



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
“DR. IGNACIO CHÁVEZ”
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

PREVALENCIA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y ALGUNOS
COMPONENTES DEL SÍNDROME METABÓLICO EN TARERIO, MICH.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA

MED. Y PSIC. ALEJANDRO MENDOZA AMARO

DIRECTOR DE TESIS

D. EN C. JESÚS ANTONIO ALVEANO HERNÁNDEZ

MORELIA, MICH JULIO DEL 2011.

COMITÉ TUTORAL

Director de tesis

D. en C. Jesús Antonio Alveano Hernández.

Co-asesores

D. en C. Bertha Fenton Navarro.

M en C. Víctor Manuel Farías Rodríguez.

M en C. Jaime Carranza Madrigal.

AGRADECIMIENTOS

*Este este paso académico lo dedico con un cariño entrañable
a mi padre el Dr. Alejandro Mendoza Núñez, que en paz descanse,
a mi cariñosa madre la Mtra. Rosalva Amaro Navarro,
a mi dulce esposa la Dra. Paula Chacón Balladares
y a mi amada hija Paula Sofía Mendoza Chacón.*

ÍNDICE GENERAL

• Abreviaturas	8
• Resumen	10
• Introducción	12
• Justificación	13
• Marco teórico	16
○ Proemio	16
○ Síndrome metabólico	17
○ Depresión, distimia y depresión doble	18
○ Epidemiología de la comorbilidad depresión-síndrome metabólico	23
○ Salud pública	25
• Pregunta de investigación	27
• Hipótesis	28
• Objetivos	29
• Estrategia metodológica	30
• Metodología	31
○ Abordaje teórico	31
○ Tipo de estudio	31
○ Selección del universo y la muestra	31
○ Material y métodos	32
• Resultados	33
○ Asociación de la depresión y tres componentes del síndrome metabólico	33
○ Prevalencia general	35

○ Prevalencia de la depresión	36
○ Prevalencia de tres de los componentes del síndrome metabólico	37
▪ Prevalencia de los subcomponentes del síndrome metabólico	37
▪ Prevalencia de diabetes	39
▪ Prevalencia de obesidad central	39
▪ Prevalencia de hipertensión	40
▪ Prevalencia de las dislipidemias	40
○ Prevalencia de la comorbilidad de depresión y algún componente del síndrome metabólico	40
● Discusión	43
○ Comorbilidad y asociación	43
○ Depresión	44
○ Componentes del síndrome metabólico	44
○ Circunspecciones psicológicas	45
● Conclusiones	47
● Limitaciones	48
● Recomendaciones	49
● Descripción de instrumentos	50
○ Entrevista MINI	50
○ Prueba de Zung	51
○ Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	53
○ Prueba FINDRISK	53
○ Exámenes clínicos y paraclínicos para el diagnóstico de síndrome metabólico	54
▪ Medición de la presión arterial	54

▪	Medición del perímetro abdominal	54
▪	Determinación de triglicéridos y colesterol total	54
▪	Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2	54
•	Cronograma	55
•	Referencias	56
•	Anexos	63
○	Dictamen de autorización del Comité de Investigación y Bioética	63
▪	Prevalencia de la depresión en pacientes con síndrome metabólico	63
▪	Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Michoacán rural	64
○	Cartas de aceptación del Comité Tutoral	65
▪	D. en C. Bertha Fenton Navarro	65
▪	M. en C. Víctor Manuel Farías Rodríguez	66
▪	M. en C. Jaime Carranza Madrigal	67
○	Autorización de la Secretaría de Salud de Michoacán	68
○	Mapa de la comunidad	69
○	Consentimiento informado	70
○	Entrevista MINI	71
○	Prueba de Zung	91
○	Escala de Depresión del Dentro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)	92
○	Prueba FINDRISK	93

ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

Cuadros

1. La depresión como factor de riesgo	33
2. La depresión como factor de riesgo por entidad clínica	33
3. Prevalencia de patología general	35
4. Número de enfermos con cualquier patología estudiada	35
5. Diagnósticos de salud mental	37
6. Prevalencia de casos de síndrome metabólico	38
7. Prevalencia nacional y la encontrada en Tarerío	38
8. Total de casos por género	38
9. Comorbilidad de la prevalencia depresión y síndrome metabólico	40
10. Comorbilidad por género	41

Figuras

1. Intervalos de confianza	34
2. Porcentaje de enfermos con cualquier patología estudiada	36
3. Casos por género	39
4. Comorbilidad de la prevalencia	41
5. Comorbilidad por género	42

ABREVIATURAS

AHA: *American Heart Association*, Asociación Americana del Corazón.

APA: *American Psychiatric Association*, Asociación Psiquiátrica Americana.

ATP III: *Adult Treatment Panel III*, Tercer Panel de Tratamiento para Adultos.

CIE 10: Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10.

CES-D: Escala de Depresión del Dentro de Estudios Epidemiológicos.

DM 2: Diabetes mellitus tipo 2.

DSM IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Total Revision*, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV Revisión Total.

DSM V: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V*, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión V.

ENDIREH: Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006.

ENEP: Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.

ENSA: Encuesta Nacional de Salud 2000.

ENSADEMI: Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas.

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006.

FINDRISK: Factores de Riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2.

FNT: Factor de Necrosis Tumoral.

GA: glucosa en ayuno.

HDL: *high density lipoprotein*, lipoproteínas de alta densidad.

HOMA: Modelo de Evaluación de Homeostasis.

IA: insulina en ayuno.

IC: intervalo de confianza.

IDF: *International Diabetes Federation*, Federación Internacional de Diabetes.

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social.

INEGI: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.

MINI: *Internacional Neuropsychiatric Interview*, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.

N.A: no aplica.

NCEP: *National Cholesterol Education Program*, Programa Nacional para la Educación en Colesterol de Estados Unidos de Norteamérica.

NHLBI: *National Heart, Lung and Blood Institute*, Instituto Nacional de Sangre, Corazón y Pulmones.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OR: *odds ratio*, razón de momios.

PCR: proteína C reactiva.

UMSNH: Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

WHO: *World Health Organization*, Organización Mundial de la Salud.

RESUMEN

Contexto: La depresión (OMS, 2001) y el síndrome metabólico (OMS, 2000, IDF, 2006) son problemas de salud pública mundial; en los estudios epidemiológicos urbanos se observa una prevalencia del síndrome metabólico del 10.2% en la población adulta (Del Río y cols, 2005). En México, la prevalencia a lo largo de la vida de depresión y distimia es del 5.7% (Medina M, 2003), cifras aproximadas a las encontradas en países industrializados. Estudios recientes han detectado a lo largo del mundo, una asociación entre estos dos padecimientos (Vogelzangs N, 2009; McIntyre R, 2009; Vanhala M, 2009; Richter N, 2009; Takeuchi T, 2009). En México también se ha documentado esta asociación (López S, Alveano J y Carranza J, 2008).

Objetivo general: Calcular la prevalencia de la asociación entre depresión y tres componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2) en una comunidad rural Purépecha. **Específico:** Estimar la prevalencia de depresión y tres componentes del síndrome metabólico en la comunidad.

Diseño: Estudio transversal, analítico y observacional. La muestra es una muestra conveniente.

Selección del universo y la muestra: Se escogió la comunidad de Tarerio, municipio de Tzintzuntzan, Mich. con base a los criterios de una comunidad rural (entre 500 y 2,500 habitantes), indígena (purépecha), de muy alta marginación y bajo Índice de Desarrollo Humano, seleccionada aleatoriamente de un grupo de 6 comunidades que cumplieran dichas características, donde se estudió la población de 18 años en adelante. Se calculó el tamaño de la muestra en 384 personas.

Material y Métodos: Para el diagnóstico de síndrome metabólico se emplearon los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2005); se aplicó el cuestionario Findrisk para valorar los factores de riesgo de la población; para el diagnóstico de diabetes se realizó la prueba de glucosa en ayuno; se pesó y midió el perímetro abdominal; se calculó el índice de masa corporal y se tomó la presión arterial. Para el diagnóstico de depresión y otros trastornos del afecto se utilizó los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV Revisión Total (DSM-IV TR); en el cribado del estudio se emplearon las escalas psiquiátricas estandarizadas, validadas internacionalmente y para la población urbana mexicana (Entrevista

MINI, Zung y CES-D), además de una entrevista estructurada para corroborar clínicamente el diagnóstico.

Población: Se realizó un censo en la población de estudio, encontrándose características de una comunidad con actividad económica basada en producción artesanal y trabajadores empíricos de la construcción, con cultivo para el autoconsumo, con planteles de educación preescolar y primaria bilingües e inmigración del 10%.

Resultados: De 384 personas se realizaron el 100% de los estudios programados. Se encontró un total de 82 personas con al menos alguna de las enfermedades incluidas en esta investigación, que representan un 21.4% de la población adulta. Treinta y un personas presentan comorbilidad de depresión con algún componente del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2) equivalente al 37.8% del total de casos detectados (OR 17.89, Chi² 9.09, I.C. -0.7:3.21, P <0.001). La prevalencia de casos con algún componente del síndrome metabólico es de 68 casos, que representa un 17.2% de la población adulta. La prevalencia de casos con depresión es de 46 casos, que representa un 11.9% de la población adulta.

Discusión: En estas entidades clínicas podemos observar cómo están implicados diversos factores que se entretajan ocasionando un incremento en las prevalencias, dichos factores son los socioeconómicos y culturales, fisiopatológicos con los componentes proinflamatorios, conexiones clínicas y epidemiológicas. La trascendencia de los resultados obtenidos en Tarerío corresponde con su concordancia con los estudios internacionales, que indican que la depresión en enfermos con algún componente del síndrome metabólico tiene como repercusión un mal apego al tratamiento y favorece sus complicaciones.

Conclusiones: Se puede concluir que existe una importante asociación con alta significancia entre la depresión y tres componentes del síndrome metabólico en la población de Tarerío. Vale la pena destacar que la depresión encontrada es cuatro veces mayor a la reportada en estudios nacionales urbanos, que se puede explicar dado que es una población con muy alta marginación y bajo Índice de Desarrollo Humano, dado que también se pueden observar una elevada prevalencia de depresión en países que tienen deficientes los indicadores mencionados. En los tres componentes del síndrome metabólico estudiados se encontró una prevalencia cercana a la nacional.

INTRODUCCIÓN

Se conoce que la epidemiología rural en salud mental es un nicho de oportunidades para desarrollar investigación novedosa, se toma como objetivo de la investigación conocer la prevalencia de la asociación entre la depresión y tres componentes del síndrome metabólico en Tarerío, Michoacán.

Los estudios epidemiológicos en materia de salud mental han mostrado lo siguiente: “La prevalencia total de los trastornos mentales en los últimos doce meses varía extensamente a lo largo del mundo, desde la prevalencia más baja del 4.3% en Shangai, pasando por Estados Unidos con 26.4%, hasta Nigeria con la prevalencia más elevada de 80.9%” (OMS, 2004). “En México, se estima que el 28.6% de la población presentará algún trastorno mental a lo largo de la vida, el 13.9% en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Los trastornos más frecuentes son los de ansiedad con 14.3% alguna vez en la vida, seguidos por los trastornos de uso de sustancias con 9.2% y los trastornos afectivos con 9.1%. Particularmente la depresión y la distimia representan un 5.7% a lo largo de la vida, 2.6% los últimos doce meses y 1.1% los últimos 30 días” (Medina M, 2003).

Con relación al síndrome metabólico, los estudios realizados en México fueron elaborados de acuerdo a los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2005), que corresponden con la propuesta de la Secretaría de Salud, que clasifican como circunferencia abdominal saludable ≤ 80 cm en mujeres y ≤ 90 cm en hombres. Dichos estudios muestran un 24.1% en hombres y 61.9% en mujeres de una población entre 20 a 49 años con un elevado riesgo de desarrollar síndrome metabólico (ENSANUT, 2006). Los estudios epidemiológicos del síndrome metabólico señalan una prevalencia del 10.2% en la población urbana (Del Río, 2005).

JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, es necesario realizar investigación innovadora, que logre encontrar nichos de oportunidad que permitan otorgarle un valor agregado a la labor del investigador. Por lo tanto, es esencial realizar estudios epidemiológicos buscando vínculos entre las principales enfermedades que representan los mayores problemas en salud pública. En este sentido, la epidemiología en salud mental, particularmente la depresión y el síndrome metabólico representan dicha oportunidad, aún más, dirigir la investigación a comunidades rurales con características étnicas comunes permite ampliar las posibilidades de investigación novedosa.

En Europa, es una preocupación activa reducir la prevalencia de la asociación entre los trastornos mentales y las enfermedades metabólicas que anteceden las muertes por causas vasculares. Tal como lo ha manifestado la Organización Mundial de la Salud región Europa “Puede observarse un síndrome social constituido por depresión, suicidio, maltrato, comportamientos de riesgo y violentos, y morbilidad y mortalidad por causas vasculares” (Wolfgang R, 2003). En la actualidad están plenamente identificados como factores de riesgo cardiovascular: “Tanto la depresión como el síndrome metabólico son predictores significativos de las enfermedades cardiovasculares” (Vaccarino V, 2007).

Por lo tanto se deben considerar los antecedentes epidemiológicos del síndrome metabólico en nuestro país: “La población mexicana tiene una predisposición genética al síndrome metabólico, a la diabetes mellitus tipo 2 y a varios tipos de dislipidemias (Aguilar C, 2007). Así mismo, se ha documentado una alta prevalencia de dislipidemias en población mexicana” (ENSA, 2000). “La prevalencia de la circunferencia de cintura de adultos hombres y mujeres encontrada en nuestro país es del 43% de la población, siendo un factor de alto riesgo para síndrome metabólico mediante los puntos de corte propuestos por ATP III” (ENSANUT, 2006).

Uno de los estudios de mayor peso científico fue el realizado por el Programa Nacional para la Educación en Colesterol de Estados Unidos de Norteamérica, donde puntualiza que: “La

depresión se ha relacionado con alteraciones del metabolismo de la glucosa, hipertensión, obesidad central y dislipidemias; todos integrantes del síndrome metabólico” (NCEP III, 2001).

La UMSNH cuenta con el antecedente de la investigación *Prevalencia de Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Síndrome Metabólico*, de la que se desprendieron las siguientes conclusiones: “Hay más casos de hipoalfalipoproteinemia, disglucemia, resistencia a la insulina, hipertensión, diabetes, disfunción endotelial y aterosclerosis en los deprimidos. Aunado a que existe una menor frecuencia de hipercolesterolemia e hipetrigliceridemia en los deprimidos con síndrome metabólico” (López-Correa S, 2008).

Desde la perspectiva de la población rural y particularmente indígena se considera el siguiente marco socioeconómico. La oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos puntualizó que “la brecha entre el índice de desarrollo humano indígena y no indígena es del 15%” (Martínez J, 2009). Estas características de inequidad poseen las siguientes características en Michoacán, tal como lo señala Erick López coordinador de Planeación para el Desarrollo: “El 60% de la población indígena de Michoacán se encuentra en condiciones de alta y muy alta marginación. Del año 2000 al 2005 se duplicó la población de 15 años o más que no cuentan con primaria terminada... Si esto se cruza con el factor de marginación se encuentra que la población indígena con primaria terminada de 15 o más años disminuyó su condición de bienestar en un 55%” (León G, 2009).

Abordando el tema indígena desde la perspectiva de salud, los estudios nacionales más significativos muestran lo siguiente: La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares reportó que 41 de cada 100 mujeres hablantes de lengua indígena declararon haber sufrido violencia en el ámbito educativo, social y laboral (ENDIREH, 2006). En una forma más precisa se conoce que en la Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas la prevalencia global de violencia (psicológica, física, sexual y económica) fue de 25.55% en los últimos 12 meses, con un rango de 15.8 a 41.3% (ENSADEMI, 2008). En concordancia con la Organización Mundial de la Salud, “se puede concluir que el vínculo entre violencia y trastornos

mentales es claro” (OMS, 2002), también se ha reportado esta asociación en américa latina (Rondón M, 2006).

Recapitulando, es menester realizar un estudio clínico-epidemiológico para investigar la prevalencia de la asociación entre la depresión y el síndrome metabólico en una comunidad indígena, e identificar los factores de riesgo y protectores, y explorar si existe una asociación con otros trastornos mentales.

Por lo tanto, estudiar en una población indígena la prevalencia y el grado de asociación de dos de las enfermedades consideradas como problema de salud pública como son la depresión y el síndrome metabólico, representará un primer aporte a la epidemiología rural de nuestro país, particularmente a la etnoepidemiología.

MARCO TEÓRICO

Proemio

Tanto los trastornos mentales y el síndrome metabólico son entidades clínicas discretas (por no decir evasivas y difíciles de definir), en consecuencia, se observa que, ya sea a lo largo de los siglos como en el caso de los trastornos mentales o a lo largo de dos décadas como del síndrome metabólico, expertos y asociaciones especializadas han realizado gran cantidad de esfuerzos para lograr definirlos satisfactoriamente.

Por un lado, los trastornos mentales, inicialmente fueron vinculados con lo sobrenatural, posterior a ello cuando comenzaron sus primeros esfuerzos por clasificarlos, las dificultades propias de la taxonomía salieron a la luz, como es señalado en la obra *Historia de la Locura en la Época Clásica*, “hubo sistemas de clasificación que rebasaron los dos mil tipos de enfermedades mentales” (Foucault M, 1967). Todavía el siglo pasado se podía hablar de una torre de babel con relación a terminología y tipos de enfermedad, misma que sigue resonando hasta nuestros días.

En el tema de salud mental todavía se aprecia una etapa de transición clara, donde están por redefinirse los sistemas de clasificación que culminarán un paso más en el 2012 con la aparición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión V, en este manual se están conjuntando esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud y principalmente la Asociación Psiquiátrica Americana contando con un equipo internacional. Tal como lo señalan sus desarrolladores el manual será conformado: “Basándose en una comprensiva revisión de los avances científicos, investigación dirigida al análisis, y la experiencia clínica, en grupos de trabajo desarrollarán el DSM-V” (APA, 2010).

En el tema del síndrome metabólico, la evolución se ha presentado principalmente en tres consensos que le han dado la vuelta al planeta y cuyos fundamentos diagnósticos han ido cambiando significativamente, iniciando por la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en 1998 hasta la Federación Internacional de Diabetes en el 2005.

Síndrome Metabólico

Inicialmente la Organización Mundial de la Salud estableció en 1998 la clasificación, estableciendo como eje central la resistencia a la insulina. Posterior a ello en el 2001 el Programa Nacional para la Educación en Colesterol de Estados Unidos de Norteamérica, estableció en el Tercer Panel de Tratamiento de Adultos que el centro diagnóstico no corresponde a la resistencia a la insulina, en lugar de ello deben de cumplirse tres de cinco criterios diagnósticos (resistencia a la insulina, peso corporal, lípidos, presión arterial y glucosa sérica).

Por último, en el 2005, la Federación Internacional de Diabetes estableció como eje diagnóstico la circunferencia abdominal. Esta evolución claramente nos muestra cómo ha ido cambiando progresivamente la atención de la resistencia a la insulina hacia los factores proinflamatorios. “Los principales factores de riesgo son la obesidad central y la dieta rica en grasas saturadas y colesterol que a su vez activan las citocinas inflamatorias, el factor inhibidor-1 del plasminógeno, así como otros productos bioactivos. Al mismo tiempo están potencialmente reducidas la adipocina y adiponectina” (Scott M, 2005).

En la siguiente tabla (Scott M, 2005), se aprecia claramente los criterios diagnósticos y su evolución:

Medida clínica	OMS 1998	ATP III 2001	IDF 2005
Resistencia a la insulina	Intolerancia a la glucosa, glucosa en ayunas alterada, diabetes mellitus tipo 2, baja sensibilidad a la insulina y dos de los siguientes criterios	Ninguno, pero tres de los siguientes criterios	Ninguno
Peso corporal	Hombres: índice cintura cadera >0.90; Mujeres índice cintura cadera >0.85 y/o índice de masa corporal >30	Circunferencia abdominal =o> 102 en hombres e =o> 88 en mujeres	Circunferencia abdominal incrementada y dos de los siguientes criterios
Lípidos	TG =o>150mg/dL y/o HDL-C <35mg/dL en hombres o <39mg/dL en mujeres	TG =o>150mg/dL	TG =o>150mg/dL o trigliceridemia
		HDL-C <40mg/dL en hombres o <50mg/dL en mujeres	HDL-C <40mg/dL en hombres o <50mg/dL en mujeres o colesterolemia
Presión arterial	= o > 140/90 mmHg	= o > 130/85 mmHg	= o > 130 mmHg sistólica o = o > 85 mmHg o hipertensión
Glucosa	Intolerancia a la glucosa, glucosa en ayunas alterada o diabetes mellitus tipo 2	>110mg/dL (incluida diabetes)	= o > 100mg/dL (incluida diabetes)
Otros	Microalbuminuria		

Por lo anterior, vale la pena destacar la definición de síndrome metabólico para la Asociación Americana del Corazón (AHA, 2005) y el Instituto Nacional de Sangre, Corazón y Pulmones que la definen como: “una constelación de interrelaciones de factores de riesgo de origen metabólico –factores de riesgo metabólico- que promueven directamente para el desarrollo de patología aterosclerótica cardiovascular” (NHLBI, 2005).

Depresión, distimia y depresión doble.

Depresión

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo. Se estima que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo. Se calcula una prevalencia de alrededor del 20% a lo largo de la vida de por lo menos un episodio de depresión mayor (OMS, 2005).

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana, el trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de manía o de hipomanía. Los síndromes depresivos causados por enfermedades médicas (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica) y por medicaciones o sustancias psicoactivas (trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias) no se consideran trastornos primarios del estado de ánimo y no se les atribuye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor (APA, 2000).

Aunque el trastorno depresivo mayor puede darse en un episodio único, la recurrencia constituye la regla y no la excepción. Después de un único episodio depresivo mayor, el riesgo de presentar un segundo episodio es de aproximadamente el 50%; después del tercer episodio, el riesgo de un cuarto es aproximadamente del 90% (Thase M, 1990).

De acuerdo a la Asociación Psiquiátrica Americana, en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV-TR, el curso clínico del trastorno depresivo

está especificado por uno o más episodios depresivos mayores. En este sentido, el episodio depresivo mayor está caracterizado como una presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Distimia

La distimia es el segundo desorden afectivo en la población adulta. Se estima una prevalencia del 3% de la población ya que se puede presentar tanto en la edad adulta como en la infancia y adolescencia (APA, 2002).

El trastorno distímico (*distimia significa «mal genio»*) se introdujo en el DSM-III para indicar una depresión crónica no episódica que se consideraba, sintomáticamente, menos grave que la depresión mayor. La característica principal de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días, al menos durante 2 años.

¿Cuál es la verdadera diferencia entre ambos trastornos? La distimia comienza de manera insidiosa y para realizar el diagnóstico debe presentarse durante al menos 2 años, en los cuales no debe cumplirse el criterio temporal para un episodio depresivo mayor (First M, 1996).

Los criterios diagnósticos para la distimia, de acuerdo al DSM IV-TR son:

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de 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 hipersomnia.
 - (3) Falta de energía o fatiga.
 - (4) Baja autoestima.
 - (5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - (6) Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante el período de 2 años (1 año en 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 (1 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.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece 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 (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Depresión doble

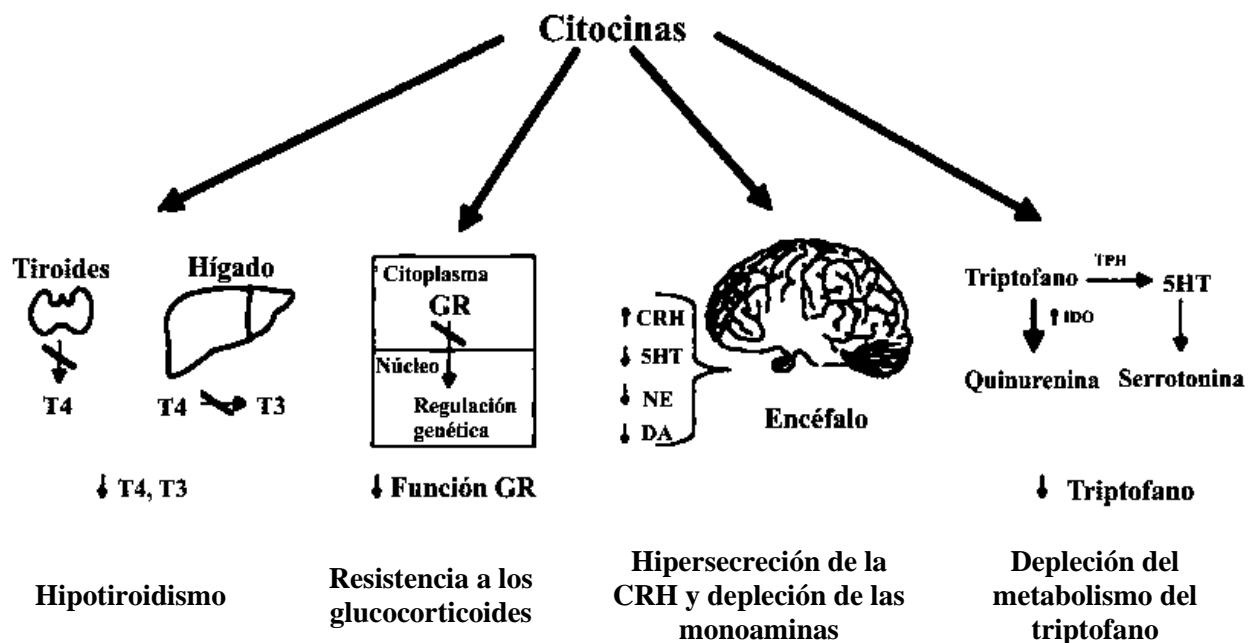
Aunque no constituye un diagnóstico separado en el DSM-IV TR, la depresión doble, o trastorno distímico con episodio depresivo mayor superpuesto, se ha citado con frecuencia tanto en la literatura como por los clínicos. El episodio depresivo mayor debe aparecer 2 años o más (1 año en los niños y en los adolescentes) después del inicio de la distimia para diagnosticar una depresión doble (First M, 1996). La depresión doble es bastante frecuente en los pacientes distímicos. Entre el 68 y el 90% de los pacientes distímicos experimentan al menos un episodio depresivo mayor (Thase M, 1992), y el 25-50% de los pacientes con un trastorno depresivo mayor presentan también un trastorno distímico (Levitt A, 1991).

Se ha estimado que el 22-66% de todos los pacientes con depresión unipolar han experimentado una combinación de distimia y depresión mayor (Keller M, 1994). Un estudio prospectivo a 9 años encontró trastorno distímico con trastorno depresivo mayor superpuesto o depresión breve recidivante en el 3% de la población general (Hirschfeld R, 1994).

Conforme avanza el estado del conocimiento se puede apreciar que se hacen más exactas las implicaciones del papel que juegan los factores proinflamatorios, como por ejemplo: “Los pacientes diagnosticados con depresión tienden a tener altos niveles de actividad de las citocinas y la respuesta inmune alterada, así como de los pacientes que sufren de procesos inflamatorios. Las citocinas proinflamatorias interfieren con el ciclo de retroalimentación del cuerpo para reducir la circulación corticoesteroides durante la respuesta al estrés. Al mismo tiempo decrece la cantidad de linfocitos T y disminuye la actividad de las células asesinas y por otro lado se incrementa la producción de citocinas proinflamatorias incluyendo las interleucinas 1 y 6 y el factor de necrosis tumoral” (Wilson D, 2008).

Actualmente se conoce que los pacientes con el síndrome metabólico y depresión tienen mayor riesgo cardiovascular que sus pares sin el síndrome metabólico. Como una consecuencia de los marcadores proinflamatorios subyacentes (Zeugmann J, 2010). Como lo señala actualmente la Federación Internacional de Diabetes los criterios metabólicos para la investigación dentro del marco proinflamatorio son: “elevada sensibilidad para la proteína C reactiva, elevación de las citocinas inflamatorias (FNT alfa e interleucina 6, descenso plasmático de los niveles de adiponectina)” (IDF, 2005).

Se conoce que, ahora que las citocinas implicadas tanto en la depresión como en el síndrome metabólico, tienen las implicaciones fisiológicas que se observan en la siguiente figura (Pfaff D, 2002).



IDO: Indolamina 2,3 hidroxilasa, 5HT: 5 hidroxitriptofano, TPH: triptófano hidroxilasa, DA: dopamina, GR: receptor de glucocorticoide, CDH: hormona liberadora de la corticotropina, NE, norepinefrina.

Con toda la información que han producido investigaciones a lo largo del mundo, ahora se conoce que “una de las características comunes entre la depresión mayor y síndrome metabólico es la inflamación. Pacientes con depresión mayor son más de dos veces más propensos a padecer síndrome metabólico que aquellos sin depresión. Las citocinas inflamatorias estimulan el eje

hipotalámico-pituitario-adrenal, con los consiguientes aumentos en el cortisol que exacerban la depresión y el síndrome metabólico” (Mendelson S, 2008).

Sin duda, en el futuro se descubrirá el papel que juegan otras moléculas proinflamatorias tanto en el síndrome metabólico como en la depresión, algunas de ellas con participación significativa en ambas entidades clínicas. Una molécula que puede estar implicada es “El factor inhibidor de la migración de los macrófagos que está implicado en la inflamación de los tejidos e incluso en la aparición del cáncer, pero se desconocía su papel en el sistema nervioso central” (Conboy L, 2010).

Epidemiología de la comorbilidad depresión-síndrome metabólico

Los estudios epidemiológicos que se han realizado en esta última década señalan que existe una asociación bidireccional entre la depresión y el síndrome metabólico o algunos de sus componentes, de los estudios epidemiológicos realizados a lo largo del mundo tenemos que esta asociación se presenta en todos los continentes, sin distinción de raza, condición social, género o edad (Vogelzangs N, 2009; McIntyre R, 2009; Vanhala M, 2009; Richter N, 2009; Takeuchi T, 2009). Algunos de los estudios epidemiológicos que podemos destacar se muestran a continuación.

En Reino Unido, en un estudio de población general donde los 5,232 sujetos tenían un rango de edad de 41 a 61 años se encontró que: “La presencia de síndrome metabólico se asoció con un mayor riesgo de síntomas depresivos futuros, con un O.R. de 1.38 [I.C. 95%, 1.02-1.96]. De los 5 componentes, sólo la obesidad central, niveles altos de triglicéridos y bajos de colesterol HDL predice los síntomas depresivos” (Akbaraly T, 2009). De esa base de datos, un estudio más riguroso metodológica y estadísticamente hablando, respaldó dicha asociación (Barclay L, 2009).

En Australia se realizó un estudio en población rural donde se encontró que: “El síndrome metabólico se asoció con la depresión, pero no con la angustia psicológica o la ansiedad. Los participantes con síndrome metabólico tuvieron puntajes más altos para la depresión (O.R. 3.41,

IC 95%, 3.12-3.70) que los individuos sin el síndrome metabólico (O.R. 2.95, IC 95%, 2.76-3.13). Esta asociación también estuvo presente en 338 participantes con el síndrome metabólico y sin diabetes (O.R. 3.37, IC 95%, 3.06-3.68). La circunferencia de cintura elevada y colesterol HDL bajo mostraron asociación significativa e independiente con la depresión” (Dunbar J, 2008).

En Finlandia, un estudio longitudinal de 15 años en mujeres premenopáusicas previamente sanas con síntomas depresivos, tuvo como objetivo buscar una asociación entre factores psicosociales con síndrome metabólico, donde los resultados fueron que: La depresión o evento de vida muy estresante predispone al síndrome metabólico (definido por diversos criterios internacionales) con una variación de O.R. entre 1.21 a 2.12 [IC 95% 1.00-4.25]. Concluyendo que los factores psicosociales pueden desempeñar una función causal en la cadena de eventos que conducen al síndrome metabólico” (Räikkönen K, 2007).

En Japón en un estudio realizado en adultos entre los 30 a 50 años de edad en población urbana con una muestra de 956 personas (O.R. 2.14, 95% IC 1.10-4.17), encontraron que: “En la población japonesa también se observa, al igual que en occidente, mayor riesgo de padecer depresión cuando se tiene obesidad y síndrome metabólico” (Takeuchi T, 2009).

Desde el análisis de los factores epidemiológicos por género, algunos estudios señalan un mayor riesgo en las mujeres, como en los siguientes: En un estudio de seguimiento a siete años se encontró que tienen riesgo más alto de síndrome metabólico las mujeres con síntomas de depresión al inicio del estudio, sugieren que la depresión es un importante factor predisponente para el desarrollo de síndrome metabólico (Vanhala M, 2008). La historia de depresión mayor en mujeres es un predictor significativo para el desarrollo del síndrome metabólico (Goldbacher E, 2009).

Sin embargo, se ha encontrado una relación bidireccional en la población masculina, es decir que en población masculina los factores metabólicos son factores de riesgo para padecer depresión: “La obesidad y el síndrome metabólico se asocian a un aumento en el riesgo de padecer depresión en hombres mayores” (Almeida O, 2009). Pero también se encuentra una

asociación de depresión hacia síndrome metabólico en estudios de seguimiento: “Existe una asociación entre los síntomas depresivos a largo plazo y la aparición de síndrome metabólico, especialmente en los hombres” (Viinamäki H, 2009).

Por último, otros estudios epidemiológicos han encontrado una asociación positiva solamente considerando algunos componentes del síndrome metabólico. “Tanto el perímetro de la cintura, como el colesterol HDL bajo mostraron una asociación significativa con la depresión” (Dunbar J, 2008). Tanto el síndrome metabólico y sus componentes se asocian con sintomatología depresiva (McIntyre R, 2009).

Un aspecto sensible de destacar son los factores socioeconómicos que inciden en la epidemiología del síndrome metabólico y la depresión. Con relación al síndrome metabólico “tanto el estatus socioeconómico individual como el nivel socioeconómico de la zona se asociaron con una mayor prevalencia de síndrome metabólico en las mujeres pero no los hombres” (Chichlowska K, 2008).

Salud Pública

Dado el cúmulo de conocimiento que se ha desarrollado sobre el tema de la asociación del síndrome metabólico y la depresión; la evidencia que muestra al menos un incremento del doble de riesgo para padecer una entidad clínica si se posee la otra, siendo que, ambas enfermedades son problemas de salud pública; los nexos fisiopatológicos en el terreno de los mecanismos proinflamatorios. Tanto la Organización Mundial de la Salud como algunos otros investigadores están esbozando algunas acciones que pertenecen al terreno de la salud pública.

La región europea de la Organización Mundial de la Salud pretende establecer estrategias para reducir la prevalencia de la asociación entre los trastornos mentales y los metabólicos que anteceden las muertes por causas vasculares (Wolfgang R, 2003).

Se conoce que los factores ambientales como la falta de ejercicio físico, la mala nutrición y el estrés juegan un papel importante en la génesis de la depresión y el síndrome metabólico (Neumann N, 2009). A su vez, ambas entidades clínicas son predictores significativos de las enfermedades cardiovasculares como insuficiencia renal, infarto al miocardio o evento vascular cerebral (Vaccarino V, 2007).

Clínicamente hablando, algunos estudios arrojan información útil para la práctica clínica como: “Los datos encontrados sugieren que en la práctica clínica debe de explorarse depresión en mujeres con síndrome metabólico y viceversa” (Laudisio J, 2009).

Con relación a otros indicadores como calidad de vida, esperanza de vida, años de vida saludable perdidos entre otros, todavía no existen estudios suficientes que muestren el impacto de estas entidades en estos términos, sin embargo en algunos estudios ya podemos observar dicha tendencia: “Los adultos que tienen síndrome metabólico reportan un peor estado de salud y una calidad de vida que los adultos sin este síndrome” (Ford A, 2008).

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿Cuál es la prevalencia de la asociación entre depresión y tres componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2) en Tarerío?

HIPÓTESIS

- Existe el mismo nivel de asociación entre de la depresión y tres componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2) en la comunidad de Tarerío que la reportada en los estudios urbanos realizados en México.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Calcular la prevalencia de la asociación entre depresión y tres componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2) en una comunidad rural Purépecha.

Objetivo específico

- Determinar la prevalencia de depresión.
- Determinar la prevalencia de tres componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2).
- Determinar el grado de asociación entre ellas en dicha población.

ESTRATEGIA METODOLÓGICA

1. Investigación documental y definición del marco teórico.
2. Selección de la población de estudio.
3. Selección de instrumentos:
 - a. Psicométricos: Se emplearán en la primera etapa el MINI, en la segunda etapa la escala de Zung y Conde para la Depresión y CES-D.
 - b. Factores de riesgo: Prueba de FINDRISK.
 - c. Médicos y paramédicos: glucosa en ayuno, medición del perímetro abdominal, y tensión arterial.
4. Elaboración del plan de investigación de campo.
5. Capacitación al personal de apoyo.
 - Visita a la comunidad: Diseño experimental, estudio transversal, descriptivo, analítico, observacional.
6. Captura y análisis de la información.

METODOLOGÍA

Abordaje teórico

Desde el punto de vista de una investigación clínico-epidemiológico, este trabajo pretende cubrir los criterios diagnósticos de este binomio sindrómico. Por un lado, se seleccionó una comunidad rural (entre 500 y 2,000 habitantes) con características étnicas comunes y se realizó un abordaje epidemiológico buscando la prevalencia de la asociación entre la depresión y tres componentes del síndrome metabólico empleando instrumentos de tamizaje que posean la suficiente sensibilidad para realizar un estudio de tipo epidemiológico y confirmar los diagnósticos con pruebas clínicas y paraclínicas.

Tipo de estudio

Se planea una serie de estudios que lleven a conocer con precisión la prevalencia de la asociación entre la depresión y tres componentes del síndrome metabólico en Tarerio, municipio de Tzintzuntzan, Michoacán, con una muestra conveniente.

Es un estudio transversal, descriptivo, observacional y analítico para conocer en amplitud la frecuencia de estas patologías en la muestra de estudio.

Selección del universo y la muestra

Se escogió la comunidad de Tarerio, municipio de Tzintzuntzan, Michoacán con base a los criterios de una comunidad rural (entre 500 y 2,500 habitantes), indígena (purépecha), de muy alta marginación y bajo Índice de Desarrollo Humano, seleccionada aleatoriamente de un grupo de 6 comunidades que cumplieran dichas características, donde se estudió la población de 18 años en adelante. Se calculó el tamaño de la muestra en 384 personas.

Material y métodos

Para el diagnóstico de síndrome metabólico se emplearon los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2005)

Se aplicó el cuestionario Findrisk para valorar los factores de riesgo de la población; indica una probabilidad para desarrollar diabetes tipo 2 dentro de los 10 años. Partiendo de dos cohortes de la población, la prueba ha demostrado la sensibilidad de 0.78 y 0.81, la especificidad de 0.77 y 0.76 y un valor de predictibilidad del 0.13 y 0.05. (Gillies C, 2008). Para el diagnóstico de diabetes se realizó la prueba de glucosa en ayuno.

Se pesó y midió a toda la muestra, utilizando tres básculas calibradas, realizando la medición por triplicado y calculando un promedio de dichas mediciones; se calculó el índice de masa corporal.

Se adoptó una metodología estándar en la que se midió el diámetro del perímetro abdominal, con la persona de pie, después de haber exhalado el aire, al rodear el abdomen con la cinta métrica a la altura de la cicatriz abdominal, sin la presencia de ropa.

Se tomó la presión arterial con esfigmomanómetros digitales, marca Omron, en un estado de reposo de cinco minutos, sin ejercicio previo, por triplicado se tomó la presión arterial y se calculó un promedio de dichas mediciones.

Para el diagnóstico de depresión y otros trastornos del afecto se utilizan los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales versión IV Revisión Total (DSM-IV TR); en el cribado del estudio se emplearon las escalas psiquiátricas estandarizadas validadas internacionalmente y para la población rural mexicana (Entrevista MINI, Escala de Hamilton, Zung y CES-D), además de una entrevista estructurada para corroborar clínicamente el diagnóstico.

RESULTADOS

Asociación de la depresión y tres componentes del síndrome metabólico

Cuadro 1.
La depresión como factor de riesgo.

	Depresión	Sin depresión	
Algún componente del síndrome metabólico	31	35	66
Sin algún componente del síndrome metabólico	15	303	318
	46	338	384

La razón de momios calculada de 17.89 con un IC: -0.7:3.21, así como la Chi 2 de 9.09 con una $P < 0.001$, cifras que demuestran una importante asociación con alta significancia, respectivamente, entre la depresión y algún componente del síndrome metabólico, que puede compararse a lo reportado por otros estudios donde señalan que tener depresión duplica el riesgo de padecer síndrome metabólico y viceversa. Este resultado es muy similar a otro estudio en población equivalente (Mancebo, 2011).

Los datos absolutos de prevalencia que se encontró en cada una de las entidades asociadas, desglosados tanto en población general como por género, arrojan las siguientes cifras estadísticas.

Cuadro 2.
La depresión como factor de riesgo por entidad clínica

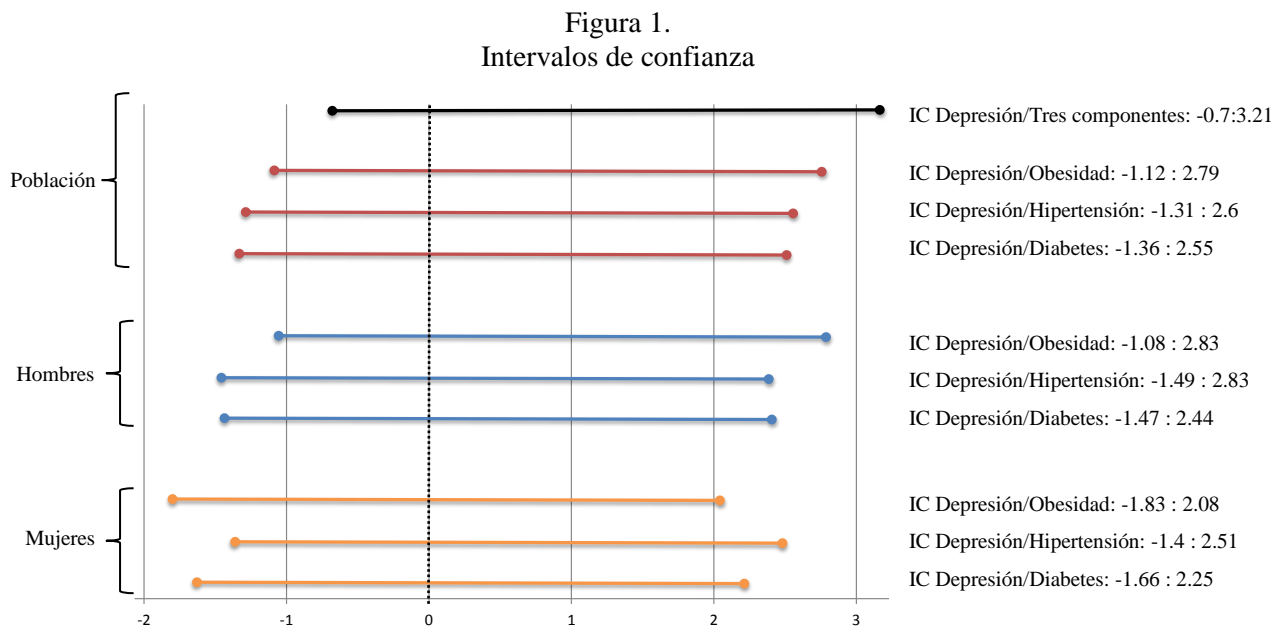
	Asociación	OR	Chi2	Intervalo de Confianza	
Población	Depresión/Obesidad + Hipertensión + Diabetes	17.89	9.09	-0.7	3.21
	Depresión/Obesidad	6.87	41.15	-1.12	2.79
	Depresión/Hipertensión	4.41	14.07	-1.31	2.6
	Depresión/Diabetes	3.97	19.06	-1.36	2.55
Hombres	Depresión/Obesidad	7.58	24.98	-1.08	2.83
	Depresión/Hipertensión	2.91	2.44	-1.49	2.42
	Depresión/Diabetes	3.03	4.84	-1.47	2.44
Mujeres	Depresión/Obesidad	1.34	4.34	-1.83	2.08
	Depresión/Hipertensión	3.56	23.44	-1.4	2.51
	Depresión/Diabetes	1.96	4.51	-1.66	2.25

Salta a la vista, que tanto la razón de momios como el intervalo de confianza con mayor positividad se encontró en la depresión asociada a cualquiera de los tres componentes del síndrome metabólico estudiados. Este mayor grado de asociación observado se puede explicar dado que se consideró toda la muestra, lo que permitió un mejor análisis estadístico.

En la población, la asociación entre depresión con cada uno de los tres componentes del síndrome metabólico por separados, es francamente un factor de riesgo evidenciándose por las razones de momios que cada una posee.

En la población masculina, la asociación es evidente al observar las razones de momios entre depresión con las tres entidades estudiadas del síndrome metabólico por separado, lo que significa que esta asociación es francamente un factor de riesgo que se expresa en un sentido bidireccional.

En la población femenina, como se puede observar en el cuadro 2, se encontró una asociación baja entre la depresión y la obesidad. Sin embargo, se encontró un alto nivel de significancia entre la depresión con la hipertensión y la diabetes.



En la figura 1 se puede observar gráficamente los intervalos de confianza de la asociación entre depresión con las entidades del síndrome metabólico. Se observa que, en la población general y masculina más en la hipertensión femenina, se encuentra más de un tercio del intervalo en el extremo positivo. En el caso del intervalo de confianza de la depresión con los tres componentes del síndrome metabólico, más de cuatro quintas partes del intervalo se encuentran en el extremo positivo, lo que indica junto con la razón de momios una clara asociación.

Prevalencia general

De una muestra de un total de 384 adultos se encontró un total de 82 casos con al menos alguna de las enfermedades estudiadas, que representa un 21.4% de la población adulta.

Dicha población tiene una media de 46.2 años, considerada como una población adulta media, sin llegar a la tercera edad donde se encuentra otra entidad clínica con la que se requiere un diagnóstico diferencial, que es el hipotiroidismo subclínico del adulto mayor.

Cuadro 3.
Prevalencia de patología en general

Sanos	302	78.6 %
Enfermos	82	21.4 %
Total	384	100 %

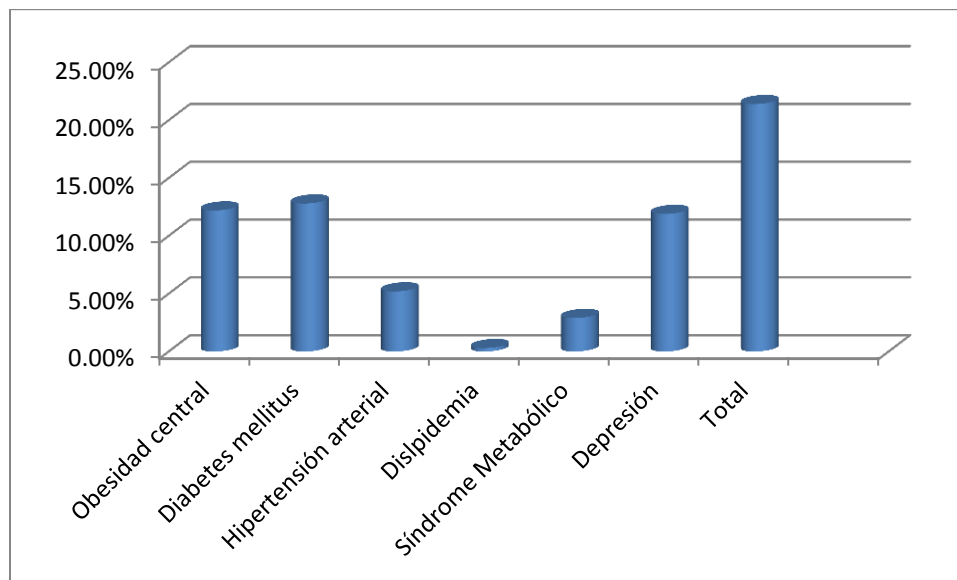
Identificar un 21.4% de enfermos en una población llama la atención al no ser una muestra probabilística.

Cuadro 4.
Número de enfermos con cualquier patología estudiada

Obesidad central	47	12.2 %
Diabetes mellitus	49	12.8 %
Hipertensión arterial	20	5.2 %
Dislipidemias	1	0.3 %
Síndrome Metabólico	11	2.9 %
Depresión	46	11.9 %
Total de enfermos	82	21.4 %
Población	384	100 %

Llama la atención encontrar un 12.2% de la población con obesidad central y cerca del 13% de diabetes mellitus, sin embargo la cifra de 2.9% de casos con síndrome metabólico podría ser mayor dado que no se realizaron los estudios para dislipidemias.

Figura 2.
Porcentaje de enfermos con cualquier patología estudiada



Salta a la vista que la depresión ocupa un lugar predominante, casi a la par de la obesidad central y la diabetes mellitus.

Prevalencia de la depresión

La prevalencia de depresión es de 46 casos, que representa un 11.9% de la población adulta, cifra muy superior a la reportada por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.

Cuadro 5.
Diagnósticos de salud mental

Depresión	46	11.9 %
Otros	5	1.3 %
Sanos	333	86.7 %
Total	384	100 %

En la población estudiada se encontró un 11.9% de depresión, cifra superior al 2.6% reportada en los últimos doce meses a nivel urbano en la población general (Medina M, 2003). Para efectos comparativos se considera esta cifra, tiempo aproximado en el que se realizó el muestreo.

Prevalencia de tres de los componentes del síndrome metabólico

La prevalencia encontrada de casos con algún componente del síndrome metabólico es de 68 casos, que representa un 17.2% de la población adulta.

Aunque el objetivo del estudio no incluyó determinar la prevalencia del síndrome metabólico, se encontró un total de 11 casos que representan un 2.9% de la población de acuerdo a los criterios de la Federación Internacional de Diabetes.

Prevalencia de los subcomponentes del síndrome metabólico

Debido a que para realizar el diagnóstico del síndrome metabólico es necesario reunir los criterios definidos por la Federación Internacional de Diabetes, al realizar el análisis de los subcomponentes del síndrome metabólico se encontró una prevalencia superior a los 68 casos, esto es así debido a que algunos pacientes tienen más de una enfermedad. Dicha aclaración es pertinente dado que si se realiza la sumatoria de la prevalencia de los subcomponentes del síndrome metabólico se tendrían 128 casos.

Cuadro 6.
Prevalencia de casos de síndrome metabólico y el número de sus componentes

Un componente	27	7%
Dos componentes	30	7.8%
Síndrome metabólico	11	2.9%
Enfermos	68	17.7%
Total	384	100%

Llama la atención encontrar una prevalencia de síndrome metabólico del 3% sin haber realizado los estudios de uno de los principales componentes, las dislipidemias.

Cuadro 7.
Prevalencia nacional y la encontrada en Tarerío

	ENSA 2000 y ENSANUT 2006	Tarerío
Diabetes	10.5%	12.7%
Hipertensión	13.4%	5.4%
Obesidad	73.7%	12.2%
Colesterol	8.5%	N.A.

Se puede observar que existe una marcada diferencia entre la obesidad central encontrada en Tarerío y los datos de la ENSANUT.

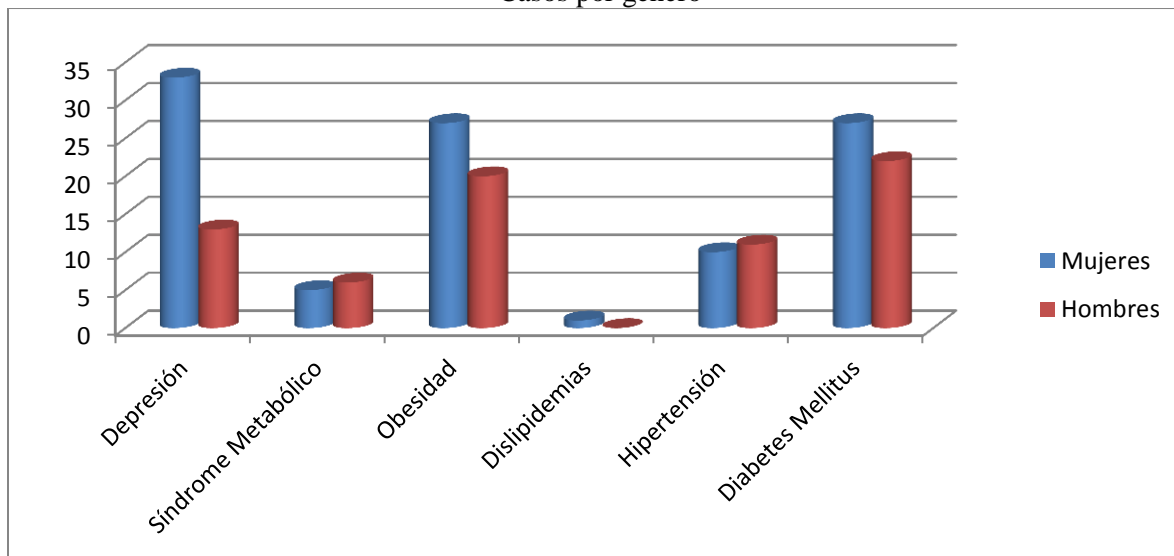
Cuadro 8.
Total de casos por género.*

	Depresión	Síndrome Metabólico	Obesidad	Dislipidemias	Hipertensión Arterial Sistémica	Glucosa o Diabetes Mellitus
Mujeres	33	5	27	1	10	27
Hombres	13	6	20	0	11	22
Total	46	11	47	1	20	49

* No corresponden los totales toda vez que cada patología se expresó en diferentes personas.

La proporción entre mujeres y hombres con depresión refleja la prevalencia conocida de 3:1. En los otros diagnósticos no se aprecia una diferencia asociada al género.

Figura 3.
Casos por género



La proporción por género en todas las entidades clínicas estudiadas corresponden a la reportada en los estudios nacionales (ENSANUT 2006).

Prevalencia de diabetes

En la población se encontró una prevalencia de 49 casos que corresponden al 12.8%, cifra que se encuentra ligeramente por encima de la reportada a nivel nacional del 10.5%.

Prevalencia de obesidad central

De acuerdo a los criterios de obesidad central como factor de riesgo para el síndrome metabólico (>80 en mujeres y >90 en hombres), la obesidad central encontrada es de 47 casos,

que representan una prevalencia del 12.2%, cifra 6 veces menor a la nacional que es de un 73.7% de la población adulta de México. Es factible que esta cifra corresponda a un sesgo de la muestra.

Prevalencia de hipertensión

Se encontró un total de 20 casos de hipertensión equivalentes a una prevalencia del 5.4%. La prevalencia encontrada es aproximadamente la mitad de la nacional reportada, de un 13.4% (ENSANUT 2006).

Prevalencia de las dislipidemias

Dado que metodológicamente se excluyó por razones financieras y logística el análisis de las dislipidemias, dentro de los subcomponentes del síndrome metabólico, no se reporta el dato. El único caso fue un paciente con diagnóstico previo.

Prevalencia de la comorbilidad de depresión y algún componente del síndrome metabólico

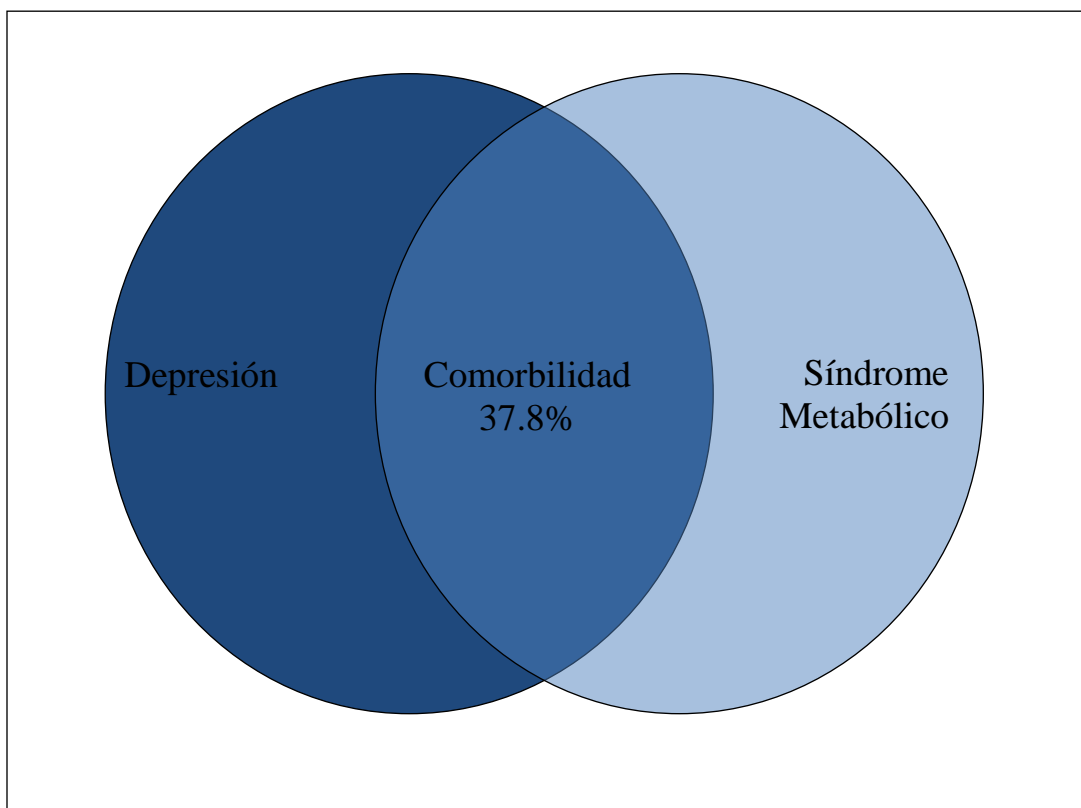
Se observa una alta comorbilidad de casos que presentan depresión con al menos algún componente del síndrome metabólico, lo que corresponde a lo reportado en diversos estudios epidemiológicos (Vogelzangs N, 2009; McIntyre R, 2009; Vanhala M, 2009; Richter N, 2009; Takeuchi T, 2009); de los 82 casos se tiene a 31 individuos que presentan dicha comorbilidad, un total de 37.8%.

Cuadro 9.
Comorbilidad de la prevalencia de depresión y algún componente del síndrome metabólico

Casos con un componente del SM	Casos con dos componentes del SM	Casos con SM	Total
13	12	6	31
15.9%	14.6%	7.3%	37.8%

Encontrar más de una tercera parte de los casos con comorbilidad corresponde con los datos de la literatura internacional.

Figura 4.
Comorbilidad de la prevalencia



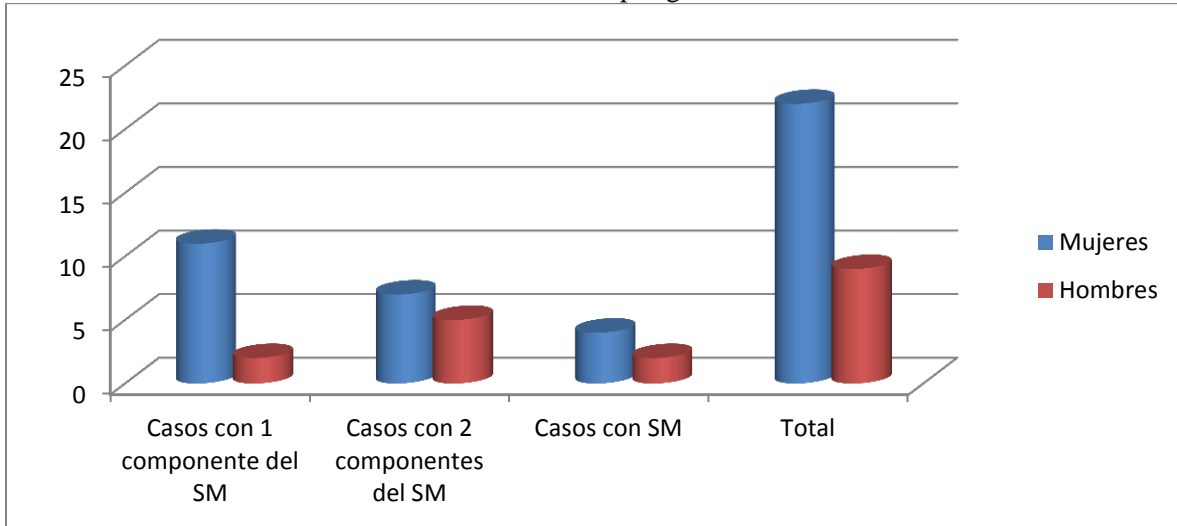
Se puede observar con claridad el área donde las dos prevalencias convergen mostrando el porcentaje de comorbilidad.

Cuadro 10.
Comorbilidad por género

	Casos con 1 componente del SM	Casos con 2 componentes del SM	Casos con SM	Total
Mujeres	11	7	4	22
Hombres	2	5	2	9
Total	13	12	6	31

En este cuadro se aprecia más de dos veces la frecuencia de comorbilidad de SM y depresión, en mujeres que en hombres; sin embargo no se descarta el sesgo en esta muestra.

Figura 5.
Comorbilidad por género



La diferencia en el número de casos de la comorbilidad entre hombres y mujeres también refleja los estudios que reportan la comorbilidad en mujeres que en hombres.

DISCUSIÓN

Para realizar una revisión crítica de los datos obtenidos, es necesario efectuar una discusión de la comorbilidad encontrada entre depresión y los componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus tipo 2), así como las prevalencias por entidad clínica, así como adicionalmente una discusión de carácter psicológico.

Comorbilidad y asociación

Conocer que cerca del 40% de los casos estudiados poseen la comorbilidad de depresión con algún componente del síndrome metabólico reviste mayor importancia, ya que todas las entidades clínicas estudiadas se consideran problemas de salud pública.

En los estudios internacionales la razón de momios ha fluctuado de 1.5 hasta 2.95 (Akbarali 2009, Almeida 2009, Barklay 2009, Dunbar 2008, Raikkonen 2007, Takeuchi 2009 y Banhala 2008), en Tarerío la razón de momios fue de 17.8 con un I.C. -0.7:3.21. En suma la asociación encontrada coincide con los estudios internacionales.

Es necesario destacar que el riesgo relativo con un O.R. de 17.8, es superior a lo reportado “Pacientes con depresión mayor son dos veces más propensos a padecer síndrome metabólico que aquellos sin depresión” (Mendelson S. 2008). Dado que Tarerío es una comunidad con Muy Alta Marginación y bajo Índice de desarrollo humano, las condiciones de vulnerabilidad incrementan el riesgo de la asociación encontrada en la población, observamos una congruencia por lo señalado por la Organización Mundial de la Salud que “el vínculo entre pobreza, violencia y trastornos mentales y enfermedades médicas es claro” (OMS, 2002). Así como en un estudio latinoamericano (Rondón M, 2006).

Un elemento no considerado en este estudio y que reviste importancia, es que los pacientes que tienen una historia de más de tres episodios depresivos a lo largo de la vida, tienen un mayor riesgo de demenciarse (Alexopoulos G, 1993). Por lo tanto, los pacientes que presentan

la comorbilidad de depresión y síndrome metabólico o sus componentes elevan intrínsecamente el riesgo inherente para la demencia.

Depresión

La cifra encontrada de depresión mayor en Tarerío del 11.9% es al menos cuatro veces más elevada que la reportada en los últimos 12 meses en México (Medina M, 2003), lo que hace pensar que el problema de la depresión en la comunidad es apremiante, pero probablemente sea una realidad de la mayoría de las comunidades indígenas del país que poseen una clasificación de muy alta marginación y bajo Índice de Desarrollo Humano, dado el riesgo identificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002).

Sin embargo, si se tomara como referente la cifra de prevalencia de depresión de los últimos 30 días que es del 1.1%, se tendría un poco más de 10 veces la prevalencia nacional. Esto puede explicarse debido a las condiciones de pobreza, violencia, alcoholismo y riesgo por la comorbilidad inherente del síndrome metabólico.

Es necesario hacer el señalamiento que en la población, la media de edad es de 46.2 años. Dado que en la tercera edad es cuando debe de realizarse el diagnóstico diferencial entre depresión con hipotiroidismo subclínico, no es necesario realizar estudios tiroideos.

Componentes del Síndrome Metabólico

En esta investigación se encuentra una marcada diferencia entre la prevalencia de obesidad central e hipertensión con las cifras de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. En el caso de la obesidad central la diferencia es seis veces menor y con la hipertensión es dos veces y medio menor. Se puede sospechar que a pesar que poseen una ingesta calórica alta de carbohidratos simples, dicha diferencia corresponde a la actividad física de la población de Tarerío ya que diariamente tienen que desplazarse a pie distancias mayores a 10 km. Otra explicación más simple puede ser un sesgo de la muestra.

La prevalencia de diabetes mellitus encontrada en Tarerío es ligeramente superior a la reportada en la media nacional, lo que concuerda con una alimentación rica en carbohidratos simples, así como el riesgo genético reportado en otros estudios (Aguilar-Salinas C, 2007) .

Circunspecciones psicológicas

Entrar en contacto con la comunidad de Tarerío, conocer a la gente que habita esa población, al profesor de la escuela primaria, al padre de la iglesia, al jefe de tenencia, recorrer sus caminos de terracería, conocer sus casas; en esencia impregnarme del *modus vivendus* tan lastimado y lleno de pobreza económica y cultural, contrastado con un proceso de desculturización y migración. Esta aproximación, así como la entrevista y aplicación de los instrumentos psicométricos permitió al autor comprender, y hasta cierto modo, dimensionar los resultados obtenidos por el estudio.

En una de las diversas visitas a la comunidad, al regresar a Morelia y contrastar la riqueza cultural de la capital, se pudo apreciar un fenómeno de paradoja clínica; dado que las condiciones de la comunidad son tan precarias se esperaría una mayor prevalencia de depresión, al recordar las condiciones narradas durante las entrevistas; por una parte, conocer el sufrimiento de la gente que padece depresión, pero por otra, personas que no la padecen y gozan una aparente salud mental ante un escenario desolador, en una comunidad donde impera la pobreza en todos sus rubros y también se observa la inequidad.

Ante esto uno se pregunta ¿cómo puede un ser humano enfrentar este escenario desolador, conformarse con su realidad y no padecer depresión? Para intentar comprender la paradoja planteada se puede aludir a otra entidad clínica, la psicosis reactiva, que corresponde a un episodio psicótico desencadenado por estresores psicosociales. En estos casos se puede hablar de una depresión reactiva ante un medio hostil; pero para explicar esta paradoja es necesario preguntarse ¿posee salud mental alguien que no tiene la capacidad de percibir la trivialidad de su entorno?

Sería válido plantearse la posibilidad de que la depresión fuera un mecanismo adaptativo de quienes tienen la capacidad de percibir la hostilidad e insensatez de su entorno. Por ello, se consideró como válida la paradójica clínica que también puede ser expresada con la pregunta ¿Puede alguien vivir en este escenario y no deprimirse?

CONCLUSIONES

Éste trabajo se efectuó con el propósito de conocer y analizar la prevalencia y el grado de asociación entre la depresión y tres componentes del síndrome metabólico (obesidad central, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2) en una comunidad indígena de muy alta marginación y bajo Índice de Desarrollo Humano, que fue la población purépecha de Tarerio.

Se encontró un 21.4% de la población con al menos una de las enfermedades incluidas en el estudio.

Del 100% de los casos detectados el 37.8% presentan la comorbilidad entre depresión y el síndrome metabólico o alguno de sus componentes, datos concordantes con los reportados en la literatura internacional.

Esta comorbilidad expresa una razón de momios de 17.89 con un I.C. -0.7:3.21 y Chi2 de 9.09 con una $P < 0.001$, cifras demuestran una importante asociación con alta significancia, respectivamente, que a su vez nos indican que la asociación entre estas entidades clínicas no está dada por el azar.

Los datos obtenidos en este estudio pueden compararse con lo reportado por otros estudios (Mendelson S, 2008) donde señalan que tener depresión duplica, al menos, el riesgo de padecer síndrome metabólico o sus componentes y viceversa.

El 11.9% de la muestra se encontró con depresión, cifra cuatro veces mayor a la reportada en estudios nacionales urbanos, que se puede explicar dado que es una población con muy alta marginación y bajo Índice de Desarrollo Humano.

El 17.2% corresponde a personas que tienen síndrome metabólico o alguno de sus componentes. Sin duda cifra subestimada dado que no fue posible estudiar la prevalencia de las dislipidemias.

LIMITACIONES

Es importante destacar que se realizó una estimación de la prevalencia de cuatro entidades clínicas que son: la depresión, la diabetes, la hipertensión y la obesidad central. Sin embargo, los casos que se obtuvieron con el diagnóstico de síndrome metabólico no corresponden con el escenario epidemiológico de este síndrome y tampoco podemos conocer por ende la prevalencia de las dislipidemias.

Debido a que no fue posible realizar los estudios para determinar la prevalencia de las dislipidemias en la población de Tareerío, no queda más que inferir que las cifras de dislipidemias y síndrome metabólico pueden ser cercanas a lo reportado en nuestro estado (López-Correa S, Alveano J, Carranza J, 2008).

Sería valioso completar los estudios para conocer la prevalencia global, sin embargo esta tarea quedó excluida de nuestro estudio por motivos financieros y logísticos.

RECOMENDACIONES

La depresión en Tarterio es un problema de salud pública apremiante, por lo que se reportaron los datos al Centro de Salud de Tzintzuntzan y a la Jurisdicción Sanitaria Pátzcuaro N° 4, así como se les informó de los resultados a los individuos diagnosticados.

Ante estos resultados es necesario realizar una búsqueda propositiva de depresión y síndrome metabólico y sus componentes en comunidades vulnerables con la estudiada.

La literatura revisada, tanto a nivel internacional como nacional, indica que es necesario realizar un énfasis en la prevención de la depresión y el síndrome metabólico o sus componentes, por lo que seguramente observaremos en un futuro medidas en salud pública encaminadas a la prevención de estas enfermedades y como consecuencia la reducción de su asociación epidemiológica.

DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

Entrevista MINI

MINI entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

(MINI Internacional Neuropsychiatric Interview, MINI)

Autores: D.V. Sheehan, Y. Lecrubier, K. Harnett-Sheehan, J. Janavs, E. Weiller, L. I. Bonora, A. Keskiner, J. Schinka, E. Knapp, M. F. Sheehan, G.C. Dunbar.

Evalúa: principales trastornos psiquiátricos del Eje I.

Administración: heteroaplicada.

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada, de duración breve. Explora, para detección y/u orientación diagnóstica, los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. La MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un periodo de tiempo promedio de 18.7+-11.6 minutos, media 15 minutos. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

La MINI está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica.

- Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno.
- Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas, permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos.

Prueba de Zung

Escala autoaplicada para la medida de la depresión de Zung y Conde.

Autor: W. Zung.

Evalúa: la gravedad del cuadro depresivo.

Número de ítems: 20.

Administración: autoaplicada.

Se trata de una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que espera cada uno de los síntomas explorados. Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

1. Factor depresivo.
2. Factor biológico.
3. Factor psicológico.
4. Factor psicosocial: descrito por Conde y cols. Y formado por los ítems 14,18 y 19.

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la secuencia de presentación de los síntomas. El marco de referencia temporal es el momento actual.

Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo e ítems en sentido negativo.

Junto con el BDI es la escala autoaplicada más utilizada en la depresión. Esta escala está adaptada y validada al español (Conde, 1967)

Interpretación y corrección (Zung):

Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones en los 20 ítems.

- Para ítems en sentido negativo a mayor frecuencia de presentación mayor puntuación, es decir, la respuesta “muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente” vale 1 punto y la respuesta “casi siempre, siempre, todo el tiempo” vale 4 puntos.

Los ítems en sentido negativo son los números 1, 3, 4,7-10, 13,15 y 19.

- Los ítems en sentido positivo reciben menor puntuación a mayor presencia, de tal modo que la respuesta “muy poco tiempo” vale 4 puntos y la respuesta “casi siempre” vale 1 punto.

Los ítems en sentido positivo son los números, 5, 6, 11, 12, 14,16-18 y 20.

- La puntuación total oscila entre 20 y 80, a mayor puntuación mayor gravedad del cuadro depresivo.

- Los puntos de corte propuestos (Bech, 1996) son:

- 20-40: no depresión.
- 41-47: menos que depresión.
- 48-55: depresión mayor.

- Los puntos de corte propuestos en la validación española (Conde y cols., 1970-1974) son:

- 20-35: depresión ausente.
- 36-51: depresión subclínica y variantes normales.
- 52-67: depresión media-severa.
- 68-80: depresión grave (opcionalmente hospitalizada).

- También se puede transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (índice SDS = puntuación x 100/80), en cuyo caso los puntos de corte utilizados son:

- Menor 50%: no depresión.
- 50-59%: depresión leve.
- 60-69%: depresión moderada.
- Mayor o igual 70%: depresión grave.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Es un instrumento diseñado para realizar en estudios de la epidemiología de los síntomas depresivos en población abierta. Explora datos como ánimo deprimido, sensación de culpa y minusvalía, sensación de incapacidad y desesperanza, lentificación psicomotora, pérdida de apetito y alteraciones en el sueño. Demostró tener la sensibilidad y especificidad de capacidad de discriminar entre una muestra de pacientes con trastorno depresivo y la población abierta.

En cuanto a su relación con el diagnóstico de depresión, se ha reportado una sensibilidad de hasta 100% y especificidades desde 57 hasta 88% para la identificación del episodio depresivo mayor, utilizando como criterio una entrevista estructurada.

El CES-D consta de 20 reactivos, que describen manifestaciones sintomáticas depresivas en las áreas arriba mencionadas. Se pregunta al entrevistado cuántos días en la última semana ha presentado esos síntomas, teniendo como opciones de respuesta ningún día, de uno a tres días, de cuatro a seis días o todos los días. Las respuestas se califican como 0, 1, 2 o 3, respectivamente, y se suman para obtener la puntuación total en el instrumento, donde una mayor puntuación indica mayor gravedad de los síntomas depresivos (rango teórico de la puntuación de 0 a 60).

Prueba FINDRISK

Esta prueba de riesgo de diabetes tiene ocho preguntas y una puntuación de cohorte de más de 15, que indica una probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 dentro de los 10 años.

La prueba ha demostrado la sensibilidad de 0,78 y 0,81, la especificidad de 0,77 y 0,76, y un valor de predictibilidad del 0,13 y 0,05.

Es un instrumento que tiene la bondad de ser auto aplicable, y también puede ser resuelto y calificado vía internet.

Exámenes clínicos y paraclínicos para el diagnóstico de síndrome metabólico

Medición de la presión arterial

Mediante esfigmomanómetro digital, en posición decúbito dorsal, obtener presiones iguales o mayores que 130 y/o 85 mm Hg o estar bajo tratamiento antihipertensivo.

Medición de perímetro abdominal

Se utilizaron los criterios de cintura igual o mayor que 90 cm en hombres y 80 cm en mujeres. Se realizó la medición en posición anatomía (de pie).

Determinación de triglicéridos y colesterol total

Por razones presupuestales y metodológica no se podrán hacer mediciones de estos dos componentes.

Diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

Se han realizado a la fecha estudios de hemoglobina glicosilada a los pacientes con diagnóstico previo de diabetes mellitus y toma de glucemia en ayuno igual o mayor que 110mg/dl o aquellos que ya reciben tratamiento con antidiabéticos.

	2009											2010											2011
	Marz	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Ene
Fase I Conceptual																							
Paso 1 Formulación del problema	X																						
Paso 2 Revisión bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Paso 3 Definición del marco teórico	X	X	X	X	X																		
Paso 4 Formulación de hipótesis			X	X	X																		
Fase II Diseño y planeación																							
Paso 5 Selección de diseño de investigación			X	X	X																		
Paso 6 Identificación de la población en estudio						X																	
Paso 7 Especificación de métodos para medir las variables					X	X	X																
Paso 8 Diseño del plan de muestreo					X	X	X																
Paso 9 Terminación y revisión del plan de investigación						X	X	X															
Paso 10 Realización y revisión del estudio piloto									X	X													
Fase III Fase empírica																							
Paso 11 Colecta de datos										X	X	X	X	X	X	X							
Paso 12 Preparación de los datos para el análisis										X	X	X	X	X	X								
Fase IV Fase analítica																							
Paso 13 Análisis datos											X	X	X	X	X								
Paso 14 Interpretación de los resultados											X	X	X	X	X								
Fase V Difusión																							
Paso 15 Comunicación de los resultados.																							X
Paso 16 Presentación de protocolo								X															
Paso 17 Avance 30%											X												
Paso 18 Avance 50%																X							
Paso 19 Avance 100%																						X	
Paso 20 Examen de grado																							

REFERENCIAS

1. Aguilar-Salinas C, Canizales-Quinteros S, Rojas-Martínez R, García-García E, Olaiz-Fernández G, Gómez-Pérez F, *et al.* Colaboraciones exitosas entre tres instituciones mexicanas en el estudio de las dislipidemias, la obesidad y la diabetes. *Gac Méd Méx* Vol. 143 No. 5, 2007.
2. Agudelo D, Donald Spielberg C, Buela-Casal G. La depresión: ¿un trastorno dimensional o categorial? *Salud Mental*, Vol. 30, No. 3, mayo-junio 2007.
3. Akbaraly T, Kivimäki M, Brunner E, Chandola T, Marmot M, *et al.* Association between metabolic syndrome and depressive symptoms in middle-aged adults: results from the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2009 Mar;32(3):499-504.
4. Alexopoulos G, Young R, Meyers B. Geriatric depression: Age of onset and dementia. *Biol Psych*. 1993 Aug;34(3,1): 141-145
5. Almeida O, Calver J, Jamrozik K, Hankey G, Flicker L. Obesity and metabolic syndrome increase the risk of incident depression in older men: the health in men study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 Oct;17(10):889-98.
6. American Psychiatry Association (US). DSM-IV TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado. Washington, 2002.
7. Anagnostis P, Athyros V, Tziomalos K, Karagiannis A, Mikhailidis D. The Pathogenetic Role of Cortisol in the Metabolic Syndrome: A Hypothesis. *Jour Clin Endoc & Metab* Vol. 94, No. 8 2692-2701. 2009.
8. Akbaraly T, Kivimäki M, Brunner E, Chandola T, Marmot M, Singh-Manoux A, *et al.* Association between metabolic syndrome and depressive symptoms in middle-aged adults: results from the Whitehall II study. *Diabetes Care*. 2009 March; 32(3): 499–504. doi:10.2337/dc08-1358.

9. Barclay L. Metabolic Syndrome May Predict Depressive Symptoms. *Diabetes Care* online 01/06/2009.
10. Bobes J, Portilla M, Bascarán M, Saiz P, Bousoño M, Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. 2ª ed. Barcelona España. Ed. Ars Medica, 2003.
11. Chichlowska K, Rose K, Diez-Roux A, Golden S, Mcneill A, et all. Individual and Neighborhood Socioeconomic Status Characteristics and Prevalence of Metabolic Syndrome: The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. *Psychosomatic Medic* 70(2008) 0033-3174/08/7007-0001.
12. Consejo Nacional de Población CONAPO (Mx). Segundo Censo de Población y Vivienda, Cuernavaca, 2005.
13. Conde V. Useros E. Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Rev Psiquiatr Psicol Med Eur Am* 1975;12:217-236.
14. Dandona P, Aljada A, Chaudhuri A, Mohanty P, Garg R. Metabolic Syndrome A Comprehensive Perspective Based on Interactions Between Obesity, Diabetes, and Inflammation. *Circulation*. 2005;111:1448-1454.
15. Dunbar J, Reddy P, Davis-Lameloise N, Philpot B, Laatikainen T, Kilkkinen A, *et al.* Depression: An Important Comorbidity With Metabolic Syndrome in a General Population. *Diabetes Care*. 2008 Dec;31(12):2368-73.
16. Expert Panel on Detection, Evaluation and treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP). *J Am Med Assoc* 2001;285(19):2486-97.
17. First M, Donovan S, Frances A. Nosology of chronic mood disorders. *Psychiatr Clin North Am* 19:20-39,1996.
18. Ford D, Erlinger T, Depression and C-Reactive Protein in US Adults. *Arch Intern Med*. 2004;164:1010-1014.

19. Ford E, Li C. Metabolic syndrome and health-related quality of life among U.S. adults. *Ann Epidemiol.* 2008 Mar;18(3):165-71.
20. Gil K, Radziwiłłowicz P, Zdrojewsk T, Pakalska-Korcala A, Chwojnicki K, Piwoński J, *et al.* Relationship between the prevalence of depressive symptoms and metabolic syndrome. Results of the SOPKARD Project. *Kardiol Pol* 2006; 64: 464-469.
21. Goldbacher E, Bromberger J, Matthews K. Lifetime history of major depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women. *Psychosom Med.* 2009 Apr;71(3):266-72.
22. Grundy S, Cleeman J, Daniels S, Donato K, Eckel R, Franklin B, *et al.* Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation.* 2005;112:0000-0000.
23. Hirschfeld R. Guidelines for the long term treatment of depression. *Compr Psychiatry* 55 (supl):61-69, 1994.
24. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática II, XII Censo General de Población y Vivienda, INEGI, 2001, México.
25. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (Mx). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2006. ENDIREH. Aguascalientes, 2007.
26. Instituto Nacional de Salud Pública (Mx). Encuesta Nacional de Salud 2000, La Salud de los Adultos. Cuernavaca, 2000.
27. Instituto Nacional de Salud Pública (Mx). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, La Salud de los Adultos. Cuernavaca, 2006.
28. Instituto Nacional de Salud Pública (Mx). Encuesta de Salud y Derechos de las Mujeres Indígenas 2008. Cuernavaca, 2008.
29. International Diabetes Federation (BI). The IDF consensus worldwide definition of the metabolic síndrome. Brussels, 2005.

30. Jiménez-Tapia J, Bojórquez-Chapela I, Blas-García C, Landa-Velasco V, Caraveo Anduaga J. Panorama del Trabajo de Investigación en Epidemiología Psiquiátrica en México: Últimos 30 Años. *Salud Mental*, Vol. 28, No. 3, junio 2005.
31. Keller M. Dysthymia in clinical practice: course, outcome and impact on the community. *Acta Psychiatr Scand* 383 (suppl): 24-34, 1994.
32. Kinder L, Carnethon M, Palaniappan L, King A, Fortmann S. Depression and the Metabolic Syndrome in Young Adults: Findings From the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med*. 2004 May-Jun;66(3):316-22.
33. Lakka H, Laaksonen D, Lakka T, Niskanen L, Kumpusalo E, Tuomilehto J, Salonen J. The metabolic syndrome and total cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002;288:2709-16.
34. Laudisio A, Marzetti E, Pagano F, Pozzi G, Bernabei R, *et al*. Depressive symptoms and metabolic syndrome: selective association in older women. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2009 Dec;22(4):215-22.
35. Levitt A, Joffe R, MacDonald C. Life course of depressive illness and characteristics of current episode in patients with double depression. *J Nerv Ment Dis* 179:678-682, 1991.
36. López-Correa S, Alveano J, Carranza J. Prevalencia de Depresión en Pacientes con Diagnóstico de Síndrome Metabólico. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. Dic 2008.
37. Mancebo del Castillo E, Prevalencia de la asociación entre diabetes mellitus y depresión en personas del centro de salud de Cucuchucho, Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina “Dr. Ignacio Chávez” 2011 (Inédita).
38. McCaffery J, Niaura R, Todaro J, Swan G, Carmelli D. Depressive Symptoms and Metabolic Risk in Adult Male Twins Enrolled in the National Heart, Lung, and Blood Institute Twin Study. *Psychosom Med*. 2003 May-Jun;65(3):490-7.

39. McIntyre R, Rasgon N, Kemp D, Nguyen H, Law C, *et al.* Metabolic syndrome and major depressive disorder: co-occurrence and pathophysiologic overlap. *Curr Diab Rep.* 2009 Feb;9(1):51-9.
40. Medina-Mora M, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco-Jaimes J, Fleiz-Bautista C, *et al.* Prevalencia de Trastornos Mentales y uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, Vol. 26, No. 4, agosto 2003.
41. Mendelson S. *Metabolic syndrome and psychiatric illness: interactions, pathophysiology, assessment and treatment.* 1a ed. United States of America, California. Academic Press, 2008.
42. Miettola J, Niskanen L, Viinamäki H, Kumpusalo E. Metabolic syndrome is associated with self-perceived depression. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2008; 26: 203-210.
43. Naciones Unidas UN (US). *Informe sobre Desarrollo Humano 2010, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*, 2010.
44. Neumann N, Frasch K. Coherences between the metabolic syndrome, depression, stress and physical activity. *Psychiatr Prax.* 2009 Apr;36(3):110-4.
45. Organización Mundial de la Salud WHO (SWZ). *Atlas de Salud Mental*, 2005.
46. Organización Mundial de la Salud (SWZ). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, 2002.
47. Peppel J, Holstege F. Multifunctional genes. *Molecular Systems Biology* 29 March 2005; doi:10.1038/msb4100006.
48. Pfaff D. *Hormones, brain, and behavior, Volumen 5.* 1a ed. United States of America, California. Elsevier Science, 2002.
49. Pu S, Ronen K, Vlasblom J, Greenblat J, Wodak S. Analysis of Genetic Interaction Maps Reveals Functional Pleiotropy. *Nature Precedings*: doi:10.1038/npre.2008.2182.1 : Posted 13 Aug 2008.

50. Raz Y. Illness, Cytokines, and Depression. *Procedente del 5th Internet World Congress for Biomedical Sciences*; 1998: December 7-16. Ontario, Canada. , University, located in Hamilton, 1998.
51. Räikkönen K, Matthews K, Kuller L. Depressive Symptoms and Stressful Life Events Predict Metabolic Syndrome Among Middle-Aged Women. A comparison of World Health Organization, Adult Treatment Panel III, and International Diabetes Foundation definitions. *Diabetes Care*. 2007 Apr;30(4):872-7.
52. Rondón M. Salud Mental: Un problema de Salud Pública en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 23(4), 2006.
53. Scott M, Grundy, James I, Cleeman, Stephen R, *et all*. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome. An American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. *Circulation* pub online Sep 12, 2005. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.105.169404.
54. Stein D, Kupfer D, Schatzberg A. The American Psychiatric Publishing textbook of mood disorders. 1a ed. País, Estado. American Psychiatric Pub, 2005.
55. Takeuchi T, Nakao M, Nomura K, Inoue M, Tsurugano S, *et all*. Association of the metabolic syndrome with depression and anxiety in Japanese men: a 1-year cohort study. *Diabetes Metab Res Rev*. 2009 Nov;25(8):762-7.
56. Thase M. Relapse and recurrence in unipolar major depression: short-term and long-term approaches. *Compr Psychiatry* 51 (suppl 26):51-51, 1990.
57. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, June 2, 2004—Vol 291, No. 21.
58. Vaccarino V, McClure C, Johnson B, Sheps D, Bittner V, *et all*. Depression, the metabolic syndrome and cardiovascular risk. *Psychosom Med*. 2008 Jan;70(1):40-8.

59. Vanhala M, Jokelainen J, Keinänen-Kiukaanniemi S, Kumpusalo E, Koponen H. Depressive symptoms predispose females to metabolic syndrome: a 7-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Feb;119(2):137-42.
60. Viinamäki H, Heiskanen T, Lehto S, Niskanen L, Koivumaa-Honkanen H, *et al.* Association of depressive symptoms and metabolic syndrome in men. *Acta Psychiatr Scand.* 2009 Jul;120(1):23-9.
61. Villarreal-Molina M, Aguilar-Salinas C, Rodríguez-Cruz M, Riaño D, Villalobos-Comparan M, Coral-Vázquez R, *et al.* The ATP-Binding Cassette Transporter A1 R230C Variant Affects HDL Cholesterol Levels and BMI in the Mexican Population. *DIABETES, VOL. 56, JULY 2007.*
62. Vogelzangs N, Beekman A, Dik M, Bremmer M, Comijs H, *et al.* Late-life depression, cortisol, and the metabolic syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2009 Aug;17(8):716-21.
63. Weber-Haman B, Hentschel F, Kniest A, Deuschle M, Colla M, Lederbogen F, Heuser I. Hypercortisolemic depression is associated with increased intra-abdominal fat. *Psychosom Med* 2002;64:274-277.
64. Wilson D, Warise L. Cytokines and Their Role in Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, Oct 2008
65. World Health Organization (Sw). *The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope.* Geneva, 2001.
66. Zeman M, Jáchymová M, Jiráček R, Vecka M, Tvrzická E, *et al.* Polymorphisms of genes for brain-derived neurotrophic factor, methylenetetrahydrofolate reductase, tyrosine hydroxylase, and endothelial nitric oxide synthase in depression and metabolic syndrome. *Folia Biol (Praha).* 2010;56(1):19-26.
67. Zeugmann S, Quante A, Heuser I, Schwarzer R, Anghelescu I. Inflammatory biomarkers in 70 depressed inpatients with and without the metabolic syndrome. *J Clin Psychiatry.* 2010 Aug;71(8):1007-16.

ANEXOS

Dictamen de Autorización del Comité de Investigación y Bioética

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"



000168

Morelia, Michoacán, a 04 de Abril del 2008.

"XC Aniversario de la Fundación de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo"

"DR. IGNACIO CHAVEZ"

MORELIA, MICHOACÁN

DR. RAFAEL CARRILLO, ESQ.
DR. SALVADOR GONZALEZ
HERREJÓN
BOSQUE CUARTEMOC, CENTRO,
C.P. 58000, APARTADO POSTAL, 136
<http://medic.facmed.umich.mx>
facmed@jupiter.umich.mx

"Dictamen de Autorizado"

D.C. JESÚS ANTONIO ALVEANO HERNÁNDEZ
PROFESOR INVESTIGADOR DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"
P R E S E N T E.

Le notifico que el protocolo de investigación que usted presentó ante esta Jefatura de Investigación a mi cargo, y cuyo título es:

PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME METABÓLICO.

Fue sometido a la evaluación del (los) Comité (s) de Investigación y de bioética, quien (s) de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen fue de: **A U T O R I Z A D O**, habiéndose asignado el (los número (s) de registro de la dependencia siguiente (s):

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA	AREA	NO. DE REGISTRO
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"	POSGRADO	0002.P.1/2008

Se le solicita informar del grado de avance del mismo acorde al cronograma de actividades así como el Título de la revista, volumen, año y páginas una vez que el mismo sea publicado. En caso de que el mismo contemple la graduación de un alumno indicar fecha y grado académico obtenido.

ATENTAMENTE

DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
JEFE DEL DEPTO. DE INVESTIGACION

C.c.p. Dr. José Napoleón Ávila Guzmán. Coordinador de la Investigación Científica. UMSNH.
C.c.p. Dr. Víctor Manuel Fariás Rodríguez. Jefe del Depto. de Posgrado. Fac. Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez."
C.c.p. Archivo.

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"



000168

Morelia, Michoacán, a 04 de Abril del 2008.

"XC Aniversario de la Fundación de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo"

"DR. IGNACIO CHAVEZ"

MORELIA, MICHOACÁN

DR. RAFAEL CARRILLO, ESQ.
DR. SALVADOR GONZALEZ
HERREJON
BOSQUE CHAUHTEMOC, CENTRO,
C.P. 58000, APARTADO POSTAL 136
.http://medic.facmed.umich.mx
facmed@jupiter.umich.mx

"Dictamen de Autorizado"

D.C. JESÚS ANTONIO ALVEANO HERNÁNDEZ
PROFESOR INVESTIGADOR DE LA FACULTAD
DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ"
P R E S E N T E.

Le notifico que el protocolo de investigación que usted presentó ante esta Jefatura de Investigación a mi cargo, y cuyo título es:

PREVALENCIA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN MICHOACÁN RURAL.

Fue sometido a la evaluación del (los) Comité (s) de Investigación y de bioética, quien (s) de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores consideraron que cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética médica y de investigación vigentes, por lo que el dictamen fue de: **A U T O R I Z A D O**, habiéndose asignado el (los número (s) de registro de la dependencia siguiente (s):

COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y BIOÉTICA	AREA	NO. DE REGISTRO
Facultad de Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez"	POSGRADO	0001.P.1/2008

Se le solicita informar del grado de avance del mismo acorde al cronograma de actividades así como el Título de la revista, volumen, año y páginas una vez que el mismo sea publicado. En caso de que el mismo contemple la graduación de un alumno indicar fecha y grado académico obtenido.

ATENTAMENTE

DR. CLETO ALVAREZ AGUILAR
JEFE DEL DEPTO. DE INVESTIGACION

C.c.p. Dr. José Napoleón Ávila Guzmán. Coordinador de la Investigación Científica. UMSNH.
C.c.p. Dr. Víctor Manuel Farias Rodríguez. Jefe del Depto. de Posgrado. Fac. Ciencias Médicas y Biológicas "Dr. Ignacio Chávez."
C.c.p. Archivo.

Cartas de Aceptación del Comité Tutorial



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO


C. M. EN C. JUAN CARLOS CORTES GARCIA
COORDINADOR DEL SEMINARIO DE INVESTIGACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ" U.M.S.N.H.
P R E S E N T E

Morelia Michoacán a 26 de Noviembre de 2009.

Por medio de la presente acepto participar como integrante del comité tutorial del proyecto de Tesis "Epidemiología de la comorbilidad depresión-síndrome metabólico en población rural michoacana" presentado por Med. Cir. Part. Alejandro Mendoza Amaro, también me comprometo a participar en las actividades encaminadas al desarrollo del proyecto.

Sin otro asunto que tratar solo me resta enviar un cordial saludo y reiterar mi consideración más distinguida.

ATENTAMENTE


D. EN C. BERTHA FENTON NAVARRO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

C. M. EN C. JUAN CARLOS CORTES GARCIA
COORDINADOR DEL SEMINARIO DE INVESTIGACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ" U.M.S.N.H.
P R E S E N T E

Morelia Michoacán a 26 de Noviembre de 2009.

Por medio de la presente acepto participar como integrante del comité tutorial del proyecto de Tesis "Epidemiología de la comorbilidad depresión-síndrome metabólico en población rural michoacana" presentado por Med. Cir. Part. Alejandro Mendoza Amaro, también me comprometo a participar en las actividades encaminadas al desarrollo del proyecto.

Sin otro asunto que tratar solo me resta enviar un cordial saludo y reiterar mi consideración más distinguida.

ATENTAMENTE

M. EN C. VICTOR MANUEL FARIAS RODRIGUEZ



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ"

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

C. M. EN C. JUAN CARLOS CORTES GARCIA
COORDINADOR DEL SEMINARIO DE INVESTIGACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHAVEZ" U.M.S.N.H.
P R E S E N T E

Morelia Michoacán a 26 de Noviembre de 2009.

Por medio de la presente acepto participar como integrante del comité tutorial del proyecto de Tesis "Epidemiología de la comorbilidad depresión-síndrome metabólico en población rural michoacana" presentado por Med. Cir. Part. Alejandro Mendoza Amaro, también me comprometo a participar en las actividades encaminadas al desarrollo del proyecto.

Sin otro asunto que tratar solo me resta enviar un cordial saludo y reiterar mi consideración más distinguida.

ATENTAMENTE



M. EN F.C. JAIME CARRANZA MADRIGAL

Autorización de la Secretaría de Salud de Michoacán




UNIVERSIDAD MICHOCANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO.
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS
"DR. IGNACIO CHÁVEZ."
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

Maestría en Ciencias de la Salud.

Investigación: Epidemiología de la comorbilidad Depresión-Síndrome Metabólico en Población Rural.

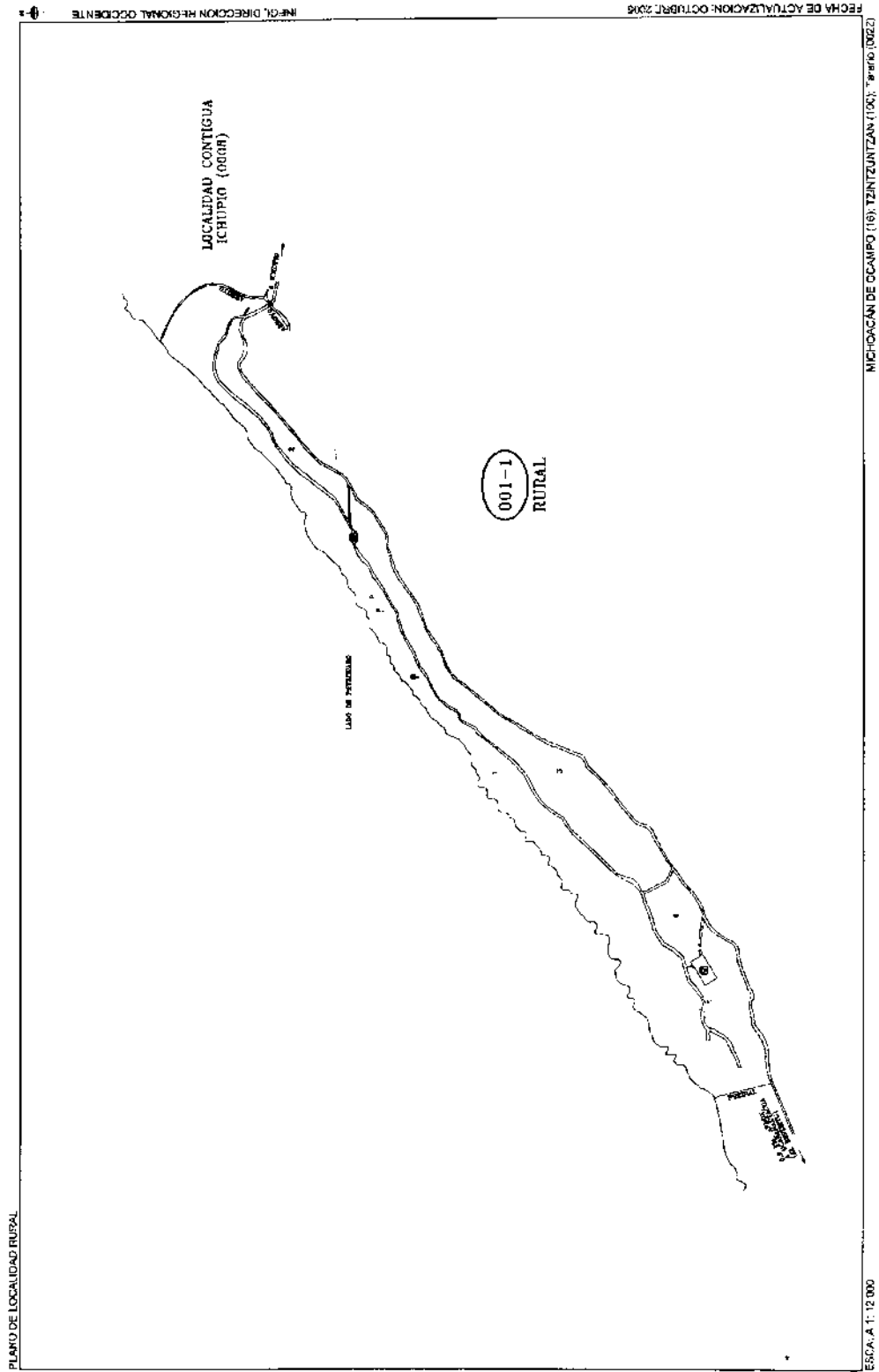
Director de Tesis: D. en Psic. Jesús Alveano Hernández.

Candidato: Med. y Psic. Alejandro Mendoza Amaro.

V. B. 
Dr. J. Amador Carbajal C.
Jefe del Dpto. de Enseñanza y Capacitación

Noviembre del 2009.

Mapa de la localidad



Consentimiento informado



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

FACULTAD DE MEDICINA "DR" IGNACIO CHÁVEZ"

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente, estoy enterado (a) de la realización de un protocolo de investigación sobre prevalencia y factores de riesgo de enfermedades crónicas degenerativas y de salud mental en el medio rural, en localidades ubicadas en la rivera del lago de Pátzcuaro del Estado de Michoacán.

Objetivo del protocolo:

- ❖ Determinar la prevalencia y factores de riesgo de las enfermedades crónicas degenerativas y de salud mental.

Entiendo que mi participación en el protocolo de investigación, es totalmente voluntaria y completamente ajena a los servicios de salud a que tengo derecho. A su vez, he sido informado (a) que la información que yo proporcione, será empleada para efectos de investigación, que será manejada conservando mi anonimato, para ser presentada en medios y eventos de investigación especializada. Estoy enterado (a) que los procedimientos que serán empleados en el protocolo, son de bajo riesgo y que recibiré mi resultado de las encuestas aplicadas y los estudios de laboratorio respectivos y si el resultado es positivo recibiré referencia a tratamiento específico.

Morelia, Michoacán a 1° de diciembre del 2009.

Nombre y firma del participante

Testigo

Responsable de la investigación

Med. y Psic. Alejandro Mendoza Amaro.

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

A. Episodio depresivo mayor

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

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

A3	En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:			
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o ± 8 libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN 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	11
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE		

Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

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

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

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar ante las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿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?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más en el que se haya sentido bien?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	18
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	23
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	24
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> SÍ	25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> 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	<p>SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL. SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO</p> <p>Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía o irritable notó que:</p>				
	a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO	SÍ	5
	b	¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO	SÍ	6
	c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO	SÍ	7
	d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO	SÍ	8
	e	¿Se distraía tan fácilmente que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO	SÍ	9
	f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO	SÍ	10
	g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras que ignoró los riesgos o las consecuencias (p. ej., se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUESTAS SI D1a ES NO [EPISODIO PASADO] O SI D1b ES NO [EPISODIO ACTUAL])?			NO	SÍ	

D4	¿Duraron estos síntomas al menos 1 semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?	NO	SÍ	12								
	EL EPISODIO EXPLORADO ERA:	↓	↓									
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
		HIPOMANIACO	MANIACO									
	¿CODIFICÓ NO EN D4?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1149 386 1192 407">NO</td> <td data-bbox="1328 386 1370 407">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1117 428 1393 449"><i>EPISODIO HIPOMANIACO</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1133 470 1224 491">ACTUAL</td> <td data-bbox="1338 470 1370 491"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1133 491 1224 512">PASADO</td> <td data-bbox="1338 491 1370 512"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>EPISODIO HIPOMANIACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
<i>EPISODIO HIPOMANIACO</i>												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4?	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="1149 564 1192 585">NO</td> <td data-bbox="1328 564 1370 585">SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="1117 606 1393 627"><i>EPISODIO MANIACO</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1133 648 1224 669">ACTUAL</td> <td data-bbox="1338 648 1370 669"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="1133 669 1224 690">PASADO</td> <td data-bbox="1338 669 1370 690"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			NO	SÍ	<i>EPISODIO MANIACO</i>		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	PASADO	<input type="checkbox"/>
NO	SÍ											
<i>EPISODIO MANIACO</i>												
ACTUAL	<input type="checkbox"/>											
PASADO	<input type="checkbox"/>											
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.											

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

F. Agorafobia

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

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

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

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO SÍ
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia

G. Fobia social (trastorno de ansiedad social)

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

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

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

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

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

FOBIA SOCIAL (trastorno de ansiedad social) ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

H1	¿Este último mes, ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas, intrusas o angustiosas? (p. ej., la idea de estar sucio, contaminado o tener gérmenes, o miedo de contaminar a otros, o temor de hacerle daño a alguien sin querer, o temor a actuar en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales, o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ➡ H4	SÍ	1						
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PODRÍA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PODRÍA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)										
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO ➡ H4	SÍ	2						
H3	¿Cree usted que estos pensamientos son producto de su propia mente y que no le son impuestos desde el exterior?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> obsesiones	3						
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ <input type="checkbox"/> compulsiones	4						
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	NO ➡	SÍ							
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	NO ➡	SÍ	5						
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	<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	SÍ	5				
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6				
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL								
<p>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</p>								
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				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL								

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

		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?	NO SÍ	SÍ	1
NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	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	⇒ L6 SÍ	3
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	4
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa había metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO SÍ	⇒ L6 SÍ	5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	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	⇒ L6 SÍ	7
	b	Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto?	NO SÍ	SÍ	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO SÍ	⇒ L6 SÍ	9
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍ SÓLO SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS L1 A L4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTRUCCIÓN, ETC.					
	b	Si SÍ: ¿Actualmente, consideran los demás sus ideas como extrañas?	NO SÍ	SÍ	10
L6	a	¿Alguna vez ha escuchado cosas que otras personas no podían escuchar, como voces?	NO SÍ		11
LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA SI A LO SIGUIENTE:					
		Si SÍ: ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?		SÍ	
	b	Si SÍ: ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO SÍ	SÍ	12
				⇒ L8b	

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»?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL			
NO	SÍ										
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL											
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERON DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>18</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	18	TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
NO	SÍ	18									
TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA											
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b A L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ				
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?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td colspan="3">TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	19	TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		
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?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	1
M3		¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	2
M4	a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	3
	b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	4
	c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	<input type="checkbox"/>	NO	SÍ	5
M5		¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	<input type="checkbox"/>	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)?	<input type="checkbox"/>	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"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	
NO	SÍ							
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL								
	¿CODIFICÓ SÍ EN N7?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	SÍ	1
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	SÍ	2
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	SÍ	3

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

Prueba de Zung

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

- A: Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente
- B: Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando
- C: Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente
- D: Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

	A	B	C	D
Me siento triste y deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Por las mañanas me siento mejor que por las tardes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ahora tengo tanto apetito como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Todavía me siento atraído por el sexo opuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que estoy adelgazando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estoy estreñado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me canso por cualquier cosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi cabeza está tan despejada como antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hago las cosas con la misma facilidad que antes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo esperanza y confianza en el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me siento más irritable que habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentro fácil tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me creo útil y necesario para la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Encuentro agradable vivir, mi vida es plena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creo que sería mejor para los demás si me muriera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Escala de Depresión del Dentro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

	Raramente o nunca	Algo o poco	A veces o bastante	Mucho o siempre
	Menos de Un día	Entre 1-2 días	Entre 3-4 días	Entre 5-7 días
1.- Me he enfadado por cosas que habitualmente no me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- No he tenido ganas de comer, mi apetito era malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- He sentido que no me podía liberar de la tristeza ni con la ayuda de familiares o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Sentía que era tan bueno como cualquier persona ...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hacía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Me he sentido pesimista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- Me ha costado un esfuerzo hacer cualquier cosa.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Me he sentido ilusionado por mi destino	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- He pensado que mi vida había sido un fracaso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Me he sentido asustado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Mi sueño ha sido inquieto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Estuve contento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Hablaba menos de lo habitual	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Me he sentido muy solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- La gente era poco amistosa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- He disfrutado de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- He llorado a ratos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Me he sentido triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- He sentido que la gente me tenía antipatía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- No me podía poner en marcha	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Prueba FINDRISK

Iniciales	Sexo	Fecha de visita	Fecha de nacimiento

Elija la opción correcta y sume los puntos obtenidos:

1. Edad :

- Menos de 45 años (0 p.)
- 45-54 años (2 p.)
- 55-64 años (3 p.)
- Más de 64 años (4 p.)

2. Índice de masa corporal

(Calcule su índice, según el apartado al final del test):
peso: _____ Talla: _____

- Menor de 25 kg/m² (0 p.)
- Entre 25-30 kg/m² (1 p.)
- Mayor de 30 kg/m² (3 p.)

3. Perímetro de cintura medido por debajo de las costillas (normalmente a nivel del ombligo): _____ cm

Hombres

- Menos de 94 cm.
- Entre 94-102 cm.
- Más de 102 cm.

Mujeres

- Menos de 80 cm. (0 p.)
- Entre 80-88 cm. (3 p.)
- Más de 88 cm. (4 p.)

4. ¿Realiza habitualmente al menos 30 minutos de actividad física, en el trabajo y/o en el tiempo libre?:

- Sí (0 p.)
- No (2 p.)

5. ¿Con qué frecuencia come verduras o frutas?:

- Todos los días (0 p.)
- No todos los días (1 p.)

6. ¿Toma medicación para la hipertensión regularmente?:

- No (0 p.)
- Sí (2 p.)

7. ¿Le han encontrado alguna vez valores de glucosa altos (Ej. en un control médico, durante una enfermedad, durante el embarazo)?:

- No (0 p.)
- Sí (5 p.)

8. ¿Se le ha diagnosticado diabetes (tipo 1 o tipo 2) a alguno de sus familiares allegados u otros parientes?

- O No (0 p.)
- O Sí: abuelos, tía, tío, primo hermano (no padres, hermanos o hijos) (3 p.)
- O Sí: padres, hermanos o hijos (5 p.)

Escala de Riesgo Total

Puntuación en HeartScore

El riesgo de desarrollar una diabetes tipo 2 en 10 años es :

Menos de 7 puntos	Bajo: Se estima que 1 de cada 100 personas desarrollará la enfermedad.
7 -11 puntos	Ligeramente elevado: Se estima que 1 de cada 25 personas desarrollará la enfermedad.
12 -14 puntos	Moderado: Se estima que 1 de cada 6 personas desarrollará la enfermedad.
15 -20 puntos	Alto: Se estima que 1 de cada 3 personas desarrollará la enfermedad.
Mas de 20 puntos	Muy alto : Se estima que 1 de cada 2 personas desarrollará la enfermedad.