



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Medicina

Maestría en Ciencias de la Salud

“Estudio de potenciales relacionados a evento auditivo en pacientes con diagnóstico de depresión tratados con quetiapina o sertralina”

Tesis

Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias de la Salud

Presenta:

Ulises Montero Hernández

Comité de Tutores

Tutor Académico

Dr. Francisco Bernardo Pliego Rivero

Tutor Interno

Dra. Gloria Adelina Otero Ojeda

Tutor Externo

Dra. Josefina Ricardo Garcell.

Toluca, Estado de México, Noviembre del 2015

INDICE

	No. página
1. Antecedentes	3
1.1 <i>Depresión</i>	3
1.1.1 <i>Epidemiología</i>	3
1.1.2 <i>Neurobiología de la depresión</i>	3
1.2 <i>Marcadores electroencefalográficos de la depresión</i>	5
1.3 <i>Efecto de psicofármacos sobre el electroencefalograma</i>	6
1.3.1 <i>Antidepresivos</i>	6
1.3.2 <i>Antipsicóticos</i>	6
1.3.3 <i>Quetiapina</i>	6
2. Planteamiento del Problema	7
3. Hipótesis	10
4. Objetivos	10
5. Justificación	11
6. Material y Métodos	11
6.1. Diseño de estudio	11
6.2. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	12
6.3. Procedimientos	13
6.4. Variables de Estudio	15
6.5. Implicaciones Bioéticas	15
6.6. Recolección de Datos	15
6.7. Análisis Estadístico	15
9. Referencias Bibliográficas	16
10. Anexos	19
10.1. Anexo 1, <i>Hoja de recolección de datos.</i>	19
10.1. Anexo 2, <i>Carta de consentimiento informado.</i>	20
10.2. Anexo 3, <i>Declaración de confidencialidad.</i>	22
10.3. Anexo 4, <i>MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)</i>	23
10.4. Anexo 5, <i>Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, HAM-D).</i>	44

1.-ANTECEDENTES

1.1 DEPRESIÓN

Definición.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la depresión como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (1).

Actualmente es una de las principales causas de discapacidad y un problema de salud pública mundial con una prevalencia que oscila entre 3.3 y 21.4%. La OMS prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo, tan sólo después de las patologías cardiovasculares (1). En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (2).

Este trastorno generalmente comienza en edades tempranas, reduce sustancialmente el funcionamiento de las personas, es un padecimiento recurrente y tiene importantes costos económicos y sociales. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud señalan que 9.2% de los mexicanos sufrieron un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en los doce meses previos al estudio. La depresión ocurre con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4%) que entre los hombres (5.4%) (2). Los trastornos depresivos producen importantes niveles de discapacidad, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura. Pueden dificultar la capacidad de la persona para realizar actividades cotidianas, causando un deterioro significativo en el funcionamiento habitual y en la calidad de vida. Los análisis recientes realizados en México muestran que la depresión produce mayor discapacidad que otras condiciones crónicas como la diabetes, los trastornos respiratorios, las enfermedades cardíacas o la artritis. Por ejemplo, las personas con depresión pierden hasta 2.7 más días de trabajo que aquellas con otro tipo de enfermedades crónicas (2).

Neurobiología de la depresión

Actualmente se ha encontrado evidencia de múltiples aspectos fisiológicos que influyen en el desarrollo de la depresión: cambios en las estructuras cerebrales y en su funcionamiento (corteza cerebral pre frontal, amígdala, hipocampo), la participación de monoaminas como

serotonina, noradrenalina, dopamina; así como polimorfismos en sus transportadores (3), el papel de la neurogénesis y los factores de crecimiento (4). Si bien todos estos mecanismos se encuentran interrelacionados aún no existe una teoría que logre unificarlos por lo que se ha asumido a la depresión como un padecimiento multifactorial.

a) Estructuras cerebrales implicadas en la depresión.

Hipocampo: Los pacientes con depresión severa tienen una disminución de volumen de ambos hipocampos, siendo más marcado en el lado izquierdo (5).

Amígdala : Existe una variabilidad de resultados en los estudios respecto al volumen de la amígdala en la depresión sin embargo la mayoría de los resultados concuerdan que no hay diferencia en el volumen de la amígdala en los pacientes deprimidos aunque en los estudios funcionales de imagen se ha demostrado una hiperactividad funcional (4).

Corteza prefrontal: Un estudio de la corteza orbitofrontal y otras subregiones prefrontales efectuado con resonancia magnética nuclear demostró que los pacientes con depresión tenían una disminución del volumen de la materia gris de la corteza orbitofrontal, principalmente la derecha (6).

b). Hipótesis de las aminos: Múltiples son las hipótesis que han surgido para explicar el origen de la depresión, dentro de las más estudiadas esta la de las monoaminas que propone que el trastorno depresivo mayor se debe a una deficiencia de neurotransmisores: serotonina (5-HT), norepinefrina y dopamina (7).

El sistema serotoninérgico es el que más se ha implicado en la regulación del humor y se ha demostrado en varios estudios alteraciones que resultan en una disminución central de la concentración de serotonina entre ellas la producción de la misma, mutaciones en su receptor y recientemente polimorfismos en su transportador (7).

c) Hipótesis neurotrófica de la depresión: El Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF, *Brain-Derived Neurotrophic Factor*) es una proteína encontrada en el cerebro, abundante en el hipocampo y la corteza cerebral. De acuerdo con esta hipótesis la disminución de la expresión del BDNF puede contribuir a la atrofia del hipocampo en respuesta al estrés en pacientes deprimidos y su incremento puede contribuir a la acción del tratamiento antidepresivo. Esta hipótesis se sostiene con la relación que se ha visto en la atrofia cortical y de áreas límbicas con la disminución de la actividad de esta neurotrofina (8).

Marcadores electroencefalográficos en depresión

Electroencefalograma cuantitativo:

En los pacientes deprimidos se observa un aumento de la actividad alfa en reposo principalmente localizadas en las regiones parietal y frontal predominantemente izquierda (9). Este exceso de actividad alfa también se ha relacionado con una respuesta favorable a los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), con una disminución de ondas alfa. Se ha propuesto que las ondas alfa de alto voltaje se asocian al polimorfismo Val66Met del BDNF (10).

Algunos estudios con calidad de pronóstico reportan que el exceso de ondas theta en pacientes deprimidos se relaciona con una pobre respuesta a los ISRS (9).

Potenciales relacionados a evento (PRE)

Los potenciales relacionados a evento (PRE) son el resultado del promedio del registro electroencefalográfico en respuesta a estímulos sensoriales. La amplitud, latencia y distribución topográfica de las diferentes ondas registradas permite el análisis y cuantificación del procesamiento de estímulos externos (11).

Se ha demostrado que altas concentraciones de serotonina en el sistema nervioso central (SNC) están relacionados a supresión de la respuesta en los potenciales auditivos relacionados a evento mientras que bajos niveles de serotonina facilitan las curvas de respuesta (9).

Otra manera de medir los PRE es por medio de la onda P300, que se genera en respuesta a la presentación de un estímulo infrecuente (visual o auditivo). Este tipo de paradigmas conductuales son llamados tipo *oddball*. En los pacientes deprimidos se ha reportado una disminución de la amplitud que se traduce en un proceso de atención deficiente en estos pacientes, mientras que los pacientes con diagnóstico de ansiedad muestran un incremento en la amplitud de la onda P300 (11).

Efecto de psicofármacos sobre el registro electroencefalográfico

Antidepresivos

La alta frecuencia de presentación de ondas alfa, así como su asimetría, particularmente en regiones posteriores, parece caracterizar a los pacientes respondedores de aquellos que no lo son a diferentes tratamientos con antidepresivos ISRS (9). Asimismo, se ha observado una mayor activación del hemisferio derecho en comparación con el izquierdo en pacientes respondedores (11). En algunos estudio se ha reportado que un alto índice de respuesta a los antidepresivos (IRAd), calculado como la relación entre la actividad frontal alfa y theta, se relaciona con mejor respuesta a los ISRS (12). Por otra parte, se ha propuesto a la actividad theta como un indicador indirecto de perfusión cerebral frontal deficiente y algunos estudios relacionan una elevada actividad theta con pobre respuesta a los antidepresivos (13-15).

Antipsicóticos

Existen estudios que reportan incremento en la actividad paroxística theta o delta así como la manifestación de actividad epileptiforme con el uso de antipsicóticos en voluntarios sanos (16, 17).

Con el haloperidol se ha observado un incremento en la actividad theta así como una disminución en la actividad alfa y beta (18). Con olanzapina la actividad theta incrementa mientras que la alfa disminuye, pero hay reportes de enlentecimiento intermitente generalizado (65%) así como presencia de actividad epileptiforme (9.3%) con el uso de este antipsicótico en voluntarios sanos (19). Esta actividad epileptiforme se observa con el uso de olanzapina, clozapina (5.9%) y risperidona (4.0%), mas no con haloperidol o quetiapina (17-19).

Cambios electroencefalográficos con el uso de quetiapina

En pacientes con esquizofrenia se ha reportado una mejoría de las capacidades cognoscitiva asociada al uso de quetiapina probablemente relacionada a su alta actividad por los receptores 5-HT_{2a} y tipo D₂ que favorece la liberación de dopamina y acetilcolina en corteza prefrontal e hipocampo. Un estudio que analiza el efecto de este antipsicótico sobre la onda P300 en pacientes con esquizofrenia reportó que la amplitud aumentó y mientras que disminuyó la latencia a la vez que mejoraba la sintomatología después de 3 meses de tratamiento (18)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento sobre los procesos cerebrales que subyacen a los trastornos mentales ha incrementado significativamente en las últimas décadas, pero a pesar de las investigaciones

realizadas aún no disponemos de ningún marcador biológico para estos trastornos. Las técnicas neurofisiológicas como el electroencefalograma (EEG) o los potenciales evocados relacionados a evento (PERE) se han utilizado ampliamente en la investigación de los síndromes psiquiátricos más importantes como la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno bipolar o el trastorno obsesivo/compulsivo. En este sentido se han propuesto nuevos métodos de análisis para los datos neurofisiológicos y esta . Éstos métodos parecen ser sensibles a los componentes temporales de la actividad cerebral y por tanto podrían reflejar bien la naturaleza dinámica de los trastornos psiquiátricos.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué efecto tiene sobre P300 el tratamiento durante 8 semanas con quetiapina en pacientes con depresión?

HIPOTESIS

Hipótesis

1. El tratamiento con quetiapina por 8 semanas con quetiapina aumentará la amplitud y disminuirá la latencia de P300

Hipótesis nulas:

1. El tratamiento de 8 semanas con quetiapina no tendrá efecto sobre la P300 en pacientes con diagnóstico de depresión

OBJETIVOS

Objetivo general:

Determinar el efecto que tiene el del tratamiento con quetiapina por 8 semanas sobre P300 en pacientes con depresión

Objetivos específicos:

1. Evaluar la respuesta antidepressiva de la quetiapina medida con la puntuación en la escala HAM-D
2. Medir la correlación que existe entre la puntuación de la escala HAM-D con la latencia y amplitud de P300
3. Comparar la respuesta al tratamiento con quetiapina y con sertralina.

JUSTIFICACIÓN

Dado la alta prevalencia del trastorno depresivo (13-16%), su impacto social y los elevados costos que ocasionan al sistema de salud es importante realizar estudios para la identificación de biomarcadores que puedan ayudar a predecir la respuesta al tratamiento o las potenciales recaídas.

En los años recientes se han reportado múltiples alteraciones anatómicas, metabólicas y fisiológicas en el trastorno depresivo mayor; por ejemplo, disminución del volumen cortical en las áreas prefrontales, alteración en la conectividad y en la actividad de la amígdala o bien alteración en la expresión de citosinas inflamatorias o de factores de crecimiento como el BDNF. Sin embargo, ninguno de estos hallazgos se han podido asociar para arrojar un pronóstico debido a la poca disponibilidad en la práctica clínica, su poca especificidad así como la heterogeneidad de sus reportes. El electroencefalograma (EEG), usado como un estudio de rutina para varios padecimientos neurológicos, reúne varias características para ser un biomarcador viable al tener un bajo costo y amplia disponibilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Experimental, prospectivo, comparativo, quetiapina vs sertralina, aleatorizado por grupo de tratamiento.

Universo: Pacientes con diagnóstico de depresión que acudan a la consulta externa de psiquiatría del Hospital General Regional #220 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Método de muestreo: Por conveniencia, aleatorizado.

Tamaño de muestra: Total de pacientes reclutados que completen el estudio entre mayo de 2014 y mayo de 2015

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión:

1. Pacientes con diagnóstico de depresión que acudan a la consulta externa de psiquiatría del Hospital Regional #220 del IMSS.
2. Edad entre 20 y 50 años.
3. Que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado
4. Sin diagnóstico de abuso de sustancias (incluyendo alcohol y tabaco).
5. Que completen el tratamiento y se hayan realizado las mediciones basales y finales de P300.

Criterios de exclusión:

1. Historia de episodios psicóticos o trastorno bipolar.
2. Diagnóstico de padecimientos neurodegenerativos o epilepsia.
3. Diagnóstico de retraso mental.
4. Uso y abuso o dependencia de alcohol u otras drogas en los últimos 2 años
5. Medicación con benzodiazepinas, anticonvulsivos o cualquier tipo de antidepresivos.
6. Diagnósticos de cáncer, tratamiento con glucocorticoides.

Criterios de eliminación.

1. Pacientes que por cualquier motivo abandonen el tratamiento farmacológico.
2. Pacientes que no acudan a alguna cita de seguimiento semanal.
3. Pacientes que declinen a participar en el estudio.
4. Pacientes que no presenten mejoría alguna después de 2 semanas de iniciado el tratamiento asignado

PROCEDIMIENTOS:

Previo el inicio del estudio se obtuvo un consentimiento informado a todos los participantes (Anexo 1).

Se solicitó firmar de conformidad la carta de confidencialidad para manejo de datos personales (Anexo 2).

Se recabaron datos sociodemográficos y antecedentes personales patológicos así como hallazgos de laboratorio en una hoja especial de recolección de datos (Anexo 3)

Se solicitó la aprobación del proyecto por el comité de ética del Hospital General Regional #220 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se aplicó la una entrevista semi-estructurada (*Mini International Neuropsychiatric Interview*) (Anexo 4) validada al español previo a la inclusión al estudio para descartar algún otro padecimiento neuropsiquiátrico.

Se midió la severidad de la depresión usando el cuestionario Hamilton para depresión de 17 ítems (HAM-D) (Anexo 5)

Se clasificó a los pacientes con respuesta cuando disminuya la puntuación HAM-D >50% y con remisión cuando la puntuación HAM-D <8

Se evaluó la sintomatología depresiva con HAM-D antes de iniciar el tratamiento y de manera semanal hasta finalizar 8 semanas de tratamiento.

El tratamiento farmacológico fue revisado y modificado si así lo requiere de manera semanal en cada evaluación.

Registros electrofisiológicos

Se realizaron registros de EEG y PERE de manera basal antes de iniciar el tratamiento al finalizar el mismo 8 semanas después.

Para el registro se utilizó un sistema de 26 canales del electroencefalógrafo digital Neurónica 5 (Neuronic Mexicana) en 4 condiciones de reposo: ojos abiertos, ojos cerrados, hiperventilación y estimulación fótica.

Durante la técnica los pacientes estarán sentados de manera confortable en un cuarto con sonido y luz atenuados.

En el registro de PERE se utilizaron paradigmas *oddball* auditorios y visuales.

Los estímulos auditorios se definieron como frecuente (1000 Hz) e infrecuentes (2000 Hz) presentados aleatoriamente con probabilidades de 0.8 y 0.2 respectivamente cada 2 segundos. Cada estímulo será presentado con una intensidad de 75 dB, 50 ms de duración y 10 ms para registrar respuesta.

Los estímulos visuales fueron definidos como frecuente (oreja) e infrecuente (ojo) presentados aleatoriamente con probabilidades de 0.8 y 0.2 respectivamente cada 2 segundos. Cada estímulo será el contorno de la figura sobre un fondo blanco, con una duración de 100 ms en un monitor de computadora a 1 metro del sujeto.

Se registraron el EEG durante cada una de las tareas, con al menos 300 estímulos presentados en 7 minutos aproximadamente.

Los pacientes fueron instruidos a observar el monitor de manera relajada, sin realizar movimientos bruscos (incluso parpadeo). Presionaran el botón derecho del mouse cuando sea presentado el estímulo frecuente y el botón izquierdo cuando sea presentado el estímulo infrecuente.

Se registró tiempo de respuesta y tasa de error.

Variables de Estudio

Variable independiente:

1. Tratamiento asignado (quetiapina o sertralina)

Variables dependientes:

1. Severidad de la depresión
2. Amplitud de onda P300
3. Frecuencia de onda P300

Implicaciones Bioéticas

El protocolo fue sujeto a revisión y aprobación por el comité de Bioética del Hospital General Regional #220 del Instituto Mexicano del Seguro Social

Se siguieron los principios de la Declaración de Helsinki para experimentación con humanos.

A todos los pacientes se les solicitó su consentimiento informado.

Se respetará la confidencialidad del paciente y de los datos obtenidos.

En caso de no presentar mejoría con el tratamiento utilizado, el paciente se eliminó del estudio y se ofrecerá el mejor tratamiento disponible.

Análisis Estadístico

Se utilizó el programa SPSS V.21. La amplitud y latencia del estímulo P300 se analizó mediante Wilcoxon tomando como significancia una $p \leq 0.05$.

Los coeficientes de correlación entre P300 puntuación en la escala Hamilton se calcularán mediante correlación de Pearson tomando como significancia una $p \leq 0.05$.

Se utilizó Análisis de dos vías de Friedman para muestras múltiples relacionadas para examinar diferencias semanales en la puntuación HAM-D en cada uno de los grupos de tratamiento tomando como significancia una $p \leq 0.05$.

Para establecer diferencia entre los 2 grupos de tratamiento en todos y cada una de las comparaciones se realizó la prueba U de Mann-Whitney sin encontrar diferencia significativa.

7. RESULTADOS

7.1. Reclutamiento de pacientes y respuesta clínica

De la muestra inicial de 22 pacientes se seleccionaron aleatoriamente 9 para el grupo de tratamiento con sertralina y 13 para el grupo de quetiapina. Hubo una tasa de abandono de 44.44% (n = 4), principalmente en el grupo de sertralina por falta de eficacia del medicamento y de 36.46% (n = 5) en el grupo de quetiapina principalmente por presentación de efectos adversos (sedación). La edad, severidad de la sintomatología depresiva y dosis de medicamento utilizada en cada grupo se muestra en la Tabla 1. En la figura 1 se ilustra gráficamente como se comportó la puntuación de la escala HAM-D en el transcurso de las semanas por grupo de tratamiento.

Tabla 1. Puntuación de la Escala Hamilton para Depresión por semana de tratamiento y

por dosis de medicamento.

	Quetiapina (n=8)	Sertralina (n=5)
Edad (años)	38.62 ± 3.99	39.4 ± 11.23
HAM-D Semana 0	27.25 ± 7.62*	27.40 ± 3.78*
Dosis (mg/d)	50 ± 32.91	70 ± 27.38
HAM-D Semana 2	21.62 ± 6.73*	15.60 ± 3.28*
Dosis (mg/d)	113.88 ± 78.17	90 ± 22.36
HAM-D Semana 4	17.12 ± 6.93*	13.20 ± 4.91*
Dosis (mg/d)	115.62 ± 74.32	110 ± 22.36
HAM-D Semana 6	13.75 ± 7.14*	8.60 ± 5.41*
Dosis (mg/d)	143.75 ± 82.10	120 ± 44.72
HAM-D Semana 8	8.50 ± 4.47*	5.60 ± 3.28*
Dosis (mg/d)	162.50 ± 79.05	120 ± 44.72

* ($p < 0.001$)

Las columnas muestran los grupos de tratamiento (sertralina y quetiapina).

En la primera fila muestra la edad media con desviación estándar y las filas dos a seis muestran la puntuación HAM-D en cada semana de medición y la dosis media de medicamento utilizada.

mg/d= miligramos por día.

7.2. Resultados conductuales

El número de ensayos utilizables libres de artefactos fue de al menos 20 para cada sujeto. El número de ensayos utilizados para las tareas auditivas fue de 24.3 ± 2.5 y para las visuales de 21 ± 1.6 antes del tratamiento con quetiapina y de 26.8 ± 8 para las auditivas y de 26.6 ± 6 para las visuales después del tratamiento con quetiapina. El número de respuestas correctas y no respuesta (porcentajes) así como tiempos de respuesta se muestran en la Tabla 2 (se muestran solo los valores para el estímulo infrecuente debido a que es de este estímulo de donde se obtiene p300)

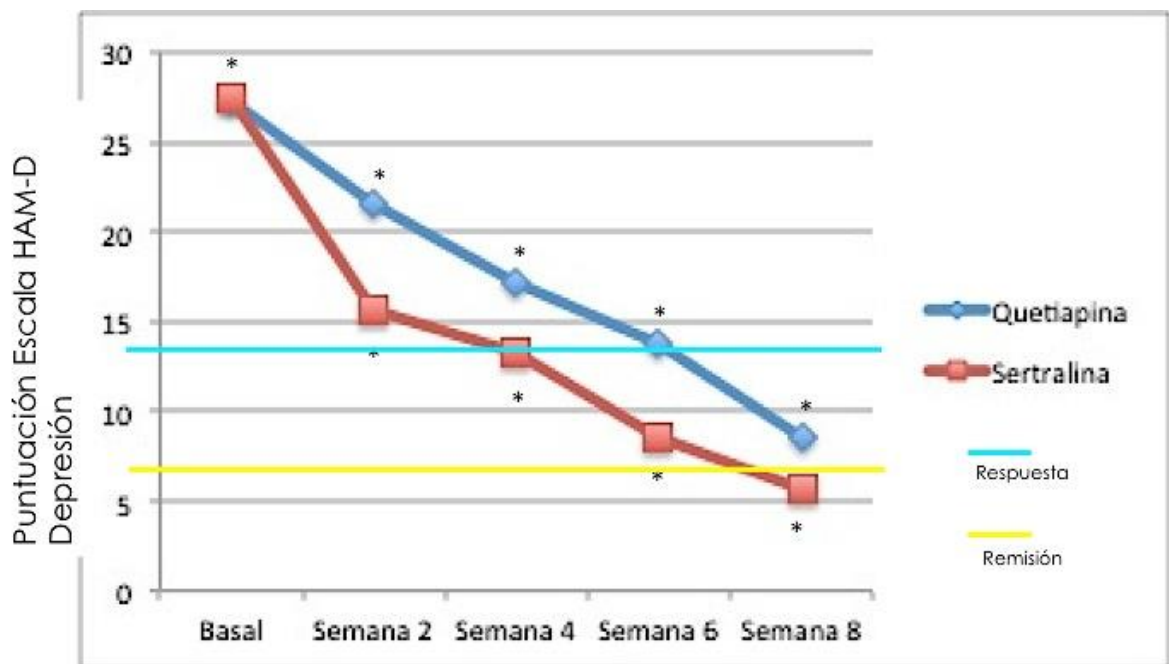


Figura 1. Puntuación de la escala Hamilton para depresión por grupo de tratamiento.

* ($p < 0.05$) Muestras múltiples relacionadas (medición semanal de cada tratamiento)

Se muestra la media de la puntuación HAM-D para los pacientes tratados con quetiapina (línea azul) y los pacientes tratados con sertralina (línea roja).

Se delimita con una línea turquesa cuando los pacientes alcanzaron la respuesta (disminución a la mitad de la puntuación inicial) y con una línea amarilla cuando alcanzaron la remisión (disminución de la puntuación HAM-D a menos de 7 puntos)

En el eje de las ordenadas observamos las semanas de tratamiento.

Tabla 2. Promedio de respuestas correctas, estímulos sin respuesta y tiempo de respuesta antes y después del tratamiento por grupo de tratamiento (quetiapina o sertralina) y por tarea asignada (visual o auditiva) .

	Quetiapina oddball auditivo	Sertralina oddball auditivo	Quetiapina oddball visual	Sertralina oddball visual
Respuestas correctas				
Pre tratamiento	77.66 %	81.53 %	87.75 %	85.3 %
Post tratamiento	84.37 %	89.66 %	86.12 %	85.4 %
Sin respuesta				
Pre tratamiento	19.41 %	15.57 %	10.06 %	10.5 %
Post tratamiento	11.62 %	8.06 %	11.06 %	12.5 %
Tiempo de respuesta				
Pre tratamiento	566 ms	576 ms	617 ms	578 ms
Post tratamiento	547 ms	563 ms	625 ms	616 ms

ms= milisegundo

En las filas se muestran los porcentajes de respuestas correctas y porcentajes sin respuesta así como el tiempo medio que tardaron en emitir una respuesta por grupo de tratamiento y por tarea asignada antes de recibir el tratamiento (pre tratamiento) y después de recibir el tratamiento (post tratamiento)

No se observó significancia estadística.

7.3 Potenciales relacionados a evento (PREs) ó P300

En las figuras 1 y 2 se muestra en gran promedio del PRE auditivo para el estímulo infrecuente antes y después del tratamiento de los pacientes tratados con quetiapina y sertralina respectivamente, mientras que las figuras 3 y 4 ilustran el gran promedio del PRE visual para el estímulo infrecuente antes y después del tratamiento de los pacientes tratados con quetiapina y sertralina respectivamente. En la tabla 3 se observan los valores basal y final de amplitud para cada grupo de tratamiento y en la tabla 4 se observan los valores de las latencias basal y final para cada grupo de tratamiento

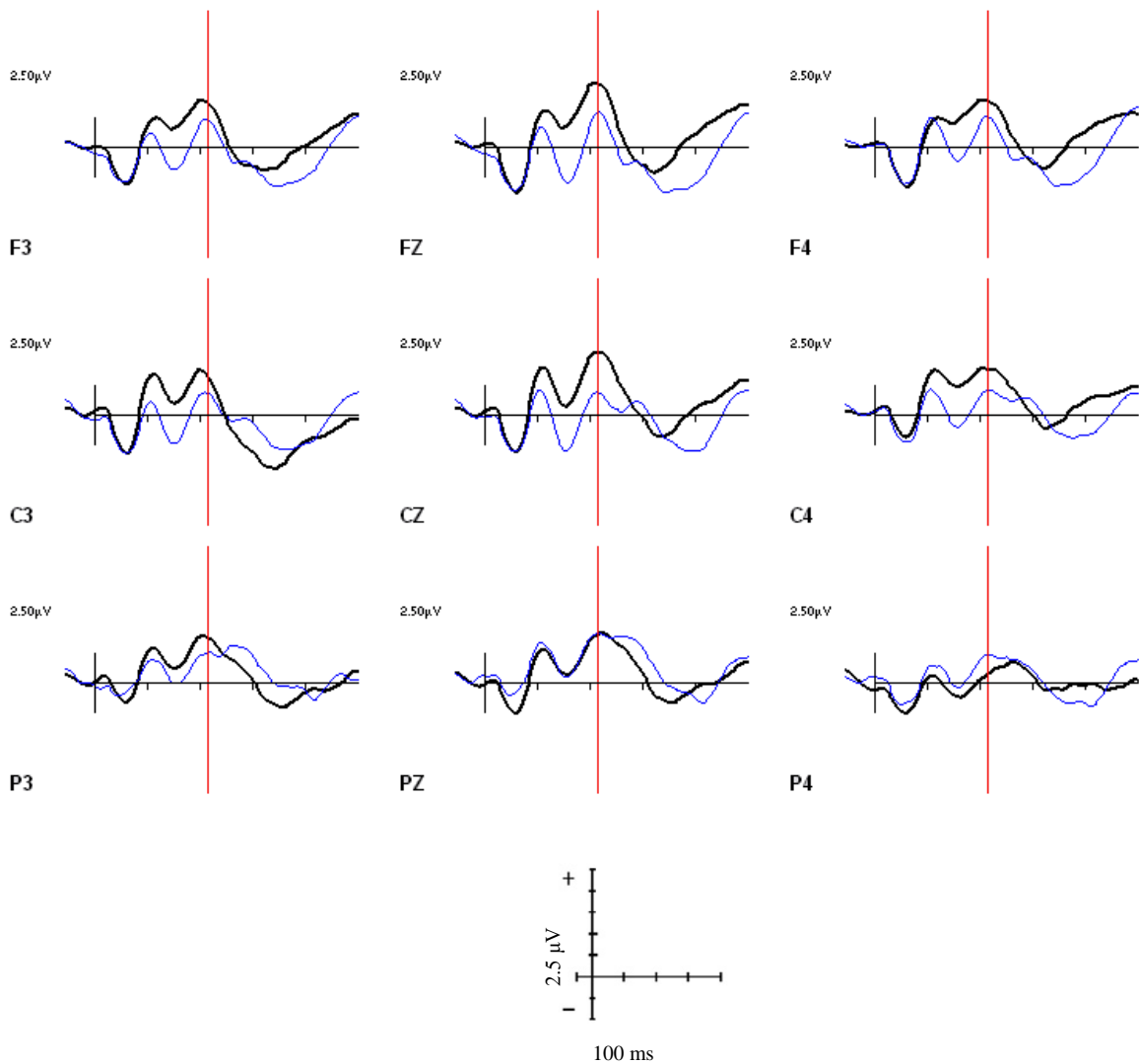


Figura 2. P300 Gran promedio del oddball auditivo con el tratamiento con quetiapina (n=8)

Se muestra el gran promedio del estímulo infrecuente antes del tratamiento (línea azul) y después del tratamiento (línea negra) con quetiapina. Se puede observar aumento en la amplitud en los electrodos centrales y frontales después del tratamiento. En esta figura no logra apreciarse diferencia respecto a las latencias.

Unidades en el eje de abscisas indican 100 milisegundos; unidades en el eje de las ordenadas indican 2.5 microvoltios.

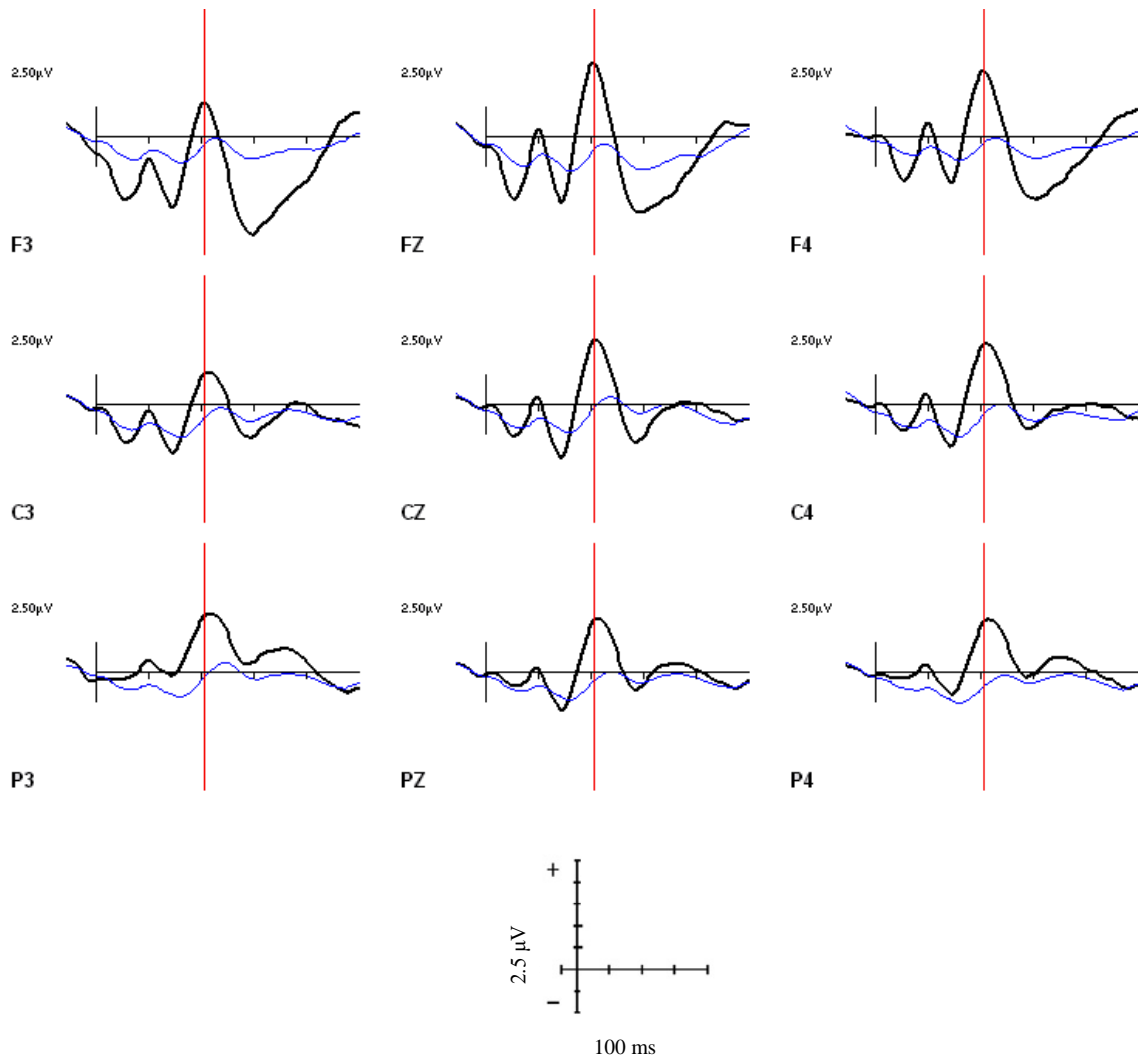


Figura 2. P300 Gran promedio del oddball auditivo con el tratamiento con sertralina (n=5)
 Estimulo infrecuente antes del tratamiento (línea azul) y después del tratamiento (línea negra) con sertralina. Se puede observar un aumento de la amplitud así como disminución de la latencia después del tratamiento en todas las derivaciones.
 Unidades en el eje de abscisas indican 100 milisegundos; unidades en el eje de las ordenadas indican 2.5 microvoltios.

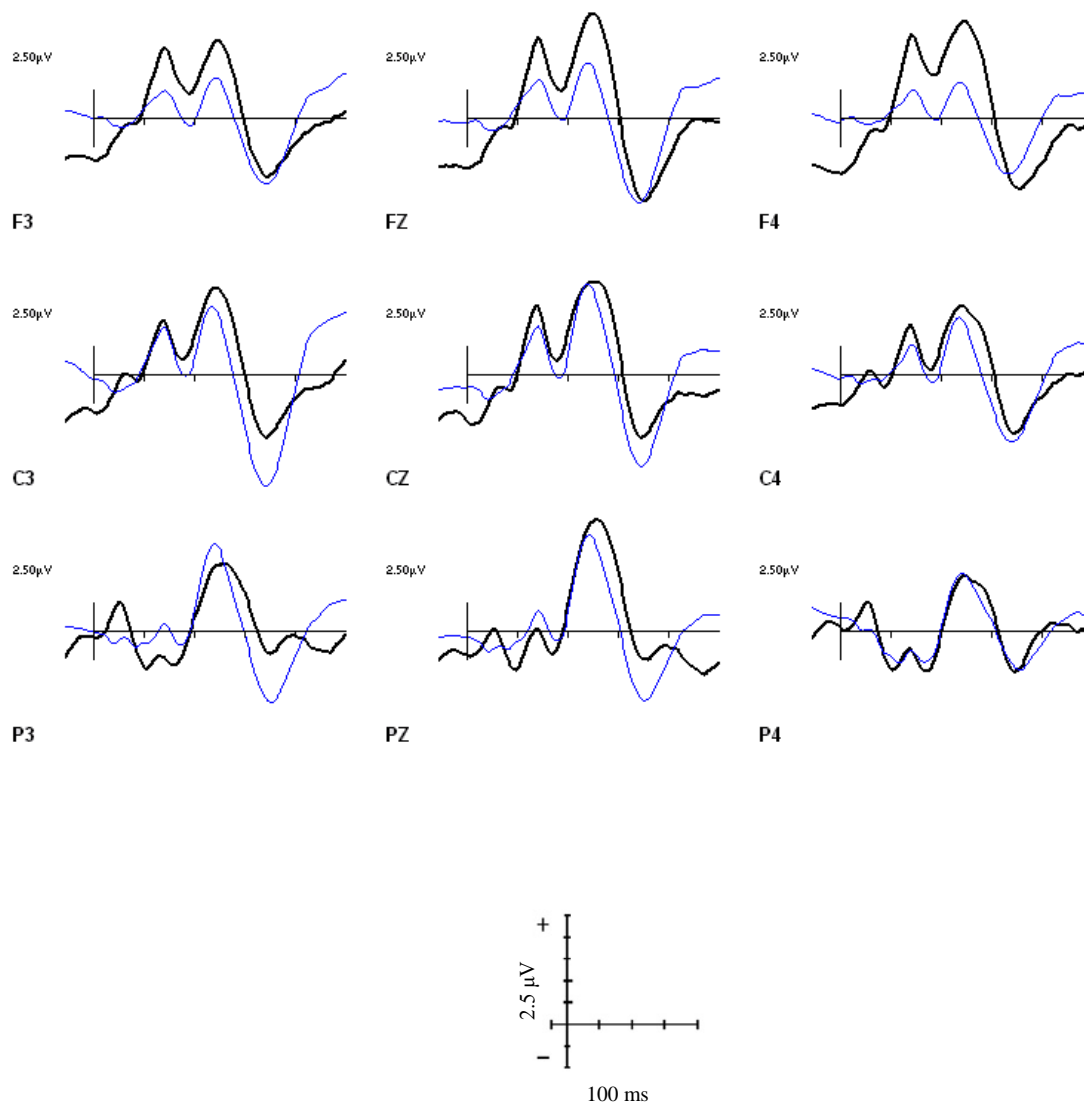


Figura 3. P300 Gran promedio del oddball visual con el tratamiento con quetiapina (n=8)

Estimulo infrecuente antes del tratamiento (línea azul) y después del tratamiento (línea negra) con quetiapina. Se puede observar un aumento de la amplitud en electrodos frontales. No se aprecia diferencia en la latencia.

Unidades en el eje de abscisas indican 100 milisegundos; unidades en el eje de las ordenadas indican 2.5 microvoltios.

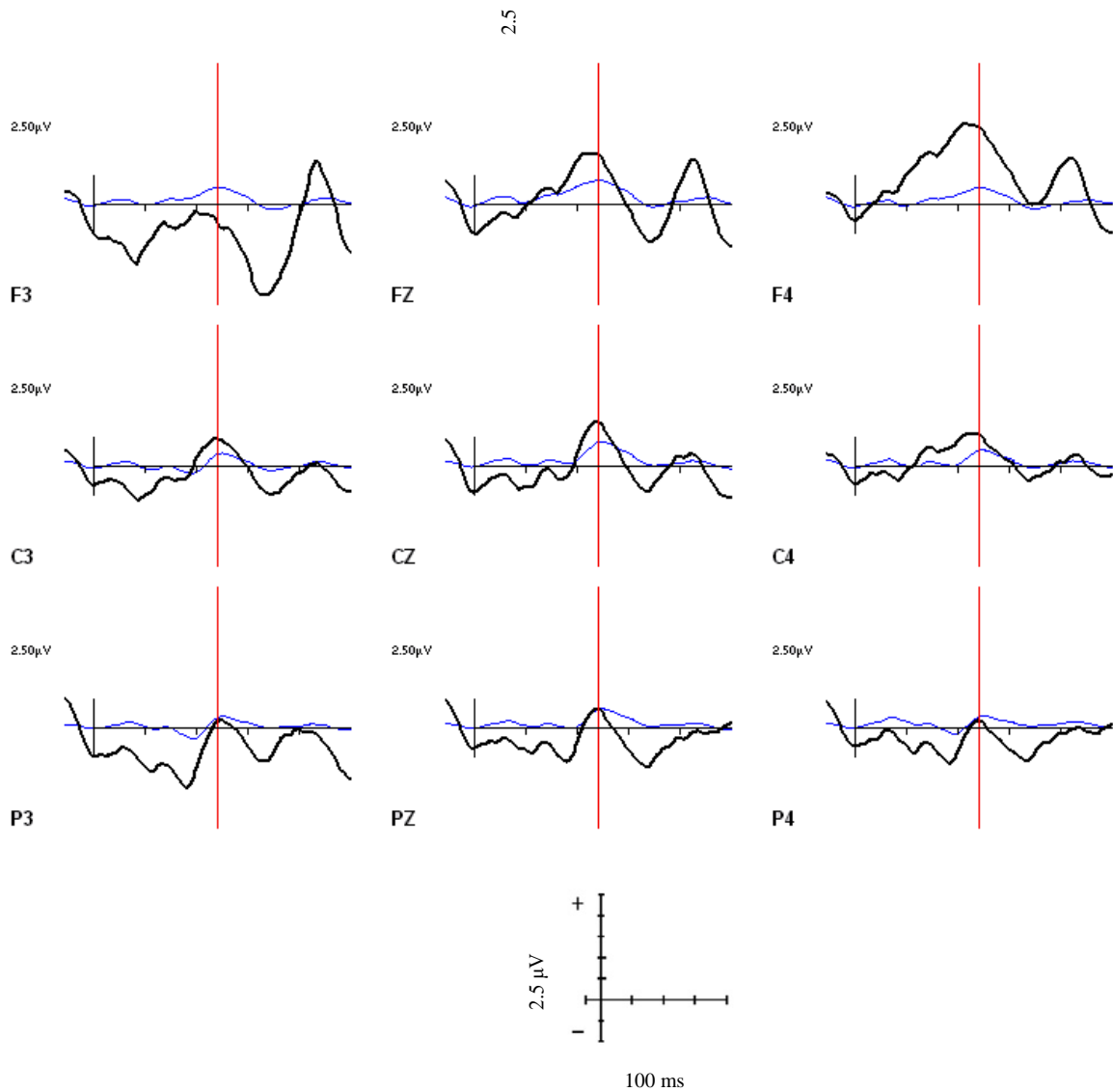


Figura 4. P300 Gran promedio del oddball visual con el tratamiento con sertralina (n=5)
Estimulo infrecuente antes del tratamiento (línea azul) y después del tratamiento (línea negra) con sertralina. Se observa aumento de la amplitud y disminución de la latencia en FZ y F4. En otras derivaciones no se observa ningún efecto.

Unidades en el eje de abscisas indican 100 milisegundos; unidades en el eje de las ordenadas indican 2.5 microvoltios.

Tabla 3. Amplitud de P300 auditivo y visual en cada derivación antes y después del tratamiento por grupo de tratamiento (quetiapina o sertralina)

	Quetiapina Oddball Auditivo	Sertralina Oddball Auditivo	Quetiapina Oddball Visual	Sertralina Oddball Visual
DERIVACIÓN	P300 Amplitud Pre tratamiento / Post Tratamiento (μV)			
F3	2.71/ 4.8*	2.32/ 6.3*	4.10/ 4.70	3.32/ 3.76
FZ	3.52/ 5.64*	2.74/ 6.69*	4.45/ 5.60	3.99/ 4.88
F4	2.62/ 4.84*	2.21/ 6.44*	4.58/ 4.68	3.46/ 4.69
C3	2.96/ 4.72	2.45/ 5.94	4.64 / 5.32	2.80 / 4.82
CZ	3.25/ 5.42	3.10/ 7.31*	5.03/ 6.11	5.01/ 5.20
C4	3.0/ 4.38	2.72/ 5.96	5.13/ 5.41	3.53/ 4.30
P3	3.83/ 4.36	2.89/ 5.26	4.78/ 5.89*	4.81/ 4.91
PZ	3.97/ 5.03	3.06/ 6.57*	6.19/ 6.53	4.88/ 5.95
P4	3.66/ 4.26	2.53/ 5.80*	4.75/ 5.52	3.92/ 4.40

μ V= Microvoltios

* ($p \leq 0.05$) Prueba Wilcoxon.

Se muestra la media del valor máximo de la amplitud de P300 medida en cada electrodo.

La primera columna señala el electrodo explorado, la columna dos y tres reportan la tarea auditiva para el grupo de quetiapina y sertralina respectivamente mientras que las columnas cuatro y cinco hacen lo propio para la tarea visual. Dentro de los recuadros los valores están divididos por una diagonal siendo los de la izquierda antes del tratamiento y a la derecha después del tratamiento.

Tabla 4. Latencia de P300 auditivo y visual en cada derivación antes y después del tratamiento por grupo de tratamiento (quetiapina o sertralina)

	Quetiapina Oddball Auditivo	Sertralina Oddball Auditivo	Quetiapina Oddball Visual	Sertralina Oddball Visual
DERIVACIÓN	P300 Latencia (ms) Pre tratamiento / Post Tratamiento			
F3	388 / 385	394 / 372	436 / 404	457 / 441
FZ	410 / 385	397 / 406	424 / 409	454 / 440
F4	384 / 384	397 / 375	438 / 403	456 / 438
C3	403 / 384	402 / 379	413 / 403	456 / 440
CZ	389 / 384	397 / 372*	420 / 406	457 / 440
C4	416 / 384	397 / 380	422 / 400	457 / 449
P3	406 / 383*	399 / 354*	420 / 405	453 / 464
PZ	402 / 387	395 / 357*	427 / 410	459 / 472
P4	406 / 392	398 / 362	421 / 416	457 / 470

ms= milisegundos

** ($p \leq 0.05$) Prueba Wilcoxon.*

Se muestra la media del valor de la latencia de P300 medida en cada electrodo. Todos los valores están expresados en milisegundos.

La primera columna señala el electrodo explorado, la columna dos y tres reportan la tarea auditiva para el grupo de quetiapina y sertralina respectivamente mientras que las columnas cuatro y cinco hacen lo propio para la tarea visual. Dentro de los recuadros los valores están divididos por una diagonal siendo los de la izquierda antes del tratamiento y a la derecha después del tratamiento.

Como se puede observar en la tabla 1 la edad media entre los 2 grupos es similar (39 años) así como la puntuación basal en HAM-D (27 puntos). Los pacientes asignados al grupo de quetiapina muestran una mejoría más lenta observando una respuesta (definida como la disminución a la mitad de la puntuación inicial de la escala HAM-D) hasta la semana 6 mientras que los del grupo de sertralina lo hacen en la semana 2; y la remisión (definida como puntuación HAM-D menor a 8) no se alcanza en el grupo de quetiapina misma que se observa al concluir el estudio en el grupo de sertralina ($p < 0.001$).

En la tabla 2 los resultados conductuales muestran una mejoría en la tarea auditiva en ambos grupos reflejado como un aumento del 7% y 8% en el porcentaje de respuestas correctas, disminución del 8% y 7% de no respuestas y una disminución de 19 y 15 milisegundos en el grupo de quetiapina y sertralina respectivamente.

Para la tarea visual no hubo diferencia de porcentajes entre respuestas correctas y no respuestas y los tiempos de respuesta aumentaron 8 y 37 milisegundos para el grupo de quetiapina y sertralina respectivamente. No hubo diferencia estadísticamente significativa en ambas tareas.

Las figuras 1, 2, 3 y 4 así como las tablas 3 y 4 ilustran que para ambos tratamientos la amplitud de p300 auditiva mejora después del tratamiento, siendo estadísticamente significativo en electrodos frontales y numéricamente mayor en el grupo de sertralina, mientras que las latencias disminuyen de manera estadísticamente significativa en los electrodos parietales teniendo mayor potencia estadística en el grupo de sertralina.

CONCLUSIONES

Estos hallazgos sugieren que el tratamiento con quetiapina es tan efectivo como la sertralina en el tratamiento de la depresión. Si bien los pacientes del grupo de quetiapina tardaron más en mostrar una respuesta antidepresiva y en un sentido estricto no alcanzaron la remisión esto se puede explicar por que la dosis inicial de quetiapina fue menor a la sugerida para el tratamiento de depresión (150 mg/d), misma que se alcanzó entre las semanas 6 y 8 de tratamiento, mientras que en el grupo de sertralina se inició y concluyó con una dosis mayor a la recomendada (50 mg/d).

Respecto a los PREs es importante señalar que para el paradigma conductual consistente en la presentación de estímulos visuales no se observó diferencia significativa después del

tratamiento para ambos grupos ni tampoco se observó una diferencia estadísticamente significativa después del tratamiento por grupo, lo que nos hace concluir que la atención sostenida visual no se encuentra modificada en pacientes con depresión.

En cuanto a los PREs auditivos se observó mejoría en ambos grupos, presentándose mayores valores de amplitud y significancia estadística en mayor número de derivaciones en el grupo de pacientes tratados con sertralina. Aunado a esto hay que señalar que este grupo logró una mejoría clínica antes que el grupo tratado con quetiapina.

LIMITACIONES

Las siguientes son limitaciones del estudio: (1) tamaño de muestra pequeño, (2) disparidad en la muestra en ambos grupos y (3) falta de grupo control. Se debe tener en cuenta estas limitaciones en caso de que los resultados deseen ser extrapolados a la población en general.

RECOMENDACIONES

Para otorgar mayor poder estadístico al estudio se debe ampliar la muestra en ambos grupos de tratamiento.

Para evitar sesgos de tratamiento se recomienda iniciar la quetiapina a dosis aprobadas para su uso en depresión (150 mg/día).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ustun TB, Chisholm D. Global "burden of disease"-study for psychiatric disorders. *Psychiatriche Praxis*. 2001 Jul;28 Suppl 1:S7-11. PubMed PMID: 11533901.
2. Rafful C, Medina-Mora ME, Borges G, Benjet C, Orozco R. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*. 2012 Apr;138(1-2):165-9. PubMed PMID: 22341482.
3. Mahar I, Bambico FR, Mechawar N, Nobrega JN. Stress, serotonin, and hippocampal neurogenesis in relation to depression and antidepressant effects. *Neuroscience and biobehavioral reviews*. 2014 Jan;38:173-92. PubMed PMID: 24300695.
4. Marsden WN. Synaptic plasticity in depression: molecular, cellular and functional correlates. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2013 Jun 3;43:168-84. PubMed PMID: 23268191.
5. Wainwright SR, Galea LA. The neural plasticity theory of depression: assessing the roles of adult neurogenesis and PSA-NCAM within the hippocampus. *Neural plasticity*. 2013;2013:805497. PubMed PMID: 23691371. Pubmed Central PMCID: 3649690.
6. Chang CC, Yu SC, McQuoid DR, Messer DF, Taylor WD, Singh K, et al. Reduction of dorsolateral prefrontal cortex gray matter in late-life depression. *Psychiatry research*. 2011 Jul 30;193(1):1-6. PubMed PMID: 21596532. Pubmed Central PMCID: 3105213.
7. Mulinari S. Monoamine theories of depression: historical impact on biomedical research. *Journal of the history of the neurosciences*. 2012;21(4):366-92. PubMed PMID: 22947380.
8. Yu H, Chen ZY. The role of BDNF in depression on the basis of its location in the neural circuitry. *Acta pharmacologica Sinica*. 2011 Jan;32(1):3-11. PubMed PMID: 21131999.
9. Olbrich S, Arns M. EEG biomarkers in major depressive disorder: discriminative power and prediction of treatment response. *International review of psychiatry*. 2013 Oct;25(5):604-18. PubMed PMID: 24151805.
10. Jeong HG, Ko YH, Han C, Kim YK, Joe SH. Distinguishing Quantitative Electroencephalogram Findings between Adjustment Disorder and Major Depressive Disorder. *Psychiatry investigation*. 2013 Mar;10(1):62-8. PubMed PMID: 23482820. Pubmed Central PMCID: 3590432.
11. Jaworska N, Protzner A. Electrocortical features of depression and their clinical utility in assessing antidepressant treatment outcome. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2013 Sep;58(9):509-14. PubMed PMID: 24099498.
12. Jaworska N, De Somma E, Blondeau C, Tessier P, Norris S, Fusee W, et al. Auditory P3 in antidepressant pharmacotherapy treatment responders, non-responders and controls. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2013 Nov;23(11):1561-9. PubMed PMID: 23664712. Pubmed Central PMCID: 3744638.
13. Duncan WC, Sarasso S, Ferrarelli F, Selzer J, Riedner BA, Hejazi NS, et al. Concomitant BDNF and sleep slow wave changes indicate ketamine-induced plasticity in major depressive disorder. *The international journal of neuropsychopharmacology / official scientific journal of the Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum*. 2013 Mar;16(2):301-11. PubMed PMID: 22676966. Pubmed Central PMCID: 3510337.

14. Park YM, Lee SH, Park EJ. Usefulness of LDAEP to predict tolerability to SSRIs in major depressive disorder: a case report. *Psychiatry investigation*. 2012 Mar;9(1):80-2. PubMed PMID: 22396689. Pubmed Central PMCID: 3285746.
15. Kenemans JL, Kahkonen S. How human electrophysiology informs psychopharmacology: from bottom-up driven processing to top-down control. *Neuropsychopharmacology : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*. 2011 Jan;36(1):26-51. PubMed PMID: 20927044. Pubmed Central PMCID: 3055493.
16. Yoshimura M, Koenig T, Irisawa S, Isotani T, Yamada K, Kikuchi M, et al. A pharmaco-EEG study on antipsychotic drugs in healthy volunteers. *Psychopharmacology*. 2007 May;191(4):995-1004. PubMed PMID: 17333135.
17. Centorrino F, Price BH, Tuttle M, Bahk WM, Hennen J, Albert MJ, et al. EEG abnormalities during treatment with typical and atypical antipsychotics. *The American journal of psychiatry*. 2002 Jan;159(1):109-15. PubMed PMID: 11772698.
18. Park EJ, Han SI, Jeon YW. Auditory and visual P300 reflecting cognitive improvement in patients with schizophrenia with quetiapine: a pilot study. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*. 2010 May 30;34(4):674-80. PubMed PMID: 20304022.
19. Amann BL, Pogarell O, Mergl R, Juckel G, Grunze H, Mulert C, et al. EEG abnormalities associated with antipsychotics: a comparison of quetiapine, olanzapine, haloperidol and healthy subjects. *Human psychopharmacology*. 2003 Dec;18(8):641-6. PubMed PMID: 14696024.

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre:

Numero de expediente:

Número telefónico:

Edad:

Ocupación:

Estado civil:

Escolaridad:

Glicemia capilar:

Glucosa central:

	Basal	4 semanas	8 semanas
Peso			
IMC			
T/A			
Glucosa central			
Colesterol			
Trigliceridos			
Hemoglobina			
Leucocitos			

Fecha de última regla:

Antecedentes psiquiátricos familiares. (depresión, ansiedad, suicidio, etc.)

Antecedentes psiquiátricos personales (depresión, ansiedad, suicidio, etc.)

Antecedentes personales patológicos

Tiempo de evolución de episodio depresivo

ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Toluca, México a ____ de _____ de 2014

“Estudio de aspectos electroencefalográfico y biomarcadores relacionados al tratamiento con quetiapina en pacientes con diagnóstico de depresión”

Número de registro: MACSSD-1514. Centro de Investigación y Estudios Avanzados en Salud Universidad Autónoma del Estado de México

Justificación y objetivos del estudio: En México aproximadamente 1 de cada 10 personas presentan, durante el transcurso de su vida, un episodio depresivo que amerita tratamiento farmacológico. En la actualidad no existen estudios paraclínicos (laboratorio o imagen) que sirvan para evaluar la severidad, respuesta al tratamiento o pronóstico de éste padecimiento. Con éste estudio se pretende estudiar los aspectos electroencefalográficos de la depresión y respuesta al tratamiento así como proponer posibles alteraciones biológicas (biomarcadores) que sirvan para establecer un pronóstico de la enfermedad.

Posibles riesgos y molestias: Efectos adversos frecuentes (>10% de pacientes) relacionados al tratamiento:

Quetiapina: sedación, somnolencia, mareo, dolor de cabeza, boca seca, constipación, hipotensión ortostática, aumento de niveles de colesterol y triglicéridos (11 y 17% respectivamente), aumento de peso (7% respecto al peso inicial)

Sertralina: Sudoración, sequedad de boca, temblor, náusea, diarrea, malestar estomacal, insomnio, somnolencia, disminución del deseo sexual.

Dolor propio a la punción venosa para toma de muestra de sangre.

Durante el registro electroencefalográfico puede presentar mareo durante la fase de hiperventilación

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Seguimiento estrecho por parte del médico tratante (consultas médicas de manera semanal), realización de Electroencefalograma y potenciales evocados visuales y auditivos sin costo, surtimiento de medicamento de manera garantizada.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: En caso de encontrarse alguna alteración en el registro electroencefalográfico (actividad epileptiforme) se informará de manera verbal y se canalizará al servicio de neurología para su tratamiento.

Participación o retiro: Para la participación en el estudio es indispensable leer, entender y estar de acuerdo con las condiciones del estudio. En caso de no tener mejoría con el tratamiento o presentar efectos adversos severos el paciente se retirará del estudio y se le brindará otro tipo de tratamiento. El paciente podrá retirarse del estudio en el momento que así lo desee por cualquier razón sin afectar su atención médica ordinaria.

Privacidad y confidencialidad: Los datos personales obtenidos durante el estudio se manejarán conforme a la declaración de confidencialidad (ANEXO 3)

Autorización para uso de material biológico:

- No autorizo que se me tome muestra de sangre.
- Sí autorizo que se me tome muestra de sangre y se utilice sólo para éste estudio.
- Sí autorizo que se me tome muestra de sangre y se utilice para éste estudio y estudios posteriores.

Disponibilidad del tratamiento farmacológico: Se proporcionará gratuitamente medicamento de manera semanal de acuerdo a los requerimientos del paciente.

Beneficios al termino del estudio: Se espera que al termino del estudio la mayor parte de los pacientes presenten remisión (“curación”) de los síntomas depresivos y ansiosos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dr. Ulises Montero Hernández.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 (Nombre, relación y firma)

Testigo 2 (nombre, relación y firma)

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Sr./ Sra./ Srta.
declarante”), con numero de seguridad social:
en:

(en adelante: “el
y domicilio

, DECLARA lo siguiente:

PRIMERO: Antecedentes

1) El declarante va a participar en el proyecto de investigación “*Estudio de aspectos electroencefalográfico y biomarcadores relacionados al tratamiento con quetiapina en pacientes con diagnóstico de depresión*”, dirigido por el médico especialista en psiquiatría Ulises Montero Hernández como investigador principal en calidad de alumno de la maestría en ciencias de la salud de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma del Estado de México.

2) Por el presente documento se regula el tratamiento que el declarante ha de dar a la información a la que pueda tener acceso en el desarrollo de las tareas de investigación que se realicen en dicho proyecto, el cual se regulará por las disposiciones contenidas en las cláusulas siguientes.

SEGUNDO: Información Confidencial

La información referida a materiales, métodos y resultados científicos, técnicos y comerciales utilizados u obtenidos durante la realización del proyecto de investigación o una vez realizado el mismo, se considerará siempre Información Confidencial.

TERCERO: Excepciones

No será considerada como Información Confidencial:

- a) La información que el declarante pueda probar que era de dominio público en la fecha de la divulgación o pase a serlo, con posterioridad, por haberse publicado o por otro medio, sin intervención ni negligencia del declarante.
- b) La información que dicho declarante pueda probar que corresponde en esencia a información facilitada por terceros, sin restricción alguna sobre su divulgación, en virtud de un derecho del declarante a recibirla.

CUARTO: Secreto de la Información Confidencial

El declarante se compromete a mantener totalmente en secreto la Información Confidencial recibida en relación con el proyecto referido anteriormente y no divulgarla a terceros durante la vigencia de esta Declaración de Confidencialidad.

Asimismo, el declarante se compromete a emplear la Información Confidencial, exclusivamente, en el desempeño de las tareas que tenga encomendadas en dicho proyecto.

QUINTO: Duración

La obligación del declarante respecto al mantenimiento del compromiso de secreto de la Información Confidencial, terminará a los cinco (5) años a partir de la fecha de la recepción de la Información Confidencial.

Toluca, México a de del 2014.

Responsable de obtener la autorización

Nombre y firma del paciente

Anexo 4. *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional*. (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

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

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

A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

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

A6 Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés por la mayoría de las cosas:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN **B4**?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha habido un período en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía o seguro de sí mismo, y esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en los que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, los pensamientos se aceleran, se tienen muchas ideas, y aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico» o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted, o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a ?			NO	SÍ	

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

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

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
e	¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

NO SÍ 12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

 ↓ ↓
 HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ **NO** EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

E. Trastorno de angustia

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

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

F. Agorafobia

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

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

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

Agorafobia actual

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ

TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO SÍ

AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

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

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

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

FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO COMO REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL	→ NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	→ NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad en recordar alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?			

NO	SÍ	14
ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL		

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

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

J2 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?

NO	→ SÍ
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	

J3 En los últimos 12 meses:

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

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	

K. Trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas no alcohólicas

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

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

K1	a	¿En los últimos 12 meses, tomó alguna de estas sustancias, en más de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo?	→ NO	SÍ
----	---	--	---------	----

RODEE CON UN CÍRCULO TODAS LAS SUSTANCIAS QUE HAYA USADO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

a	¿Ha notado usted que necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?	NO	SÍ	1
---	--	----	----	---

b	¿Cuando redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermar (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?	NO	SÍ	2
---	--	----	----	---

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.

c	¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	3
---	---	----	----	---

d	¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado?	NO	SÍ	4
---	---	----	----	---

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO  SÍ

**DEPENDENCIA
 DE SUSTANCIAS
 ACTUAL**

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3?
 ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____

NO SÍ

**ABUSO DE SUSTANCIAS
 ACTUAL**

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver?
ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS. NO SÍ 13

b **Si Sí:** ¿Ha visto estas cosas el pasado mes? NO SÍ 14

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/A:

L8 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES? NO SÍ 15

L9 b ¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO? NO SÍ 16

L10 b ¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)? NO SÍ 17

L11 ¿CODIFICÓ **SÍ EXTRAÑO** EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»?

o

¿CODIFICÓ **SÍ** (EN VEZ DE **SÍ EXTRAÑO**) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?

NO	SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL	

L12 ¿CODIFICÓ **SÍ EXTRAÑO** EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?

o

¿CODIFICÓ **SÍ** (EN VEZ DE **SÍ EXTRAÑO**) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?

NO	SÍ	18
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		

VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO

o ¿CODIFICÓ **SÍ** EN L11?

L13 a ¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE **L1b** A **L7b** Y CODIFICÓ **SÍ** EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)

o

EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?

→
NO SÍ

b SI CODIFICÓ **SÍ** EN L13a:

Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido[a]/exaltado[a]/particularmente irritable).

Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE **L1b** a **L7b**) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?

NO	SÍ	19
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		

M. Anorexia nerviosa

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

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

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

N. Bulimia nerviosa

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

N1	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted atracones, en los cuales comía grandes cantidades de alimentos en un período de 2 horas?	→ NO	SÍ	7				
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	→ NO	SÍ	8				
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	→ NO	SÍ	9				
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	→ NO	SÍ	10				
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	→ NO	SÍ	11				
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ					
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____)libras/kg)? ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN CON SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.	NO	SÍ	12				
N8	¿CODIFICÓ SÍ EN N5 O CODIFICÓ NO EN N7 O SALTÓ A N8?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </table>			NO	SÍ	ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	
NO	SÍ							
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL								

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?	➡ NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	➡ NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ , SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	➡ SÍ	3

O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	➡ NO	SÍ	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			

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

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ	5
b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ	6
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ	7
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ	8
e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ	9
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ	10

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

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

Referencias

- Amorim P, Lecrubier Y, Weiller E, Hergueta T, Sheehan D. DSM-III-R Psychotic Disorders: procedural validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). Concordance and causes for discordance with the CIDI. *European Psychiatry* 1998; 13: 26-34.
- Lecrubier Y, Sheehan D, Weiller E, Amorim P, Bonora LI, Sheehan K, Janavs J, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A Short Diagnostic Structured Interview: Reliability and Validity According to the CIDI. *European Psychiatry* 1997; 12: 224-231.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Janavs J, Weiller E, Bonora LI, Keskiner A, Schinka J, Knapp E, Sheehan MF, Dunbar GC. Reliability and Validity of the MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): According to the SCID-P. *European Psychiatry* 1997; 12: 232-241.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett-Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar G. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59 (Suppl 20): 22-23.

Anexo 4. Escala de Hamilton para la Depresión (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS)

<i>Ítems</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. 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 no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 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 por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como: <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	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2
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 paciente (primera evaluación) <ul style="list-style-type: none"> 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) <ul style="list-style-type: none"> 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por 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