o atractivo como la mayoría de los demás? | SI | NO |
| 7. ¿Teme probar nuevas cosas? | SI | NO |
| 8. ¿Necesita muchos consejos o palabras tranquilizadoras de otros antes de tomar decisiones cotidianas –cómo qué ponerse o qué ordenar en un restaurante-? | SI | NO |
| 9. ¿Depende de otras personas para manejar áreas importantes de su vida como manejo de dinero, cuidado de los niños o dónde vivir? | SI | NO |
| 10. ¿Se le hace difícil estar en desacuerdo con otras personas aún cuando piense que están equivocadas? | SI | NO |
| 11. ¿Se le hace difícil empezar a trabajar o hacer algo cuando no hay nadie que lo ayude? | SI | NO |
| 12. ¿Se ha ofrecido como voluntario para hacer cosas desagradables? | SI | NO |
| 13. ¿Se siente en general incómodo cuando está solo? | SI | NO |
| 14. ¿Cuándo se termina una relación cercana, siente que debe encontrar de inmediato alguien más que lo cuide? | SI | NO |
| 15. ¿Se preocupa mucho de que lo dejen solo y tenga que cuidarse a sí mismo? | SI | NO |
| 16. ¿Es usted el tipo de persona que se enfoca en los detalles, el orden y la organización o que le gusta hacer listas y horarios? | SI | NO |
| 17. ¿Tiene problemas para terminar sus trabajos porque pierde mucho tiempo tratando de hacer las cosas exactamente como deben de ser? | SI | NO |

18. ¿Piensa usted o los demás que está dedicado al trabajo (o a la escuela) que no tiene tiempo para nadie ni para divertirse?	SI	NO
19. ¿Tiene usted valores muy estrictos sobre lo bueno y lo malo?	SI	NO
20. ¿Tiene problemas para tirar las cosas porque pueden necesitarse algún día?	SI	NO
21. ¿Le es difícil dejar que otras personas le ayuden, excepto Si están de acuerdo en hacer las cosas exactamente como usted quiere?	SI	NO
22. ¿Le es difícil gastar dinero en usted mismo y en otros aunque tenga suficiente?	SI	NO
23. ¿A menudo está tan seguro de estar en lo correcto que no importa lo que opinen los demás?	SI	NO
24. ¿Le han dicho que usted es terco o rígido?	SI	NO
25. ¿Cuándo alguien le pide hacer algo que no quiere hacer, dice que "si" pero luego trabaja lentamente o hace mal el trabajo?	SI	NO
26. ¿Si no quiere hacer algo, simplemente se le "olvida" con frecuencia hacerlo?	SI	NO
27. ¿Es frecuente que sienta que los demás no lo entienden y que no aprecian todo lo que hace?	SI	NO
28. ¿Está usted con frecuencia de mal humor y listo para discutir?	SI	NO
29. ¿Ha pensado que la mayoría de sus jefes, maestros, supervisores, doctores y otros, no saben lo que en realidad deberían conocer?	SI	NO
30. ¿Piensa con frecuencia que no es justo que otra gente tenga más que usted?	SI	NO
31. ¿Se queja con frecuencia de que le han pasado mas cosas malas que a los demás?	SI	NO
32. ¿A menudo se niega enojado a hacer lo que le piden y luego se siente mal y pide perdón?	SI	NO
33. ¿Siempre siente que es infeliz y que la vida no es divertida?	SI	NO
34. ¿Cree que en el fondo usted es una persona inadecuada y con frecuencia no está a gusto con usted mismo?	SI	NO
35. ¿Se devalúa con frecuencia?	SI	NO
36. ¿Se la pasa pensando en lo malo que le ha ocurrido o preocupándose d algo malo le vaya a suceder?	SI	NO
37. ¿Juzga con frecuencia a otros duramente y con facilidad les encuentra fallas?	SI	NO
38. ¿Piensa que la mayoría de la gente en el fondo no es buena?	SI	NO
39. ¿Espera casi siempre que las cosas salgan mal?	SI	NO
40. ¿Se siente con frecuencia culpable sobre cosas que hizo o dejó de hacer?	SI	NO

- | | | |
|--|----|----|
| 41. ¿Con frecuencia tiene que estar alerta para impedir que la gente lo utilice o lastime? | SI | NO |
| 42. ¿Piensa mucho en si puede confiar en sus amigos y compañeros de trabajo? | SI | NO |
| 43. ¿Piensa que es mejor no dejar que los demás sepan mucho sobre usted porque lo pueden utilizar en su contra? | SI | NO |
| 44. ¿Se da cuenta frecuentemente que hablan o hacen cosas a sus espaldas para amenazarle o molestarle? | SI | NO |
| 45. ¿Es usted una persona rencorosa o que no perdona con facilidad cuando la insultan o desprecian? | SI | NO |
| 46. ¿Hay mucha gente a la que no puede perdonar porque le hicieron o dijeron algo hace mucho tiempo? | SI | NO |
| 47. ¿Es frecuente que se enoje o estalle cuando alguien lo critica o insulta de alguna manera? | SI | NO |
| 48. ¿Ha sospechado con frecuencia que su esposa(o) pareja le han sido infieles? | SI | NO |
| 49. ¿Cuándo sale y ve gente platicando, piensa con frecuencia que están hablando de usted? | SI | NO |
| 50. ¿Siente con frecuencia que las cosas que no tienen un significado especial para la mayoría, en realidad son para darle a usted un mensaje? | SI | NO |
| 51. ¿Cuándo está entre la gente, tiene con frecuencia la sensación que lo están observando o vigilando? | SI | NO |
| 52. ¿Ha sentido que usted puede hacer que pasen las cosas solo con desearlo o pensar en ellas? | SI | NO |
| 53. ¿Ha tenido experiencias personales sobrenaturales? | SI | NO |
| 54. ¿Cree usted que tiene un "sexto sentido", que le permite saber y predecir cosas que otros no pueden? | SI | NO |
| 55. ¿A menudo piensa que objetos o sombras son gente o animales o que los ruidos son voces de personas? | SI | NO |
| 56. ¿Ha sentido que alguna persona o energía está a su alrededor, aún cuando no pueda ver a nadie? | SI | NO |
| 57. ¿Ve el aura o campo de energía de la gente con frecuencia? | SI | NO |
| 58. ¿Tiene muy poca gente realmente cercana a usted, fuera de su familia inmediata? | SI | NO |
| 59. ¿A menudo se siente nervioso cuando está con otras personas? | SI | NO |
| 60. ¿No es importante para usted tener relaciones cercanas? | SI | NO |
| 61. ¿Prefiere casi siempre hacer las cosas solo y no con otra gente? | SI | NO |

62. ¿Estaría contento sin tener pareja sexual?	SI	NO
63. ¿Tiene muy pocas cosas que le proporcionen placer?	SI	NO
64. ¿No le importa lo que la gente piense de usted?	SI	NO
65. ¿Se da cuenta que nada lo hace muy feliz ni muy triste?	SI	NO
66. ¿Le gusta ser el centro de atención?	SI	NO
67. ¿Coquetea mucho?	SI	NO
68. ¿A menudo busca “ofrecer su amistad” a personas desconocidas?	SI	NO
69. ¿Trata de llamar la atención con la forma de verse o de vestir?	SI	NO
70. ¿Trata a menudo de actuar de forma llamativa?	SI	NO
71. ¿Cambia de opinión con frecuencia dependiendo de la gente con quienes se encuentra o lo que acaba de leer o ver en la tv?	SI	NO
72. ¿Tiene muchos amigos cercanos?	SI	NO
73. ¿Es frecuente que la gente no aprecie sus muy especiales talentos o logros?	SI	NO
74. ¿Le han dicho que tiene una opinión demasiado elevada de usted mismo?	SI	NO
75. ¿Piensa mucho en el poder, la fama o el reconocimiento que tendrá algún día?	SI	NO
76. ¿Piensa mucho en tener un gran romance algún día?	SI	NO
77. ¿Cuándo tiene un problema, insiste casi siempre en ver a la máxima autoridad?	SI	NO
78. ¿Siente que es importante pasar el tiempo con gente especial o influyente?	SI	NO
79. ¿Es muy importante para usted que la gente le preste atención o lo admire de alguna manera?	SI	NO
80. ¿Piensa que no es necesario seguir ciertas reglas o convenciones sociales cuando se interponen en su camino?	SI	NO
81. ¿Piensa que usted es una persona que merece un trato especial?	SI	NO
82. ¿Piensa que con frecuencia es necesario pasar sobre los demás para obtener lo que usted quiere?	SI	NO
83. ¿A menudo tiene que poner sus necesidades por encima de los demás?	SI	NO
84. ¿Espera con frecuencia que los demás hagan lo que usted quiere son preguntar, por tratarse de usted?	SI	NO
85. ¿En realidad a usted NO le interesan los problemas o sentimientos de los demás?	SI	NO
86. ¿Se ha quejado la gente que usted no escucha o no le importan sus	SI	NO

sentimientos?

- | | | |
|---|----|----|
| 87. ¿Es frecuente que sienta envidia de los demás? | SI | NO |
| 88. ¿Piensa que otros sienten envidia de usted con frecuencia? | SI | NO |
| 89. ¿Piensa que hay muy poca gente que merece su tiempo y su atención? | SI | NO |
| 90. ¿A menudo se pone frenético, cuando piensa que alguien que realmente le importa, amenaza con abandonarlo? | SI | NO |
| 91. ¿Las relaciones con personas que realmente le importan, tienen muchas altas y bajas extremosas? | SI | NO |
| 92. ¿Ha cambiado súbitamente de sentido de quién es usted y cuáles son sus metas? | SI | NO |
| 93. ¿A menudo cambia dramáticamente el sentido de quién es usted? | SI | NO |
| 94. ¿Es usted diferente cuando personas diferentes o en diferentes situaciones, de manera que a veces no sabe quién es usted en realidad? | SI | NO |
| 95. ¿Han cambiado mucho y súbitamente sus metas, orientación vocacional, creencias religiosas, etc? | SI | NO |
| 96. ¿Ha hecho a menudo cosas impulsivamente? | SI | NO |
| 97. ¿Ha tratado de lastimarse o matarse, o amenazado con hacerlo? | SI | NO |
| 98. ¿Se ha cortado, quemado o rasguñado a propósito? | SI | NO |
| 99. ¿Tiene muchos cambios repentinos del estado de ánimo? | SI | NO |
| 100. ¿A menudo siente un vacío interior? | SI | NO |
| 101. ¿Tiene a menudo explosiones de rabia o se enoja tanto que pierde el control? | SI | NO |
| 102. ¿Golpea a la gente o arroja cosas cuando se enoja? | SI | NO |
| 103. ¿Se enoja a un con cosas sin importancia? | SI | NO |
| 104. ¿Cuándo está bajo mucho estrés desconfía de otras personas o se siente fuertemente relegado? | SI | NO |
| 105. ¿Antes de los 15 años, intimidaba o amenazaba con otros niños? | SI | NO |
| 106. ¿Antes de los 15 años, provocaba pleitos? | SI | NO |
| 107. ¿Antes de los 15 años, hirió o amenazó a alguien con un arma, como un bate, ladrillo, botella rota, navaja o pistola? | SI | NO |
| 108. ¿Antes de los 15 años, torturó deliberadamente a alguien o le causó a alguien dolor y sufrimiento físico? | SI | NO |
| 109. ¿Antes de los 15 años, torturó o lesionó animales a propósito? | SI | NO |

- | | | | |
|------|---|----|----|
| 110. | ¿Antes de los 15 años, robó, asaltó o tomó algún objeto de alguien a la fuerza bajo amenazas? | SI | NO |
| 111. | ¿Antes de los 15 años, forzó a alguien a tener relaciones sexuales, a desvestirse delante de usted o a tocarlo sexualmente? | SI | NO |
| 112. | ¿Antes de los 15 años, provocó incendios? | SI | NO |
| 113. | ¿Antes de los 15 años, deliberadamente destruyó cosas que no eran suyas? | SI | NO |
| 114. | ¿Antes de los 15 años, robaba casas, edificios o partes de coches? | SI | NO |
| 115. | ¿Antes de los 15 años, mentía o “timaba” mucho a los demás? | SI | NO |
| 116. | ¿Antes de los 15 años, algunas veces robó en tiendas o falsificó la firma de alguien? | SI | NO |
| 117. | ¿Antes de los 15 años, se escapó de la casa durante la noche? | SI | NO |
| 118. | ¿Antes de los 13 años, a menudo llegaba mucho más tarde a su casa de lo que debía hacerlo? | SI | NO |
| 119. | ¿Antes de los 15 años, se escapaba de la escuela con frecuencia? | SI | NO |

ANEXO V SCID-II

TRASTORNO PERSONALIDAD LIMÍTROFE	CRITERIOS DE TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMÍTROFE	
90. Ha dicho que usted (¿Usted) se ha puesto con frecuencia desesperado cuando pensó que alguien le importaba realmente iba a dejarlo.	Un patrón infiltrante de inestabilidad de relaciones interpersonales, autoimagen, y afectos e impulsividad marcada, empezando en la edad adulta temprana y presente en una variedad de contextos, como lo indican cinco (o más) de lo siguiente: (1) esfuerzos desesperados para evitar un abandono real o imaginario (nota: no incluir conducta suicida o automutilante cubierta en ítem (5))	“?” 1 2 3
¿Qué ha hecho?	3 = varios ejemplos	
(¿Le ha amenazado o rogado?)		
91. Ha dicho que sus (¿Sus) relaciones con gente que realmente le importa tiene muchos altibajos extremos	(2) un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizadas por la alternación entre extremos de idealización y devaluación	“?” 1 2 3
Dígame sobre los mismos		
(¿Hubo ocasiones en que pensó que eran todo lo que quería y otras veces en que pensó que eran terribles? ¿Cuántas relaciones eran como esta?)	3 = ya sea una relación prolongada y varias relaciones más cortas en que el patrón de alternación ocurre cuando menos dos veces	
92. Ha dicho que usted (¿Usted) ha cambiado de pronto su sentido de quién es usted y hacia dónde va.	(3) trastorno de identidad: autoimagen o sentido del self inestable en forma persistente o notable	“?” 1 2 3
Deme unos ejemplos de esto	(Nota: no incluir la inseguridad normal adolescente)	
93. Ha dicho que su sentido de quién es usted cambia con frecuencia (¿Cambia su sentido de quién es usted con frecuencia) en forma dramática	3 = admite rasgo	
Dígame más sobre esto		
94. Ha dicho que es (¿Es) diferente con gente diferente o en situaciones diferentes de manera que algunas veces no sabe quién es realmente.		
Deme unos ejemplos de esto (¿Se siente de esta manera mucho?)		
95. Ha dicho que ha habido (¿Ha habido) muchos cambios repentinos en sus		

metas, planes de carrera, creencias religiosas, etc.

Dígame más sobre esto.

96. Ha dicho que usted (¿Usted) ha hecho con frecuencia cosas de manera impulsiva.

¿Qué tipo de cosas?

¿Qué tal...

...comprar cosas que en realidad no puede costear?

...tener sexo con gente que apenas conoce, o sexo inseguro?

...beber demasiado o tomar drogas?

...manejar imprudentemente?

...apetito incontrolable?)

SI CONTESTA AFIRMATIVAMENTE A ALGO DE LO ANTERIOR: Dígame sobre eso, ¿Con qué frecuencia sucede?, ¿Qué tipos de problemas le ha causado?

97. Ha dicho que ha (¿Ha) tratado de lastimarse o matarse o amenazado con hacerlo

98. Ha dicho que usted (¿Usted) se ha cortado, quemado, o arañado usted mismo a propósito

Dígame más sobre eso

99. Ha dicho que usted (¿Usted) tiene muchos cambios de ánimo repentinos

Dígame más sobre eso.

(¿Cuánto tiempo duran sus malos humores? ¿Con qué frecuencia suceden estos cambios de ánimo?, ¿Qué tan repentinamente cambian sus ánimos?)

100. Ha dicho que usted (¿Usted) se siente vacío con frecuencia interiormente?

Dígame más sobre esto

101. Ha dicho que usted (¿Usted) tiene con frecuencia arrebatos de temperamento o se enoja tanto que pierde el control

(4) impulsividad en dos áreas cuando menos que son autoperjudiciales en forma potencial (p.ej. gastar, sexo, abuso de sustancias, manejo imprudente, comelitonas)- (Nota: no incluir conducta suicida o automutilante cubierta en el ítem (5)).

3 = varios ejemplos indicando un patrón de conducta impulsiva (no necesariamente limitado a ejemplos arriba citados)

(5) Conducta, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento automutilante

3= dos o más eventos (no en episodio depresivo mayor)

(6) inestabilidad afectiva debido a una reactividad notable de ánimo (p.ej., disforia episódica intensa, irritabilidad, o ansiedad que en general duran unas horas y sólo en raras ocasiones más de unos días).

3 = admite el rasgo

(7) Sentimientos crónicos de vacío

3 = admite el rasgo

(8) enojo intenso, inapropiado o dificultad para controlarlo (por ejemplo: muestras frecuentes de genio, enojo constante, peleas físicas recurrentes)

“?” 1 2
3

“?” 1 2
3

“?” 1 2
3

“?” 1 2
3

“?” 1 2
3

Dígame sobre esto

3 = admite el rasgo y mínimo un ejemplo

102. Ha dicho que usted (¿Usted) golpea a la gente o lanza cosas cuando se enoja

Dígame sobre esto.

(¿Sucedee con frecuencia?)

103. Ha dicho que a usted (¿A usted) le enojan mucho aún las pequeñas cosas?

¿Cuándo sucede esto?

(¿Sucedee con frecuencia?)

104. Ha dicho que cuando está bajo mucho estrés, usted (¿Cuándo está bajo mucho estrés, ¿usted) sospecha de la gente o se siente extraño.

(9) transitorio, ideas paranoides relacionadas con estrés o síntomas disociativos severos

“?” 1 2
3

Dígame sobre esto.

3= varios ejemplos que no ocurren exclusivamente durante un Trastorno de ánimo con rasgos psicóticos

1 3

UN MÍNIMO DE CINCO ÍTEMS SE
CODIFICAN “3”

TRASTORNO DE PERSONALIDAD
LIMÍTROFE

ANEXO VI

Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

<i>Items</i>	<i>Criterios operativos de valoración.</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. 1.se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida o merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente

	<p>por desatención, indecisión y vacilación</p> <p>3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad</p> <p>4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad</p>
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	<p>0. Palabra y pensamiento normales</p> <p>1. Ligeramente retraso en el diálogo</p> <p>2. Evidente retraso en el diálogo</p> <p>3. Diálogo difícil</p> <p>4. Torpeza absoluta</p>
9. Agitación	<p>0. Ninguna</p> <p>1. <i>Juega</i> con sus manos, cabellos, etc</p> <p>2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc</p>
10. Ansiedad psíquica	<p>0. No hay dificultad</p> <p>1. Tensión subjetiva e irritabilidad</p> <p>2. Preocupación por pequeñas cosas</p> <p>3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla</p> <p>4. Terrores expresados sin preguntarle</p>
11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente</p> <p>1. Ligera</p> <p>2. Moderada</p> <p>3. Grave</p> <p>4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimule. Sensación de pesadez en el abdomen</p> <p>2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno</p> <p>1. 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</p> <p>2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>

14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	A. Según manifestaciones del pac. (1ª evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el paciente) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones sig.) 0. Pérdida de peso < a 500gr en 1 semana 1. Pérdida de peso de > de 500gr en 1 semana 2. Pérdida de peso de > de 1Kg en 1 semana (término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

ANEXO VII

Escala de Hamilton para Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS)

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1. Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares)(dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)(zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios(amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencias de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial • Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales. 	0	1	2	3	4