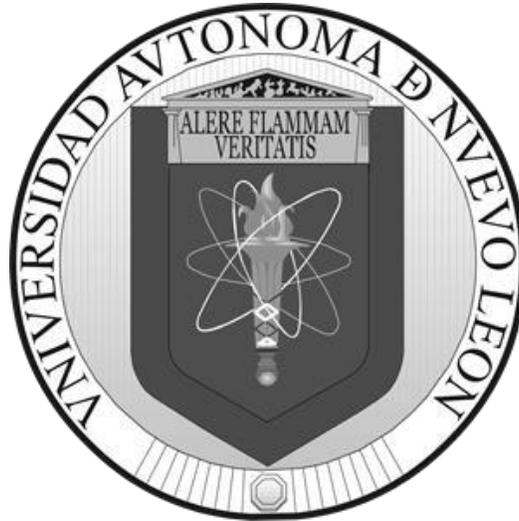


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

**FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ
ELEUTERIO GONZÁLEZ**



**RELACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR Y EL POLIMORFISMO RS140701 DEL GEN SLC6A4**

Por

MÓNICA EDITH HERNÁNDEZ GARCÍA

Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Diciembre de 2022

**RELACIÓN DE RIESGO SUICIDA EN PACIENTES CON TRASTORNO
BIPOLAR Y EL POLIMORFISMO RS140701 DEL GEN SLC6A4**

Aprobación de la tesis (firmas de los miembros del jurado):



Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Director de la Tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza



Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe
Coordinador de Investigación



Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano
Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez
Subdirector de Estudios de Posgrado

DEDICATORIA

A mi esposo y mi hijo, José María y Nicolás, quienes han estado en cada paso de mi residencia por ser tan comprensivos y pacientes en mi proceso.

A mis padres que me han apoyado en cada etapa de mi formación como profesionalista y ser humano.

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores que me asesoraron para culminar este proyecto y que hicieron posible este trabajo. Agradezco a las persona involucradas en el estudio para poder aportar un grano de arena en la investigación para seguir buscando mejorar la calidad de vida de los pacientes con Trastorno Bipolar.

TABLA DE CONTENIDO

TITULO Y APROBACIÓN.....	2
DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
Lista de tablas	7
Lista de gráficos	7
Lista de Anexos	7
Abreviaturas y simbolos	8
RESUMEN	9
Capítulo 1	10
1.1 Epidemiología del suicidio.	10
1.2 Factores de riesgo	11
1.3 Trastornos psiquiátricos.	12
1.3.1 Trastorno Bipolar.	13
1.3.1.1 Evaluación y diagnóstico	13
1.3.1.2 Manía o Hipomanía	14
1.3.1.3 Depresión	15
1.4.1.4 Trastorno Bipolar I	16
1.4.1.5 Trastorno Bipolar II	16
1.4.1.6 Trastorno ciclotímico	16
1.4.1.7 Episodios mixtos	17
1.4.1.8 Prevalencia	18
1.4.1.9 Género	18
1.4.1.10 Edad de inicio	18
1.4.1.11 Curso	19
1.4.1.12 Pronóstico	19
1.4.1.13 Relación de suicidio en trastorno bipolar	19
1.4.1.14 Factores genéticos y biológicos.	20
1.4.1.15 Gen SLC4A6 polimorfismo rs140701	22
CAPÍTULO 2 JUSTIFICACIÓN	25
2. Justificación.	25

CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS	26
3. Hipótesis	26
3.1 Hipótesis nula	26
CAPÍTULO 4 OBJETIVOS	27
4. Objetivo	27
4.1 Objetivos secundarios	27
CAPÍTULO 5 MATERIALES	28
5.1 Material biológico.	28
5.2 Material de laboratorio.	28
5.3 Equipos	29
CAPÍTULO 6 MÉTODOS	31
6.1 Sujetos	31
6.2 Instrumentos	31
6.3 Extracción de ADN y genotipado	33
CAPÍTULO 7 RESULTADOS	34
7.1 Análisis Estadístico	34
7.2 Datos sociodemográficos	35
7.3 Diferencias sociodemográficas entre pacientes con y sin polimorfismo	39
7.4 Riesgo suicida según Escala Columbia para Evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida (C-SSRS)	41
7.5 Riesgo suicida según la MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	43
7.6 Concordancia entres escalas de suicidio MINI y C-SSRS	44
7.7 Riesgo suicida y sexo	45
7.8 Riesgo suicida y tipo de trastorno bipolar	47
7.9 Polimorfismo	48
CAPÍTULO 8 DISCUSIÓN	54
CAPÍTULO 9 CONCLUSIONES	57
CAPÍTULO 10 LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS	59
BIBLIOGRAFIA	60
ANEXOS	66

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. EVALUACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO	11
Tabla 2. TÉRMINOS DE IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA	12
Tabla 3. CRITERIOS DE MANÍA DEL DSM 5	14
Tabla 4. CRITERIOS DE HIPOMANÍA DEL DSM 5	15
Tabla 5. CRITERIOS DE DEPRESIÓN DEL DSM 5	16
Tabla 6. RIESGO SUICIDA EN PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	25
Tabla 7. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	35
Tabla 8. RESULTADO DE LAS ESCALAS APLICADAS	36
Tabla 9. ESTADO CIVIL	39
Tabla 10. ESCOLARIDAD	40
Tabla 11. GÉNERO	41
Tabla 12. RIESGO SUICIDA SEGÚN C- SSRS	42
Tabla 13. CONCONDANCIA ENTRE LA ESCALA MINI Y C-SSRS	44
Tabla 14. RIESGO SUICIDA Y SEXO	45
Tabla 15. RIESGO SUICIDA Y TIPO DE TB	46
Tabla 16. POLIMORFISMO	47
Tabla 17. POLIMORFISMO EN PACIENTES RECLUTADOS CON TB	48
Tabla 18. POLIMORFISMO PRESENTE Y P	49
Tabla 19. ANTECEDENTES DE RIESGO RELEVANTES	50
Tabla 20. IDEACIÓN SUICIDA C-SSRS	51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 . Riesgo suicida actual según C-SSRS	32
Gráfico 2. Riesgo suicida según MINI	34
Gráfico 3. Severidad de Riesgo suicida según MINI	35
Gráfico 4. Riesgo suicida según MINI y sexo	36
Gráfico 5. Riesgo suicida según MINI y tipo de TB	37
Gráfico 6. Riesgo Suicida y Presencia de Polimorfismo	39

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado.	56
Anexo 2. Hoja de Recolección de Datos.	64
Anexo 3. Escala de Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS).	68
Anexo 4. Escala de Información Funcional Convergente para el suicidio de Niculescu y cols.	71
Anexo 5. Escala Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS).	72
Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck.	74
Anexo 7. Escala de impresión clínica global.	78
Anexo 8. MINI Entrevista neuropsiquiátrica internacional.	79

ABREVIATURAS Y SIMBOLOS

BDI	Inventario de depresión de Beck
C-SSRS	Escala de Gravedad de Suicidio de Columbia
CIE 10	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud
DSM 5	Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5 Edición
EDTA	Ácido etilendiaminotetraacético
HWE	Equilibrio de Hardy Weinberg
IC	Intervalo de confianza
Mg	Miligramos
Min.	Minutos
MINI	MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
mL	Mililitros
mm	Milímetros
OMS	Organización Mundial de la Salud
OR	Razón de momios
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
SNP	Polimorfismo de nucleótido único
TB	Trastorno Bipolar
TB I	Trastorno Bipolar I
TB II	Trastorno Bipolar II
TDM	Trastorno Depresivo Mayor
TSH	Hormona estimulante de la tiroides

RESUMEN

El trastorno bipolar (TB) es un padecimiento psiquiátrico que suele ser de difícil control con una alta incidencia de suicidio. Debido a que el suicidio hoy en día se considera un problema de salud pública, se realizó este estudio con el fin de encontrar biomarcadores en la población con TB para ofrecer a los pacientes y a los familiares herramientas contra el suicidio.

Objetivo: Identificar si el polimorfismo rs140701 del gen SLC6A4 tiene relación en el TB con el riesgo suicida.

Materiales y métodos: Se reclutaron 91 pacientes con TB, se les aplicaron escalas para evaluar el riesgo suicida y tomaron muestras de sangre periférica para posteriormente realizar una genotipificación mediante PCR tiempo real con sondas TaqMan para identificar la presencia o ausencia del polimorfismo.

Resultados: Se obtuvieron tres alelos del polimorfismo, CT, TT y CC, siendo el alelo ancestral el alelo el CC, se observó que los pacientes con el alelo CT tienen 6 veces más riesgo suicida. En nuestra muestra de 91 pacientes con TB en el 16% observamos la presencia de este alelo.

CAPÍTULO 1

1.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO.

Se entiende por suicidio al acto realizado por una persona, de manera intencionada, cuyo propósito principal es provocarse la muerte ^[1]. Este término engloba todos los decesos ocasionados por acciones realizadas por la misma víctima, siendo consciente en la mayoría de las ocasiones, que repercuten de manera directa o indirecta en ella ^[2].

Cada año se registran aproximadamente 800 000 casos de suicidio a nivel mundial, y aun más casos de intento de suicidio, representando un deceso cada 40 segundos por esta causa. En el año 2015, el suicidio fue catalogado como la segunda causa de muerte a nivel mundial en personas con edades entre los 15 y 29 años ^[3]. Se piensa que ocurren más de 20 casos de intento de suicidio por cada adulto que provoca su muerte ^[4].

El suicidio representa el 50% de todas las muertes violentas registradas en hombres y el 71% en mujeres a nivel mundial ^[4]. Los casos de suicidio ocurren en todas las regiones del mundo, sin importar el nivel de desarrollo económico de los países. En el año 2015, se registraron la mayor cantidad de suicidios en países con ingresos bajos y medios, abarcando el 78% del total de casos ^[3].

Según la Organización Mundial de la Salud, a partir del año 1990, se comenzó a registrar un aumento en la prevalencia del suicidio en México. Dicho aumento ha sido primordialmente en las personas jóvenes desde el año 2000 ^[5]. La tasa de suicidios en México aumentó en la población general de 2.2 a 4.9 por cada 100 000 habitantes entre los años 1990 a 2011. Solo en el 2011 se documentaron 5718 casos, de estos el 80.8% ocurrieron en hombres y el 19.2% restante fueron en mujeres ^[5]. En el 2016, se registró una tasa aun mayor, con 5.1 casos de suicidio completado por cada 100 000 habitantes, con un total de 6291 casos únicamente en dicho año.

A nivel mundial los casos de suicidio ocurren principalmente en hombres, con una tasa de 8.6 por cada 100 000 hombres, en contraste en las mujeres, ocurre 1.9 casos por cada 100 000 mujeres ^[6]. Se ha notado que la edad juega un papel importante respecto a la cantidad de suicidios. En las personas jóvenes, específicamente en personas de 20 a 29 años, se registran las mayores tasas de suicidios. En el 2016, ocurrían 9.5 suicidios por cada 100,000 jóvenes de entre 20 y 24 años, mientras que en las personas de 25 a 29 años presentaron una tasa 8.2 por cada 100,000 ^[6].

1.2 FACTORES DE RIESGO

Sexo: Los hombres se suicidan tres veces más que las mujeres, pero las mujeres se intenta suicidar cuatro veces más .

Método: Las tasas más altas de suicidios consumados por hombres se relacionan con los métodos usados como armas de fuego y ahorcamiento, mientras que las mujeres suelen tomar sobredosis o venenos.

Edad: Suelen aumentar con la edad. Las tasas de suicidio de hombres alcanzan el máximo a partir de los 45 años, la de las mujeres a partir de los 65 años. Las personas mayores se intentan suicidar menos pero tiene mas éxito cuando lo hacen. Actualmente el aumento de los suicidios consumados es más rápido para hombres de 15 a 24 años.

Religión: La tasa más alta se observa en protestantes y la más baja entre católicos, judíos y musulmanes.

Estado civil: La tasa se duplica entre las personas solteras en comparación con las casadas. Las personas divorcidas, separadas o viudas muestran tasas 4 veces superiores. La muerte del cónyuge aumenta el riesgo. La presencia de niños pequeños en el hogar protege a las mujeres frente al suicidio

TABLA 1. EVALUACIÓN DE RIESGO DE SUICIDIO

Variable	Riesgo alto	Riesgo bajo
Perfil demográfico		
Edad	Mas de 45 años	Menos de 45 años
Sexo	Masculino	Femenino
Estado civil	Divorciado o viudo	Casado
Empleo	Desempleado	Empleado
Relaciones interpersonales	Caótico	Estable
Trasfondo familiar	Conflictivo	Estable
Salud		
Física	Enfermedad crónica, hipocondría	Sano
Mental	Depresión moderada Psicosis Trastorno de personalidad Abuso de sustancias Desesperanza	Depresión leve Neurosis Personalidad normal Bebedor social Optimismo
Actividad suicida		

Ideación suicida	Frecuente, intensa, prolongada	Infrecuente, de baja intensidad
Intento de suicidio	Varias veces Planificado Deseo de morir Metodo letal	Solo 1 vez Impulsivo Deseo de cambiar Metodo escasa letalidad
Recursos		
Personales	Pocos logros Poca introspección Afecto inexistente o mal controlado	Muchos logros Introspección Afecto existente y controlado
Sociales	Malas relaciones Aislamiento social Familia indiferente	Buenas relaciones Interacción social Familia precocada

Adam K. Attempted suicide. Psychiatric Clin North Am. 1985; 8:183

TABLA 2. TÉRMINOS DE IDEACIÓN SUICIDA E INTENTO SUICIDA

- Autolesión deliberada: dolor o actos dolorosos autodestructivos o autolesivos realizados de manera voluntaria sin pretender morir.
- Ideación suicida: pensamiento que sirve de agente para la propia muerte; la gravedad puede variar en función de la especificidad de los planes de suicidio y del grado del intento suicida.
- Intento de suicidio: expectativas y deseos subjetivos de realizar un acto autodestructivo que finalice en la muerte.
- Letalidad de la conducta suicida: peligro objetivo para la vida asociado con un método o una acción suicida. La letalidad es distinta y no tiene por qué coincidir con las expectativas del individuo sobre lo que es médicamente peligroso.
- Suicidio: muerte autoinfligida con evidencias explícitas o implícitas de que la persona pretendía morir.

1.3 TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

Existen múltiples trastornos de riesgo psiquiátricos que se han relacionado con el comportamiento suicida, estos se encuentran relacionados sociodemográficamente, y con causas físicas, biológicas y culturales de cada persona [5].

El TB, la esquizofrenia, la depresión mayor, el alcoholismo, el abuso de sustancias y la ansiedad como patología primaria o comórbida se han asociado a un riesgo más elevado para presentar ideación y comportamiento suicida [5].

Los padecimientos más comunes que se relacionan a tendencias suicidas son los trastornos del estado de ánimo como el TB, padecimientos por consumo de sustancias, trastornos de la personalidad y esquizofrenia ^[9]. Se calcula que más del 90% de las personas que cometen suicidio, contaban con una enfermedad mental previa a su muerte, siendo el trastorno depresivo la más común seguido del TB. En muchas ocasiones estos padecimientos no son diagnosticados, o no de una manera correcta, por lo que el tratamiento de dichos pacientes puede no ser el más adecuado.

1.3.1 TRASTORNO BIPOLAR.

El TB es una enfermedad mental crónica caracterizada por cambios en el estado de ánimo y energía. Afecta a más del 1% de la población a nivel mundial, independientemente de la nacionalidad, etnia, estrato económico y estado civil. El curso del TB es variable y puede generar un deterioro cognitivo y funcional en la calidad de vida del paciente. Se le caracteriza por episodios de manía, hipomanía y depresión ^[10].

1.3.1.1 EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Se inicia con una historia clínica completa, examen del estado mental, exploración física y exámenes de laboratorio entre ellos TSH, biometría hemática completa, química sanguínea, rastreo de 5 sustancias tóxicas y sus metabolitos en orina las cuales son: cocaína, cannabis, benzodiazepinas, anfetaminas y metanfetaminas. En esta evaluación se valora si el paciente presenta un episodio de depresión mayor, manía, hipomanía, si tiene pensamientos suicidas, y factores de riesgo como intentos previos, manifestaciones psicóticas como alucinaciones o delirios o alguna comorbilidad médica. Se debe registrar el número, frecuencia, intensidad y duración de episodios pasados. Frecuentemente se realiza una entrevista con la familia debido a que el paciente puede no recordar o negar los episodios previos sobre todo cuando está en depresión o psicosis ^[9, 11].

Para el diagnóstico del TB se emplean los criterios del DSM 5 o el CIE 10 ^[9,11].

1.3.1.2 MANÍA O HIPOMANÍA

Los episodios de manía o hipomanía que definen al TB son estados de ánimo elevado y aumento de actividad psicomotriz que solamente difieren en la duración y severidad. Las

manías tienen repercusión en la vida social o laboral del paciente, pueden presentarse con síntomas psicóticos, entre ellos los delirios de grandiosidad, megalomanía o mesiánicos y requerir internamiento en hospitales psiquiátricos. Por otro lado, en las hipomanías el cambio en el funcionamiento es observado por terceros más que por el propio sujeto, aumentando la productividad y el buen humor y sus repercusiones psicosociales son menores [11,12].

TABLA 3. CRITERIOS DE MANÍA DEL DSM 5

Episodio Maníaco
<p>A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado o expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria una hospitalización)</p> <p>B. Durante el periodo de alteracion del estado de animo ha persistido tres o mas de los siguientes sintomas (cuatro si el estado de animo es solo irritable) y hahanbido en un grado significativo</p> <ul style="list-style-type: none"> a. autoestima exagerada b. disminucion de la necesidad de dormir c. mas hablador de lo habitual o verborreico d. fuga de ideas o experiencias subjetivas de que el pensamiento esta acelerado e. distractibilidad f. aumento de la actividad intencionada g. impliacacion excesiva en actividades placenteras que tiene un alto potencial para porducir consecuencias grave <p>C. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.</p> <p>D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: droga, otro tratamiento o alteración médica medicación)</p> <p>Nota: Los criterios A-D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I</p>

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Sección 2. Trastorno bipolar y trastornos relacionados

TABLA 4. CRITERIOS DE HIPOMANÍA DEL DSM 5

Episodio Hipomaníaco
<p>A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado o expansivo o irritable, que dura al menos 4 días y que es claramente diferente del estado de animo habitual</p>

- B.** Durante el periodo de alteracion del estado de ánimo ha persistido tres o mas de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es solo irritable) y ha habido en un grado significativo
 - a. Autoestima exagerada
 - b. Disminucion de la necesidad de dormir
 - c. Mas hablador de lo habitual o verborreico
 - d. Fuga de ideas o experiencias subjetivas de que el pensamiento esta acelerado
 - e. Distractibilidad
 - f. Aumento de la actividad intencionada
 - g. Impliacación excesiva en actividades placenteras que tiene un alto potencial para porducir consecuencias grave
- C.** El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando esta asintómatico
- D.** La alteración del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E.** El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o socil importante, o para necesitar hospitalización ni hay síntomas psicóticos.
- F.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiologicos directos de una sustancia ni a una enfermedad médica

Nota: Un episodio hipomaníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. ej., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico mas alla del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente para un episodio hipomaníaco. Sin embargo se recomienda precaución porque uno o dos sintomas no se consideran suficientes para el diagnóstico, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Los criterios A-F constituyen un episodio hipomaníaco. Los episodios hipomaníacos son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Sección 2. TB y trastornos relacionados

1.3.1.3 DEPRESIÓN

La depresión se define como un trastorno del estado del ánimo, donde se observa principalmente un ánimo depresivo, con tristeza y anhedonia además de insomnio o hipersomnio, aumento o disminución del apetito, agitación o retardo psicomotor, fatiga, desesperanza, exceso de culpa, falta de concentración e ideas, deseos o intentos suicidas. Con una duración de al menos dos semanas la mayor parte del día. Cuando coexisten síntomas de depresión con manía o hipomanía se le conoce como episodio mixto del TB^[13].

TABLA 5. CRITERIOS DE DEPRESIÓN DEL DSM 5

Episodio Depresivo
A. Estado de ánimo depresivo.
B. Disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas.
C. Apetito aumentado o disminuido, o pérdida importante o incremento en el peso corporal
D. Insomnio o hipersomnia
E. Agitación o inhibición psicomotora sensación de fatiga o pérdida de energía
F. Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa
G. Disminución de la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en la toma de decisiones.
H. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores)
I. Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan suicida.

Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 Sección 2. Trastorno bipolar y trastornos relacionados

1.4.1.4 TRASTORNO BIPOLAR I

Se diagnostica cuando el paciente presenta al menos un cuadro de manía. La hipomanía se puede presentar de igual manera y generalmente los pacientes presentan episodios depresivos. En el curso de la enfermedad se debe especificar si el paciente es un ciclador rápido o tiene un patrón estacional, además de síntomas catatónicos, de ansiedad, psicóticos o melancólicos^[11,14].

1.4.1.5 TRASTORNO BIPOLAR II

Se presenta con al menos un episodio de hipomanía y uno o más de depresión, sin historia de manía. Esta patología es común que se diagnostique mal en comparación con el tipo I, debido a que la intensidad de los síntomas y que suelen ser más difíciles de distinguir que los de la manía. Se estima que del 5 a 15% de estos pacientes, eventualmente sufrirán de un episodio de manía lo cual los hará cambiar al diagnóstico a bipolares tipo I^[14].

1.4.1.6 TRASTORNO CICLOTÍMICO

El trastorno ciclotímico se diagnostica en pacientes con numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio hipomaníaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo

mayor. Los síntomas reaparecen durante un intervalo de tiempo de al menos dos años consecutivos, durante el cual los pacientes son sintomáticos al menos la mitad del tiempo y no están libres de síntomas durante más de dos meses consecutivos. Por definición, nunca se han cumplido los criterios para la depresión mayor, manía o hipomanía ^[14].

1.4.1.7 EPISODIOS MIXTOS

Se les denomina así cuando coexiste un episodio hipomaníaco o maníaco y al menos 3 de los siguientes síntomas durante la mayoría de los días del episodio:

- Estado de ánimo deprimido
- Disminución del interés o placer en la mayoría de las actividades
- Retraso psicomotor
- Baja energía
- Culpabilidad excesiva o pensamiento de inutilidad
- Ideas de suicidio

Los episodios depresivos mayores con características mixtas se caracterizan por episodios depresivos con 3 de los siguientes síntomas, durante la mayoría de los días:

- Estado expansivo de ánimo
- Aumento de autoestima
- Mas hablador de lo habitual
- Pensamiento acelerado
- Aumento de la energía
- Participación en actividades placenteras con alto potencial de consecuencias dolorosas
- Disminución de la necesidad de dormir

Las señales de alerta para características mixtas incluyen agitación, ansiedad o irritabilidad. Dichos episodios pueden presentarse de manera nueva o evolucionar a partir de manía pura, hipomanía o depresión. Ocurren con relativa frecuencia entre un 20 y 70%, en comparación con pacientes bipolares y tiene un mayor riesgo de ideación y comportamiento suicida ^[14].

1.4.1.8 PREVALENCIA

Una encuesta sobre salud mental propuesta por la OMS reveló tasas de prevalencia a lo largo de la vida de espectro bipolar de aproximadamente un 2.4% para la población general. Concretamente el tipo I tiene una prevalencia del 0.6% y afecta de igual manera al género masculino y femenino; el tipo II tiene una prevalencia de 0.4% y es más frecuente en las mujeres. En México la prevalencia de TB es del 1.9% con una media de inicio de 23 años de edad. Cabe señalar que estas estimaciones dependen de los cambios en los criterios diagnósticos a lo largo del tiempo y de la zona geográfica.

A pesar de que el TB tipo I tiene una evolución y peor pronóstico en comparación con el tipo II debido a la severidad de los síntomas, el tipo II suele tener episodios más frecuentes y mayor recurrencia en comportamientos suicidas ^[11,14].

1.4.1.9 GÉNERO

El TB tipo I sucede por igual en ambos sexos. Hay estudios que mencionan que los hombres suelen presentar episodios de manía unipolar a edades más tempranas y con una mayor duración. Las mujeres parecen presentar más episodios mixtos y depresivos. Como se mencionó arriba el TB II, parece ser más frecuente en el sexo femenino. ^[14].

1.4.1.10 EDAD DE INICIO

El TB afecta a jóvenes como a pacientes mayores, la edad más común de inicio es en la adolescencia tardía o la adultez temprana. La mitad de los pacientes suelen tener el primer episodio antes de los 25 años. Existe una relación proporcional de 18.4 años para el TB tipo 1 y 20 años para el tipo 2. ^[14].

1.4.1.11 CURSO

Es una patología crónica y recurrente, la duración promedio de los episodios es de 13 semanas y la probabilidad de recuperarse es menor para aquellos pacientes que han sufrido más episodios. ^[14,15].

1.4.1.12 PRONÓSTICO

La gravedad de los síntomas maníacos y depresivos, como el riesgo suicida es mayor que en cualquier trastorno afectivo y el deterioro psicosocial tiene mayor relación con los episodios depresivos que con los de manía. Hasta un 30% de los pacientes con TB tipo I son incapaces de llevar a cabo las funciones normales en su trabajo o interpersonales. Es relevante identificar las características de los pacientes con mal pronóstico que son: pacientes con inicio temprano, ciclos rápidos o mayor gravedad de la enfermedad ^[15].

1.4.1.13 RELACIÓN DE SUICIDIO EN TRASTORNO BIPOLAR

En los pacientes con TB, el riesgo de suicidio es 15 veces mayor que en la población general y en los periodos depresivos es aún mayor ^[16]. Aproximadamente del 10 al 15 por ciento de los pacientes bipolares mueren por suicidio y muchos estudios indican que la tasa de muertes por suicidio en pacientes bipolares es mayor que la tasa en la población general.

Un metaanálisis de 14 estudios observacionales con 3700 pacientes con TB, encontró que el número de suicidios era 15 veces mayor al valor esperado ^[17]. Un estudio posterior encontró que en 220 pacientes bipolares seguidos por hasta 44 años, la tasa de suicidio completado fue 12 veces mayor que la tasa en la población general ^[18]. En un estudio retrospectivo de 3536 pacientes con TB, se encontró un historial de al menos un intento de suicidio en el 27 por ciento ^[19] y un estudio prospectivo de 1556 pacientes seguidos por dos años encontró que el suicidio se intentó en un 3 por ciento ^[20]. En un estudio prospectivo de 4360 pacientes, que tuvo un seguimiento de 16 meses, encontró que el suicidio se intentó en un 4 por ciento, entre 174 pacientes que intentaron suicidarse, el 32 por ciento hizo múltiples intentos ^[21].

Dos grandes factores para cometer el acto suicida en pacientes bipolares, que se observaron en 13 estudios observacionales, son los antecedentes de intentos previos y los sentimientos de desesperanza ^[16].

De acuerdo a un meta-análisis de 23 estudios observacionales, que incluyeron 2213 paciente bipolares que tuvieron intento y 5120 que no tuvieron intento, los intentos se asociaron a ^[22]:

- Soltería
- Antecedente de abuso sexual o físico
- Diagnóstico de TB menor a 25 años de edad
- Síntomas depresivos
- Incremento en la severidad de manías y depresiones
- Episodios mixtos
- Historia familiar de suicidio
- Comorbilidades psiquiátricas

1.4.1.14 FACTORES GENÉTICOS Y BIOLÓGICOS.

Se ha estudiado gran variedad de marcadores biológicos asociados a las conductas suicidas, tratando de encontrar valores específicos y sensibles ^[5].

En los últimos treinta años se ha encontrado que anomalías en el sistema serotoninérgico central están vinculadas con conductas suicidas. Estudios de asociación genética donde se utilizan polimorfismos de un solo nucleótido (SNP) han demostrado que variedad de genes contribuyen al riesgo suicida y han propuesto la relación de estos genes con el comportamiento suicida ^[9]. En gemelos estudios realizados sugieren que hasta un 45% de las diferencias encontradas en conductas suicidas son resultado de factores genéticos ^[7].

Las patologías psiquiátricas tales como depresión, TB y esquizofrenia se asocian frecuentemente a conductas suicidas y se ha reportado que hasta un 40% de estos pacientes realizan intentos de suicidio. Existe evidencia de que algunos mecanismos bioquímicos tiene un rol importante en la conducta suicida, entre ellos la transmisión serotoninérgica, responsable de las conductas negativas del estado de ánimo deprimido como ansiedad, ingesta de alimentos, conductas suicidas. Los pacientes con niveles bajos en suero de serotonina tienden a tener comportamientos impulsivos y agresivos ^[29].

Los comportamientos suicidas se relacionan con niveles bajos del metabolito de la serotonina ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo y en plasma ^[29]. Así mismo, se ha

observado en cerebros de pacientes que cometieron suicidio que tenían menos sitios de transportadores de serotonina, neuronas de serotonina más pequeñas y en general menos funcionales ^[30,31].

Los transportadores de serotonina están localizados en las neuronas presinápticas y su función es llevar la serotonina liberada al espacio sináptico a las neuronas presinápticas. El gen de estos transportadores es *SLC6A4*, también conocido como *5HTTLPR*. Dicho gen contiene un polimorfismo que tiene dos alelos, "l" (que significa long) y "s" (que significa short). En un estudio de Du y colaboradores ^[32] se demostró que las víctimas de suicidio con depresión tienen una alta frecuencia en los alelos "l", mientras que Russ y colaboradores ^[33] encontraron que los que los pacientes con los polimorfismos "ll" tienen mayor índice de desesperanza y de ideación suicida que sujetos con "l/s" o "s/s", aunque los sujetos con alta frecuencia del alelo "s", se asocian con múltiples intentos de suicidio violentos que generan mayor letalidad ^[32,33]. El estudio postmortem en cerebros de distintos grupos étnicos mencionan que la alta frecuencia de alelo "s" se relacionó con consumos de suicidio ^[32] como frecuencia y letalidad de comportamiento suicida ^[33].

En un estudio de cohorte longitudinal, Caspi y colaboradores ^[31] en el 2003, observaron que los individuos con una o dos copias de los alelos cortos "s" de un polimorfismo del promotor *5HTT* exhibieron más síntomas depresivos y tendencias suicidas en relación con acontecimientos vitales estresantes de los individuos homocigotos para el alelo largo "l/l". La interacción entre *5HTTLRP* y los eventos estresantes de la vida mostraron que los individuos portadores de un alelo "s" reportaron mayores síntomas depresivos que los portadores homocigotos de alelos "l/l". La interacción de la genética y el ambiente también mostraron que los eventos estresantes de la vida predijeron un diagnóstico de depresión mayor entre los portadores de un alelo "s/s" pero no entre los homocigotos "l/l" ^[31] .

Análisis posteriores mostraron dichos eventos estresantes, como el maltrato durante la infancia factor predictor para la ideación o el intento de suicidio entre los portadores de un alelo "s" pero no entre los homocigotos "l/l" ^[34,35].

En otro estudio realizado, por Wilhelm y colaboradores, un seguimiento de 25 años se investigaron las asociaciones entre el genotipo *5-HTTLPR*, los eventos vitales positivos, adversos y la interacción del gen con el entorno. Se obtuvieron muestras de ADN genómico de 127 personas para determinar el genotipo de la región promotora vinculada al gen del transportador de serotonina (*5-HTTLPR*). Los eventos adversos de la vida tuvieron un impacto significativamente mayor en el inicio de la depresión para las personas con el genotipo "s/s", la tendencia para aquellos con el genotipo "l/l" es contraria, por lo que pudieran ser menos reactivos a las señales ambientales pero posiblemente empleen estilos de afrontamiento que modulan niveles crecientes de estrés^[35].

Existen varios tipos de receptores a la serotonina y cada uno de ellos tiene una función distinta dependiendo del área donde funcionan. Los receptores que tiene relevancia con conductas suicidas son: *5HT1A*, *5HT2A* y su polimorfismo T102C^[36,37] se relaciona con ideación suicida en paciente son diagnóstico de depresión mayor y *5HT1B* junto con su polimorfismo G861C con agresión, depresión, suicidio y abuso de sustancias^[29,38,39].

1.4.1.15 GEN *SLC4A6* POLIMORFISMO RS140701

Un polimorfismo es una variación en la secuencia de un lugar determinado del ADN en los cromosomas entre los individuos de una población y tiene que ocurrir en al menos una de cada 100 personas. Aquellos polimorfismos que afectan a la secuencia codificante o reguladora y que producen cambios importantes en la estructura de la proteína o en el mecanismo de regulación de la expresión, pueden traducirse en diferentes fenotipos. Un polimorfismo puede consistir en la sustitución de una simple base nitrogenada como una citosina por una timina. Existen diferentes versiones de un mismo gen, esas diferentes versiones se llaman *alelos*. Los homocigotos son individuos que tienen el mismo alelo en ambos cromosomas y los heterocigotos son individuos con alelos diferentes en ambos cromosomas. Se estudian los polimorfismos en las enfermedades complejas para identificar causal de riesgo para el desarrollo o progresión de la patología.

El gen *SLC6A4*, se ubica en el cromosoma 17 que se compone de 15 exones y el polimorfismo rs140701 se localiza en el exón 9, codifica el transportador de serotonina, una proteína de membrana que recaptura la serotonina en las neuronas presinápticas. *SLC6A4* también se conoce como SERT o 5-HTT. Es un gen polimórfico, es decir, es un gen que se presenta en “diversas formas” conocida como familia de portadores de solutos 6, de la cual es miembro 4, el transportador de neurotransmisores para la serotonina.

En un artículo publicado en el 2015 en la población de China, se estudiaron dos polimorfismos del gen *SLC6A4* rs2054847 y rs140701. Se estudiaron 1000 pacientes con esquizofrenia y 4000 sin esquizofrenia y se encontró relación del polimorfismo rs140701 en el riesgo de adquirir esquizofrenia ^[40].

Otro estudio, en relación con el mismo polimorfismo rs140701, publicado en Toronto Canadá en el 2010 con una muestra de 412 casos y 470 controles, se revisaron 5 genes entre ellos el *SLC6A4* y se asoció al trastorno de pánico ^[41].

Un estudio publicado en el 2017, donde se observaron 24 polimorfismos de un solo nucleótido del gen *SLC6A4* en población alemana, se estudiaron 321 pacientes con trastorno de ansiedad social y 804 controles. El estudio proporcionó evidencia que el gen *SLC6A4* está asociado a trastorno de ansiedad social independientemente del trastorno de pánico ^[41].

En el estudio de Clayden 2012, mencionan que se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre el polimorfismo siendo sus resultados asociados con intentos suicidas pero no con intentos consumados ^[49].

Un estudio realizado en la población china en el año 2020 por Ran y colaboradores concluyó que las variantes del gen *SLC6A4* pueden contribuir a un riesgo genético de los adolescentes y adultos jóvenes que sufren trastorno depresivo mayor ^[51].

CAPÍTULO 2 JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN.

En México la tasa de suicidio se incrementa cada año, por lo que es importante identificar y evaluar los factores del riesgo en aquellas personas que son propensas a consumar el suicidio. La prevalencia de las conductas suicidas en sujetos con diagnóstico de TB es muy alta y puede considerarse una población vulnerable al mismo. Estudiar los factores de riesgo de dichas conductas es importante para establecer protocolos para prevenirlo. En cuanto a la relación con el polimorfismo, hay evidencia de la relación del gen con trastornos psiquiátricos entre ellos la esquizofrenia, trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad social pero no hay hasta el momento, algún estudio que determine la relación de TB y el polimorfismo rs140701 del gen SLC6A4, lo que lo hace único y accesible para investigar debido al alto índice de suicidio en el trastorno.

TABLA 6. RIESGO SUICIDA EN PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Patología psiquiátrica	Riesgo suicida
Trastorno bipolar	15%
Esquizofrenia	5%
Depresión mayor	27%

CAPÍTULO 3 HIPÓTESIS

3. HIPÓTESIS

En los pacientes con TB existe una relación entre el polimorfismo rs140701 del gen *SLC6A4* y el riesgo suicida.

3.1 HIPÓTESIS NULA

En los pacientes con TB no existe una relación entre el polimorfismos rs140701 del gen *SLC6A4* y el riesgo suicida.

CAPÍTULO 4 OBJETIVOS

4. OBJETIVO

Estudiar el polimorfismo rs140701 del gen *SLC6A4* en una muestra amplia de pacientes con diagnóstico de TB.

4.1 OBJETIVOS SECUNDARIOS

1. Determinar diferencias en las características clínicas de pacientes bipolares con y sin riesgo suicida.
2. Determinar la utilidad de la escala de Columbia para evaluar la severidad del riesgo suicida (C-SSRS) en la población bipolar para identificar el riesgo suicida.
3. Determinar la utilidad de la entrevista MINI en la población bipolar para identificar el riesgo suicida.

CAPÍTULO 5 MATERIALES

5.1 MATERIAL BIOLÓGICO.

Se obtuvieron muestras de sangre periférica de pacientes con TB con o sin ideación suicida y fueron procesadas en el laboratorio de Genómica y Bioinformática, perteneciente al Departamento de Bioquímica y Medicina Molecular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

5.2 MATERIAL DE LABORATORIO.

- Agujas para toma múltiple negra 22Gx38mm
- Espátula
- Gradilla
- Matraz de Erlenmeyer 250 ml
- Microtubos de 2 mL
- Microtubos de 1.5 mL
- Microtubos de 0.6 mL
- Microtubos de 0.2 mL
- Pipetas automáticas de 10-1000 μ L
- Pipetas automáticas de 20-200 μ L
- Pipetas automáticas de 2-20 μ L
- Pipetas automáticas de 0.2-2 μ L
- Pipetas automáticas de 0.1-2 μ L
- Placas de 96 pocillos

- Placa de reacción óptica con 96 pocillos Applied Biosystems® MicroAmp® Fast
- Probeta de 100 mL
- Puntas estériles desechables de 100-1000 μ L
- Puntas estériles desechables de 20-200 μ L
- Puntas estériles desechables de 2-20 μ L
- Puntas estériles desechables de 1-10 μ L
- Torniquete
- Torundas
- Tubos de PCR de 8 tiras de 0.2mL
- Tubos de plástico tapón color lila 4mL para toma de muestra sanguínea (EDTA-K2) 13X75mm
- Tubos de plástico tapón color rojo 6mL para toma de muestra sanguínea con activador de coagulo 13X100mm

5.3 EQUIPOS

- Balanza analítica Adventurer™ SL, Ohaus
- Cabina para PCR MY-PCR Prep Station de Mystaire
- Cabina para PCR UV, UVP Ultra Violet Product™
- Cámara de electroforesis Owl™ EasyCast™ B2, Thermo Scientific
- Centrifuga Sorvall™ ST 16R, Thermo Scientific
- Espectrofotómetro NanoDrop 2000, Thermo Scientific
- Fuente de poder compacta EC-300XL, Thermo Scientific
- Microcentrífuga Digital Spectrafuge™ 24D, Labnet International

- Microcentrifuga para placas Mini Plate Spinner MSP1000 Labnet
- PCR-Tiempo Real StepOnePlus, Applied Biosystems
- Termociclador Veriti 96-Well, Applied Biosystems
- Thermomixer R 2mL, Eppendorf
- Transiluminador UV, Mini Darkroom UVP
- Vortex-Genie 2, Scientific Industries, Inc.

CAPÍTULO 6 MÉTODOS

6.1 SUJETOS

El estudio fue realizado de septiembre 2020 a agosto 2022 en el Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González en el Departamento de Psiquiatría. Se reclutaron pacientes de la consulta externa y pacientes que estuvieron internados con diagnóstico de TB. Los participantes eran mayores de edad y fueron diagnosticados con TB por psiquiatras capacitados y por medio de una entrevista estructurada basada en los criterios del DSM-5.

Se excluyeron los pacientes con trastornos neurológicos y menores de edad.

La entrevista para la recolección de datos y cuestionarios consistió en 1 sesión de 90 minutos para firmar el consentimiento informado por escrito de cada participante, aplicar las escalas y tomar una muestra sanguínea periférica para la genotipificación.

La información demográfica incluía edad, sexo, ocupación, nivel de educación, estado civil, creencias religiosas y antecedentes de intentos de suicidio del paciente.

Se recolectó sangre periférica (6 ml) en tubos de recolección de sangre BD Vacutainer® con ácido etilendiaminotetraacético (EDTA) por venopunción de rutina, marcado con un número de identificación anónimo y almacenado a 4 grados centígrados.

6.2 INSTRUMENTOS

A las personas que participaron en este estudio se les aplicaron los siguientes cuestionarios, el primero era una hoja de recolección de datos, donde se preguntó sobre la ficha de identificación, antecedentes médicos, uso de sustancias y antecedentes familiares de padecimientos psiquiátricos (Anexo 2). Posteriormente se les aplicó la escala C-SSRS para evaluar la seriedad de la ideación suicida y de intentos suicidas. La cual consta de cuatro categorías: gravedad e intensidad de la ideación suicida, severidad y letalidad del comportamiento de manera reciente y en años anteriores. La escala fue diseñada para ofrecer definiciones de ideación y conductas suicidas, conductas autodestructivas no suicidas, también para cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y la conducta suicida y medir su gravedad en determinados periodos. Distinguir entre conductas suicidas y conductas autodestructivas no suicidas y finalmente usar un formato que integre la información.

También se aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI Beck Depression Inventory 1961), validada para habla española (Sanz, et al., 2003) que es un auto-reporte de 21 preguntas para evaluar la severidad de la depresión. La puntuación que se puede obtener en cada pregunta es de 0-3 y se puntúan conforme a los síntomas depresivos : 0-9 mínimo, 10-16 leve, 17-29 moderado y 30-63 severo.

La entrevista Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-5 y la CIE-10. La MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta y comprende módulos para 17 diagnósticos psiquiátricos, las preguntas están redactadas para permitir solo respuestas de si o no. Nos enfocamos en la parte de ideación suicida que consta de 7 preguntas relacionadas con el riesgo suicida en el mes previo de la entrevista y si ha tenido un intento a lo largo de su vida.

La escala de Montgomery-Åsberg para la evaluación de la depresión (MADRS) tienen alta concordancia y estadifica la gravedad de la depresión de manera adecuada; se centra en aspectos cognitivos, afectivos y somáticos sin dar mayor prioridad a este último componente. También ha mostrado mayor precisión para determinar la gravedad del episodio y se ha resaltado su mayor sensibilidad al cambio, lo que le confiere ventajas sobre otras escalas en el contexto de los estudios clínicos. Valora cuatro grandes ítems: severidad de la ideación (avanzando en un continuum que va desde ideas pasivas/ideas activas/intención sin planificación/con planificación/ con método específico/con real intención de ejecutarlo), intensidad de la ideación, comportamiento suicida y grado de letalidad del intento, asignando un puntaje variable a cada ítem. Posee una sensibilidad de 94%, especificidad de 97,9%, valor predictivo positivo 75,3% y valor predictivo negativo 94,7% para la predicción de intento de suicidio en adolescentes y adultos jóvenes hispanoparlantes ^[44,45].

La escala de impresión clínica global (CGI) es un instrumento clásico para realizar evaluaciones globales y mide tres rangos. Gravedad de la enfermedad, por ejemplo síntomas actuales, mejoría global para comparar la condición basal del paciente con su condición actual, índice de eficacia de la condición basal del paciente con una relación del beneficio terapéutico actual a la gravedad de los efectos secundarios. Esta escala se ha utilizado

ampliamente en la investigación clínica y en ensayos clínicos para el TB, ansiedad o esquizofrenia^[50].

La escala de información funcional convergente para suicidios (CFI-S) se trata de una escala simple de 22 ítems que puntúa de manera binaria simple e integra (si 1 punto o no 0 puntos), la información sobre salud mental, salud física, estrés, adicciones y factores culturales que pueden influir en el riesgo de suicidio y dos factores demográficos la edad y el género. La escala se basa en comprender agresividad, simplicidad y cuantificar una puntuación de riesgo poligénico. Así mismo, es capaz de discernir entre paciente que se suicidaron y aquellos que no lo hicieron, pero habría experimentado cambios en la ideación suicida. Tiene una buena precisión en la predicción de ideación suicida en participantes psiquiátricos en especial en los trastornos afectivos. Así mismo, también sirve para predecir futuras hospitalizaciones por tendencias suicidas en el primer año en todos los grupos de diagnóstico^[46].

6.3 EXTRACCIÓN DE ADN Y GENOTIPADO

De acuerdo con las instrucciones del fabricante, se aisló ADN de sangre periférica muestras utilizando el kit QIAmp2 DNA Blood Mini. La concentración de ADN fue evaluada por NanoDrop 8000 (Thermo Fisher Scientific Inc., Wilmington, DE, EE. UU.). Todas las muestras fueron normalizado a 50 ng/ μ L para realizar una evaluación de control de calidad inicial de ADN basada en Amplificación por PCR del gen TNF que se visualizó en un gel de agarosa al 2% teñido con GelRojo. Todas las muestras que pasaron la evaluación de calidad fueron genotipadas usando un prediseño del ensayo de genotipado Taqman SNP para SLC6A4 rs140701 en StepOnePlusTM Sistema de PCR en tiempo real (Applied Biosystems).

CAPÍTULO 7 RESULTADOS

7.1 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Los resultados obtenidos se recabaron en una base de datos desarrollada en programa Excel, para su posterior análisis mediante el programa IBM SPSS Statistics 21. De las variables evaluadas se obtuvieron los estadísticos descriptivos tradicionales (medidas de tendencia central, dispersión y posición) para las variables de tipo cuantitativo, así como frecuencias observadas para las variables cualitativas.

Los valores de estudio fueron contrastados según la presencia o ausencia de riesgo suicida, mediante pruebas de hipótesis para medias (T de Student) y proporciones (Z), según sea el caso para cada tipo de variable (cuantitativas y cualitativas respectivamente) a una confiabilidad del 95%; la obtención de asociación y correlación estadística se realizará mediante los test de Chi² y Pearson o Spearman (según distribución) respectivamente a la misma confiabilidad del 95%.

La distribución de genotipos se analizó utilizando el equilibrio de Hardy Weinberg (HWE). Para frecuencias de alelos y genotipos razón de probabilidades (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95% se calculó. Se realizó un análisis estratificado por sexo.

7.2 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Se reclutaron 91 pacientes con TB cuya edad media fue de 34 años con una desviación estándar de 13.2 años. En relación al género 70 % de ellas fueron mujeres, se obtuvo mayor porcentaje de participantes con TB tipo II con 58%. La mayoría de los participantes eran solteros con un porcentaje de 57%, católicos 59%, con título universitario 34% y empleados con 29.7%

TABLA 7. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad		
Media	34.03	
Desviación Estandar	13.208	
	N	Porcentaje
Género		
Femenino	64	70.3
Masculino	27	29.7
Tipo de TB		
TB I	38	41.8
TB II	53	58.2
Estado civil		
Casado/a	16	17.6
Divorciado/a	9	9.9
Separado/a	7	7.7
Soltero/a	52	57.1
Unión libre	6	6.6
Viudo/a	1	1.1
Religión		
Atea	10	11.0
Católica	59	64.8
Cristiana	7	7.7
Otro	15	16.5
Escolaridad		
Bachillerato	21	23.1
Estudios universitarios no terminados	25	27.5
Posgrado	6	6.6
Primaria	1	1.1
Secundaria	7	7.7
Título universitario	31	34.1

Ocupación		
Desempleado	17	18.7
Empleada y estudiante	2	2.2
Empleado	27	29.7
Estudiante	25	27.5
Jubilación	3	3.3
Otro	17	18.7

Tabla 8. RESULTADO DE LAS ESCALAS APLICADAS

ID	MADRS	IDB	CFI-S	C-SSRS	MINI	CGI
1	38	30	10	si	leve	4
2	5	3	6	no	no	1
3	14	17	12	no	leve	3
4	19	21	11	si	alto	4
5	14	14	11	no	alto	3
6	12	10	10	no	leve	1
7	34	40	16	si	alto	5
8	9	11	11	no	leve	1
9	19	18	11	no	leve	4
10	10	15	8	no	no	2
11	1	3	9	no	leve	4
12	37	44	16	si	alto	4
13	24	19	12	si	alto	3
14	30	36	13	no	leve	3
15	14	14	12	no	leve	3
16	3	3	8	no	no	4
17	12	3	9	no	no	5
18	14	13	9	no	no	3
19	2	0	10	no	no	3
20	7	10	9	no	no	5
21	18	19	13	si	alto	3
22	7	4	3	no	no	6
23	13	6	10	no	alto	4
24	31	42	16	si	alto	4
25	35	29	17	no	leve	5
26	5	2	14	si	alto	2
27	3	1	9	no	no	2
28	4	7	8	no	no	5
29	7	9	10	no	leve	1

30	8	8	7	no	leve	1
31	14	14	9	no	moderado	2
32	26	22	13	no	no	5
33	2	2	8	no	no	5
34	9	6	4	no	no	3
35	3	7	10	no	no	3
36	19	41	14	si	alto	4
37	1	8	12	no	leve	2
38	20	35	14	si	alto	3
39	2	1	7	no	no	2
40	0	0	5	no	leve	2
41	1	23	11	si	alto	2
42	29	44	13	si	moderado	2
43	0	0	11	no	alto	4
44	49	53	17	si	alto	5
45	30	41	13	si	alto	3
46	40	17	14	si	alto	5
47	0	15	10	no	no	3
48	4	3	8	no	leve	2
49	11	30	10	si	leve	1
50	3	8	4	no	no	6
51	0	0	7	no	no	6
52	2	4	14	no	leve	2
53	4	4	6	no	no	5
54	23	27	13	no	moderado	4
55	12	20	10	si	alto	4
56	16	26	12	no	leve	3
57	34	40	16	no	leve	5
58	6	11	8	no	no	4
59	16	15	11	no	no	2
60	2	1	5	no	no	5
61	28	20	13	no	moderado	4
62	19	14	14	no	moderado	1
63	30	18	7	si	moderado	4
64	43	34	13	si	leve	5
65	17	3	7	no	alto	3

66	37	26	17	no	alto	5
67	2	12	11	no	no	3
68	23	16	7	no	no	3
69	33	37	15	si	alto	5
70	34	34	13	si	alto	4
71	9	13	10	no	no	3
72	3	5	8	no	no	4
73	20	24	14	no	leve	3
74	5	6	6	no	no	3
75	14	20	9	si	alto	3
76	5	2	7	no	no	3
77	26	39	12	no	alto	6
78	23	29	14	si	alto	4
79	24	37	13	no	moderad o	5
80	29	43	11	no	alto	5
81	6	6	10	no	no	2
82	24	18	9	no	no	4
83	31	28	13	no	alto	3
84	34	32	15	si	alto	3
85	26	31	11	no	alto	5
86	16	18	9	no	moderad o	3
87	0	0	6	no	no	1
88	25	21	16	no	alto	5
89	24	0	12	no	leve	5
90	12	8	12	no	no	6
91	0	0	6	no	no	2

De los pacientes reclutados observamos que más del 50% estaban deprimidos en las escalas IDB y MADRS aplicadas y también más del 50% tenían riesgo suicida en la escala MINI. Se hablará del riesgo de suicidio en párrafos posteriores.

Con propósito en la escala CFI-S, los pacientes que tiene una puntuación >13 tiene más factores pronósticos de riesgo de ideación suicida, de nuestra población 29 participantes

tuvieron este puntaje. En relación a la escala CGI, 44 participantes estuvieron en gravedad de la enfermedad moderada, marcadamente y gravemente enfermos.

7.3 DIFERENCIAS SOCIODEMOGRÁFICAS ENTRE PACIENTES CON Y SIN POLIMORFISMO

La mayor proporción de participantes que participaron en el estudio fueron solteros, con una frecuencia de 7, como se puede apreciar en la tabla número 9. La categoría de estado civil con menor frecuencia fue separado, con únicamente 1 participante. En cuanto a los participantes de la categoría de Estado Civil Divorciado, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de los pacientes que cuentan con polimorfismo (25%) con aquellos que no lo cuentan (6.7%).

TABLA 9. ESTADO CIVIL

Estado Civil					
	Con Polimorfismo		Sin Polimorfismo		Valor de p
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Casado	12.5	2	18.7	14	>0.05
Divorciado	25	4	6.7	5	0.026
Separado	6.2	1	8.0	6	>0.05
Soltero	43.8	7	60.0	45	>0.05
Unión libre	12.5	2	5.3	4	>0.05
Viudo	0	0	1.3	1	>0.05
Total	100.0	16	100	75	

La mayoría de los participantes contaba con Título Universitario, con una frecuencia de 28. Únicamente 1 participante contaba con Primaria terminada como último grado de estudios. En cuanto a los participantes con estudio de Posgrado, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de pacientes que contaba con polimorfismo (25%) y aquella que no contaba con polimorfismo (2.7%) (Tabla 10).

TABLA 10. ESCOLARIDAD

Escolaridad					
	Con Polimorfismo		Sin Polimorfismo		Valor de p
	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	
Primaria	0	0	1.3	1	>0.05
Secundaria	0	0	9.3	7	>0.05
Bachillerato	31.3	5	21.3	16	>0.05
Estudios Universitarios No Terminados	18.7	3	29.3	22	>0.05
Título Universitario	25	4	32	24	>0.05
Posgrado	25	4	2.7	2	0.001
Total	100.0	16	100	75	

La mayoría de los participantes fueron del género femenino, con una frecuencia de 64 mientras que la frecuencia de los participantes masculinos fue de 27. Se observó una asociación entre los participantes femeninos y el TB Tipo II (79.2%) así como una asociación entre los pacientes masculinos y el TB Tipo I (42%) (Tabla 11).

TABLA 11. GÉNERO

GÉNERO	TRASTORNO BIPOLAR 1		TRASTORNO BIPOLAR 2		VALOR P
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
FÉMENINO	22	57.9	42	79.2	0.028
MASCULINO	16	42.1	11	20.8	
TOTAL	38	100	53	100	

7.4 RIESGO SUICIDA SEGÚN ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS)

Según la escala de Seriedad de Ideación Suicida, 67 participantes no contaba con riesgo suicida actual. Por el otro lado, 24 participantes contaban con riesgo suicida actual, encontrándose una asociación con el género femenino, con un porcentaje de 91.7% del total de los pacientes con riesgo suicida (Tabla 12).

GRÁFICO 1 . RIESGO SUICIDA ACTUAL SEGÚN C-SSRS

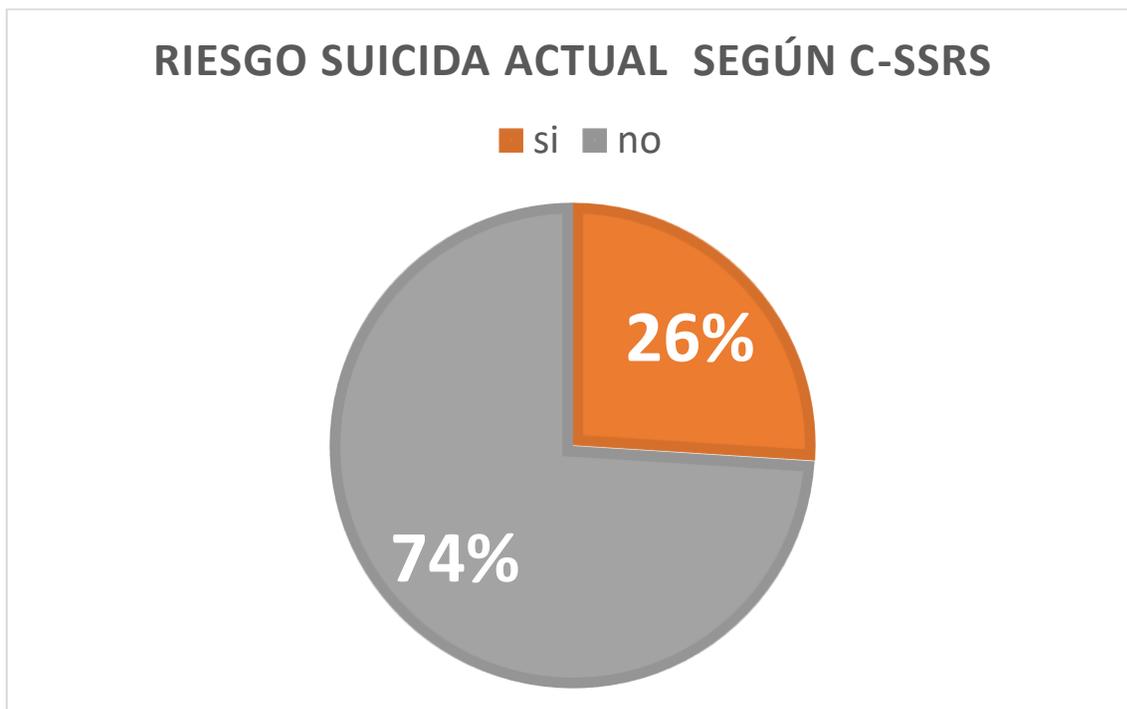


TABLA 12. RIESGO SUICIDA SEGÚN C- SSRS

GÉNERO	SIN RIESGO SUICIDA ACTUAL		CON RIESGO SUICIDA ACTUAL		VALOR p
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
FEMENINO	42	62.7	22	91.7	0.008
MÁSCULINO	25	37.3	2	8.3	
TOTAL	67	100	24	100	

7. 5 RIESGO SUICIDA SEGÚN LA MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL (MINI)

Cuando se les aplicó la escala MINI el 64% de los participantes obtuvieron puntuación para riesgo suicida y el 50% de ellos eran un riesgo alto.

GRÁFICO 2. RIESGO SUICIDA SEGÚN MINI

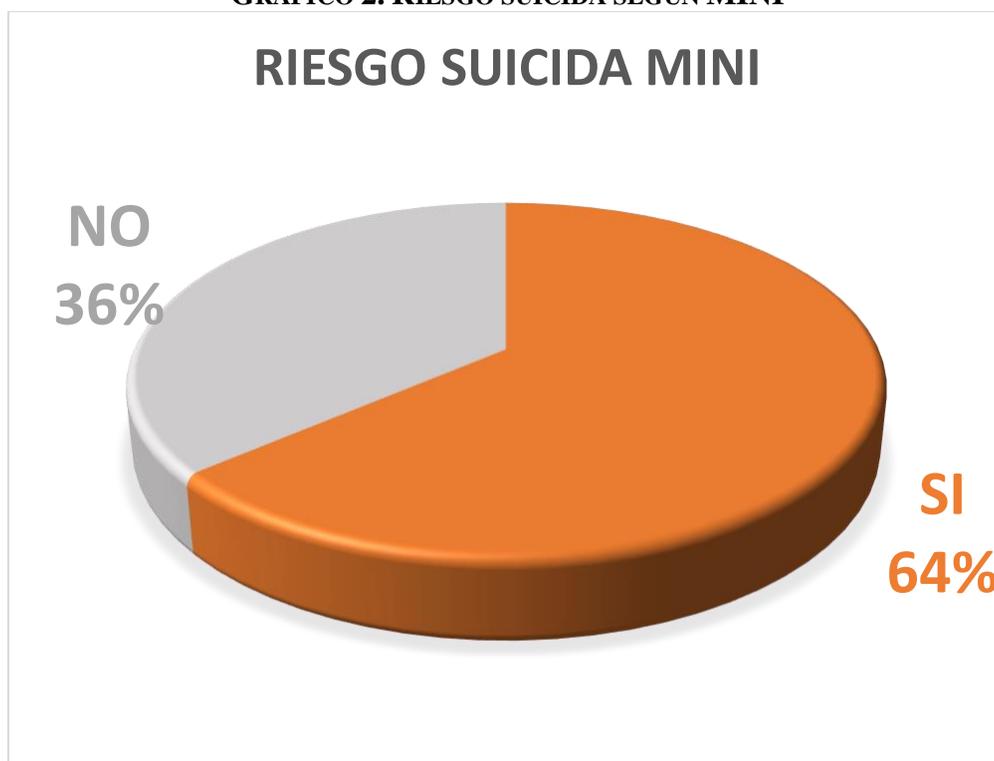
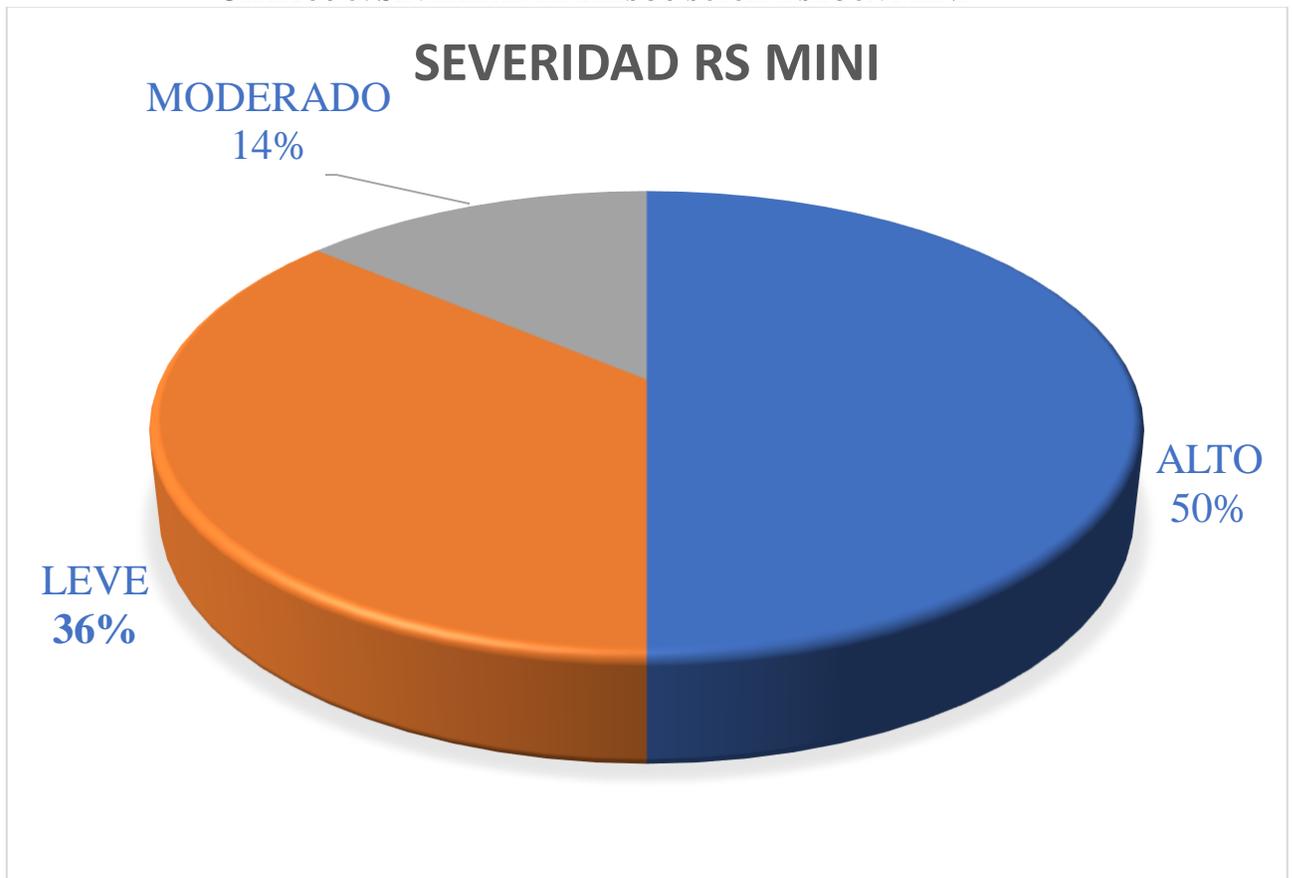


GRÁFICO 3. SEVERIDAD DE RIESGO SUICIDA SEGÚN MINI



7.6 CONCORDANCIA ENTRES ESCALAS DE SUICIDIO MINI Y C-SSRS

TABLA 13. CONCORDANCIA ENTRE LA ESCALA MINI Y C-SSRS

	n	Porcentaje	Valor de p
SI CONCUERDA	57	63	0.0168
NO CONCUERDA	34	37	
TOTAL	91	100	

De acuerdo a los pacientes estudiados se observó que el 63% de los participantes tenían riesgo en ambas escalas, sabemos que la escala MINI es más sensible para medir la ideación y riesgo suicida a comparación de la escala C-SSRS que es más específica debido a que se indaga más sobre los pensamientos sin llegar a ser un cuestionario dicotómico. Por otro lado,

observamos que el 37% no fueron concordantes, esto fue que dieron positivo en la escala MINI pero al interrogar de manera más precisa con la escala C-SSRS, obtuvimos que realmente no era específica la idea suicida. Esta diferencia fue estadísticamente significativa con un valor de p de 0.0168.

7.7 RIESGO SUICIDA Y SEXO

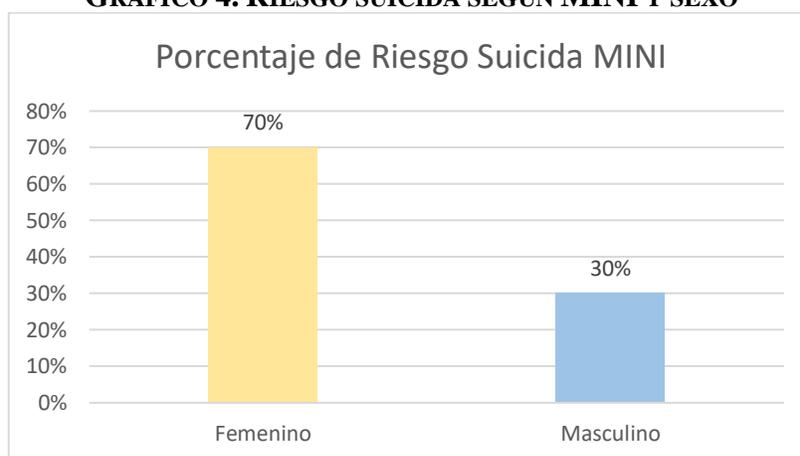
Al separar a los participantes en géneros, obtuvimos que el 70% de los participantes eran del género femenino y el resto eran del género masculino como se observa en el gráfico 4.

El ser mujer es un factor de riesgo para el riesgo suicida con una correlación de p de 0.0004 en la escala MINI.

TABLA 14. RIESGO SUICIDA Y SEXO

Género	Riesgo suicida según MINI		
	n	Porcentaje	Valor de p
Femenino	64	70	0.0004
Masculino	27	30	
Total	91	100	

GRÁFICO 4. RIESGO SUICIDA SEGÚN MINI Y SEXO



7.8 RIESGO SUICIDA Y TIPO DE TRASTORNO BIPOLAR

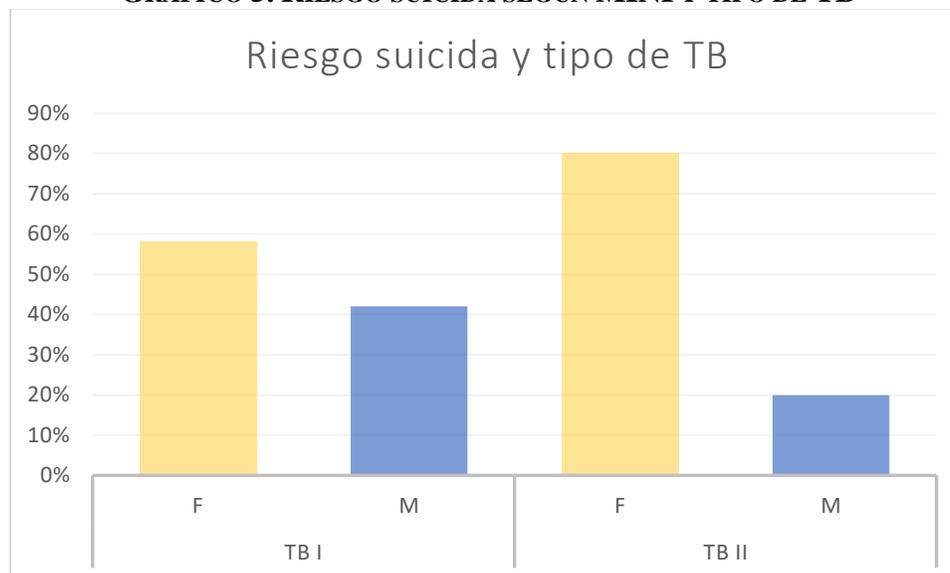
Al dividir a los participantes entre tipos de TB y género obtuvimos en ambos grupos, que las mujeres tenían mayor riesgo suicida tanto en el grupo I con un 58%, como en el grupo de población tipo II con el 80% .

Se encontró que los pacientes con TB I, no tuvieron un valor de p significativo de acuerdo al sexo y riesgo suicida con un valor de p de 0.3364, sin embargo el tener TB II se asoció con mayor riesgo suicida en ambos sexos con una p estadísticamente significativa con un valor de 0.0002 .

TABLA 15. RIESGO SUICIDA Y TIPO DE TB

Tipo de TB	GÉNERO	RIESGO SUICIDA MINI	PORCENTAJE	VALOR DE p
TB I	F	22	58%	0.3364
	M	16	42%	
TOTAL		38	100%	
TB II	F	42	80%	0.0002
	M	11	20%	
TOTAL		53	100%	

GRÁFICO 5. RIESGO SUICIDA SEGÚN MINI Y TIPO DE TB



7.9 POLIMORFISMO

Tenemos como antecedente que el alelo ancestral del gen SLC6A4 es el genotipo CC, como se observa en la tabla de abajo, la mayoría de los controles sanos tiene ese genotipo, por otro lado el contar con el alelo CT tiene como resultado un riesgo de 6 veces el que la persona tenga un intento de suicidio (Tabla 16, odds ratio rs140701).

TABLA 16. POLIMORFISMO

SNP ID	EQUILIBRIO DE HARDY WEINBERG	MUESTRA	n	GENOTIPO (%)	n	Odds ratio (95% CI)	p
rs140701 (SLC6A4)	>0.05	TB	91	CC 49(53.8) CT 16 (17.5) TT 26 (28.5)		6.391 *	0.00019
rs140701 (SLC6A4)	>0.05	CONTROLES	135	CC 98 (72.59) CT 5 (3.7) TT 32 (23.70)		1.931**	0.03404

* Odds ratio calculado para el genotipo heterocigoto

** Odds ratio calculado para el genotipo homocigoto

En la tabla 17 observamos que de los pacientes reclutados con TB solo 16 de ellos tenían el genotipo identificado con mayor riesgo suicida, la mayoría de los sujetos fueron poseedores del alelo ancestral con un n de 49 participantes. Por otro lado, en donde estan situados los controles se observa que la mayoría de ellos, tienen el alelo CC, y solo 5 de ellos tienen el alelo con mayor riesgo suicida.

En el gráfico 6 se observa que solo el 11 % de la población reclutada tenía el genotipo y también tenía riesgo suicida.

TABLA 17. POLIMORFISMO EN PACIENTES RECLUTADOS CON TB

Gen	Polimorfismo	Genotipo	Pacientes TB	Porcentaje
			n= 91	
SLC6A4	rs140701	C/C	49	54
		C/T	16	18
		T/T	26	28

GRÁFICO 6. RIESGO SUICIDA Y PRESENCIA DE POLIMORFISMO



En la tabla 18, se observa como el riesgo suicida actual y riesgo suicida previo, de acuerdo a las escalas aplicadas no tiene valor estadísticamente significativo ($p > 0.5$), sin embargo el ser divorciado, tener un alto grado académico y contar con un trastorno afectivo depresivo moderado si tuvieron un p estadísticamente significativa para tener mayor riesgo suicida ($p < 0.05$).

TABLA 18. POLIMORFISMO PRESENTE Y P

Polimorfismo presente	p
Riesgo suicida actual	>0.05
Riesgo suicida previo	>0.05
Estado civil Divorciado	0.026
Escolaridad Posgrado	0.001
Escala de Beck Depresión moderada	0.01

TABLA 19. ANTECEDENTES DE RIESGO RELEVANTES

Antecedentes de riesgo relevante	Porcentaje	p
Riesgo suicida previo y con riesgo suicida actual	83.3	p=0.002
Pacientes que han tenido algún internamiento psiquiátrico previo a ser entrevistados	33.3	p= >0.05

De acuerdo a nuestra población estudiada, se observa que los pacientes que se reclutaron ya tenían antecedente de riesgo suicida previa con un p estadísticamente significativa $p < 0.002$ pero no se encontró significancia estadística en paciente que anteriormente habían sido internados en nuestra u otras instituciones de salud mental (Tabla 19).

TABLA 20. IDEACIÓN SUICIDA C-SSRS

Ideación suicida C-SSRS		
	Porcentaje	p
Deseo de estar muerto	91.7	0.019
Ideas suicidas no específicas	87.5	0.003
Ideas suicidas activas sin intención suicida	62.5	>0.05
Ideas suicidas con cierta intención de actuar	66.7	>0.05
Ideas suicidas activas con plan específico	45.8	>0.05
Grado de letalidad y lesiones C-SSRS		
	Porcentaje	p
No aplica	12.5	>0.05
No se presentan lesiones	8.3	>0.05
Lesiones físicas menores	50	0.011
Lesiones físicas moderadas	16.7	>0.05
Lesiones físicas graves	0	>0.05
Letalidad potencial C-SSRS		
	Porcentaje	p
No aplica	16.7	>0.05
Conductas que probablemente no causarán una lesión	37.5	>0.05
Conducta que probablemente causará una lesión, pero no muerte	45.8	0.0
Conductas que probablemente causarán la muerte	0	>0.05

Dentro de los pacientes que tuvieron ideación suicida actual, la gran mayoría eran deseos de estar muertos $p=0.019$, además de ideas suicidas no específicas, descritos como pensamientos generales no específicos de querer terminar con su vida, (“he pensado en matarme”) sin pensamientos sobre las maneras de hacerlo o métodos relacionados durante el período de evaluación con un $p=0.003$. El resto de variables no fueron estadísticamente significativas con $p > 0.5$ (Tabla 18).

En la tabla 20 en el apartado de grado y letalidad de lesiones, se observa que los pacientes que tuvieron ideación suicida activa en el proceso de evaluación presentaron riesgo de

lesiones física menores como habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero o esguinces con una $p= 0.011$, en cuanto se trata de la letalidad ningún paciente tuvo una alta letalidad.

CAPÍTULO 8 DISCUSIÓN

El suicidio es un acto complejo que a nivel mundial toma la posición decimoquinta causa de muerte, representando 1.4 % de todas las muertes a nivel mundial (OMS 2014) y se proyecta que siga estable hasta el 2030, por estos números hoy en día es considerado un problema de salud mundial, los pensamientos y los intentos suicidas son de lo más fuertes predictores de una muerte por medio de suicidio ^[54].

Según menciona el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2021) en 2020 el total de fallecimientos en el país fue de 7,818 y se debieron a lesiones autoinfligidas, lo que representa 0.7% de las muertes y una tasa de suicidio de 6.2 por cada 100,000 habitantes, superior a la registrada en 2019 de 5.65 por cada 100,000 habitantes. Si lo dividimos por sexo, de los decesos por esta causa destaca que los hombres tienen una tasa de 10.4 fallecimientos por cada 100,000, mientras que esta situación se presenta en 2.2 de cada 100,000 mujeres.

El suicidio no tiene una medida objetivo por lo que es muy difícil el poder actuar de manera inmediata, desde hace años se ha intentado objetivar sin embargo es un área demasiado amplia porque dentro del mismo espectro se encuentran lo que conocemos como lesiones autoinfligidas sin fines de suicidio, ideas de muerte, pensamientos de muerte, ideación suicida, aunado a problemas sociales o del ambiente pudieran llevar a consumir un suicidio ^[55].

Al estudiar el suicidio no se puede predecir solamente por genes o solamente por características sociodemográficas, pero nos van guiando a que tipo de pacientes poner mayor atención. En su artículo Rhimer ^[48] menciona que de los pacientes con TB que tiene mayor riesgo suicida son los que cuentan con los siguientes factores: cuando se le acaba de informar el diagnóstico al paciente, tener el diagnóstico de TB a temprana edad, un intento de suicidio previo, así como una hospitalización en un centro de salud mental previa y no tener un control y vigilancia estrecha con un psiquiatra.

Dichos factores fueron analizados en nuestra población y encontramos que los pacientes que tenían antecedentes de tener un intento suicida previo tenían mayor riesgo de volver a tener ideación suicida, llegando a tener intentos suicidas de baja letalidad ($p=0.002$). No encontramos asociación entre pacientes que contaban con un internamiento previo en un centro de salud mental en los pacientes que reclutamos ($p >0.5$). En general, la mayoría de los pacientes de nuestra muestra no llevan un seguimiento estrecho con sus psiquiatras.

Si hablamos de datos sociodemográficos el género masculino conlleva mayor riesgo de un intento letal que suelen llegar al consumo del suicidio, en comparación con las mujeres quienes suele tener más intentos suicidas a lo largo de la vida pero sin llegar a consumarlo, debido a que ellas practican métodos de baja letalidad, lo cual concuerda con nuestros resultados donde observamos que las mujeres tiene mayor riesgo suicida. Esto se pudo observar en la tabla 14, donde se muestra como el ser mujer conlleva mayor riesgo suicida en correlación con ser hombre con un valor de $p= 0.0004$ en la escala MINI en cuanto al apartado C donde se mide el riesgo suicida.

Las personas que están solas o alejadas de la sociedad suelen tener mayor riesgo suicida entre ellos: los divorciados, los solteros o los viudos ^[49]. No tener hijos y los extremos de la vida, tener menos de 35 años y tener más de 75 años también nos pueden orientar. En nuestra muestra también se observó, debido a que las personas con mayor ideación suicida estaban en el rango de edad de 18 a 24 años, además de analizó que las personas que eran divorciadas era un factor sociodemográfico para tener ideación suicida y tener el polimorfismo presente.

En los pacientes con TB es muy importante determinar el tipo predominante de bipolaridad, no solo para dar el tratamiento farmacológico adecuado sino también porque se ha descrito que pacientes con episodios mixtos y con polaridad depresiva es una determinante para una conducta suicida ^[11, 49]. En nuestro estudio se observó en la tabla 15, que el tener el diagnóstico de TB II y ser mujer conllevaba mayor riesgo suicida con una p estadísticamente significativa con un valor de 0.0002, y también tiene relevancia en nuestra población que los participantes TB I, no se asociaron a riesgo suicida con respecto al sexo con un valor de $p = 0.3364$, es decir, no significativo.

Otro de los propósitos de nuestro estudio fue observar la concordancia del riesgo suicida entre la escala MINI y la escala C-SSR, debido a que son cuestionarios fáciles de aplicar y que en la literatura previa no hay algún estudio que lo haya hecho anteriormente. Se aprecia en la tabla 13, que las diferencias entre concordancia y no concordancia de diagnóstico para el riesgo suicida en ambas escalas tuvo una p estadísticamente significativa con valor de 0.0168. Estas diferencias pueden ser debidas a que la escala MINI evalúa el riesgo suicida de una manera cuantitativa. La escala C-SSRS fue diseñada para proporcionar definiciones de ideación y comportamiento suicida y autolesiones no suicidas, cuantificar el espectro completo de la ideación suicida y el comportamiento suicida y mide su gravedad durante períodos específicos y por último distinguir conducta suicida y conducta autolesiva no suicida. Este amplio espectro de cuestionamientos, estuvo influenciada por la investigación sobre qué aspectos de la ideación y el comportamiento suicida pasados predicen el riesgo de comportamiento suicida futuro, incluida la gravedad del peor punto de ideación e intención y daño médico o letalidad de intentos de suicidio anteriores. Además se evalúan intentos interrumpidos, porque estos son predictivos de suicidio [14,55] e intentos abortados, porque están asociados con el comportamiento de intento real [14,48,54] y la actividad preparatoria porque los análisis sugieren que las personas que participan en comportamiento preparatorio son más propensos a cometer suicidio que aquellos que no reportan tal comportamiento [26, 55].

Cuando se trata de buscar biomarcadores genéticos asociados al suicidio, vemos que día con día los avances están investigando asociaciones de padecimientos psiquiátricos relacionados con el neurotransmisor serotonina, en su mayoría.

En esta tesis se estudió el gen SLC6A4 que codifica el transportador de la serotonina e interacciona con las membranas neuronales y posee distintas funciones. Anteriormente en un metaanálisis se había observado que el tener un problema de delección en el alelo llamado short (s) aumenta el riesgo de intentos de suicidio [50].

Nuestro estudio abarca el SNP denominado rs140701, que se ha visto asociado con trastornos de ansiedad generalizada y con esquizofrenia ^[34,35,41], pero carece de estudios donde se haya asociado a TB y riesgo suicida. Al realizar nuestro análisis observamos sujetos con TB vs sujetos que consumaron el suicidio sin diagnóstico de TB, el contar con el alelo CT parece ser un probable factor de riesgo asociado al suicidio incrementando 6 veces el riesgo de suicidio en población sin diagnóstico de TB (odd ratio 6.3 95% CI) (Tabla 16). Posteriormente se analizó la población con TB y se encontró que sólo el 18% tenían el alelo CT. De los participantes con TB y el alelo con mayor asociación a suicidio, sólo el 11% tenían presente el polimorfismo y el riesgo suicida con un valor estadísticamente no significativo $p = >0.05$ (Gráfica 6). Esto puede ser explicado debido a que hubo pocos participantes en nuestro estudio, además a la insuficiencia de bibliografía al respecto, es oportuno en todo caso realizar más estudios e investigación sobre pacientes con TB y riesgo suicida con muestras más grandes. A pesar, de no ser una población grande, se obtuvieron resultados interesantes y teniendo conocimiento sobre el riesgo suicida en esta población sería un área de oportunidad a futuro si podrían existir pruebas genómicas para abordar el tema de suicidio, porque como se explicó arriba, puede ser un problema que se previene.

Dentro de los datos sociodemográficos recopilados en nuestro estudio de los pacientes con TB y con el alelo presente observamos que el ser divorciado/a ($p= 0.026$), el alto grado académico como tener un posgrado, ($p= 0.001$) y poseer una depresión moderada de acuerdo a la escala de Beck ($p= 0.01$) si tienen relación con el riesgo suicida y el polimorfismo rs140701 con una p estadísticamente significativa <0.05 (Tabla 18), estos resultados se comparan con otros de riesgo suicida de acuerdo a un estudio publicado por Adam 1985, donde divide a dos grupos denominándolos de gran riesgo y de bajo riesgo y los que entran en el primer grupo son divorciados o viudos, los que tienen relaciones caóticas con depresiones moderadas, abuso de sustancias y pocos logros, este último no se encontró en nuestro estudio, por el contrario también tenían mayor asociación a riesgo suicida las personas con un alto grado académico.

CAPÍTULO 9 CONCLUSIONES

En nuestra muestra de 91 pacientes con TB identificamos una prevalencia de pacientes del sexo femenino del 64% con una edad media de 34 años, con un porcentaje de 80 % de TB II, la mayoría de los participantes eran solteros y tenían la licenciatura terminada, pertenecían a la religión católica y eran empleados.

Si dividimos a nuestra población de acuerdo al polimorfismo, encontramos que la mayor proporción de participantes fueron solteros, con un porcentaje de 44. La categoría de estado civil con menor frecuencia fue separado, con únicamente 1 participante. En cuanto a los participantes de la categoría de Estado Civil Divorciado, se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las proporciones de los pacientes que cuentan con polimorfismo (25%) con aquellos que no lo cuentan (6.7%).

A propósito de las escalas aplicadas obtuvimos que 68% tenían depresión de acuerdo a la escala MADRS, 47% eran depresión leve, 42% depresión moderada y solo 11% depresión grave. De acuerdo a la escala IDB 55% tuvieron algún grado de depresión, de los participantes, 32% tuvieron depresión leve, 22% depresión moderada y 46% depresión grave.

En relación al riesgo suicida, con la escala MINI se obtuvo mayor porcentaje de pacientes con riesgo de suicidio en nuestros participantes que el detectado con la escala C-SRSS. Creemos que estos resultados puedan estar relacionados que la escala MINI no es tan específica como la escala C-SRSS. En esta última escala se hace hincapié en los intentos de suicidio abortados e intentos interrumpidos, dejando solo como intentos reales los que provocan lesión a si mismo o si se comenten con deseo de morir como consecuencia del acto. En la sección de severidad de ideación suicida de la C- SRSS se encontró que la mayoría de los participantes que presentaron ideación suicida activa, estaban en el rango de deseos de estar muerto y con ideas suicidas no específicas, es decir, tener la idea pero no una fecha determinada, ni el método pensado. Dicha escala también tiene un apartado donde se enfoca en el grado de letalidad o posibles lesiones, en ellas se identificó que los paciente reclutados tuvieron lesiones físicas menores con laceraciones superficiales o quemaduras de primer grado que no pondrían en riesgo la vida.

Con referencia al riesgo de suicidio, 24 participantes contaban con riesgo suicida actual según la escala C-SRSS, encontrándose una asociación con el género femenino, con un porcentaje de 91.7% del total, la mayoría de las pacientes tenían intentos previos y habían sido hospitalizados anteriormente en nuestra institución o en otro hospital psiquiátrico.

Dentro del trabajo realizado obtuvimos que ambas escalas para medir ideación suicida tienen una concordancia con un valor significativo de $p= 0.0168$ por lo que podemos concluir que al aplicar la escala MINI y la escala C-SRSS con valores positivos en ambas nos pueden orientar sobre el mayor riesgo de un intento suicida y a saber que conducta tomar con el paciente que estamos evaluando para tomar decisiones a futuro que repercutan en el paciente, su familia y su entorno.

Este estudio, es el primero en la literatura en buscar asociación del polimorfismo rs140701 y el riesgo suicida en pacientes con TB y se analizó que los pacientes que tenían riesgo suicida tenían el alelo ancestral (alelo CC) en sus ADN un 54% de esa población 62% tuvieron riesgo suicida de acuerdo la escala MINI y sólo el 18 % de la población obtuvo el probable biomarcador asociado a la ideación suicida (alelo CT) y de ellos el 11% tuvieron riesgo suicida de acuerdo a la escala MINI.

Si hubo asociación estadísticamente significativa en los participantes que tenían ideación suicida, eran divorciados, contaban con un estudio de posgrado y obtuvieron una depresión moderada en la escala IDB al momento de ser reclutados, sin embargo no hubo asociación estadísticamente significativa en riesgo suicida actual o riesgo suicida previo en los pacientes que contaba con el polimorfismo, esto fue porque eran muy pocos los participantes con el alelo presente.

No obstante la muestra fue pequeña nuestro hallazgo coincide con la participación del gen transportador de serotonina SLC6A4 en la etología del suicidio y el TB.

CAPÍTULO 10 LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS

Debido a la contingencia mundial en marzo 2020, las consultas y los internamientos en nuestra institución se vieron reducidos por lo que afectó en el tamaño de la muestra que se había propuesto al inicio del protocolo.

Otra limitación fue la geográfica, ya que sólo se reclutaron personas de la zona norte del país lo que redujo el poder comparar con el resto del territorio mexicano, dentro de la muestra poblacional se observa mayor proporción de la rama de jóvenes, siendo muy pocas las personas mayores de 40 años.

Dentro de las perspectivas del estudio a futuro se plantea el reclutar más pacientes con TB con y sin ideación suicida para que se logre el equilibrio de Hardy Weinberg, también tratar de canalizar a más pacientes del resto del país para que sea considerado un estudio a nivel nacional, continuar aplicando ambas escalas en todas las clasificaciones de TB por la utilidad encontrada en el estudio sobre prevención de intentos de suicidio de manera eficaz y rápida y por último, reclutar mayor número de pacientes que tengan la misma cantidad de participantes entre cada rangos de edad, de modo que el estudio sea mas heterogéneo y sea posible tener una mayor cantidad de pacientes en cada grupo y poder analizar el posible marcador genético asociado al suicidio y al TB rs140701 del gen SLC6A4.

BIBLIOGRAFIA

1. Juan Ramón de la Fuente y Gerhard Heinze. *Salud Mental y Medicina Psicológica*. Editorial McGraw Hill, 3ra edición (2018). ISBN 978-607-02-9884-4.
2. José Manuel Corpas Nogales. Aproximación social y cultural al fenómeno del suicidio. *Comunidades étnicas amerindias*. *Gazeta de Antropología*, 2011, 27 (2), artículo 33. ISSN 0214 - 7564.
3. Organización Mundial de la Salud (2018). Suicidio. En línea: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
4. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2014). Resumen ejecutivo: Prevención del suicidio, un imperativo global.
5. Morfin López, Teresita. *Fenómeno suicida: un acercamiento transdisciplinario*. Editorial El Manual Moderno, 2015. ISBN 978-607-448-487-8.
6. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2018). Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio. Datos Nacionales.
7. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2012). *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Capítulo 4. Factores asociados con la conducta suicida y evaluación del riesgo suicida.
8. Organización Panamericana de la Salud (2014). *Mortalidad por suicidio en las Américas*. Informe regional. ISBN 978-92-75-31843-0.
9. Philippe Courtet. *Understanding Suicide, From Diagnosis to Personalized Treatment*. Springer, 2016. ISBN 978-3-319-26282-6.
10. Mayo Clinic (2018). Trastorno bipolar. En línea: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/bipolar-disorder/symptoms-causes/syc-20355955>
11. Grande, I., Berk, M., Birmaher, B., & Vieta, E. (2016). Bipolar disorder. *Lancet* (London, England), 387(10027), 1561–1572. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00241-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00241-X)
12. Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría
13. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2013). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Capítulo 4. Definición y diagnóstico de la depresión mayor.

14. Merikangas KR, Jin R, He J-P, et al. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Arch Gen Psychiatry* 2011; **68**: 241–51.
15. García Blanco A, Sierra P, Livianos Lorenzo. (Diciembre 2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatria Biológica ELSERVIER*, 21, 89-94. 15 Nov 2019
16. Suppes, T., (Febrero 2018). Bipolar disorder in adults: Clinical features. En P. Keck Ed, uptodate. Recuperado 14 agosto, 2019, de <https://www.uptodate.com/contents/bipolar-disorder-in-adults-clinical-features/print?search=bipolar%20disorder%20and%20suicide>
17. Harris, E. C., & Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Recuperado 29 marzo, 2020, de <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/suicide-as-an-outcome-for-mental-disorders/1AAE5E8FEDA89A87A68EF082A783FEEE#BIBL>
18. Angst, J., Angst, F., Gerber- Werder, R., & Gamma, A. (2005). Suicide in 406 mood-disorder patients with and without long-term medication: a 40 to 44 years' follow-up.. Recuperado 29 marzo, 2020, de <https://www.tandfonline.com/action/cookieAbsent>
19. Goetz I, Tohen M, Reed C, Lorenzo M, Vieta E, the EMBLEM Advisory Board. Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disord* 2007; 9: 45–52. a Blackwell Munksgaard, 2007
20. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, Oquendo MA, Frank E, Perlis RH, Martinez JM, Fagiolini A, Otto MW, Chessick CA, Zboyan HA, Miyahara S, Sachs G, Thase ME. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disord* 2006; 8: 566–575. a Blackwell Munksgaard, 2006
21. Dennehy EB, Marangell LB, Allen MH, Chessick C, Wisniewski SR, Thase ME. Suicide and suicide attempts in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) *J Affect Disord*. 2011 Oct;133(3):423-7. Epub 2011 May 20.

22. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Harriss L. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 2005 Jun;66(6):693-704.
23. Goñi-Sarriés, Adriana et al. Are Previous Suicide Attempts a Risk Factor for Completed Suicide? *Psicothema* 2018, Vol. 30, No. 1, 33-38. DOI 10.7334/psicothema2016.318.
24. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2017). Definiciones: Violencia Autodirigida. En línea: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/definitions.html>.
25. Paula J. Clayton et al (2018). Suicidal Behavior and Self-Injury. *MSD Manual, Mental Health Disorders*.
26. Dr. Kelly Posner Gerstenhaber, The Columbia Lighthouse Project (2016). The Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS).
27. Hidalgo-Rasmussen, C., Hidalgo-San Martín A. Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(11):3437-3445, 2015. DOI 10.1590/1413-812320152011.18692014.
28. Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2017). Suicidio: Factores de riesgo y protectores. En línea: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/suicide/riskprotectivefactors.html>.
29. Kapoor, D. Singh, M. Kumar, A., Kumar, N., Banrejee, B. (2012, 2 octubre). Serotonergic markers for suicidal behavior. Recuperado 16 marzo 2020 de <http://medind.nic.in/daat/t12/i2/daat12i2p302.pdf>
30. Cano, JF, Gomez R, & Rondón, M. (2016). Validación en Colombia del instrumento para evaluación de la depresión Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45(3), 146-155. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.08.0060034-7450>
31. Mann JJ, Underwood MD, Arango V. Post mortem studies of suicide victims. In Watson SJ (ed), *Biology of Schizophrenia and Affective Disease*, 1st ed. Washington DC: American Psychiatric Press 1996; 197-220.

32. Pandey *et al.* Proinflammatory Cytokines in the Prefrontal Cortex of Teenage Suicide Victims. *J Psychiatr Res.* (2012) 46(1):57-63. DOI 10.1016/j.jpsychires.2011.08.006.
33. EEM Knowles *et al.* Disentangling the genetic overlap between cholesterol and suicide risk. *American College of Neuropsychopharmacology* (2018) 0:1-8.
34. Strung, L. J., Suresh, R., Fyer, A. J., Talati, A., Adams, P. B., Li, W., . . . Weissman, M. M. (2010). Panic disorder is associated with the serotonin transporter gene (SLC6A4) but not the promoter region (5-HTTLPR). Recuperado de <https://www.nature.com/mp/>
35. Forstner, A. J., Rambau, S., Friedrich, N., Ludwing, K., Bohmer, A. C., Mangold, E., & Maaser, A. (2017, 20 febrero). Further evidence for genetic variation at the serotonin transporter gene SLC6A4 contributing toward anxiety. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28272115>
36. Du L, Bakish D, Lapierre YD. Association of polymorphism of serotonin 2A receptor gene with suicidal ideation in major depressive disorder. *Am J Med Genet Neuropsychiatric Genet* 2000; 96 : 56–60
37. Norton N, Owen MJ HTR2A: association and expression studies in neuropsychiatric genetics. *Ann Med* 2000; 37 : 121–129.
38. Lappalainen J, Long JC, Eggert M. Linkage of antisocial alcoholism to the serotonin 5-HT1B receptor gene in 2 populations. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55(11) : 989-94.
39. Mann JJ Neurobiology of suicidal behavior. *Nat Rev Neurosci* 2003; 4 : 819–828.
40. Pettersson, A., Modin, S., Wahlstrom, R., Winklerfelt, S., & Krakau, I. (2018). The MINI international neuropsychiatric interview is useful and well accepted as part of the clinical assessment for depression and anxiety in primary care: a mixed methods study. Recuperado 16 marzo, 2020, de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29368585>
41. Lin, H., Lei, Y., Zhang, B., Dai, Z., & Lu, X. (2015). Common variants of HTR1A and SLC6A4 confer the increasing risk of Schizophrenia susceptibility: A population-based association and epistasis analysis. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics : the official publication of the*

- International Society of Psychiatric Genetics, 168(8), 749–755.
<https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32380>
42. Richeter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A., & Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck depression inventory. Recuperado 16 marzo, 2020, de https://www.researchgate.net/publication/13647578_On_the_validity_of_the_Beck_Depression_Inventory_A_Review
43. The Columbia Lighthouse Project (2016). About the Columbia Protocol (C-SSRS). En línea: <http://cssrs.columbia.edu/the-columbia-scale-c-ssrs/about-the-scale>.
44. World Health Organization. (2016). *Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates*. Geneva.
45. H. Blasco-Fontecilla *et al.* Predicting Suicidal Behavior: are we really that far along? Comment on "Discovery and Validation of Blood Biomarkers for Suicidability". *Curr Psychiatry Rep* (2013) 15:424.
46. A. Wagner, F., J. Gallo, J., & Delva, J. (1999). Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico?. *Salud Pública de México*, 41(3), 189-202. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6149/7255>
47. Du L, Faludi G, Palkovits M, Demeter E, Bakish D, Lapierre YD et al. Frequency of long allele in serotonin transporter gene. *Biol Psychiatry* 1999; 46 : 196-201
48. Rihmer, Z., & Gonda, X. (2019, July 24). Suicide Risk in Bipolar Disorder: A Brief Review. *Medicina*, 55(8), 403. <https://doi.org/10.3390/medicina55080403>
49. Black, D. W. (2020, January 18). Bipolar Disorder and Suicide: a Review. *Current Psychiatry Reports*, 22(2). <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1130-0>
50. Clayden, R. C., Zaruk, A., Meyre, D., Thabane, L., & Samaan, Z. (2012, October). The association of attempted suicide with genetic variants in the SLC6A4 and TPH genes depends on the definition of suicidal behavior: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 2(10), e166–e166.
<https://doi.org/10.1038/tp.2012.96>
51. García Blanco A, Sierra P, Livianos Lorenzo. (Diciembre 2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: Últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica ELSERVIER*, 21, 89-94. 15 Nov 2019

52. Ran, L., Ai, M., Wang, W., Chen, J., Wu, T., Liu, W., Jin, J., Wang, S., & Kuang, L. (2020). Rare variants in SLC6A4 cause susceptibility to major depressive disorder with suicidal ideation in Han Chinese adolescents and young adults. *Gene*, 726, 144147. <https://doi.org/10.1016/j.gene.2019.144147>
53. Fanelli, G., & Serretti, A. (2019). The influence of the serotonin transporter gene 5-HTTLPR polymorphism on suicidal behaviors: a meta-analysis. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 88, 375–387. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.08.007>
54. Espandian, A., González, M., Reijas, T., Florez, G., Ferrer, E., Saiz, P. A., Salgado-Barreira, A., González, A., Brenlla, J., Docasar, L., & Bobes, J. (2020). Relevant risk factors of repeated suicidal attempts in a sample of outpatients. Factores predictores de riesgo de repetición de intento de suicidio en una muestra de pacientes ambulatorios. *Revista de psiquiatria y salud mental*, 13(1), 11–21. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2019.03.003>
55. Sánchez-Teruel, D., Robles-Bello, M. A., & Camacho-Conde, J. A. (2020). Self-inflicted injuries in adolescents and young adults: A longitudinal approach. *Psicothema*, 32(3), 322–328. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.347>
56. Posner, K., Brown, G. K., Stanley, B., Brent, D. A., Yershova, K. V., Oquendo, M. A., Currier, G. W., Melvin, G. A., Greenhill, L., Shen, S., & Mann, J. J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *The American journal of psychiatry*, 168(12), 1266–1277. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.10111704>

ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.



FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio	<i>"Relación de riesgo suicida en pacientes con trastorno bipolar y el polimorfismo rs140701 del gen SLC6A4"</i>
Nombre del Investigador Principal	Dr. med. Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Servicio / Departamento	Departamento de Psiquiatría
Teléfono de Contacto	6251228907
Persona de Contacto	Dra. Mónica Edith Hernández García
Versión de Documento	4.0
Fecha de Documento	01/10/2021

Usted ha sido invitado(a) a participar en un estudio de investigación. Este documento contiene información importante acerca del propósito del estudio, lo que Usted hará si decide participar, la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud.

Puede contener palabras que Usted no entienda. Por favor solicite a su médico o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o concepto que no entienda.

¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El trastorno bipolar es una enfermedad mental crónica, que afecta al estado de ánimo, que se presenta con episodios de depresión y de manía/hipomanía. La depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, pérdida de interés en las actividades que antes se disfrutaban, cambios en el sueño, hambre, cansancio, culpas excesivas e ideas de morir. En los episodios de manía o hipomanía, se presenta un aumento de energía y del estado de ánimo, disminución de la necesidad de dormir, irritabilidad, ideas de grandeza y conductas impulsivas o de riesgo. En cualquier fase de la enfermedad los pacientes tienen un riesgo de suicidio. Se sabe que el trastorno bipolar está relacionado con genes, uno de ellos es el gen SLC6A4 que produce el transportador de serotonina, la cual es una sustancia que se encarga de regular muchos procesos en nuestro organismo, entre ellos el estado de ánimo. El transportador de serotonina tiene alteraciones que se han asociado a ansiedad y a suicidio. De ahí la importancia de este gen en cuanto a las conductas suicidas.

La finalidad de este estudio es saber que síntomas tienen los pacientes con trastorno bipolar con conductas suicidas y estudiar en ellos las alteraciones del gen SLC6A4.

¿CUÁL SERÁ LA DURACIÓN DEL ESTUDIO Y CUÁNTOS PARTICIPANTES HABRÁ EN ESTE ESTUDIO?

La duración del estudio será de tres años, se incluirán 80 pacientes con trastorno bipolar mayores de 18 años.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARÁN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?

Se incluirán pacientes de 18 años de edad o mayores que acepten entrar al estudio y firmen este consentimiento informado de la investigación.

No se incluirán paciente que tengan otros diagnósticos psiquiátricos como trastorno depresivo mayor, autismo o esquizofrenia. Pacientes sometidos a algún procedimiento legal. Pacientes con dificultades en el entendimiento de las entrevistas y los que no quieran participar.

¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Las visitas de investigación, serán realizadas en el departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la UANL. Si acepta participar, usted irá a una entrevista para evaluar su estado de salud y se le harán varias preguntas sobre los síntomas del trastorno bipolar y del riesgo suicida. Dichas entrevistas tienen una duración aproximada de 30 a 60 minutos. Las entrevistas y la valoración descritas anteriormente no tendrán costo. Además, se le pedirá una muestra de sangre equivalente a 4 cucharaditas (2 tubos de aproximadamente 10 ml) tomados con una jeringa de una vena del brazo. Todo el material de la muestra será nuevo y estéril (completamente limpio y desinfectado).

¿QUÉ VA A HACER SI USTED DECIDE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Se le pedirá que lea y firme la carta de consentimiento informado en presencia de testigos, para aceptar participar en el estudio. Deberá acudir a la cita programada para la aplicación de preguntas y la toma de muestra de sanguínea. Son 6 escalas, que consisten en una serie de cuestionarios que tendrá que contestar, y 1 hoja de datos personales, en la que se colocará nombre, edad y tratamientos previos si es que ha tenido.

Se realizará una entrevista (MINI Neuropsiquiátrica Internacional) por personal especializado para confirmar el diagnóstico de trastorno bipolar, después se pondrán las preguntas para determinar en que fase del trastorno se encuentra y valorar el riesgo suicida. Las escalas que se usarán son: Inventario de Depresión de Beck (cuestionario con 21 preguntas), escala para evaluar depresión Montgomery – Asberg (cuestionario con 10 preguntas), para valorar la intensidad de la ideación suicida se utilizará la escala de Columbia Escala de Severidad Suicida, Información Funcional Convergente para suicidio (CFI-S, cuestionario con 22 preguntas), y la escala de Impresión Clínica Global (CGI) para clasificar que tan grave esta el paciente.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?

No existe riesgo grave esperado que se pueda asociar a su participación en el estudio debido a que se le realizará solamente una toma de muestra sanguínea. Sin embargo, podrían presentarse molestias en el sitio de toma de muestra de sangre como sangrado mínimo, moretón, mareo. Cabe aclarar que las tomas de muestras de sangre se realizarán siempre por personal capacitado con material nuevo y desechable para evitar infecciones en los sitios donde se toma la muestra.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?

Usted ayudará a otros pacientes que sufren de trastorno bipolar y podrá conocer síntomas y genes asociados al riesgo suicida. Los resultados ayudarán al Sector Salud para dar un mejor manejo de tratamiento tanto a la familia como a la sociedad que rodea al paciente en riesgo de cometer suicidio.

Con la evaluación de su caso, se le podrán hacer también sugerencias que se pueden discutir con su médico tratante para su manejo.

¿QUÉ OTROS PROCEDIMIENTOS O TRATAMIENTOS PODRÍAN ESTAR DISPONIBLES PARA USTED?

No se incluirán otros tratamientos o procedimientos distintos a los descritos para este estudio.

¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?

No habrá costos para usted al participar en este estudio.

¿SE LE PROPORCIONARÁ ALGUNA COMPENSACIÓN ECONÓMICA PARA GASTOS DE TRANSPORTACIÓN?

No se le proporcionará a usted alguna compensación para sus gastos de transportación.

¿RECIBIRÁ ALGÚN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

No se le proporcionará ningún pago a usted por participar en este estudio.

¿SE ALMACENARÁN MUESTRAS DE SANGRE PARA FUTURAS INVESTIGACIONES?

Se almacenarán las muestras de sangre para futuras investigaciones de su enfermedad sin ningún costo. Sus muestras no se comercializarán y serán almacenadas a -80 grados centígrados en el Laboratorio de Genómica y Bioinformática, perteneciente al departamento

de Bioquímica y Medicina Molecular de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León por 30 años para futuras investigaciones.

¿QUÉ DEBE HACER SI LE PASA ALGO COMO RESULTADO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

Si usted llegará a sufrir una lesión o enfermedad asociada a los procedimientos de este estudio, deberá informar de inmediato a los médicos investigadores para evaluar su caso. Se le ofrecerá tratamiento gratuito para el mismo en el Hospital Universitario de la UANL.

¿CUÁLES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Si usted decide participar, tiene derecho a decidir si desea continuar o no en el estudio, siendo libre de terminar su participación en cualquier momento. En caso de que decida no participar o no continuar con su participación, su tratamiento en nuestra institución no se verá afectado.

¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?

Su participación en este estudio es completamente voluntaria, puede decidir no participar en el estudio o suspender su participación en cualquier momento sin que esto afecte su atención médica.

Su participación podrá ser suspendida o terminada por el médico que lleva a cabo el estudio, sin el consentimiento de usted, en alguna de las siguientes circunstancias:

- Que usted requiere de algún medicamento o procedimiento que interfiera con este estudio.
- Que el médico considere que es lo mejor para usted.
- Que usted no haya seguido las indicaciones del médico investigador, lo que pudiera traer problemas en su salud.

Si Usted decide retirarse de este estudio, deberá realizar lo siguiente:

- Informar a su médico investigador del estudio.

¿CÓMO SE PROTEGERÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE SUS DATOS PERSONALES Y LA INFORMACIÓN DE SU EXPEDIENTE CLÍNICO?

Si acepta participar en la investigación, el médico del estudio recabará y registrará información personal confidencial acerca de su salud y de su tratamiento. Su nombre y sus datos personales no será conocido fuera de la Institución al menos que lo requiera nuestra Ley.

Usted tiene el derecho de controlar el uso de sus datos personales de acuerdo con la Ley Federal de Protección de datos Personales en Posición de Particulares, así mismo de solicitar el acceso, corrección y oposición de su información personal. La solicitud será procesada de acuerdo con las regulaciones de protección de datos vigentes. Sin embargo, cierta información no podrá estar disponible hasta que el estudio sea completado, esto con la finalidad de proteger la integridad del Estudio.

La Facultad de Medicina y Hospital Universitario, así como el Investigador serán los responsables de salvaguardar la información de acuerdo con las regulaciones locales.

Usted tiene el derecho de solicitar por escrito al médico un resumen de su expediente clínico y los datos obtenidos de usted en esta investigación.

La información personal acerca de su salud y de su tratamiento del estudio podrá procesarse o transferirse a terceros en otros países para fines de investigación y de reportes de seguridad, incluyendo agencias reguladoras locales (Secretaría de Salud SSA), así como al Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación de nuestra Institución.

Para los propósitos de este estudio, autoridades sanitarias como la Secretaría de Salud y el Comité de Ética en Investigación y/o el Comité de Investigación de nuestra Institución, podrán inspeccionar su expediente clínico, incluso los datos que fueron recabados antes del inicio de su participación, los cuales pueden incluir su nombre, domicilio u otra información personal.

En caso necesario estas auditorías o inspecciones podrán hacer fotocopias de alguna parte o de todo su expediente clínico. La razón de esto es asegurar que el estudio se está llevando a cabo apropiadamente con la finalidad de salvaguardar sus derechos como sujeto en investigación.

Los resultados de este estudio de investigación podrán presentarse en reuniones o en publicaciones.

La información recabada durante este estudio será recopilada en bases de datos del investigador, los cuales podrán ser usados en otros estudios en el futuro. Estos datos no incluirán información personal confidencial. Se mantendrá el anonimato de su nombre, dirección y teléfono. Su expediente será manejado con un número sin que aparezcan datos personales o confidenciales.

Al firmar este documento, Usted autoriza el uso y revelaciones de la información acerca de su estado de salud y tratamiento identificado en esta forma de consentimiento. No perderá ninguno de sus derechos legales como sujeto de investigación. Si hay cambios en el uso de su información, su médico le informará.

SI TIENE PREGUNTAS O INQUIETUDES ACERCA DE ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN, ¿A QUIÉN PUEDE LLAMAR?

En caso de tener alguna pregunta relacionada a sus derechos como sujeto de investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario podrá contactar al **Dr. José Gerardo Garza Leal**, presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic. Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas en relación con sus derechos como paciente.

Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.
CP 64460
Teléfonos: 8183294000 ext. 2870 a 2874
Correo electrónico: investigacionclinica@meduanl.com

En caso de alguna pregunta relacionada al protocolo de investigación podrá contactar al **Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera**, investigador principal del protocolo.

Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n
Col. Mitras Centro, Monterrey, Nuevo León México.
CP 64460
Teléfonos: 8183480585
Correo electrónico: ontiverosalf@gmail.com

RESUMEN CONSENTIMIENTO

PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN

- Mi participación es completamente voluntaria.
- Confirmando que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.
- Confirmando que se me ha explicado el estudio, que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que se me ha dado el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación. Sé con quién debo comunicarme si tengo más preguntas.
- Entiendo que las secciones de mis anotaciones médicas serán revisadas cuando sea pertinente por el Comité de Ética en Investigación o cualquier otra autoridad regulatoria para proteger mi participación en el estudio.
- Acepto que mis datos personales se archiven bajo códigos que permitan mi identificación.
- Acepto que mis materiales biológicos (10 ml de sangre, aproximadamente) recolectados puedan usarse para los fines que convengan a este estudio.
- Acepto que mi médico general sea informado de mi participación en este estudio.
- Acepto que la información acerca de este estudio y los resultados de cualquier examen o procedimiento pueden ser incluidos en mi expediente clínico.
- Confirmando que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado.

ANEXO 2. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Hoja de Recolección de Datos

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Número de Muestra: _____

Lugar de recolección de datos: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre: _____

Nacionalidad: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Estado de nacimiento: _____ Edad: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____ Teléfono Opcional: _____

Teléfono Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Religión: _____

Sexo	<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino						
Estado Civil	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Unión libre		
Raza/Etnia	<input type="checkbox"/> Latina	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Afroamericana	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Otra	Especificar _____		
Escolaridad	<input type="checkbox"/> Primaria (6 años)	<input type="checkbox"/> Secundaria o equivalente (7-9 años)	<input type="checkbox"/> Preparatoria o equivalente (10-12 años)	<input type="checkbox"/> Estudios Universitarios no terminados	<input type="checkbox"/> Título Universitario	<input type="checkbox"/> Posgrado	Años de estudio _____	
Ocupación	<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Ama de casa	<input type="checkbox"/> Negocio propio	<input type="checkbox"/> Jubilación	<input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Otro	
No. de Hijos	<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Otro			
Peso	_____ kg							
Estatura	_____ m	IMC _____						
Tipo de obesidad	<input type="checkbox"/> Ginecoide	<input type="checkbox"/> Androide						
¿Toma café o te negro?	No. de tazas al día _____		<input type="checkbox"/> No					
¿Consumes alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No						
			¿Cuántas bebidas consume en un día de consumo normal?	<input type="checkbox"/> 1 o 2	<input type="checkbox"/> 3 o 4	<input type="checkbox"/> 5 o 6	<input type="checkbox"/> 7, 8 o 9	<input type="checkbox"/> 10 o más
			¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> 1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2 o 4 veces al mes	<input type="checkbox"/> 2 a 3 veces en la semana	<input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana

Tabaquismo No fumador Ocasional Leve Moderado Alto

Consumo diario de tabaco _____ cigarros por día Edad de inicio _____

Años de tabaquismo _____ Edad en que se suspendió _____

¿Con qué frecuencia fuma? Diario Algunos días en la semana Solo algunos días sueltos al mes

¿Consume alguna otra droga? Sí No **¿Cuál?** Derivados del cannabis (marihuana) Cocaína Heroína Tranquilizantes Otros

¿Hace cuánto que los consume? (Número de meses o años)
Alcohol _____
Marihuana _____
Otras drogas _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿Tiene enfermedades base? Diabetes Hipertensión Hipercolesterolemia Otra (Especifique) _____ **¿Hace cuánto?** _____

Cirugías previas Sí No *Especifique* _____ **¿Sufre alguna discapacidad?** Sí No *Especifique* _____

¿Está bajo algún tratamiento hormonal? Sí No *Especifique* _____ **¿Está bajo algún otro tipo de tratamiento?** Sí No *Especifique* _____ **¿Hace cuánto?** _____

¿Sufre algún padecimiento que le provoque dolor físico? Sí No *Especifique* _____ **¿Hace cuánto?** _____

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Familiares con cáncer 0 1 2 3

Tipo de cáncer de familiar 1 Cáncer de mama Cáncer de ovario Cáncer de colon *Especifique* _____ Línea materna Línea paterna Edad _____

Tipo de cáncer de familiar 2	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<i>Especifique</i> _____	<input type="checkbox"/> Línea materna	<input type="checkbox"/> Línea paterna	Edad _____
Tipo de cáncer de familiar 3	<input type="checkbox"/> Cáncer de mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de ovario	<input type="checkbox"/> Cáncer de colon	<i>Especifique</i> _____	<input type="checkbox"/> Línea materna	<input type="checkbox"/> Línea paterna	Edad _____

GENEALOGÍA

Procedencia del padre _____	Procedencia de la madre _____
Procedencia del abuelo paterno _____	Procedencia del abuelo materno _____
Procedencia de la abuela paterna _____	Procedencia de la abuela materna _____

ACTIVIDAD FÍSICA

¿Realiza algún tipo de ejercicio? Sí No

¿Qué tipo de ejercicio? Caminata Correr Spinning Yoga Pesas Natación *Especifique* _____

Frecuencia Diario Tercer día Semanal *Especifique* _____

Tiempo dedicado 30 minutos 45 minutos 60 minutos *Especifique* _____

Tiempo desde inicio de actividad física 1 semana 1 mes 6 meses 1 año 1 año y medio *Especifique* _____

HISTORIAL PSIQUIÁTRICA FAMILIAR

Historial familiar de	No sabe	No	Sí	¿Quién?
Esquizofrenia				
Trastorno Bipolar				
Depresión Mayor				
Alcoholismo				
Drogadicción				
Distimia (trastorno depresivo persistente)				
Ataques de pánico				
Agorafobia (fobia a espacios abiertos)				
Trastorno obsesivo-compulsivo				
Fobia social				
Fobia específica				
Ansiedad generalizada				
Demencia				
Retardo mental				
Trastorno de personalidad				
Otro (especifique)				

DIAGNÓSTICO	FECHA DE INICIO	
	PADECIMIENTO ACTUAL	EPISODIO ACTUAL
DEPRESIÓN MAYOR		
TRASTORNO BIPOLAR		
ESQUIZOFRENIA		
OTRO:		

TRATAMIENTO ACTUAL	DOSIS	FECHA DE INICIO



ESCALAS DE EVALUACIÓN	FECHA	PUNTAJE
MADRS		
CGI		
C-SSRS		
IDB		
CFI-S		
MINI Neuropsiquiatria		
OTRA:		

Persona que recolecta los datos (Nombre y Firma):

Persona que toma las muestras (Nombre y Firma) :

ANEXO 3. ESCALA DE COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA (C-SSRS).

DATE:

						2	0		
d	d	m	m	y	y				

SUBJECT ID:

--	--	--	--	--	--

RATER INITIALS:

--	--	--

**ESCALA DE VALORACIÓN DE LA
UNIVERSIDAD DE COLUMBIA SOBRE LA
INTENSIDAD DE IDEAS SUICIDAS
(C-SSRS)**

Versión de primera evaluación/monitoreo

Versión 14/01/2009

*Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.;
Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J.*

Limitación de responsabilidad:

La presente escala se diseñó con el fin de que la utilicen individuos que hayan sido entrenados para su administración. Las preguntas que se incluyen en la Escala de Valoración de la Universidad de Columbia sobre la Intensidad de Ideas Suicidas (C-SSRS, por sus siglas en inglés) corresponden a los sondeos sugeridos. En última instancia, la determinación de la presencia de ideas o comportamiento suicida depende del juicio de la persona que administra la escala.

*En esta escala, las definiciones de conductas suicidas se basan en las que utiliza **The Columbia Suicide History Form**, cuyos autores son John Mann, MD y Maria Oquendo, MD, Conte Center for the Neuroscience of Mental Disorders (CCNMD), New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY, 10032. (Oquendo M. A., Halberstam B. & Mann J. J., Risk factors for suicidal behavior: utility and limitations of research instruments. En M.B. First [Ed.] Standardized Evaluation in Clinical Practice, pp. 103 -130, 2003).*

Para obtener copias de la escala de valoración C-SSRS, comuníquese con Kelly Posner, Ph.D., New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, New York, 10032; para solicitar más información y necesidad de entrenamiento, escriba a posnerk@nyspi.columbia.edu

© 2008 The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc.

C-SSRS Baseline Screening - Mexico/Spanish - Version of 07 Apr 14 - Mapi
© 7861 / C-SSRS-Baseline-Screening_AUS_1_aps-MX.doc

--	--	--	--	--	--

IDEAS SUICIDAS		Durante el transcurso de vida del participante - Momento en que tuvo con mayor intensidad ideas suicidas	Últimos meses
<p><i>Formule las preguntas 1 y 2. Si la respuesta a ambas preguntas es negativa, pase a la sección "Conducta suicida". Si la respuesta a la pregunta 2 es "SI", formule las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es "SI", conteste la sección de "Gravedad de las ideas" que se encuentra abajo.</i></p>			
<p>1. Deseo de estar muerto(a) El(la) participante confirma que ha tenido ideas relacionadas con el deseo de estar muerto(a) o de no seguir viviendo, o el deseo de quedarse dormido(a) y no despertar. <i>¿Ha deseado estar muerto(a) o poder dormirse y no despertar?</i> Si la respuesta es sí, describa:</p>		<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>2. Ideas suicidas activas no específicas Pensamientos generales y no específicos relativos al deseo de poner fin a su vida (por ejemplo, "He pensado en suicidarme") sin ideas sobre cómo quitarse la vida (métodos relacionados, intención o plan) durante el periodo de evaluación. <i>¿Ha tenido realmente la idea de suicidarse?</i> Si la respuesta es sí, describa:</p>		<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>3. Ideas suicidas activas con cualquier método (no un plan) sin la intención de actuar El(la) participante confirma que ha tenido ideas suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo de evaluación. Esto se diferencia de un plan específico con detalles elaborados de hora, lugar o método (por ejemplo, la idea de un método para matarse, pero sin un plan específico). Esto incluye a un(a) participante que diría: "He tenido la idea de ingerir una sobredosis, pero nunca tuve un plan específico sobre el momento, lugar y cómo lo haría realmente... y nunca lo haría". <i>¿Ha pensado en cómo llevaría esto a cabo?</i> Si la respuesta es sí, describa:</p>		<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>4. Ideas suicidas activas con cierta intención de actuar, sin un plan específico Se presentan ideas suicidas activas de quitarse la vida y el(la) participante refiere que ha tenido cierta intención de llevar a cabo tales ideas, a diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto". <i>¿Ha tenido estas ideas y en cierto grado la intención de llevarlas a cabo?</i> Si la respuesta es sí, describa:</p>		<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>5. Ideas suicidas activas con un plan específico e intención Se presentan ideas de quitarse la vida con un plan detallado y parcial o totalmente elaborado, y el(la) participante tiene cierta intención de llevar a cabo este plan. <i>¿Ha comenzado a elaborar o ha elaborado los detalles sobre cómo suicidarse? ¿Tiene intenciones de llevar a cabo este plan?</i> Si la respuesta es sí, describa:</p>		<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>SI No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>GRAVEDAD DE LAS IDEAS Las siguientes características deberán evaluarse con respecto al tipo más grave de ideación suicida (por ejemplo, 1-5 de arriba, donde 1 es el menos grave y 5 es el más grave). Pregunte acerca del momento en que el (la) participante tuvo con mayor intensidad ideas suicidas.</p>			
<p>Durante el transcurso de vida del participante Idea más grave: _____ Tipo N° (1-5) Descripción de la idea</p>		Más grave	Más grave
<p>Últimos X meses - Idea más grave: _____ Tipo N° (1-5) Descripción de la idea</p>			
<p>Frecuencia <i>¿Cuántas veces ha tenido estas ideas?</i> (1) Menos de una vez a la semana. (2) Una vez a la semana. (3) De 2 a 5 veces a la semana. (4) Diario o casi diario. (5) Muchas veces cada día.</p>		—	—
<p>Duración <i>Cuando tiene estas ideas, ¿cuánto tiempo duran éstas?</i> (1) Son breves (algunos segundos o minutos). (4) De 4 a 8 horas o la mayor parte del día. (2) Menos de una hora o algo de tiempo. (5) Más de 8 horas (persistentemente) o en forma continua. (3) De 1 a 4 horas o bastante tiempo.</p>		—	—
<p>Capacidad de controlarlas <i>Cuando usted ha querido, ¿ha podido o puede dejar de pensar en suicidarse o querer morir?</i> (1) Puede controlar sus pensamientos con facilidad. (4) Puede controlar sus pensamientos con bastante dificultad. (2) Puede controlar sus pensamientos con poca dificultad. (5) Es incapaz de controlar sus pensamientos. (3) Puede controlar sus pensamientos con alguna dificultad. (0) No intenta controlar sus pensamientos.</p>		—	—
<p>Elementos disuasivos <i>¿Existen factores - alguien o algo (por ejemplo, familia, religión, dolor al morir) - que hayan acabado con su deseo de morir o llevar a cabo sus ideas de suicidarse?</i> (1) Los elementos disuasivos definitivamente lo(la) detuvieron antes de que intentara suicidarse. (4) Es muy probable que no lo(la) hayan detenido elementos disuasivos. (2) Los elementos disuasivos probablemente lo(la) detuvieron. (5) Definitivamente no lo(la) detuvieron elementos disuasivos. (3) No existe la certeza de que lo(la) hayan detenido elementos disuasivos. (0) No aplica.</p>		—	—
<p>Razones que causan estas ideas <i>¿Qué tipo de razones lo(la) motivaron a pensar en querer morir o suicidarse? ¿Fue para poner fin al dolor o a la forma en que se estaba usted sintiendo (en otras palabras, no podía seguir viviendo con este dolor o en la forma en que usted se sentía) o fue para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas? ¿O ambos?</i> (1) Únicamente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas. (4) Principalmente para poner fin al dolor o detenerlo (usted no podía seguir viviendo con el dolor o en la forma en que usted se estaba sintiendo). (2) Principalmente para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas. (5) Únicamente para poner fin al dolor o detenerlo (usted no podía seguir viviendo con el dolor o en la forma en que usted se estaba sintiendo). (3) Tanto para llamar la atención, por venganza o para obtener una reacción de otras personas, como para poner fin al dolor o detenerlo. (0) No aplica.</p>		—	—

CONDUCTA SUICIDA (Marque todo aquello que corresponda, siempre y cuando sean eventos separados; debe preguntar sobre todos los tipos).		Durante el transcurso de vida del participante		Últimos años	
Intento real: Una acción que pueda provocar lesiones a sí mismo(a), cometida con al menos cierto deseo de morir, como consecuencia del acto. La conducta se pensó en parte como un método para matarse. No es necesario que la intención equivalga a un 100%. Si existe cualquier intención o deseo de morir relacionado con el acto, entonces éste puede considerarse un intento real de suicidio. No es necesario que haya daño o lesión física , sólo la posibilidad de que éstos se produzcan. Si la persona tira del gatillo cuando la pistola está en su boca, pero el arma no funciona y en consecuencia no hay lesiones, esto se considera como un intento. Deducción de la intención: Incluso si un(a) participante niega la intención o deseo de morir, es posible deducir clínicamente que este deseo existe a partir de la conducta o las circunstancias. Por ejemplo, un acto con una alta probabilidad de causar la muerte y que claramente no es un accidente, de forma que no puede deducirse otra intención más que la de suicidarse (por ejemplo, disparo a la cabeza, salto desde una ventana de un piso en altura). Además, puede deducirse que esta intención existe si el(la) participante niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría haber causado su muerte. ¿Ha intentado suicidarse? ¿Ha hecho algo para dañarse a sí mismo(a)? ¿Ha hecho algo peligroso que pudiera haber ocasionado su muerte? ¿Qué fue lo que hizo? ¿Usted se _____ como forma de poner fin a su vida? ¿Deseaba morir (aunque fuera un poco) cuando usted _____? ¿Intentaba poner fin a su vida cuando usted _____? ¿O pensaba que podría haber muerto como resultado de _____? ¿O lo hizo únicamente por otros motivos, sin NINGUNA intención de quitarse la vida (para aliviar el estrés, sentirse mejor, obtener compasión o lograr que otra cosa sucediera)? (Conducta para provocar lesiones a sí mismo(a) sin intención suicida.) Si la respuesta es sí, describa:		Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número total de intentos _____ Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número total de intentos _____ Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Intento interrumpido: Cuando se interrumpe a la persona (con una circunstancia externa) antes de que comience a realizar el acto que potencialmente podría dañarlo(a) (si no fuera por esta circunstancia, se habría producido un intento real). Sobredosis: la persona tiene píldoras en la mano, pero se evita que las ingerira. Cuando la persona ya ha ingerido una o más píldoras, se convierte más bien en un intento que en un intento interrumpido. Disparo: la persona tiene el arma apuntando a sí misma, alguien más le quita el arma, o de alguna manera se evita que tire del gatillo. Cuando la persona tira del gatillo, incluso si el arma no se dispara, ya es un intento. Saltar: la persona está lista para saltar al vacío, la sujetan y la alejan del borde. Ahorcamiento: la persona tiene una soga alrededor del cuello, pero aún no comienza a ahorcarse - se evita que lo haga. ¿Alguna vez comenzó a hacer algo para quitarse la vida, pero alguien o algo lo(la) detuvo antes de que realmente lo hiciera? Si la respuesta es sí, describa:		Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número total de intentos interrumpidos _____ Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número total de intentos interrumpidos _____ Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Intento abortado: Cuando la persona comienza a hacer lo necesario para intentar suicidarse, pero se detiene antes de llevar a cabo realmente cualquier conducta autodestructiva. Los ejemplos son similares a los intentos interrumpidos, con la excepción de que el(la) participante se detiene a sí mismo(a), en vez de que algo más lo(la) detenga. ¿Alguna vez comenzó a hacer algo para tratar de quitarse la vida, pero se detuvo antes de que realmente lo hiciera? Si la respuesta es sí, describa:		Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número total de intentos abortados _____ Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Número total de intentos abortados _____ Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Acciones o conductas de preparación de un suicidio: Preparación o acciones cuyo fin es un instrumento de suicidio. Estos incluyen cualquier acción que vaya más allá de la expresión oral o la idea, tal como la organización de un método específico (por ejemplo, comprar píldoras o comprar un arma) o la preparación para la propia muerte a causa del suicidio (por ejemplo, regalar cosas o escribir una nota suicida). ¿Ha realizado cualquier acción cuyo fin es intentar suicidarse o prepararse para quitarse la vida (tal como juntar píldoras, conseguir un arma, regalar objetos de valor o escribir una nota suicida)? Si la respuesta es sí, describa:		Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Conducta suicida: ¿Presenta conducta suicida durante el período de evaluación?		Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sí No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Respuesta sólo en caso de intentos reales		Fecha del intento más reciente:	Fecha del intento más letal:	Fecha del intento inicial o primer intento:	
Letalidad real o lesión física: 0. No se presentan lesiones físicas o éstas son muy leves (por ejemplo, rasguños superficiales). 1. Lesiones físicas menores (por ejemplo, alargamiento del habla, quemaduras de primer grado, ligera pérdida de sangre, esguinces). 2. Lesiones físicas moderadas; se requiere atención médica (por ejemplo, estado de conciencia, pero con somnolencia, algo de reacción frente a estímulos, quemaduras de segundo grado, hemorragia de un vaso sanguíneo de importancia). 3. Lesiones físicas de gravedad moderada; se requiere hospitalización y probablemente terapia intensiva (por ejemplo, estado de coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, abundante pérdida de sangre, pero recuperable, fracturas de importancia). 4. Lesiones físicas graves; se requiere hospitalización con terapia intensiva (por ejemplo, estado de coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, abundante pérdida de sangre con signos vitales inestables, lesión de importancia en un área vital). 5. Muerte.		Ingrese el código _____	Ingrese el código _____	Ingrese el código _____	
Letalidad potencial: sólo responda si la letalidad real=0 Probable letalidad de un intento real aunque no se presentaron lesiones físicas (los siguientes ejemplos, aunque no causaron lesiones físicas reales, tuvieron el potencial de ser muy letales: se metió un arma en la boca y tiró del gatillo, pero el arma no se disparó, de manera que no se produjo lesión física; se tendió en la vía cuando un tren se acerca, pero se quitó antes de ser atropellado(a)). 0 = Conducta que probablemente no causará lesión. 1 = Conducta que probablemente causará lesiones, pero no la muerte. 2 = Conducta que probablemente causará la muerte, a pesar de los cuidados médicos disponibles.		Ingrese el código _____	Ingrese el código _____	Ingrese el código _____	

ANEXO 4. ESCALA DE INFORMACIÓN FUNCIONAL CONVERGENTE PARA EL SUICIDIO DE NICULESCU Y COLS.

CONVERGENT FUNCTIONAL INFORMATION FOR SUICIDE (CFI-S) SCALE

Niculescu AB, Levey DF, Phalen PL, Le-Niculescu H, Dainton HD, Jain N, Belanger E, James A, George S, Weber H, Graham DL, Schweitzer R, Ladd TB, ~~Leamas R~~, Niculescu EM, ~~Vanipenta NP~~, Khan FN, Mullen J, Shankar G, Cook S, Humbert C, Ballew A, Yard M, ~~Gelbart T~~, Shekhar A, ~~Schock NJ~~, Kurian SM, Sandusky GE, Salomon DR. Understanding and predicting suicidality using a combined genomic and clinical risk assessment approach. *Mol Psychiatry*. 2015 Aug 18. doi: 10.1038/mp.2015.112. [Epub ahead of print]. PMID: 26283638.

Los elementos se califican como 1 para sí y 0 para no. El puntaje total máximo posible es de 22. El puntaje final se divide entre el número de elementos puntuados. Algunos elementos pueden tener información no disponible y estos no se tomarán en cuenta.

Elementos	Si	No	NA	Dominio	Tipo (Razones incrementadas IR; Barreras decrecientes DB)
1. Enfermedad psiquiátrica diagnosticada y tratada				Salud mental	IR
2. Con pobre obediencia al tratamiento				Salud mental	DB
3. Historia familiar de suicidio en parientes consanguíneos				Salud mental	IR
4. Conocer a alguien personalmente que haya cometido suicidio				Factores culturales	DB
5. Antecedente de abuso: sexual, físico, emocional, negligencia				Satisfacción de vida	IR
6. Enfermedad mental aguda o severa, incluyendo dolor (No puedo soportar este dolor) en los últimos 3 meses				Salud física	IR
7. Estrés agudo: pérdidas, dolor (en los últimos tres meses)				Estrés ambiental	IR
8. Estrés crónico: no sentirse necesitado, sentirse poco o nada útil				Estrés ambiental	IR
9. Antecedente de introversión excesiva, escrupulosidad (incluyendo intentos suicidas)				Salud mental	IR
10. Insatisfacción con la vida en este momento				Satisfacción de vida	IR

11.				Satisfacción de vida	IR
12. Falta de esperanzas a futuro				Satisfacción de vida	IR
13. Abuso de sustancias actual				Adicciones	DB
14. Antecedente de comportamiento o intentos suicidas				Salud mental	DB
15. Falta de creencias religiosas				Factores culturales	DB
16. Estrés agudo: Rechazo (en los últimos tres meses)				Estrés ambiental	IR
17. Estrés crónico: falta de relaciones positivas, aislamiento social				Estrés ambiental	DB
18. Antecedente de extroversión excesiva y actos impulsivos (incluyendo ira, enojo, peleas físicas, búsqueda de venganza)				Salud mental	DB
19. Falta de habilidades de afrontamiento hacia el estrés (quiebre bajo presión)				Salud mental	DB
20. Falta de hijos. Si tiene hijos no mantiene contacto con ellos o no los cuida.				Satisfacción de vida	DB
21. Antecedente de alucinaciones con daño a sí mismo				Salud mental	IR
22. Edad: Mayor de 60 y menor de 25 años				Edad	IR
23. Género: Masculino				Género	DB

ANEXO 5. ESCALA MONTGOMERY-ÅSBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS).

Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)¹⁰⁶

La evaluación debería basarse en una entrevista clínica que va desde preguntas de carácter general sobre los síntomas hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El evaluador debe decidir si la valoración corresponde a las respuestas definidas en los niveles de la escala (0, 2, 4, 6) o a las situadas entre ellas (1, 3, 5).

Es importante recordar que sólo en contadas ocasiones se encuentra a algún/a paciente deprimido/a que no puede ser valorado/a dentro de los apartados de la escala. Si no se puede obtener respuestas precisas del paciente, debe usarse cualquier dato relevante, así como la información procedente de otras fuentes como base para la valoración, de acuerdo con la práctica clínica habitual.

Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.

Ítems	Criterios operativos de valoración
<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.</p>	<p>0. Sin tristeza</p> <p>1.</p> <p>2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo</p> <p>5.</p> <p>6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p>
<p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.</p>	<p>0. Tristeza esporádica según las circunstancias</p> <p>1.</p> <p>2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas</p> <p>5.</p> <p>6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable</p>
<p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.</p>	<p>0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera</p> <p>1.</p> <p>2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido</p> <p>3.</p> <p>4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad</p> <p>5.</p> <p>6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p>
<p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.</p>	<p>0. Duerme como siempre</p> <p>1.</p> <p>2. Ligeramente dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado</p> <p>3.</p> <p>4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h</p> <p>5.</p> <p>6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p>
<p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer.</p>	<p>0. Apetito normal o aumentado</p> <p>1.</p> <p>2. Apetito ligeramente reducido</p> <p>3.</p> <p>4. Sin apetito. La comida es insípida</p> <p>5.</p> <p>6. Necesita persuasión para comer algo</p>

<p>6. Dificultades para concentrarse</p> <p>Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.</p>	<p>0. Ninguna dificultad para concentrarse</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos 3. 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación 5. 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad
<p>7. Lasitud</p> <p>Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.</p>	<p>0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Dificultades para empezar actividades 3. 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo 5. 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda
<p>8. Incapacidad para sentir</p> <p>Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.</p>	<p>0. Interés normal por el entorno y por otras personas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan 3. 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos 5. 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos
<p>9. Pensamientos pesimistas</p> <p>Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.</p>	<p>0. Sin pensamientos pesimistas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio 3. 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro 5. 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables
<p>10. Pensamientos suicidas</p> <p>Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación.</p>	<p>0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros 3. 4. Probablemente estaría mejor muerto/a. Los pensamientos suicidas son habituales, y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico 5. 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio

Puntos de corte	No depresión	Leve	Moderada	Grave
	0-6	7-19	20-34	35-60

ANEXO 6. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

Número de muestra: _____ Fecha: _____

Instrucciones: En el siguiente cuestionario encontrará 21 apartados con varias opciones de respuesta. Por favor, lea cuidadosamente y elija la opción que mejor describa como se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya elegido. Solo se puede elegir una oración por cada apartado. En caso de que una o más apliquen para su caso, deberá elegir únicamente la más acertada a su situación.

1	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento triste.<input type="radio"/> Me siento algo triste.<input type="radio"/> Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.<input type="radio"/> Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
2	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento desanimado/a acerca del futuro.<input type="radio"/> Me siento desanimado/a acerca del futuro.<input type="radio"/> Siento que no tengo para qué pensar en el futuro y lo que viene.<input type="radio"/> Siento que no hay esperanza en el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
3	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me considero fracasado/a.<input type="radio"/> Siento que he fracasado más que otras personas.<input type="radio"/> Veo mi vida llena de fracasos.<input type="radio"/> Siento que como persona soy un completo fracaso.
4	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.<input type="radio"/> No disfruto de las cosas como siempre.<input type="radio"/> Ya no obtengo satisfacción de nada.<input type="radio"/> Estoy insatisfecho/a y molesto/a con todo.
5	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No me siento culpable.<input type="radio"/> En algunos momentos me siento culpable y mala persona.<input type="radio"/> La mayor parte del tiempo me siento culpable y mala persona.<input type="radio"/> Me siento culpable y despreciable todo el tiempo.
6	<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> No pienso que esté recibiendo ningún castigo.<input type="radio"/> Siento que merezco ser castigado/a.<input type="radio"/> Siento que me castigarán.<input type="radio"/> Siento que estoy siendo castigado/a.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

7	<ul style="list-style-type: none"> ○ No me siento descontento conmigo mismo/a. ○ Me siento descontento conmigo mismo/a. ○ Me desprecio. ○ Me odio y me asqueo.
8	<ul style="list-style-type: none"> ○ No creo ser peor que otros. ○ Me critico a mi mismo por debilidad y mis errores. ○ Me culpo todo el tiempo por mis errores. ○ Me siento culpable por todo lo que sucede.
9	<ul style="list-style-type: none"> ○ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme. ○ Tengo ideas de suicidarme, pero no lo haría. ○ Quisiera suicidarme. ○ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10	<ul style="list-style-type: none"> ○ No lloro más de lo habitual. ○ Lloro más que antes. ○ Lloro todo el tiempo. ○ Antes podía llorar y ahora no lloro, ni aunque quiera.
11	<ul style="list-style-type: none"> ○ No estoy más irritable. ○ Me irrito más fácil que antes. ○ Estoy irritado todo el tiempo. ○ Ya no me irrita lo que antes me irritaba.
12	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido el interés en la gente. ○ La gente no me interesa como antes. ○ He perdido la mayoría del interés en la gente. ○ La gente no me interesa para nada en absoluto.
13	<ul style="list-style-type: none"> ○ Tomo decisiones tan bien como siempre. ○ Pospongo la toma de decisiones más que antes. ○ Se me complica tomar decisiones. ○ No puedo tomar decisiones para nada.
14	<ul style="list-style-type: none"> ○ No siento que haya empeorado mi aspecto. ○ Me preocupa verme feo/a y viejo/a. ○ Siento que hay cambios en mi apariencia que me hacen que me vea feo. ○ Creo que me veo horrible y repulsivo.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (IDB)

15	<ul style="list-style-type: none"> ○ Puedo trabajar tan bien como antes. ○ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo. ○ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa. ○ No puedo trabajar para nada.
16	<ul style="list-style-type: none"> ○ Duermo tan bien como antes. ○ No duermo tan bien como antes. ○ Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme. ○ Me despierto muchas horas antes de lo acostumbrado y no puedo volver a dormirme.
17	<ul style="list-style-type: none"> ○ No me canso más de lo habitual. ○ Me canso más fácilmente que antes. ○ Me canso de hacer casi cualquier cosa. ○ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa y no puedo hacer nada.
18	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi apetito es igual que siempre. ○ Mi apetito no es tan bueno como antes. ○ Casi no tengo apetito. ○ No tengo apetito en absoluto.
19	<ul style="list-style-type: none"> ○ No he perdido peso o casi nada. ○ He perdido más de 2.5 kg. ○ He perdido más de 5 kg. ○ He perdido más de 7.5 kg (Estoy a dieta SI___ NO___).
20	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi salud me preocupa más que antes. ○ Me preocupan molestias como dolores de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento. ○ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa. ○ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que ya no puedo pensar en nada más.
21	<ul style="list-style-type: none"> ○ Mi interés por el sexo es igual que antes. ○ Estoy menos interesado en el sexo que antes. ○ Ahora estoy mucho más interesado en el sexo que antes. ○ He perdido completamente mi interés en el sexo.

ANEXO 7. ESCALA DE IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL.

Escala de Impresión Clínica Global (Clinical Global Impression, CGI)

Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos

Mejoría global (CGI-GI)

Comparado con el estado inicial, ¿cómo se encuentra el paciente en estos momentos? (Puntúe la mejoría total independientemente de que a su juicio se deba o no por completo al tratamiento)

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

ANEXO 8. MINI ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL.

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 en la mayoría de las cosas y que 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 la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
RECIDIVANTE**

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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 a 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 en 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 en 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	

NO SÍ

**EPISODIO
DEPRESIVO MAYOR
CON SÍNTOMAS
MELANCÓLICOS
ACTUAL**

B. Trastorno distímico

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

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

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	→ NO	SÍ	17				
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	→ SÍ	18				
B3	Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:							
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19				
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20				
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21				
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22				
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23				
f	¿Tuvo sentimientos de desesperanza?	NO	SÍ	24				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3?	→ NO	SÍ					
B4	¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante?	→ NO	SÍ	25				
	¿CODIFICÓ SÍ EN B4?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	
NO	SÍ							
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL								

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

D. Episodio (hipo)maníaco

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol.)	NO	SÍ	1
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</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 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 la casa, en el trabajo, en la escuela, o fue usted hospitalizado a causa de estos problemas?

NO

SÍ

12

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:



HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

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

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

E. Trastorno de angustia

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

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	→ NO	SÍ	1
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	→ NO	SÍ	2
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SÍ	3
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SÍ	4
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:			
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ	5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ	6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ	7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ	8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ	9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ	10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ	11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?	NO	SÍ	12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SÍ	13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ	14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?	NO	SÍ	15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SÍ	16
	m	¿Tenía sofocaciones 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? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.	NO	SÍ	
			<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 estén observando, de ser el centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	→ NO	SÍ	1
G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	→ NO	SÍ	2
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre 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 que actuaría en función de algún impulso, o tiene temores o supersticiones de ser el responsable de que las cosas vayan mal, o se obsesiona con pensamientos, imágenes o impulsos sexuales; o acumula o colecciona sin control, o tiene obsesiones religiosas)	NO ⇒ H4	SÍ	1
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA 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 obsesiones	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ compulsiones	4
	¿CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	⇒ NO	SÍ	
H5	¿Reconoce usted que estas ideas obsesivas o actos compulsivos son irracionales, absurdos o excesivos?	⇒ NO	SÍ	5
H6	¿Estas obsesiones o actos compulsivos interfieren de manera significativa con sus actividades cotidianas, con su trabajo, con sus relaciones sociales, o le ocupan más de una hora diaria?	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 DE 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 recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	→ NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

**ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL**

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, temblaban sus 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 CONCURRENTE 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 que usted 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 ¿Cuándo 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, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (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
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	 SÍ	
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL				
Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:				
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11
¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____		NO	SÍ	
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL				

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

				EXTRAÑOS		
Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.						
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
				⇒ 16		
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ	3
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	4
				⇒ 16		
L3	a	¿Alguna vez ha creído que alguien o que una fuerza externa haya metido pensamientos ajenos en su mente o le hicieron actuar de una manera no usual en usted? ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que está poseído?	NO	SÍ	SÍ	5
ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.						
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	6
				⇒ 16		
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ	7
	b	Si SÍ : ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ	8
				⇒ 16		
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales?	NO	SÍ	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 DESTITUCIÓN, 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 SÍ A LO SIGUIENTE:						
		Si SÍ : ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí?			SÍ	
	b	Si SÍ : ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ	12
				⇒ 18b		

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> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">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 OCURRIERAN 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" style="text-align: center;">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> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ				
NO	SÍ										
	b	SI CODIFICÓ SÍ EN L1EA: 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" style="text-align: center;">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?	→ NO	Sí	1
M3	¿A pesar de estar bajo peso, temía ganar peso o ponerse gordo/a?	→ NO	Sí	2
M4 a	¿Se consideraba gordo, o que una parte de su cuerpo era demasiado gorda?	NO	Sí	3
b	¿Influyó mucho su peso o su figura en la opinión que usted tenía de sí mismo?	NO	Sí	4
c	¿Pensaba usted que su bajo peso era normal o excesivo?	NO	Sí	5
M5	¿CODIFICÓ SÍ EN UNA O MÁS RESPUESTAS DE M4?	→ NO	Sí	
M6	SÓLO PARA MUJERES: ¿En los últimos 3 meses, dejó de tener todos sus períodos menstruales, aunque debió tenerlos (cuando no estaba embarazada)?	→ NO	Sí	6

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

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ **SÍ** EN M5?

NO	Sí
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

Los umbrales de pesos anteriormente mencionados son calculados con un 15% por debajo de la escala normal de la estatura y sexo del paciente como es requerido por 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 CON 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 A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

N8 ¿CODIFICÓ **SÍ** EN N5 O CODIFICÓ **NO** EN N7 O SALTÓ A N8?

NO SÍ

**BULIMIA NERVIOSA
ACTUAL**

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO SÍ

**ANOREXIA NERVIOSA
TIPO
COMPULSIVO/PURGATIVO
ACTUAL**

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

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

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	