

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO
DR. JOSÉ ELEUTERIO GONZÁLEZ



UANL

**ESTUDIO DOBLE-CIEGO CONTROLADO CONTRA PLACEBO
SOBRE LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA L-GLUTAMINA
AÑADIDA AL TRATAMIENTO DE INICIO CON ESCITALOPRAM
PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Por

DRA. GRECIA ALEJANDRA PÉREZ JALOMO

**Como requisito parcial para obtener el Grado de ESPECIALIDAD EN
PSIQUIATRÍA**

Diciembre, 2025



UANL

**ESTUDIO DOBLE-CIEGO CONTROLADO CONTRA PLACEBO SOBRE LA
EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA L-GLUTAMINA AÑADIDA AL
TRATAMIENTO DE INICIO CON ESCITALOPRAM PARA EL TRASTORNO
DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

Por

DRA. GRECIA ALEJANDRA PÉREZ JALOMO

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

Dr.med. José Alfonso Ontiveros Sánchez De La Barquera
Director Tesis

Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza
Coordinador de Enseñanza

Dr. 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 de la Facultad de Medicina, U.A.N.L.



UANL

**ESTUDIO DOBLE-CIEGO CONTROLADO CONTRA PLACEBO SOBRE LA
EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA L-GLUTAMINA AÑADIDA AL
TRATAMIENTO DE INICIO CON ESCITALOPRAM PARA EL TRASTORNO
DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

**Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio
González" en el departamento de Psiquiatría y en el Instituto de Información e
Investigación en Salud Mental A.C. (INFOSAME), bajo la dirección del Dr. med.
José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera**

A handwritten signature in black ink, appearing to read "José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera".

**Dr.med. José Alfonso Ontiveros Sánchez De La Barquera
Director Tesis**

AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a la Universidad Autónoma de Nuevo León, a la Facultad de Medicina y al Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” por brindarme la oportunidad y los recursos académicos necesarios para la realización de este trabajo de tesis.

Expreso mi más sincero reconocimiento a mi Director de Tesis, Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera, por su guía, confianza y dedicación a lo largo de este proceso. De igual forma, agradezco la valiosa participación del Dr. med. Pablo Patricio Zárate Garza, cuya orientación fue fundamental durante el desarrollo de este proyecto.

Reconozco la colaboración del Dr. Gerardo Quintanilla Flores, con quien compartí la dirección de tesis e investigación, así como el apoyo de los Dres. Luis Alberto de la Garza García, Guillermo Sánchez Torres, Areli Mendoza y Humberto Jiménez, quienes brindaron apoyo en la recopilación de la información clínica y en la construcción de la base de datos, contribuyendo significativamente al adecuado desarrollo metodológico de este trabajo.

Reconozco también el respaldo del equipo administrativo del Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C. (INFOSAME), en especial a Lic. Karina López Hernández, Lic. Lilia Carrasco Kulik y Lic. María Zally Castillo Tello, por su acompañamiento y apoyo logístico durante el desarrollo del proyecto.

Finalmente, agradezco con respeto y aprecio a los sujetos de investigación que participaron en este estudio. Su disposición y confianza hicieron posible la generación de nuevo conocimiento en beneficio de la salud mental.

DEDICATORIA

A mi familia elegida, a mi compañero de vida Erick y a mis amados Negro, Canelo, Ottis y Coqueta, quienes con su presencia, amor incondicional y alegría diaria me recordaron siempre la importancia de detenerme, respirar y seguir adelante.

A mis padres y hermanos, por regalarme una infancia y una vida rodeada de amor, valores y la convicción de que todo debe hacerse con dedicación y corazón.

A mis co-residentes, que se convirtieron en mis hermanos por destino, mi familia obligada, fueron mi hogar en los días imposibles y celebración en los días de triunfo.

A mis amigos, quienes me sostuvieron con afecto genuino en cada etapa de esta residencia médica, recordándome quién soy más allá del cansancio y la ansiedad.

A Celeste, por acompañarme con sabiduría y cercanía, sostener mis silencios y enseñarme a habitarme con compasión durante este camino.

A todos ustedes, con todo mi amor.

LISTA DE ABREVIATURAS

ANOVA	Analysis of Variance. Análisis de varianza
BAI	Beck Anxiety Inventory. Inventario de Ansiedad de Beck
BDI-II	Beck Depression Inventory-II. Inventario de Depresión de Beck, segunda edición
BOLD	Blood Oxygen Level-Dependent signal. Señal dependiente del nivel de oxígeno en sangre
C-SSRS	Columbia Suicide Severity Rating Scale. Escala Columbia para la Evaluación de la Severidad de la Ideación Suicida
CGI	Clinical Global Impression. Escala de Impresión Clínica Global
CGI-I	Clinical Global Impression–Improvement. Subescala de Impresión Clínica Global de Mejoría
CGI-S	Clinical Global Impression–Severity. Subescala de Impresión Clínica Global de Severidad
CI	Coeficiente intelectual (Intelligence Quotient, IQ)
DE	Desviación estándar
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición
DSM-5-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, Quinta Edición, Revisión del Texto
EQ-5D	EuroQol 5 Dimensions. Instrumento de evaluación de calidad de vida en cinco dimensiones
fMRI	Functional Magnetic Resonance Imaging. Resonancia magnética funcional
GABA	Ácido gamma-aminobutírico
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder 7-item Scale. Escala de 7 ítems para Trastorno de Ansiedad Generalizada
HAMA	Hamilton Anxiety Rating Scale. Escala de Ansiedad de Hamilton
IFN-γ	Interferón gamma
IL-1β	Interleucina 1 beta
IL-2	Interleucina 2
IL-4	Interleucina 4
IL-6	Interleucina 6
IL-17	Interleucina 17

IMC	Índice de masa corporal
INFOSAME	Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C.
ITT	Intention-To-Treat. Análisis por intención de tratar
MADRS	Montgomery–Asberg Depression Rating Scale. Escala de Depresión de Montgomery–Asberg
MINI	Mini-International Neuropsychiatric Interview. Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional Mini
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAG	Phosphate-Activated Glutaminase. Glutaminasa activada por fosfato
SDS	Sheehan Disability Scale. Escala de Discapacidad de Sheehan
SNAT1	Sodium-coupled Neutral Amino acid Transporter 1.
SNAT2	Transportador de aminoácidos neutros asociado a sodio 1
SNAT3/SNAT5	Sodium-coupled Neutral Amino acid Transporter 2.
	Transportador de aminoácidos neutros asociado a sodio 2
	Sodium-coupled Neutral Amino acid Transporters 3 and 5.
	Transportadores de aminoácidos neutros asociados a sodio 3 y 5
TAG	Trastorno de Ansiedad Generalizada
TCC	Terapia cognitivo-conductual
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
TNF-α	Factor de necrosis tumoral alfa
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León

LISTA DE TABLAS

Número	Título	Página
1	Distribución de participantes desde evaluación inicial hasta seguimiento	55
2	Características sociodemográficas de los participantes aleatorizados	56
3	Puntajes de la escala HAMA a lo largo del seguimiento	57
4	Puntajes de la escala GAD-7 a lo largo del seguimiento	58
5	Puntajes de la escala BAI a lo largo del seguimiento	59
6	Puntajes de la escala BDI-II a lo largo del seguimiento	60
7	Puntajes de la escala MADRS a lo largo del seguimiento	61
8	Puntajes de la escala CGI-S a lo largo del seguimiento	62
9	Puntajes de la escala CGI-I a lo largo del seguimiento	63

LISTA DE FIGURAS

Número	Título	Página
1	Evolución de los puntajes de HAMA (Escala de ansiedad de Hamilton) desde la semana 0 hasta la semana 12	58
2	Evolución de los puntajes de GAD-7 (Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada) desde la semana 0 hasta la semana 12	59
3	Evolución de los puntajes de BAI (Inventario de ansiedad de Beck) desde la semana 0 hasta la semana 12	60
4	Evolución de los puntajes de BDI-II (Inventario de depresión de Beck) desde la semana 0 hasta la semana 12	61
5	Evolución de los puntajes de MADRS (Escala de depresión de Montgomery-Asberg) desde la semana 0 hasta la semana 12	61
6	Evolución de los puntajes de CGI-S (Impresión Clínica Global-Severidad) desde la semana 0 hasta la semana 12	62
7	Evolución de los puntajes de CGI-I (Impresión Clínica Global-Mejoría) desde la semana 0 hasta la semana 12	63

RESUMEN

Introducción: El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un problema frecuente y discapacitante. A pesar de que existen tratamientos eficaces, una proporción importante de pacientes no logra una remisión completa, lo que impulsa la búsqueda de nuevas estrategias farmacológicas. La L-glutamina participa en el ciclo glutamato/GABA-glutamina y estudios preclínicos sugieren posibles efectos ansiolíticos.

Antecedentes: La evidencia clínica sobre L-glutamina es limitada. El estudio previo más robusto utilizó creatina como placebo, lo que dificultó identificar el efecto específico de la L-glutamina. Este ensayo fue diseñado para superar dicha limitación mediante el uso de un placebo sin actividad psicotrópica (inulina).

Objetivo general: Evaluar la eficacia y seguridad de la L-glutamina como coadyuvante del escitalopram en adultos con TAG.

Hipótesis: En pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, la administración oral de L-glutamina como coadyuvante al tratamiento con escitalopram es eficaz y segura, produciendo una mejoría clínica superior a la obtenida con placebo añadido al mismo tratamiento.

Materiales y métodos: Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo de 12 semanas, con visita de seguridad a la semana 16. Se incluyeron adultos con TAG confirmado mediante DSM-5-TR y MINI, con HAMA ≥ 20 e CGI-S ≥ 4 . Todos los participantes recibieron escitalopram y L-glutamina o placebo. Las evaluaciones incluyeron HAMA, GAD-7, BAI, BDI-II, MADRS, CGI-S, CGI-I, C-SSRS y mediciones antropométricas. Este corte preliminar se presenta sin ruptura del doble ciego.

Resultados preliminares: Se reclutaron 27 participantes; 7 fueron excluidos (5 no participaron y 2 presentaron *screen failure*) y 20 fueron aleatorizados. De ellos, 8 completaron el protocolo y 2 continúan en seguimiento activo. Se registraron 10 abandonos distribuidos a lo largo de las visitas. No se observaron eventos adversos graves. Los puntajes de ansiedad disminuyeron de manera consistente y no se observó exacerbación de síntomas depresivos. La impresión clínica global mostró mejoría en la mayoría de los participantes.

Conclusiones: La intervención ha demostrado ser segura y factible en este análisis preliminar. Se observa una mejoría clínica general en síntomas ansiosos sin deterioro afectivo. Será necesario completar el reclutamiento y realizar el análisis final para determinar la eficacia específica de la L-glutamina como coadyuvante del escitalopram.

ABSTRACT

Introduction: Generalized Anxiety Disorder (GAD) is a common and disabling condition. Although effective treatments exist, a significant proportion of patients fail to achieve full remission, highlighting the need for new pharmacological strategies. L-glutamine participates in the glutamate/GABA-glutamine cycle and preclinical studies suggest potential anxiolytic effects.

Background: Clinical evidence regarding L-glutamine in anxiety disorders is limited. The most robust previous study used creatine as placebo, which may have intrinsic anxiolytic properties, limiting the ability to detect the specific effect of L-glutamine. The present trial was designed to overcome this limitation by using a neutral placebo (inulin).

General objective: To evaluate the efficacy and safety of L-glutamine as an adjunct to escitalopram in adults with GAD.

Materials and methods: This is a randomized, double-blind, placebo-controlled clinical trial lasting 12 weeks, with a week-16 safety visit. Adults with GAD confirmed by DSM-5-TR criteria and MINI interview were included, with HAMA ≥ 20 and CGI-S ≥ 4 at baseline. All participants received escitalopram plus either L-glutamine or placebo. Assessments included HAMA, GAD-7, BAI, BDI-II, MADRS, CGI-S, CGI-I, C-SSRS, and anthropometric measures. This report presents preliminary results without unblinding.

Preliminary results: Twenty-seven individuals were screened; 20 were randomized, 8 completed the protocol, and 2 remain in active follow-up. No serious adverse events were reported. Anxiety scores decreased consistently across visits, and no worsening of depressive symptoms was observed. Global clinical impression ratings indicated overall improvement in most participants.

Conclusions: The intervention appears safe, feasible, and well tolerated. Preliminary data demonstrate clinical improvement in anxiety symptoms without mood deterioration. Final analyses will be necessary to determine the specific efficacy of L-glutamine as an adjunctive treatment for GAD.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	IV
DEDICATORIA.....	V
LISTA DE ABREVIATURAS.....	VI
LISTA DE TABLAS	VIII
LISTA DE FIGURAS	IX
RESUMEN.....	X
ABSTRACT	XI
I. INTRODUCCIÓN	16
II. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	18
2.1 Conceptualización histórica de la ansiedad generalizada	18
2.2 Trastorno de ansiedad generalizada	19
2.3 Criterios diagnósticos.....	19
2.4 Trastorno de ansiedad generalizada subclínico	20
2.5 Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada.....	21
2.5.1 Mundial	21
2.5.2 Nacional.....	21
2.5.3 Epidemiología post-COVID-19.....	22
2.5.4 Edad de inicio y evolución.....	22
2.5.5 Factores de riesgo	22
2.5.6 Comorbilidades	23
2.5.7 Impacto y deterioro funcional	24
2.6 Neurobiología del trastorno de ansiedad generalizada	25
2.6.1 Circuito corticolímbico	25
2.6.2 Actividad inflamatoria asociada	26
2.6.3 Hallazgos en neuroimagen	26
2.7 Abordaje terapéutico y pronóstico del trastorno de ansiedad generalizada	28
2.8 Tratamiento farmacológico	28
2.8.1 Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).....	29
2.8.2 Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)	30
2.8.3 Azapironas	30

2.8.4 Gabapentinoides.....	30
2.8.5 Benzodiacepinas	31
2.8.6 Antipsicóticos	31
2.8.7 Otras opciones de psicofármacos	31
2.8.8 Predictores de respuesta farmacológica	33
2.9 Tratamiento psicoterapéutico.....	33
2.9.1 Terapia cognitivo conductual	33
2.9.2 Otras psicoterapias	34
2.10 Búsqueda de nuevas estrategias farmacológicas	34
2.11 Glutamina	35
2.11.1 Generalidades.....	35
2.11.2 Fisiología en el sistema nervioso central	35
2.11.3 Vía de administración	36
2.11.4 Efectos adversos e interacciones farmacológicas	37
III. JUSTIFICACIÓN.....	38
IV. HIPÓTESIS.....	39
V. OBJETIVOS	40
5.1 Objetivo principal	40
5.2 Objetivos específicos.....	40
VI. MATERIALES Y MÉTODOS.....	42
6.1 Diseño del estudio	42
6.2 Aprobación ética y consentimiento informado.....	42
6.3 Población de estudio	42
6.4 Reclutamiento de participantes y sitio de muestreo	43
6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	43
6.6 Cálculo del Tamaño de la Muestra	45
6.7 Aleatorización y Enmascaramiento	46
6.8 Reactivos, medicamentos y materiales empleados.....	46
6.9 Instrumentos de Medición.....	46
6.10 Descripción de la Intervención.....	47
6.10.1 Visita de primer contacto	48
6.10.2 Visita de seguimiento semana 0	49

6.10.3 Visita de seguimiento semana 2	49
6.10.4 Visita de seguimiento semana 4	49
6.10.5 Visita de seguimiento semana 8	50
6.10.6 Visita de seguimiento semana 12.....	50
6.10.7 Visita de seguridad semana 16.....	50
6.11 Reporte de eventos adversos	51
6.12 Métodos Estadísticos	51
6.13 Aspectos éticos y confidencialidad.....	53
VII. RESULTADOS PRELIMINARES	54
7.1 Flujo de participantes	54
7.2 Características sociodemográficas y clínicas basales	55
7.3 Puntajes basales de las escalas clínicas	56
7.4 Evolución de los síntomas de ansiedad	57
7.4.1 Escala de ansiedad de Hamilton (HAMA).....	57
7.4.2 Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)	58
7.4.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).....	59
7.5 Evolución de los síntomas de depresión.....	60
7.5.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).....	60
7.5.2 Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)	61
7.6 Impresión Clínica Global	62
7.6.1 Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S).....	62
7.6.2 Impresión Clínica Global de Mejoría (CGI-I)	62
7.7 Medidas antropométricas y seguridad clínica.....	63
VIII. DISCUSIÓN	65
8.1 Interpretación clínica de los hallazgos.....	65
8.2 Comparación con estudios previos	66
IX. CONCLUSIONES	69
X. BIBLIOGRAFÍA CITADA	70
XI. ANEXOS	79
11.1 Formato de consentimiento informado.....	79
11.2 Evaluación Psiquiátrica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario UANL.....	91

11.3 Escala de Impresión Clínica Global	98
11.4 Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada	99
11.5 Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale.....	100
11.6 Inventario Ansiedad Beck	105
11.7 Escala de Hamilton para la Ansiedad.....	106
11.8 Inventario de Depresión Beck.....	107
11.9 Escala Columbia para evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida	111
11.10 Instrumento de evaluación de calidad de vida en cinco dimensiones (EQ-5D) ...	115
11.11 Inventario de Discapacidad de Sheehan	117
11.12 Hoja de Registro de Eventos Adversos	118
11.13 Hoja de Medidas Antropométricas.....	119
11.14 Diario de alimentos	120
11.15 MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW versión en Español 5.0.0.....	121

I. INTRODUCCIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) representa uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes a nivel poblacional. A nivel global según las encuestas de Salud Mental de la OMS, la prevalencia es del 4.5%. (Ruscio et al., 2017; D. J. Stein et al., 2021) En México, cifras previas a la pandemia por COVID-19 reportaron una prevalencia de 14.3% en el 2013, y posterior a la pandemia las cifras aumentaron a un 30.7% y 32.6% durante abril y agosto de 2020. (Gaitán-Rossi et al., 2021) Esto demuestra que el TAG es un problema prioritario tanto a nivel nacional como internacional, y que está fuertemente asociado con deterioro funcional importante, comparable con la depresión mayor. (Ruscio et al., 2017) Los tratamientos para el TAG pueden incluir terapias psicológicas, terapia farmacológica o una combinación de ambas. (Slee et al., 2019) A pesar de la amplia variedad de fármacos disponibles se han estimado tasas de remisión de 51.4%, donde gran proporción de pacientes quedan con síntomas residuales. (Szuhany & Simon, 2022) Además, la tolerabilidad, la lenta latencia terapéutica y otros efectos adversos de los psicofármacos contribuyen a tasas elevadas de abandono. Hasta la fecha no se identifican medidas efectivas de prevención o de una cura definitiva para el trastorno, por lo que el objetivo principal del manejo clínico es reducir los síntomas y restaurar el funcionamiento. (Slee et al., 2019) Por lo que se necesita seguir explorando nuevas estrategias farmacológicas que funcionen como alternativas o coadyuvantes y que mejoren los resultados clínicos en este trastorno crónico y prevalente.

La L-glutamina pudiera ser un posible candidato debido a su papel en el ciclo glutamato/GABA-glutamina, lo cual es fundamental para mantener el equilibrio entre neurotransmisión excitatoria e inhibitoria en el sistema nervioso central. (Andersen, 2025) Estudios preclínicos sugieren que la suplementación con L-glutamina puede aumentar las concentraciones cerebrales de GABA y modular procesos inflamatorios implicados en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad, aunque la evidencia clínica todavía es escasa.

El antecedente metodológicamente más sólido es un ensayo clínico doble ciego, aleatorizado, de grupos paralelos y controlado con placebo, no obstante, el estudio utilizó creatina como placebo, sustancia con posibles efectos ansiolíticos, por lo que no se logró detectar con precisión el efecto específico de la L-glutamina. (Centeno & Ontiveros, 2022).

En este contexto, el presente estudio se diseñó para superar dichas limitaciones utilizando un placebo sin actividad psicotrópica (inulina), un proceso de reclutamiento más amplio y un diseño metodológico más robusto que permita evaluar de manera más confiable la eficacia y seguridad de la L-glutamina como coadyuvante al tratamiento con escitalopram. Dado que el ensayo aún se encuentra en fase activa de reclutamiento y seguimiento, esta tesis presenta un informe parcial que preserva el carácter doble ciego, describiendo la implementación metodológica, la caracterización clínica preliminar de los participantes y los avances obtenidos hasta el momento.

II. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

2.1 Conceptualización histórica de la ansiedad generalizada

La ansiedad podría entenderse como la anticipación de una posible amenaza en el futuro, mientras que el miedo corresponde a una respuesta emocional inmediata ante un peligro real o percibido. (American Psychiatric Association, 2022). Según la teoría evolutiva, la ansiedad nos ayuda a evitar situaciones potencialmente dañinas y apoyar la supervivencia. (Crocq, 2015)

La conceptualización de la ansiedad generalizada ha ido cambiando a lo largo del tiempo. En los siglos XIX y XX se utilizaban términos como *pantofobia* o *neurosis de ansiedad* para definir tanto a las crisis paroxísticas (como los ataques de pánico) como estados persistentes de aprensión, llegando a vincularse con cuadros como la neurastenia. A partir del DSM-III (1980), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se estableció como una entidad diagnóstica independiente al separarse de la neurosis de ansiedad, y distinguiéndose del trastorno de pánico por diferencias en la presentación clínica y en la respuesta a tratamiento farmacológico. En el DSM-III-R se modificó al aumentar la duración mínima requerida a seis meses y en el DSM-IV se redujo el número de síntomas somáticos necesarios, otorgando mayor relevancia a la dificultad para controlar la preocupación. (Crocq, 2017)

Para el DSM-5 se mantuvieron los criterios similares al DSM-IV, definiendo el TAG como la presencia de preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar, acompañada de síntomas como inquietud, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, además de enfatizar que es un diagnóstico de exclusión frente a otros trastornos de ansiedad y relacionados con el estrés. (American Psychiatric Association, 2022)

2.2 Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada consiste en la presencia de ansiedad y preocupación persistentes y excesivas respecto a diferentes áreas de la vida, que son difíciles de controlar y generan un malestar y disfunción importante en la persona. Las preocupaciones que presenta son preocupaciones más intensas, generalizadas y duraderas que las habituales, suelen referirse a aspectos como la salud, la situación económica y de seguridad, el desempeño académico o laboral, y con frecuencia ocurren sin un desencadenante claro. (American Psychiatric Association, 2022)

2.3 Criterios diagnósticos

2.3.1 DSM-5-RT

En el DSM-5-RT el TAG se define mediante seis criterios principales. El criterio A establece la presencia de la ansiedad y preocupación excesivas, la mayoría de los días al menos seis meses, en relación con diversos acontecimientos o actividades (por ejemplo, el rendimiento escolar o laboral, situación económica). El criterio B requiere que la persona tenga dificultad para controlar dicha preocupación. El criterio C se refiere a los síntomas acompañantes y exige la presencia de al menos tres de los siguientes seis síntomas en adultos (uno es suficiente en niños): inquietud o sensación de tener los nervios de punta, fatigarse con facilidad, dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones en el sueño (problemas para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto y poco reparador). El criterio D indica que la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro relevante en áreas importantes del funcionamiento. El criterio E exige descartar que los síntomas sean origen de efectos de una sustancia o de una enfermedad médica y el criterio F establece que el cuadro no debe ser explicado de forma más adecuada por otro trastorno mental. (American Psychiatric Association, 2022)

2.3.2 CIE-11

Dentro de la clasificación internacional de enfermedades, CIE-11, el TAG se define por la presencia de síntomas de ansiedad intensos, persistentes durante varios meses, sin especificar temporalidad, y presentes la mayor parte de los días. Así como en el DSM-5-RT, tiene que estar presente una preocupación o aprensión generalizada y excesiva en diferentes áreas de la vida. Pudiendo ser acompañados de irritabilidad, tensión muscular o inquietud motora, experiencia subjetiva de nerviosismo, activación autonómica, dificultad para concentrarse y alteraciones del sueño. Además de que es necesario que exista angustia significativa o deterioro en el funcionamiento personal, social, familiar, educativo o laboral. Por último, también se debe hacer una exclusión de la posibilidad que los síntomas sean consecuencia directa de otra condición médica o del efecto del uso de sustancias o medicamentos. (*CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*, s. f.)

2.4 Trastorno de ansiedad generalizada subclínico

Cuando la persona no cumple todos los criterios diagnósticos para TAG, pero presenta síntomas de ansiedad significativos y clínicamente relevantes se denomina trastorno de ansiedad generalizada subclínico o subumbral. La evidencia disponible indica que esta condición es frecuente, incluso hasta el doble de prevalente que el TAG completo, y se relaciona con malestar importante y deterioro funcional. Se vincula con una tasa elevada de transición hacia un TAG plenamente establecido y tasas elevadas de comorbilidad, en especial con otros trastornos de ansiedad, depresión y consumo de sustancias. (Volz et al., 2022)

Una revisión sistemática identificó múltiples formas de operacionalizar el TAG subclínico. El abordaje más consistente ha sido flexibilizar el criterio temporal, permitiendo que los síntomas estén presentes durante al menos tres meses en lugar de seis. También se han propuesto definiciones que consideran: preocupación excesiva durante al

menos tres meses, que la dificultad para controlar la preocupación no sea un criterio necesario, la presencia de dos síntomas (en lugar de los tres) del criterio C del DSM-5-RT y un puntaje mínimo de 5 en la escala GAD-7 como punto de corte. (Volz et al., 2022)

2.5 Epidemiología del trastorno de ansiedad generalizada

2.5.1 Mundial

El trastorno de ansiedad generalizada es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes a nivel poblacional. La tasa global de prevalencia de por vida del TAG en todas las encuestas de Salud Mental de la OMS fue del 4.5%. Una estimación global previa sugería que aproximadamente el 3.7% de los individuos desarrollará TAG en algún momento de su vida, con una mayor prevalencia en países de altos ingresos. (Ruscio et al., 2017; D. J. Stein et al., 2021)

2.5.2 Nacional

En México, la Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) realizada por el INEGI, realizada en 2021, reportó que el 19.3% de los encuestados presentaba síntomas de ansiedad severa, mientras que el 31.3% refería ansiedad mínima o en algún grado. Las entidades federativas con los porcentajes más altos de población adulta con síntomas de ansiedad (mínima o severa) fueron Puebla, Chiapas y Michoacán. En contraste, Nuevo León, Baja California y Quintana Roo presentan los valores más bajos. La presencia de síntomas de ansiedad se relacionó con bajos promedios de balance anímico y satisfacción con la vida. (Gaceta UNAM, 2024)

2.5.3 Epidemiología post-COVID-19

Un estudio basado en la encuesta EnCOVID-19, que utilizó inicialmente la escala GAD-2 y posteriormente GAD-7, estimó que la prevalencia mensual de síntomas compatibles con TAG entre abril y agosto de 2020 se mantuvo entre el 30.7 % y el 32.6 %. Se observó un aumento especialmente evidente en la población femenina, personas desempleadas y con bajo nivel socioeconómico, lo que pudiera evidenciar cómo las condiciones de estrés sostenido, como la pandemia por COVID-19, pueden favorecer la aparición o agravamiento de los trastornos de ansiedad. (Gaitán-Rossi et al., 2021)

2.5.4 Edad de inicio y evolución

El TAG suele iniciar en la edad adulta, con una media cercana a los 30 años, aunque también puede presentarse en etapas más tardías de la vida. Hasta la fecha se ha observado una prevalencia mayor en mujeres, personas menores de 60 años, solteros, desempleados, con menor nivel educativo y en desventaja económica respecto a los estándares nacionales. La evolución del TAG tiende a ser crónico o recurrente. (Ruscio et al., 2017) Los síntomas pueden aumentar o disminuir a lo largo del tiempo, alternando entre presentaciones sindrómicas y presentaciones subsindrómicas.(American Psychiatric Association, 2022)

2.5.5 Factores de riesgo

En alrededor de un tercio de los pacientes, y hasta en dos tercios de los casos en algunos estudios, se evidenció la contribución genética para el desarrollo del TAG.(American Psychiatric Association, 2022) Los hijos de padres con TAG tienen un riesgo entre dos y tres veces superior de desarrollar el trastorno, incluso después del ajuste por depresión mayor y otros trastornos de ansiedad. Metaanálisis de estudios familiares y de gemelos

respaldan esta evidencia, donde se han encontrado un odds ratio de recurrencia de 6.1 y una heredabilidad genética cercana al 32% para los trastornos de ansiedad en general. (Hettema et al., 2001) También se han encontrado asociaciones genéticas elevadas (correlación estimada de 0.80) entre ciertos rasgos dimensionales como el neuroticismo y la ansiedad generalizada. (Showraki et al., 2020)

Diversos factores tempranos se han vinculado con el desarrollo de TAG, entre ellos destacan: la inhibición conductual y los patrones de apego inseguros durante la infancia. En estudios se ha observado que los niños con alta reactividad ante situaciones nuevas tienden a desarrollar, en la adultez emergente, una mayor intolerancia a la incertidumbre. (Zdebik et al., 2022) En lo que respecta a los estilos de apego, la evidencia indica que el TAG se asocian con mayor frecuencia a un apego evitativo, especialmente hacia la figura materna, caracterizado por dificultades para recordar experiencias tempranas de cuidado y una tendencia a minimizar su importancia. Además de rasgos de apego ansioso-ambivalente, observado como preocupación excesiva y emociones negativas hacia los cuidadores. (Newman et al., 2016) También se ha evidenciado en pacientes con TAG un sesgo atencional cuando existe una amenaza y dificultades en la regulación emocional, lo que favorece en la presencia de preocupaciones excesivas y difusas. (Zdebik et al., 2022)

A pesar de la poca claridad en factores determinantes, se puede explicar el TAG como el resultado de la interacción entre factores temperamentales, relacionales y cognitivos, que dan como consecuencia una intolerancia a la incertidumbre, lo cual se considera un factor central en el comienzo y mantenimiento del TAG. (Zdebik et al., 2022)

2.5.6 Comorbilidades

El TAG se asocia con una importante carga de comorbilidades psiquiátricas. La afección comórbida más común es el trastorno depresivo mayor, presente en el 52.6 % de los casos

a lo largo de la vida y en el 40.9 % de los casos a los 12 meses de TAG a nivel mundial. (Ruscio et al., 2017)

En diversos estudios se encontró que los niños con TAG muestran una continuidad homotípica hasta la adultez, además se ha observado una continuidad heterotípica relevante con trastornos depresivos infantiles, principalmente la depresión mayor y distimia, lo que sugiere que pudieran presentar alguna vulnerabilidad compartida, aunque esta evidencia no se encuentra con la misma frecuencia en otros trastornos de ansiedad como el trastorno de pánico. (Newman et al., 2016)

En estudios poblaciones se evidencia que el TAG rara vez ocurre aislada encontrándose otras comorbilidades relevantes como el trastorno bipolar (6.9%), esquizofrenia (2.9%), trastorno obsesivo-compulsivo (3.3%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad (1.3%), trastorno del espectro autista (0.2%), así como trastornos por consumo de alcohol (2.9%) y otras sustancias (3.4%), lo que pudiera complicar su detección y manejo clínico. (Chen et al., 2025) A esto se suma el incremento en el riesgo de suicidio, incluso tras ajustar por factores demográficos y comorbilidades. El riesgo aumenta de manera significativa si el TAG coexiste con depresión mayor, alcanzando hasta siete veces más riesgo de suicidio frente a individuos sin TAG. De manera similar, la comorbilidad con trastorno bipolar, esquizofrenia, consumo de alcohol y otras sustancias incrementa de manera sustancial la probabilidad de desenlaces fatales. (Chen et al., 2025)

2.5.7 Impacto y deterioro funcional

El TAG está relacionado con un deterioro y discapacidad significativa comparable al observado en pacientes con depresión mayor. Aproximadamente la mitad de los casos reporta un deterioro funcional grave en una o más áreas de la vida, lo cual dependerá también del país en el que viva el paciente: mientras que en China (17.3% en Shenzhen,

21.8% en Pekín/Shanghái) y México (28.7%) se observan porcentajes de deterioro funcional grave, los porcentajes aumentan en los Países Bajos (80.3%) y Rumania (82.3%). (Ruscio et al., 2017)

2.6 Neurobiología del trastorno de ansiedad generalizada

2.6.1 Circuito corticolímbico

Uno de los modelos neurobiológicos más aceptado sostiene que el TAG surge de una desregulación emocional dentro del circuito corticolímbico, donde la amígdala se encuentra hiperactiva y recibe un control insuficiente por parte de la corteza prefrontal y la corteza cingulada anterior. (Kim & Kim, 2021) Las regiones como la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal presentan una respuesta anormal que varía de hiperactivación a hipoactivación dependiendo de los estímulos emocionales en determinadas condiciones, especialmente en mujeres. Estas alteraciones reflejan deficiencias en la capacidad de regular eficazmente la reactividad emocional. (Maron & Nutt, 2017)

La corteza cingulada anterior presenta una hiperreactividad durante tareas que inducen la preocupación de manera directa, lo cual explicaría la manifestación de la preocupación patológica característica en el TAG. Paralelamente, la corteza prefrontal ventromedial y el hipocampo presentan una respuesta reducida ante señales de seguridad, lo que se asocia con la dificultad que presentan los pacientes para diferenciar entre estímulos seguros y amenazantes. Sin embargo, en ciertas condiciones en las que los estímulos ansiógenos actúan como distractores, la actividad del hipocampo puede estar aumentada. Asimismo, la corteza prefrontal dorsomedial y dorsolateral presentan una actividad disminuida durante tareas que requieren reevaluación cognitiva y control emocional. En contraste, en tareas que consisten únicamente en observar estímulos negativos pueden mostrar un aumento en la actividad de regiones prefrontales, lo que resalta cómo el tipo de tarea influye en los hallazgos. (Kim & Kim, 2021)

En el TAG se observa una elevada conciencia corporal y sensibilidad emocional lo cual estaría influenciado por la hipoactividad de la ínsula, cuando se pide reevaluar emociones negativas, como en su hiperactividad ante estímulos interoceptivos como los latidos del corazón o imágenes desagradables. (Kim & Kim, 2021)

La reactividad de estas regiones no solo tiene valor diagnóstico, sino también pronóstico. Algunos estudios sugieren que la actividad de la corteza cingulada anterior y la reactividad de la amígdala pueden predecir la respuesta clínica a antidepresivos como venlafaxina, mientras que la terapia cognitivo-conductual (TCC) se asocia con una normalización parcial de la activación en las regiones amigdalares y prefrontales. (Maron & Nutt, 2017)

2.6.2 Actividad inflamatoria asociada

Diversos estudios sugieren que el TAG se asocia con un aumento en los marcadores proinflamatorios y disminución en los antiinflamatorios, lo que indica la posible participación de mecanismos inmunológicos en su fisiopatología. Un metaanálisis encontró que los pacientes con TAG, sin otras condiciones inflamatorias y en comparación con controles, mostraron un incremento en los basófilos y células T, las cuales producen citoquinas proinflamatorias como TNF- α , IL-2, IL-17 e IFN- γ . En contraste, se encontró en estos pacientes niveles disminuidos de la citoquina antiinflamatoria IL-4. Sin embargo, es importante destacar que la mayoría de los estudios se han realizado en personas mayores con TAG de inicio tardío donde la inflamación pudiera estar relacionada con procesos relacionados con el envejecimiento. (Hole et al., 2025)

2.6.3 Hallazgos en neuroimagen

Varios estudios de neuroimagen estructural han mostrado que el TAG se asocia con un aumento del volumen de sustancia gris en la amígdala, especialmente en mujeres, lo cual

se relaciona con deterioro en la atención. También se han observado incrementos en la corteza prefrontal dorsomedial, en contraste con reducciones en la corteza prefrontal dorsolateral y orbitofrontal, cuya magnitud se correlaciona negativamente con la severidad clínica y la duración del padecimiento. Asimismo, se ha observado un mayor volumen del putamen, asociado con antecedentes de maltrato infantil, así como una disminución en los volúmenes hipocampales y de sustancia blanca en la cápsula interna y el mesencéfalo, los cuales están asociadas con disfunción de memoria de trabajo. (Maron & Nutt, 2017)

En población adolescente con TAG se ha encontrado mayor grosor cortical en regiones prefrontales y occipitales, lo que sugiere la existencia de trayectorias del neurodesarrollo propias del trastorno. (Maron & Nutt, 2017)

Estudios de resonancia magnética funcional (fMRI), donde se respalda el modelo de la desregulación emocional dentro del circuito corticolímbico, se ha encontrado a la hiperactivación de la amígdala frente a estímulos emocionales negativos como uno de los hallazgos más consistentes en adultos y población pediátrica. (Maron & Nutt, 2017)

La mayoría de los estudios que utilizan paradigmas de procesamiento emocional con caras/emoción reportan respuestas BOLD exageradas en la amígdala, tanto en niños como en adultos con TAG. La respuesta aumentada a caras temerosas (amenaza incierta) parece particularmente relevante para el fenotipo de TAG sensible a la incertidumbre, donde también se han encontrado estas respuestas ante caras neutras en algunos estudios. (Kim & Kim, 2021)

2.7 Abordaje terapéutico y pronóstico del trastorno de ansiedad generalizada

El objetivo del tratamiento para el TAG es disminuir los síntomas y recuperar la funcionalidad. Los tratamientos pueden incluir terapias psicológicas, terapia farmacológica o una combinación de ambas. (Slee et al., 2019)

El TAG presenta un curso crónico y persistente. En estudios longitudinales se reporta una tasa de recuperación a los 12 años de 37% y 58% sin tratamiento, y en quienes recibieron tratamiento, ya sea psicoterapéutico o farmacoterapia, se encuentran porcentajes entre 45% y 65%, presentando una mejoría significativa con respecto a sus síntomas. A pesar de esta respuesta clínica, pocos pacientes con TAG alcanzan la remisión completa, la cual es entendida como la ausencia de criterios diagnósticos, ausencia de deterioro funcional y/o puntuaciones por debajo de los umbrales clínicos en escalas validadas, encontrándose tasas de remisión de 51.4%, lo que evidencia que una proporción considerable continúan con síntomas residuales. En cuanto a las recaídas, un 16.4% de los pacientes tratados con antidepresivos presentaron una entre las 8 y 52 semanas de seguimiento de acuerdo un metaanálisis, donde se observó que el riesgo aumentó significativamente al suspender la medicación, con una tasa de recaída del 36.4% al pasar a placebo, equivalente a un odds ratio de 3.55.(Szuhany & Simon, 2022)

2.8 Tratamiento farmacológico

Una revisión sistemática con un metaanálisis en red publicada en 2019 que evaluó la eficacia y tolerancia de 22 fármacos para el tratamiento del TAG en adultos (se incluyeron 89 ensayos clínicos aleatorizados) encontró que la quetiapina, duloxetina, pregabalina, venlafaxina y escitalopram fueron los más eficaces. Aunque tomando en cuenta el perfil de seguridad se concluyó que los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN) se consolidan como tratamientos de primera línea. En el caso de la pregabalina y quetiapina

se debe considerar el riesgo de efectos adversos y tolerabilidad. Esta revisión también evidenció los fármacos que no mostraron diferencias significativas respecto a placebo: antidepresivos tricíclicos, la tiagabina, la vilazodona y la vortioxetina. (Slee et al., 2019)

2.8.1 Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)

Dentro de los ISRS, los cuales inhiben el transportador de serotonina aumentando la concentración extracelular de serotonina, la evidencia apoya la eficacia de citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y sertralina frente a placebo en la reducción de síntomas de ansiedad, siendo el escitalopram y la paroxetina los fármacos más estudiados. (Fagan & Baldwin, 2023) El escitalopram presenta una alta eficacia y buena tolerancia, además está aprobado por la FDA para el tratamiento del TAG en adultos y en población infantil desde los 7 años.(Landy et al., 2025) La paroxetina también presenta una eficacia comparable pero con altas tasas de abandono por peor tolerancia por su acción anticolinérgica y el síndrome de discontinuación. La sertralina y fluoxetina, a pesar de tener estudios con muestras pequeñas, también presentan buena eficacia y son bien tolerados. (Slee et al., 2019)

El perfil de seguridad de los ISRS es bueno y son relativamente seguros en sobredosis y no requieren la monitorización estricta de otros psicofármacos. Al inicio de las dos primeras semanas del tratamiento puede observarse un aumento transitorio de la ansiedad. Los efectos adversos más comunes son la sedación, la disfunción sexual, los síntomas gastrointestinales y el incremento del riesgo de sangrado. Tanto citalopram como escitalopram se han asociado a prolongación del intervalo QT dependiendo de la dosis. (Fagan & Baldwin, 2023)

2.8.2 Inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Los inhibidores de la recaptura de serotonina y noradrenalina, principalmente la venlafaxina y duloxetina, por su eficacia elevada y buena tolerabilidad se encuentran en la primera línea de tratamiento, así como los ISRS. (Slee et al., 2019) Además de compartir efectos adversos con los ISRS, la estimulación adrenérgica puede ocasionar sequedad de boca, sudoración, estreñimiento, retención urinaria y visión borrosa, y dependiendo de la dosis puede producir aumento en la presión arterial, principalmente con el uso de venlafaxina. Se sugiere suspender con precaución para evitar el síndrome de discontinuación por su vida media corta. (Fagan & Baldwin, 2023)

2.8.3 Azapironas

La buspirona es un agonista parcial del receptor 5-HT1A lo que le confiere propiedades ansiolíticas sin los riesgos de dependencia asociados a las benzodiacepinas. Se ha demostrado eficaz y con buena tolerabilidad en el tratamiento a corto plazo del TAG, aunque la evidencia sigue siendo limitada debido al bajo número de estudios (Slee et al., 2019) es utilizada con frecuencia en práctica clínica. Sin embargo, su vida media corta requiere dosis múltiples diarias y sus efectos adversos incluyen náusea, mareo y cefalea. (Fagan & Baldwin, 2023)

2.8.4 Gabapentinoides

La pregabalina presenta buena eficacia y tolerabilidad para el tratamiento del TAG. Este fármaco actúa en la unión a la subunidad $\alpha 2\delta$ de los canales de calcio dependientes de voltaje, por lo que puede provocar efectos adversos como somnolencia, mareo y aumento de peso, y en algunos casos presenta un potencial riesgo de abuso. (Fagan & Baldwin, 2023)

2.8.5 Benzodiacepinas

De manera histórica las benzodiacepinas fueron los primeros fármacos utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Su efecto ansiolítico, sedante e hipnótico inmediato se debe a que potencia la acción inhibitoria de GABA al aumentar la frecuencia de apertura del canal de cloro. Sin embargo, su uso en el tratamiento del TAG se ve limitado por el perfil de tolerabilidad (sedación, síndrome de abstinencia, deterioro cognitivo y psicomotor, interacciones potencialmente graves con alcohol u opioides) y el posible riesgo de abuso, por lo que se sugiere en periodos cortos de tratamiento y en casos seleccionados. (Slee et al., 2019)

2.8.6 Antipsicóticos

La quetiapina en su formulación de liberación prolongada ha mostrado la mayor eficacia en la reducción de los síntomas del TAG. Aunque su uso se ve restringido por los efectos adversos como sedación, mareo y aumento de peso, observados por ser antagonista de los receptores 5-HT2A, D2, H1 y α 1. La olanzapina que comparte un mecanismo de acción similar ha sido evaluada principalmente en estrategias de potenciación, pero la evidencia disponible es limitada y no respalda su uso como monoterapia.(Fagan & Baldwin, 2023; Slee et al., 2019)

2.8.7 Otras opciones de psicofármacos

La hidroxicina, un antagonista de los receptores H1 de la histamina y el receptor 5-HT2A, ha mostrado eficacia frente a placebo en estudios clínicos de corta duración para el tratamiento del TAG. El efecto adverso más frecuente es la somnolencia diurna, que tiende a atenuarse con el tiempo. (Fagan & Baldwin, 2023)

Los antidepresivos tricíclicos, además de inhibir los transportadores de serotonina y noradrenalina presentan actividad antagonista sobre los receptores adrenérgicos, histaminérgicos y muscarínicos, lo que incrementa el riesgo de efectos adversos: sedación, hipotensión ortostática, aumento de peso, toxicidad cardiovascular y riesgo significativo en sobredosis. La evidencia obtenida en el tratamiento de TAG con imipramina, maprotilina y opipramol es reducida y sin resultados consistentes que respalden su eficacia por lo que no se recomienda su uso. (Fagan & Baldwin, 2023)

El uso de la mirtazapina, antagonista de receptores α 2-adrenérgicos, 5-HT2, 5-HT3 y H1, en ensayos clínicos en el tratamiento para TAG son principalmente en población china, con evidencia limitada, lo que restringe la generalización de los estudios. (Slee et al., 2019)

Otros fármacos modulares de serotonina, como la vilazodona y la vortioxetina, no han demostrado eficacia significativa en el tratamiento de TAG. (Slee et al., 2019)

Se ha encontrado efecto ansiolítico en la agomelatina, debido a su mecanismo en el bloqueo de los receptores 5-HT2C y en la activación de los receptores de melatonina (MT1 y MT2) con relativa ausencia de efectos adversos. (Millan, 2022)

El posible efecto ansiolítico del bupropión, inhibidor de los transportadores de noradrenalina y dopamina, presenta evidencia limitada en el tratamiento del TAG, sus efectos adversos: insomnio, incremento de la ansiedad, hipertensión arterial y, a dosis altas, un mayor riesgo convulsivo, reducen su uso. (Fagan & Baldwin, 2023)

El inhibidor selectivo del transportador GABA-1, la tiagabina, ha sido evaluada en estudios controlados para el tratamiento del TAG los resultados no han demostrado eficacia clínica significativa. (Fagan & Baldwin, 2023)

2.8.8 Predictores de respuesta farmacológica

Aun con la evidencia disponible no se han logrado identificar los predictores de respuesta farmacológica en el TAG específicos, se tiene conocimiento de algunos hallazgos: la depresión subclínica se asocia con mejor respuesta a antidepresivos frente a benzodiacepinas, el neuroticismo se asocia con peor evolución debido a que está ligado con dificultades en la regulación emocional y el antecedente de abuso de sustancias se vincula con mayor respuesta al placebo. En cuanto a los estudios de genética, el polimorfismo 5-HT2A rs7997012 es un candidato prometedor. Y en neuroimagen, la actividad preservada del cíngulo anterior y la corteza prefrontal se relaciona con mejor pronóstico. (Ferreira-Garcia et al., 2017)

2.9 Tratamiento psicoterapéutico

2.9.1 Terapia cognitivo conductual

Dentro del tratamiento psicoterapéutico la primera línea y el estándar de oro para el TAG se encuentra la terapia cognitivo conductual (TCC). En metaanálisis recientes han demostrado que la TCC es superior al placebo farmacológico, placebo psicológico y tratamiento habitual, con tamaños de efecto moderados a grandes. Las tasas de remisión clínica alcanzan aproximadamente el 51% al finalizar el tratamiento y aumentan hasta un 65% en las evaluaciones posteriores, lo que sugiere que los beneficios se consolidan con el tiempo. Además, estos efectos se mantienen a largo plazo, con evidencia de eficacia sostenida hasta dos años después de la intervención. (Newman et al., 2022)

La TCC integra múltiples componentes como la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y técnicas conductuales (el autorregistro de respuestas ansiosas, el

entrenamiento en respiración y la relajación). Asimismo, se ha demostrado su efectividad en el abordaje de trastornos comórbidos de ansiedad y depresión. (Newman et al., 2022)

2.9.2 Otras psicoterapias

En estudios donde se buscan alternativas al TCC, se encontró que la terapia de aceptación y compromiso, la terapia dialéctico conductual y el mindfulness, terapias de tercera generación, muestran resultados comparables en la fase aguda, aunque menos estables en el tiempo, estos modelos de psicoterapia presentan buena aceptabilidad clínica y pueden ser útiles como alternativas. (Papola et al., 2024)

2.10 Búsqueda de nuevas estrategias farmacológicas

Los estudios clínicos sobre la suplementación con glutamina en humanos se han enfocado principalmente en la recuperación de deficiencia aguda y en la fatiga muscular posterior al ejercicio, lo cual resalta su papel en el metabolismo energético, así como sus efectos antioxidantes y antiinflamatorios. (Wernerman, 2008) Más allá de estos usos, las investigaciones recientes han explorado su posible beneficio en la esfera emocional y cognitiva. En modelos animales se encontró que la administración oral de L-glutamina aumenta la concentración de GABA tanto en el cuerpo estriado como en el líquido cefalorraquídeo y se observaron efectos antidepresivos y procognitivos. (Baek et al., 2024; Wang et al., 2007)

Todavía la evidencia clínica del uso de L-glutamina para el tratamiento del TAG es todavía limitada. El antecedente metodológicamente más sólido es un ensayo clínico doble ciego, aleatorizado, de grupos paralelos y controlado con placebo presentado en 2022 en la Reunión Anual de la Sociedad de la Psiquiatría Biológica. (Centeno & Ontiveros, 2022). En este estudio, 38 participantes con diagnóstico principal de TAG, con y sin tratamiento previo, fueron evaluados a lo largo de la intervención mediante las escalas HAMA, GAD-

7, CGI y MADRS. Se observaron mejorías clínicamente significativas en los grupos, aunque no se detectaron diferencias respecto al placebo, y no se reportó exacerbación de síntomas depresivos. La principal limitante metodológico del estudio fue el uso de creatina como placebo, sustancia con potencial actividad ansiolítica, lo que pudo haber enmascarado el efecto específico de la L-glutamina. Además, el tamaño de la muestra fue reducido, debido a las restricciones de la pandemia por COVID-19, disminuyó el poder estadístico del estudio y limitó la generalización de los hallazgos.(Centeno & Ontiveros, 2022)

2.11 Glutamina

2.11.1 Generalidades

La glutamina es el aminoácido más abundante del organismo humano y desempeña un papel central en el metabolismo, la homeostasis y la función inmunológica. La glutamina se encuentra como aminoácido neutro y no esencial, aunque en condiciones de estrés metabólico se vuelve condicionalmente esencial, además representa entre el 20% de los aminoácidos libres en plasma y hasta el 60% en tejidos como el músculo esquelético y el hígado, donde se concentra la mayor parte de su reserva corporal. Gracias a su estructura, que incluye dos grupos amino, tiene la capacidad de actuar como transportador de nitrógeno y amonio, siendo fundamental en la síntesis de proteínas, nucleótidos, antioxidantes y en el aporte de intermediarios al ciclo de Krebs. (Cruzat et al., 2018)

2.11.2 Fisiología en el sistema nervioso central

El ciclo glutamato/GABA-glutamina es relevante para mantener el equilibrio excitación–inhibición en el sistema nervioso central: el glutamato actúa como el principal

neurotransmisor excitatorio, mientras que el ácido γ -aminobutírico (GABA) media la señalización inhibitoria.(Andersen, 2025)

Dentro de los procesos de la síntesis, transferencia y metabolismo de la glutamina se involucran diferentes células y mecanismos. Los astrocitos sintetizan la glutamina a partir de glutamato y amoníaco mediante la enzima glutamina sintetasa, lo cual permite su almacenamiento y transporte en una forma no tóxica. La glutamina es liberada por los astrocitos por SNAT3/SNAT5 y captada por las neuronas por SNAT1 y SNAT2. Dentro de las neuronas, la glutamina se hidroliza y se convierte de nuevo en glutamina por la enzima glutaminasa activada por fosfato (PAG), que luego es empaquetado en los transportadores vesiculares de glutamato (VGLUTs) y se encuentra listo para la próxima neurotransmisión excitatoria. Este transporte es vital, ya que una transferencia insuficiente puede afectar la síntesis de glutamato y GABA, alterando el equilibrio excitatorio-inhibitorio. (Baek et al., 2024) Este proceso implica una elevada demanda energética, ya que en la corteza humana llega a representar hasta el 80% de la oxidación de la glucosa, lo que subraya su importancia en el acoplamiento entre la actividad neuronal y el metabolismo energético cerebral. (Newsholme et al., 2003)

2.11.3 Vía de administración

La glutamina puede administrarse como suplemento oral, parenteral o enteral, ya sea como aminoácido simple o en dipéptidos. (Roth, 2008) En estudios clínicos la glutamina ha demostrado ser segura en dosis de 10–30 g/día, con beneficios como mejoría del ánimo, aumento del CI en niños y reducción del deterioro cognitivo por alcohol. (Baek et al., 2024)

2.11.4 Efectos adversos e interacciones farmacológicas

No se han reportado efectos adversos significativos asociados a glutamina cuando esta se administra en dosis que van de los 7.5 g/día a 67.2 g/día. La administración de glutamina se ha estudiado en las siguientes condiciones clínicas sin que se asocie con efectos adversos: voluntarios sanos, cáncer de mama, cáncer metastásico, cáncer colorrectal, politraumatismo, traumatismo craneal, críticamente enfermos y postquirúrgico.(Roth, 2008) No se encuentran interacciones farmacológicas entre glutamina y los antidepresivos ISRS incluyendo el permitido en este estudio (escitalopram). (*Drug Interaction Report*, s. f.)

III. JUSTIFICACIÓN

El uso de L-glutamina en el TAG ha sido objeto de alguna investigación clínica, sin embargo, existen limitaciones metodológicas que afectan gravemente la interpretación de esta, por ejemplo, el hecho de contar con muestras reducidas y de haber utilizado en los grupos placebo compuestos con posible actividad ansiolítica que obstaculizan la determinación del efecto específico de esta sustancia. Actualmente no existe evidencia clínica sólida para la población mexicana que evalúe tal intervención con un diseño metodológico adecuado, por lo tanto, se considera necesario un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo que permita evaluar con mayor rigor la eficacia y seguridad de la L-glutamina como complemento del tratamiento con escitalopram. El propósito de este trabajo es contribuir al avance del conocimiento científico creando evidencia clínica local de una intervención novedosa, potencialmente útil y de escaso riesgo. El diseño de este trabajo tiene como propósito también solventar las limitaciones de los estudios analizados anteriormente y proporcionar un análisis más preciso del posible beneficio terapéutico de la L-glutamina.

Dado que el ensayo clínico del que se informa se encuentra en fase activa para el reclutamiento, se expone un informe parcial que da cuenta de la implementación del protocolo, las características clínicas preliminares de la muestra y el estado del estudio, siendo un estudio con una estructura de doble ciego. Este informe, por otro lado, se encuentra al servicio de la transparencia del proceso de investigación y del fortalecimiento de la investigación clínica en salud mental en nuestro país, sirviendo también como base para futuros análisis que permitirán evaluar con más claridad el papel de la L-glutamina en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

IV. HIPÓTESIS

Hipótesis nula (H0)

En pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, la administración oral de L-glutamina como coadyuvante al tratamiento con escitalopram no produce una mejoría clínica superior a la obtenida con placebo añadido al mismo tratamiento.

Hipótesis alterna (H1)

En pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, la administración oral de L-glutamina como coadyuvante al tratamiento con escitalopram es eficaz y segura, produciendo una mejoría clínica superior a la obtenida con placebo añadido al mismo tratamiento.

V. OBJETIVOS

5.1 Objetivo principal

Evaluar la eficacia de la administración oral de L-glutamina como coadyuvante al escitalopram en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada, en comparación con placebo añadido al escitalopram, mediante cambios en las escalas de ansiedad (HAMA, GAD-7, Beck de Ansiedad) y en la Escala de Impresión Clínica Global (CGI).

5.2 Objetivos específicos

1. Evaluar los efectos sobre síntomas depresivos

Determinar si la administración de L-glutamina como coadyuvante al escitalopram se asocia con cambios en síntomas depresivos medidos con la escala MADRS, en comparación con placebo.

2. Evaluar los cambios en el funcionamiento psicosocial

Analizar si los pacientes que reciben L-glutamina presentan mejoría en el funcionamiento psicosocial evaluado mediante las escalas EQ-5D y SDS, frente al grupo placebo.

3. Evaluar cambios en variables antropométricas

Describir si el tratamiento con L-glutamina se asocia con cambios en medidas antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera), en comparación con placebo.

4. Evaluar la respuesta clínica al tratamiento

Determinar la proporción de pacientes que alcanzan respuesta clínica (reducción $\geq 50\%$ del puntaje basal en HAMA y clasificación de “mucho mejor” o “moderadamente mejor” en la escala CGI-I).

5. Evaluar la remisión clínica

Determinar la proporción de pacientes que alcanzan remisión (puntaje ≤ 7 en la HAMA y calificación de “normal, no enfermo” o “dudosamente enfermo” en CGI-S).

6. Evaluar la seguridad durante la fase de tratamiento doble ciego

Identificar eventos adversos emergentes asociados al uso de L-glutamina como coadyuvante, mediante registro clínico, autorreporte y escalas de seguimiento (MADRS, HAMA, CGI).

7. Evaluar la seguridad posterior a la interrupción del tratamiento

Describir la presencia de síntomas o eventos adversos durante la fase de discontinuación, cuatro semanas después de suspender la intervención.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

6.1 Diseño del estudio

Se está llevando a cabo un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo, de grupos paralelos, con una duración total de 12 semanas de intervención y una visita de seguridad cuatro semanas después del retiro del tratamiento en investigación.

6.2 Aprobación ética y consentimiento informado

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” con clave de aprobación: PS23-00002.

Todos los participantes firmaron consentimiento informado antes de iniciar cualquier procedimiento. El formato completo se incluye en los Anexos.

6.3 Población de estudio

El presente estudio incluye población adulta con diagnóstico principal de trastorno de ansiedad generalizada (TAG) confirmado mediante los criterios del DSM-5-TR y de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). Todos los participantes son mayores de 18 años, de ambos sexos, y fueron reclutados en dos centros clínicos especializados en salud mental.

La población objetivo se compone de adultos que cumplen criterios diagnósticos establecidos por DSM-5-TR, corroborados mediante entrevista estructurada MINI.

Los participantes cumplen con una puntuación ≥ 20 en la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA), un puntaje ≥ 2 en los ítems de humor ansioso y tensión, y una calificación de al menos “moderadamente enfermo” en la Escala de Impresión Clínica Global de severidad (CGI-S). Asimismo, presentan un puntaje <20 en la escala de depresión MADRS. La inclusión se realizó únicamente después de que los participantes firmaran el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”.

6.4 Reclutamiento de participantes y sitio de muestreo

El reclutamiento se lleva a cabo de manera consecutiva desde febrero de 2022 en dos sedes:

- Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” UANL
- Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C. (INFOSAME).

Las evaluaciones clínicas y antropométricas se realizan en estas sedes, y la recolección de muestras sanguíneas (5 ml en ayuno) se realiza siguiendo procedimientos estandarizados.

6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Criterios de inclusión

- Edad ≥ 18 años
- Sexo indistinto
- Diagnóstico de TAG confirmado por DSM-5-TR y MINI
- TAG como problema psiquiátrico clínicamente prioritario

- Puntaje ≥ 20 en la Escala de Hamilton para Ansiedad y puntaje ≥ 2 en los ítems 1 (humor ansioso) y 2 (tensión)
- Puntaje ≥ 4 en la subescala de severidad de Escala de Impresión Global
- Sin tratamiento psicofarmacológico en las últimas cuatro semanas
- Uso de método anticonceptivo confiable o vida sexual inactiva

Criterios de exclusión

- Edad < 18 años
- Negativa a firmar consentimiento informado o no estar facultado para hacerlo
- Estar participando en otra investigación clínica al momento de la visita de cribado
- Antecedente de trastorno psiquiátrico del eje I listado en el DSM-5 (incluyendo trastorno de depresión mayor, trastorno bipolar, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, cualquier trastorno psicótico y de la personalidad), trastorno de pánico con y sin agorafobia. Se aceptan pacientes con otro trastorno de ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social) y trastorno de déficit de atención e hiperactividad
- Estar recibiendo tratamiento psicoterapéutico
- Riesgo suicida en la visita de valoración inicial
- Antecedente de abuso o dependencia de sustancias (alcohol, cannabis, drogas) en los últimos seis meses a la visita de valoración inicial
- Antecedente de cualquier enfermedad médica no controlada o relevante
- Antecedente de múltiples eventos adversos o alergias a fármacos, como L-glutamina, antidepresivos e inulina
- Estar embarazada, sospechar estar embarazada o planear embarazo durante la duración del estudio
- Estar lactando durante la duración del estudio
- No estar utilizando método anticonceptivo confiable

- Puntaje ≥ 20 puntos en la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg
- Probable no adherencia a la intervención o a no completar el seguimiento a juzgar por investigador participante
- Consumo de L-glutamina la mayor parte de los días del mes previo al día de la visita de valoración inicial
- Antecedente de haber ingerido algún psicofármaco no permitido en las cuatro semanas anteriores al día de la visita de valoración inicial

Criterios de eliminación

- Resultar embarazada durante la duración del estudio
- Mala adhesión al ensayo clínico o no completar el seguimiento
- Deterioro del estado clínico durante la realización del ensayo clínico
- Intolerancia a la dosis mínima de L-glutamina o escitalopram
- Suspensión por cualquier causa justificada por el juicio clínico del investigador

6.6 Cálculo del Tamaño de la Muestra

Se estimó una población elegible aproximada de 150 sujetos. Con un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada del 50% y un error máximo del 10%, se calculó un tamaño de muestra de 60 participantes mediante la fórmula para proporciones en poblaciones finitas. Dado que este estudio constituye una fase piloto, se aceptó un margen de error del 10%. La muestra, aunque en progreso, permitirá evaluar diferencias clínicas preliminares al final del reclutamiento.

6.7 Aleatorización y Enmascaramiento

La asignación aleatoria se realiza mediante bloques de tamaño 2, con razón 1:1 entre los grupos L-glutamina y placebo.

- Grupo experimental: L-glutamina + escitalopram
- Grupo control: placebo (inulina) + escitalopram

La secuencia se generó utilizando el software Randomisation.com (*Randomisation - The Definitive Platform for Research Randomization - Randomisation*, 2025) y solo es conocida por el personal administrativo del INFOSAME. Los investigadores responsables del reclutamiento no tienen acceso a la secuencia. Tras la inclusión de cada participante, el personal administrativo asigna el código correspondiente y entrega el tratamiento cegado para cada semana.

6.8 Reactivos, medicamentos y materiales empleados

- L-glutamina (BULK SUPPLEMENTS, presentación en polvo soluble)
- Inulina de agave utilizada como placebo (PREVENTY, presentación en polvo soluble con apariencia indistinguible de L-glutamina)
- Escitalopram 10 mg (Escitalopram tabletas 10 mg, Farmacias Benavides)
- Insumos para antropometría: báscula electrónica, cinta antropométrica

6.9 Instrumentos de Medición

Se utilizan los siguientes instrumentos:

- Evaluación Psiquiátrica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario UANL (Barquera & Alfonso, 2008)

- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (MINI) («A Spanish Validation Study of the Mini International Neuropsychiatric Interview», 1998)
- Escala de Impresión Clínica Global (CGI) (Berk et al., 2008)
- Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (Astudillo-García et al., 2022)
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS) (Lobo et al., 2002)
- Escala columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) (Posner et al., 2011)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (González et al., 2015)
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Beck et al., 1988)
- Escala de ansiedad de Hamilton (HAMA) (Lobo et al., 2002)
- Instrumento de evaluación de calidad de vida en cinco dimensiones (EQ-5D) (Szende et al., 2007)
- Inventario de discapacidad de Sheehan (SDS) (Leon et al., 1997)

Todas las escalas fueron aplicadas por personal clínico capacitado siguiendo los manuales técnicos y las versiones validadas en español.

6.10 Descripción de la Intervención

La L-glutamina se administra en forma de polvo soluble diluido en agua. El placebo utilizado consiste en inulina grado alimenticio, sustancia de características físicas similares y sin actividad psicotrópica conocida. Ambos tratamientos se administran por vía oral en el domicilio del participante.

Durante la fase doble ciego de 12 semanas, los participantes aleatorizados reciben L-glutamina o placebo a una dosis inicial de 5 g/día, con posibilidad de aumentar a 10 g/día

en la semana 2 y a 15 g/día en la semana 4, dependiendo de la tolerancia clínica y del juicio del clínico investigador.

Todos los participantes reciben escitalopram como tratamiento estándar 10 mg/día con posibilidad de aumentar a 20 mg/día en la semana 4 según criterio clínico.

En cada visita programada se aplican las escalas correspondientes y se realizan las mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera). Las evaluaciones se llevan a cabo en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la UANL o en el Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C (ubicado en Doctor Enrique Peña, No. 122, segundo piso, Col. Doctores).

6.10.1 Visita de primer contacto

Durante esta visita se explica detalladamente el estudio y se invita a los candidatos a participar. Quienes aceptan firman el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina y Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Posteriormente, se confirma el diagnóstico de TAG conforme a criterios del DSM-5TR (American Psychiatric Association, 2022) y mediante la entrevista MINI. Se verifica el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión utilizando la historia clínica y las escalas CGI, HAMA, MADRS, GAD-7, C-SSRS y los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. Los participantes reciben un diario de alimentos para una semana. Se solicitan estudios de laboratorio (biometría hemática, perfil bioquímico y en caso de ser mujer se realizará prueba de embarazo en orina), obtenidos mediante una muestra de sangre periférica de aproximadamente 5 mililitros en ayuno de 8 horas.

6.10.2 Visita de seguimiento semana 0

Se aplican las escalas MADRS, CGI, HAMA, GAD-7, C-SSRS, inventarios de depresión y ansiedad de Beck, EQ-5D y SDS. Tras revisar los estudios de laboratorio y confirmar elegibilidad, se inicia el tratamiento estándar con escitalopram 10 mg/día y L-glutamina o placebo a dosis de 5 g una vez al día en forma de polvo disuelto en líquido. En esta visita se obtienen las mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa, porcentaje de músculo, medidas de cintura y cadera) y se recoge el diario de alimentos

6.10.3 Visita de seguimiento semana 2

Se aplican las escalas MADRS, CGI, HAMA, GAD-7, C-SSRS, inventarios de depresión y ansiedad de Beck, EQ-5D y SDS. Se registran eventos adversos, se recoge el diario de alimentos y se realizan mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera). En esta visita el clínico investigador valora el aumento de L-glutamina o placebo a 10 g/día. Se entrega tratamiento cegado y un nuevo diario de alimentos.

6.10.4 Visita de seguimiento semana 4

Se aplican las escalas MADRS, CGI, HAMA, GAD-7, C-SSRS, inventarios de depresión y ansiedad de Beck, EQ-5D y SDS. Se registran eventos adversos, se recoge el diario de alimentos y se realizan mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera). En esta visita el clínico investigador evalúa el aumento de la dosis del escitalopram a dosis de 20 mg por día y de L-glutamina a 15 g/día. Se entrega tratamiento cegado y un nuevo diario de alimentos.

6.10.5 Visita de seguimiento semana 8

Se aplican las escalas MADRS, CGI, HAMA, GAD-7, C-SSRS, inventarios de depresión y ansiedad de Beck, EQ-5D y SDS. Se registran eventos adversos, se recoge el diario de alimentos y se realizan mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera). Se entrega tratamiento cegado y un nuevo diario de alimentos.

6.10.6 Visita de seguimiento semana 12

Se aplican las escalas MADRS, CGI, HAMA, GAD-7, C-SSRS, inventarios de depresión y ansiedad de Beck, EQ-5D y SDS. Se registran eventos adversos, se recoge el diario de alimentos y se realizan mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera). Se entrega un nuevo diario de alimentos.

A partir de esta visita se suspende L-glutamina/placebo. El tratamiento con escitalopram continúa si el clínico lo considera pertinente.

6.10.7 Visita de seguridad semana 16

Cuatro semanas después de terminar la fase de intervención doble ciego se realiza una visita de seguridad para evaluar estabilidad clínica, posibles síntomas de discontinuación y eventos adversos.

Se aplican las escalas MADRS, CGI, HAMA, GAD-7, C-SSRS, inventarios de depresión y ansiedad de Beck, EQ-5D y SDS. Se registran eventos adversos, se recoge el diario de alimentos y se realizan mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera).

6.11 Reporte de eventos adversos

Todos los eventos adversos son registrados de manera sistemática, documentando fecha de inicio, intensidad, duración y la posible relación con la intervención de estudio. Los eventos adversos graves se reportan de forma inmediata al Comité de Ética del Hospital Universitario conforme a la normativa vigente. Los participantes tienen acceso a llamadas telefónicas con los investigadores para cualquier duda o efecto adverso.

Hasta la fecha del presente informe no se han registrado eventos adversos graves en ninguno de los participantes. La L-glutamina ha mostrado un perfil de seguridad amplio en estudios con personas sanas y en poblaciones médicas, utilizándose en dosis de hasta 30 g/día sin efectos adversos significativos. En atletas se ha descrito incrementos en masa muscular, atribuibles a su papel en el metabolismo proteico, sin incrementos proporcionales en el porcentaje de grasa corporal. (Davani-Davari et al., 2019) En cuanto al tratamiento estándar, el escitalopram puede producir efectos adversos esperados como náusea, somnolencia, insomnio, inquietud, diarrea y disfunción sexual, los cuales son monitoreados en cada visita clínica. (M. B. Stein & Sareen, 2015) La inulina, sustancia que utilizaremos como placebo, se utiliza comúnmente como prebiótico, a dosis altas puede presentar molestias gastrointestinales al aumentar las flatulencias y la presión osmótica. (Popoola-Akinola et al., 2022; Shoaib et al., 2016)

6.12 Métodos Estadísticos

El análisis estadístico se realizará utilizando el programa IBM SPSS Statistics, versión 25 o superior (*IBM SPSS Software*, s. f.) Inicialmente se llevará a cabo un análisis descriptivo de las características sociodemográficas, clínicas y antropométricas de la muestra. Para las variables cuantitativas se emplearán medidas de tendencia central (media) y de

dispersión (desviación estándar). Para las variables categóricas se utilizarán frecuencias absolutas y relativas.

La distribución de las variables cuantitativas será evaluada mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk, con el propósito de determinar la normalidad de los datos. Posteriormente, las pruebas de hipótesis se seleccionarán con base en el tipo de variable y en la distribución observada.

Para las comparaciones intragrupo (cambios entre línea basal y semanas subsecuentes) se utilizarán t de Student pareada en variables con distribución normal y prueba de Wilcoxon para distribuciones no normales. Para las comparaciones intergrupo (L-glutamina vs. placebo) se emplearán t de Student independiente para variables con distribución normal y U de Mann-Whitney para variables sin distribución normal. Las variables categóricas se analizarán mediante Ji-cuadrada de Pearson o Prueba exacta de Fisher cuando exista una frecuencia esperada <5 en alguna celda de tablas de contingencia 2×2 .

Para el análisis longitudinal de las variables clínicas medidas en múltiples visitas (semanas 0, 2, 4, 8 y 12), se utilizará un ANOVA de medidas repetidas, con el objetivo de determinar diferencias intrasujeto a lo largo del tiempo y diferencias intergrupo en la trayectoria de cambio. En caso de violación del supuesto de esfericidad, se aplicarán las correcciones de Greenhouse-Geisser o Huynh-Feldt.

El análisis principal se realizará bajo el enfoque intention-to-treat (ITT), incluyendo a todos los participantes aleatorizados con al menos una medición posterior al inicio del tratamiento. El análisis por protocolo se realizará para fines exploratorios una vez completado el reclutamiento total.

El nivel de significancia estadística se establecerá en $p < 0.05$ para todas las pruebas. Los resultados del presente trabajo corresponden únicamente a los análisis descriptivos

preliminares, ya que el ensayo clínico aún se encuentra en fase activa de reclutamiento y el enmascaramiento permanece cerrado.

6.13 Aspectos éticos y confidencialidad

La participación, así como las visitas, intervenciones y procedimientos se realizan sin ningún costo para los participantes. El consentimiento informado es obtenido por uno de los investigadores del estudio y previo a cualquier procedimiento se asegura que el paciente pueda comprender los beneficios y riesgos de su participación, así como resolver dudas con respecto al proyecto de investigación. Al momento de aceptar participar, el paciente firma junto con dos testigos y se otorga una copia del consentimiento informado. El formato completo se incluye en los Anexos.

Para preservar la confidencialidad de los participantes, sólo los investigadores tienen acceso a esta información. Cada participante tiene asignado un número de identificación supliendo su nombre para salvaguardar su privacidad dentro de la base de datos, además el nombre de los participantes no aparecerá en ninguno de los reportes de investigación o publicaciones que lleguen a realizarse. Durante mínimo 5 años posteriores a la terminación del estudio se almacenará la información obtenida durante la misma.

VII. RESULTADOS PRELIMINARES

Este capítulo recoge los resultados preliminares tal y como se presentan a la fecha de la interrupción del estudio. Considerando que el ensayo clínico se encuentra en fase de reclutamiento activa y el doble ciego del ensayo no ha sido revelado, se presenta un análisis descriptivo de los resultados sin comparación inferencial de los resultados entre los grupos de tratamiento.

7.1 Flujo de participantes

Hasta el corte, la distribución de participantes desde la evaluación inicial hasta el seguimiento se resume en la **Tabla 1**. Se evaluó a un total de 27 personas para comprobar si cumplían los criterios de inclusión. De las cuales, 7 fueron excluidas (5 participantes que no firmaron el consentimiento informado o declinaron participar y 2 casos de *screen failure* a causa de no cumplir los criterios diagnósticos o de severidad que se especifican en el protocolo). En total, 20 participantes fueron aleatorizados y recibieron al menos una dosis de la intervención o del placebo. En el momento del corte: 8 participantes completaron la totalidad del protocolo, incluyendo la visita de seguridad; 2 participantes se encontraban en seguimiento activo con la última visita registrada en semana 8 o semana 12, y 10 participantes abandonaron el estudio en distintas etapas: semana 0 (n=2), semana 2 (n=4), semana 4 (n=1), semana 8 (n=2) y semana 12 (n=1).

Tabla 1. Distribución de participantes desde evaluación inicial hasta seguimiento

Etapa	n
Evaluados para elegibilidad	27
Excluidos totales	7
- Declinaron participar	5
- <i>Screen failure</i> (no cumple criterios)	2
Aleatorizados	20
Completaron protocolo (incluye visita de seguridad)	8
En seguimiento activo	2
Abandonos totales	10
- Abandono en semana 0	2
- Abandono en semana 2	4
- Abandono en semana 4	1
- Abandono en semana 8	2
- Abandono en semana 12	1

7.2 Características sociodemográficas y clínicas basales

La muestra preliminar aleatorizada estuvo conformada por 20 participantes prevalentes del sexo femenino (65% mujeres, n=13; 35% hombres, n=7). La edad promedio fue de 29.3 ± 9.1 años (rango: 18–57). Acerca del estado civil, la mayoría de los individuos se encontraban solteros (65%, n=13), seguidos de los casados (20%, n=4), los divorciados (10%, n=2) y, por último, los separados (5%, n=1). La educación más predominante fue la universitaria, encontrándose 5 personas con titulación universitaria y 5 con estudios universitarios no finalizados; así también registramos 3 personas de educación media superior, 3 de educación secundaria, 2 con postgrado y 2 sin dato especificado. En cuanto a la religión, la mayoría de los participantes se identificaron como católicos (50%), seguido de aquellos que refirieron no profesar ninguna religión (40%). Una minoría se identificó como cristianos protestantes (5%) y Testigos de Jehová (5%). Las características sociodemográficas de los participantes aleatorizados se resumen en la

Tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los participantes aleatorizados	
Edad (años), media ± DE	29.3 ± 9.1
Sexo	
Femenino	13
Masculino	7
Escolaridad	
Título universitario	5
Estudios universitarios no terminados	5
Educación media superior	3
Secundaria	3
Posgrado	2
Estado civil	
Soltero	13
Casado	4
Divorciado	2
Separado	1
Religión	
Católica	10
Cristiana	1
Testigo de Jehová	1
Ninguna/no religiosa	8

7.3 Puntajes basales de las escalas clínicas

Al inicio del estudio (semana 0), los participantes presentaron niveles de ansiedad y síntomas afectivos compatibles con los criterios de inclusión establecidos. El puntaje basal promedio en la escala HAMA fue de 28.8 ± 12.1 , lo cual corresponde a ansiedad de moderada a grave. De manera consistente, el GAD-7 mostró un puntaje medio de 11.1 ± 6.0 , indicativo de ansiedad clínica significativa. En cuanto a las medidas de síntomas depresivos, los puntajes basales se mantuvieron dentro del rango leve a moderado. El MADRS mostró un promedio de 11.3 ± 4.0 , mientras que el BDI-II presentó un puntaje inicial de 19.0 ± 11.2 , sin indicios de depresión severa en esta etapa. Por su parte, el BAI mostró una media de 23.3 ± 14.6 , reflejando síntomas ansiosos fisiológicos en intensidad leve a moderada. La impresión clínica global de severidad (CGI-S), evaluada por el clínico, mostró un promedio basal de 4.15 ± 1.46 , correspondiente a un nivel de enfermedad “moderadamente enfermo”, congruente con los puntajes obtenidos en las

demás escalas. Los puntajes basales completos de cada instrumento se encuentran detallados en las respectivas tablas del capítulo.

7.4 Evolución de los síntomas de ansiedad

7.4.1 Escala de ansiedad de Hamilton (HAMA)

A lo largo del periodo de intervención, los puntajes de la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA) mostraron una disminución progresiva con respecto a la línea basal. El puntaje inicial promedio fue de 28.8 puntos ($n = 19$), reflejando ansiedad moderada a grave. Para la semana 2, el promedio disminuyó a 18.4 ($n = 17$), lo cual representa una reducción clínica relevante durante las primeras semanas de tratamiento. En la semana 4, el promedio de HAMA se ubicó en 16.7 ($n = 14$), manteniendo la tendencia a la baja. Para las semanas 8 y 12, los puntajes se estabilizaron en valores promedio de 19.1 ($n = 13$) y 14.9 ($n = 10$), respectivamente. Este patrón sugiere una mejoría sostenida en los participantes que completaron las visitas tardías del seguimiento.

Tabla 3. Puntajes de la escala HAMA a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media ± DE
Semana 0	19	28.8 ± 12.1
Semana 2	17	18.4 ± 13.4
Semana 4	14	16.7 ± 9.4
Semana 8	13	19.1 ± 11.7
Semana 12	10	14.9 ± 10.8

Aunque el presente análisis no permite comparar grupos debido al doble ciego aún activo, la reducción observada en los puntajes de HAMA es consistente con la mejoría clínica referida por los participantes y evaluadores. La **Figura 1** muestra de manera gráfica la evolución de la ansiedad global durante el estudio.

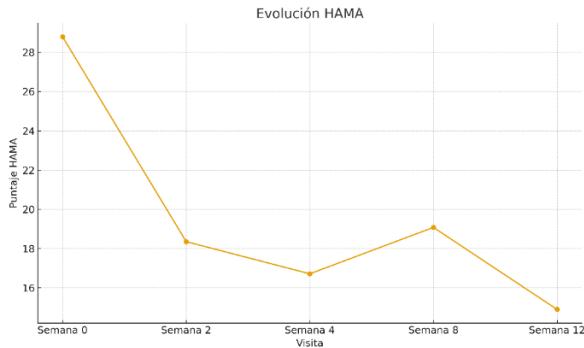


Figura 1 Evolución de los puntajes de HAMA (Escala de ansiedad de Hamilton) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.4.2 Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Los puntajes del GAD-7, que evalúa la severidad de los síntomas de ansiedad generalizada, mostraron una reducción marcada durante las primeras semanas del estudio. El puntaje basal promedio fue de 11.1 puntos ($n = 20$), indicativo de ansiedad moderada. Para la semana 2, el promedio descendió a 5.2 ($n = 18$), lo que representa una disminución significativa de los síntomas ansiosos cognitivos. En las semanas subsecuentes, los puntajes se mantuvieron dentro del rango de ansiedad leve. Para la semana 4, el GAD-7 mostró un promedio de 6.9 ($n = 14$), mientras que en las semanas 8 y 12 los valores fueron de 6.8 ($n = 13$) y 4.7 ($n = 10$) respectivamente. Esta evolución sugiere que los participantes que asistieron a las visitas tardías continuaron mostrando mejoría clínica conforme avanzó el tratamiento. En la **Tabla 4** se describen las medias que se encontraron en las visitas de seguimiento.

Tabla 4. Puntajes de la escala GAD-7 a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media ± DE
Semana 0	20	11.1 ± 6.0
Semana 2	18	5.2 ± 5.1
Semana 4	14	6.9 ± 3.1
Semana 8	13	6.8 ± 5.1
Semana 12	10	4.7 ± 3.3

En general, como se observa en la **Figura 2** los participantes mostraron una tendencia a la disminución de los síntomas de ansiedad respecto a la línea basal.

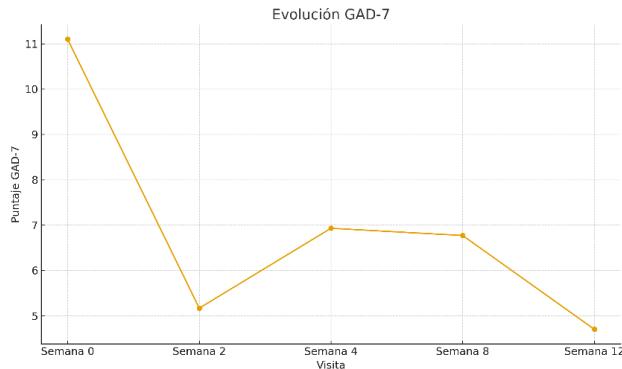


Figura 2 Evolución de los puntajes de GAD-7 (Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.4.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

La evolución de los síntomas ansiosos fisiológicos evaluados mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) mostró una reducción importante durante las primeras semanas, seguida de estabilidad relativa en las visitas posteriores. El puntaje basal promedio fue de 23.3 puntos ($n = 20$). Para la semana 2, el promedio disminuyó a 12.5 ($n = 18$), lo que representa una reducción significativa de la sintomatología somática asociada a la ansiedad. En la semana 4, los puntajes se situaron en 14.6 ($n = 14$), mientras que en la semana 8 se observó un valor medio de 14.8 ($n = 13$). Para la semana 12, el puntaje promedio descendió nuevamente a 11.9 ($n = 10$). En conjunto, estos resultados reflejan una mejoría sostenida en los síntomas fisiológicos de ansiedad en los participantes que completaron las visitas tardías. La evolución detallada de BAI se presenta en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Puntajes de la escala BAI a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media ± DE
Semana 0	20	23.3 ± 14.6
Semana 2	18	12.5 ± 10.5
Semana 4	14	14.6 ± 8.8
Semana 8	13	14.8 ± 11.4
Semana 12	10	11.9 ± 8.5

Como se muestra en la **Figura 3**, los puntajes muestran una disminución clínicamente relevante respecto al basal, con valores más bajos en las semanas 2 y 12.

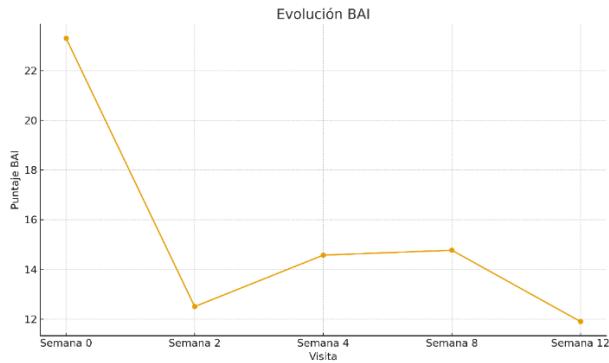


Figura 3 Evolución de los puntajes de BAI (Inventario de ansiedad de Beck) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.5 Evolución de los síntomas de depresión

Los síntomas afectivos fueron evaluados mediante dos instrumentos complementarios: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS). En ambos casos, los puntajes basales reflejaron niveles leves a moderados de sintomatología depresiva, consistentes con los criterios de inclusión del estudio.

7.5.1 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

Para el BDI-II, el puntaje basal promedio fue de 19.0 puntos ($n = 20$). En la semana 2, la media se redujo a 12.4 ($n = 18$), indicando una mejoría temprana. En las semanas 4 y 8, los puntajes fueron de 13.1 ($n = 14$) y 15.2 ($n = 13$), respectivamente, mientras que en la semana 12 se registró una media de 14.7 ($n = 10$). Aunque se observa cierta variabilidad entre visitas como se observa en la **Tabla 6** y **Figura 4**, no se han identificado incrementos clínicamente relevantes que sugieran empeoramiento del estado afectivo.

Tabla 6. Puntajes de la escala BDI-II a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media ± DE
Semana 0	20	19.0 ± 11.2
Semana 2	18	12.4 ± 10.4
Semana 4	14	13.1 ± 9.7
Semana 8	13	15.2 ± 10.8
Semana 12	10	14.7 ± 11.2

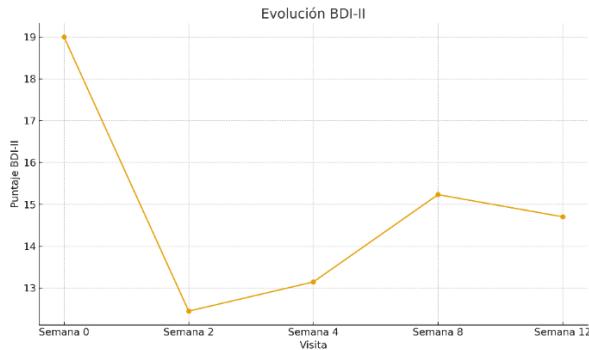


Figura 4 Evolución de los puntajes de BDI-II (Inventario de depresión de Beck) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.5.2 Escala de depresión de Montgomery-Asberg (MADRS)

En cuanto al MADRS, el puntaje inicial fue de 11.3 ± 4.0 ($n = 20$). Durante las semanas 2, 4, 8 y 12, los promedios fueron de 7.2 ($n = 18$), 8.2 ($n = 14$), 10.0 ($n = 13$) y 7.5 ($n = 10$) respectivamente, como se observa en la **Tabla 7**.

Tabla 7. Puntajes de la escala MADRS a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media \pm DE
Semana 0	20	11.3 ± 4.0
Semana 2	18	7.2 ± 5.8
Semana 4	14	8.2 ± 4.6
Semana 8	13	10.0 ± 7.8
Semana 12	10	7.5 ± 6.3

Estos valores se mantuvieron dentro del rango leve y no mostraron señales de exacerbación depresiva, lo cual es relevante desde la perspectiva de seguridad farmacológica. La **Figura 5** ilustra la evolución de los puntajes de MADRS.

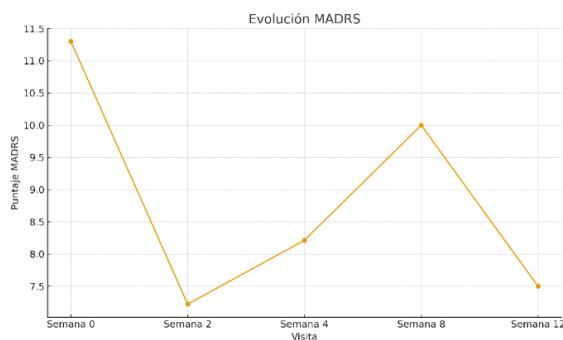


Figura 5 Evolución de los puntajes de MADRS (Escala de depresión de Montgomery-Asberg) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.6 Impresión Clínica Global

7.6.1 Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S)

La Impresión Clínica Global de Severidad (CGI-S) mostró una tendencia a la disminución gradual de la severidad percibida del trastorno. El puntaje basal promedio fue de 4.15 ± 1.46 ($n = 20$), correspondiente al rango de “moderadamente enfermo”. En las semanas 2, 4, 8 y 12 los promedios fueron de 3.17 ($n = 18$), 3.21 ($n = 14$), 2.92 ($n = 12$) y 2.90 ($n = 10$), respectivamente, lo cual sugiere una mejora sostenida en la impresión clínica del evaluador, observado en la **Tabla 8** y **Figura 6**, donde se muestra la evolución de los puntajes de CGI-S.

Tabla 8. Puntajes de la escala CGI-S a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media \pm DE
Semana 0	20	4.15 ± 1.46
Semana 2	18	3.17 ± 1.15
Semana 4	14	3.21 ± 0.80
Semana 8	12	2.92 ± 0.90
Semana 12	10	2.90 ± 1.20

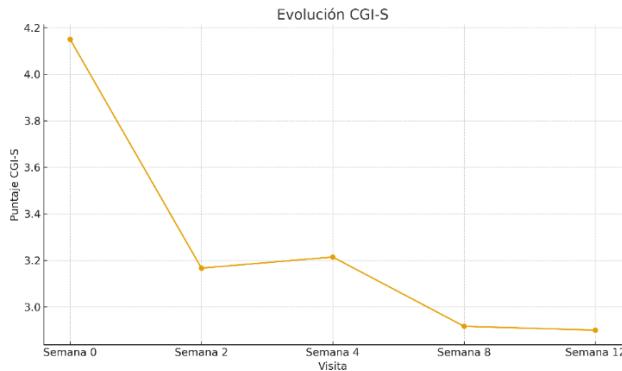


Figura 6 Evolución de los puntajes de CGI-S (Impresión Clínica Global-Severidad) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.6.2 Impresión Clínica Global de Mejoría (CGI-I)

La Impresión Clínica Global de Mejoría (CGI-I), evaluada a partir de la semana 2, mostró un puntaje promedio de 2.11 ($n = 18$), correspondiente a la categoría “mucho mejor”. Las

semanas 4, 8 y 12 presentaron puntajes medios de 1.64 (n = 14), 1.67 (n = 12) y 1.70 (n = 10), los cuales se sitúan dentro del rango de mejoría clínicamente significativa. Los puntajes de CGI-I están resumidos en la **Tabla 9**.

Tabla 9. Puntajes de la escala CGI-I a lo largo del seguimiento

Visita	n	Media ± DE
Semana 0	18	0.72 ± 1.53
Semana 2	18	2.11 ± 1.18
Semana 4	14	1.64 ± 0.63
Semana 8	12	1.67 ± 1.15
Semana 12	10	1.70 ± 1.64

Estos resultados reflejan una percepción consistente de mejoría global por parte de los clínicos a lo largo del seguimiento del estudio, observado en la **Figura 7**.

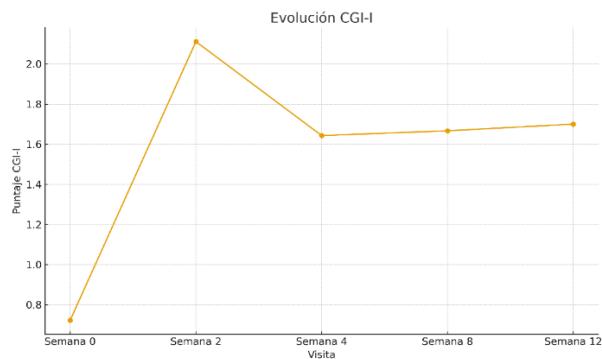


Figura 7 Evolución de los puntajes de CGI-I (Impresión Clínica Global-Mejoría) desde la semana 0 hasta la semana 12

7.7 Medidas antropométricas y seguridad clínica

Las mediciones antropométricas (peso, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa corporal, masa muscular, así como circunferencias de cintura y cadera) fueron registradas en cada una de las visitas de seguimiento. En este análisis preliminar, no se observaron cambios clínicamente relevantes en ninguna de estas variables a lo largo de las 12 semanas de intervención. Las variaciones individuales permanecieron dentro de rangos esperados y no mostraron un patrón consistente atribuible a la intervención.

Desde el punto de vista de seguridad clínica, no se registraron eventos adversos graves durante el periodo de seguimiento. Los eventos adversos reportados fueron leves y transitorios, consistentes principalmente con los efectos conocidos del escitalopram (náusea, somnolencia, inquietud o insomnio) o con molestias gastrointestinales asociadas al placebo (inulina). Ninguno de estos eventos requirió suspensión del tratamiento o atención médica de urgencia.

Las escalas EQ-5D y SDS forman parte del protocolo original, sin embargo, no se incluyen en este análisis preliminar debido a que los registros en la base de datos no se encontraban completos al momento del corte. Su análisis será incorporado en el reporte final del estudio.

En términos de salud mental, evaluada mediante el MADRS y el C-SSRS, no se identificó empeoramiento depresivo, ideación suicida nueva, ni incremento significativo de sintomatología afectiva en los participantes que completaron las visitas. Los puntajes de MADRS se mantuvieron dentro del rango leve durante todo el seguimiento, lo que respalda el adecuado perfil de seguridad emocional de la intervención. En conjunto, los hallazgos preliminares indican que tanto la L-glutamina como el placebo fueron bien tolerados, sin efectos adversos graves ni cambios antropométricos de relevancia clínica durante el periodo evaluado.

VIII. DISCUSIÓN

En este estudio donde se está evaluando la evolución clínica de participantes con TAG tratados con escitalopram y asignados a L-glutamina o placebo, manteniendo el doble ciego, los resultados preliminares muestran una mejoría clínicamente relevante en los síntomas ansiosos y afectivos, así como un buen perfil de seguridad, lo cual es consistente con la literatura previa y aporta evidencia valiosa en un campo donde existe escasez de estudios clínicos rigurosos sobre L-glutamina.

8.1 Interpretación clínica de los hallazgos

Los resultados muestran una reducción importante de los síntomas de ansiedad en todas las escalas aplicadas (HAMA, GAD-7 y BAI). La disminución temprana observada entre las semanas 0 y 2 es congruente con reportes previos de respuesta inicial al tratamiento con ISRS en TAG, aunque la magnitud de dicha reducción también podría sugerir un posible efecto adicional de la intervención coadyuvante, efecto placebo o ambos. La mejoría sostenida en las visitas tardías, aunque con fluctuaciones atribuibles al menor número de participantes en seguimiento, refuerza la idea de que el tratamiento combinado, independientemente de la asignación final, mantiene un patrón de respuesta clínicamente favorable. La evolución de los puntajes de síntomas depresivos (BDI-II y MADRS) mostraron ausencia de empeoramiento, lo cual es particularmente relevante al considerar que la L-glutamina participa en el ciclo glutamato/GABA-glutamina. El mantenimiento de los puntajes en rangos leves sugiere que la intervención no induce efectos depresógenos ni interfiere negativamente con el tratamiento ansiolítico estándar. Las escalas de impresión clínica (CGI-S y CGI-I) confirmaron esta tendencia donde se refleja una percepción global de mejoría por parte de los clínicos, incluso en un análisis ciego. Este hallazgo aporta peso clínico a la evolución numérica de las escalas psicométricas.

8.2 Comparación con estudios previos

La evidencia sobre L-glutamina en TAG es escasa, se encontró que el antecedente más cercano, el estudio presentado por el Dr. Centeno y colaboradores (Centeno & Ontiveros, 2022), mostró mejoría tanto en el grupo de glutamina como en el grupo placebo, aunque sin diferencias significativas entre ellos. Una limitación crucial de ese estudio radicó en que el placebo empleado fue creatina, una sustancia con potenciales efectos ansiolíticos, lo cual dificultó interpretar el efecto específico de la glutamina. Por lo que el presente estudio fue diseñado explícitamente para corregir esa limitación, utilizando inulina como placebo, sustancia sin actividad psicotrópica conocida. Además, el diseño metodológico donde se tiene el seguimiento de 12 semanas y la visita de seguridad a la semana 16 representan mejoras sustanciales en la calidad del ensayo. Los resultados preliminares coinciden con la información preclínica que indica que la suplementación con L-glutamina puede tener efectos en la neurotransmisión GABAérgica y en la modulación de la inflamación, mecanismos potencialmente implicados en la fisiopatología de los trastornos de ansiedad.(Andersen, 2025) Estudios en animales han demostrado aumento de GABA cerebral y reducción de conductas ansiosas tras la administración de glutamina, lo que resulta congruente con el patrón clínico observado en este análisis. (Baek et al., 2024; Wang et al., 2007) Sin embargo, la mejoría clínica observada en este corte preliminar también es coherente con las tasas de respuesta conocidas del escitalopram y con el potencial efecto placebo, lo que resalta la importancia de mantener cautela hasta realizar el análisis por grupos.

La hipótesis planteada en este estudio propone que la L-glutamina como coadyuvante sería superior al placebo en la reducción de síntomas ansiosos sin incrementar efectos adversos. Debido a que el doble ciego permanece activo y no se han comparado los grupos, no es posible confirmar ni refutar la hipótesis en esta etapa. Aun así, la muestra total muestra una mejoría clínica significativa, no se observaron eventos adversos graves ni hubo empeoramiento del estado de ánimo, el perfil de seguridad fue adecuado y el patrón de mejoría es compatible tanto con un posible efecto ansiolítico de la glutamina como con evolución esperada de un ISRS. Por lo tanto, los resultados preliminares son congruentes

con la hipótesis, pero no permiten validarla aún hasta que se complete la cantidad de participantes esperados para la muestra total.

8.3 Fortalezas y aportaciones del estudio

Este ensayo representa un avance metodológico notable respecto a estudios anteriores porque usa placebo inerte, lo cual corrige limitación crítica en investigaciones previas, es un diseño aleatorizado, doble ciego y controlado, con visitas sistemáticas donde se utilizan múltiples escalas validadas que permiten evaluar ansiedad, depresión, ideación suicida, funcionamiento e impresión clínica, además que se integran mediciones antropométricas como parámetros de seguridad. Estas características otorgan robustez al ensayo y aumentan la posibilidad de detectar efectos específicos de la L-glutamina, si estos existen.

8.4 Limitaciones del análisis preliminar

Este análisis debe interpretarse considerando varias limitaciones: el tamaño muestral aún reducido ($n = 20$ aleatorizados) y el descenso en el número de participantes hacia las semanas finales, así como, el doble ciego impide comparaciones entre grupos y no se analizan aún escalas de calidad de vida (EQ-5D) ni de funcionamiento (SDS) por falta de registros completos y se encuentran posibles efectos placebo, los cuales son comunes en ensayos de ansiedad. A pesar de estas limitaciones, el estudio muestra buena factibilidad, adherencia aceptable y seguridad adecuada.

8.5 Implicaciones y perspectivas futuras

Una vez completado el reclutamiento y abierto el doble ciego, será posible determinar si la L-glutamina ofrece un beneficio clínico adicional sobre el placebo, evaluar la magnitud real del efecto ansiolítico, realizar análisis inferenciales (ANOVA de medidas repetidas, modelos mixtos), incorporar calidad de vida (EQ-5D) y funcionamiento (SDS) como desenlaces secundarios y valorar subgrupos clínicos o patrones de respuesta diferenciados.

De confirmarse un efecto beneficioso de la L-glutamina, este estudio podría sentar bases para el desarrollo de estrategias farmacológicas innovadoras dirigidas al eje glutamato/GABA en TAG, un campo con necesidad urgente de nuevas alternativas terapéuticas.

IX. CONCLUSIONES

El análisis preliminar del presente ensayo clínico aleatorizado, doble ciego y controlado con placebo muestra que la intervención es factible, segura y bien tolerada. Hasta el corte actual no se han producido eventos adversos graves y los efectos secundarios observados han sido menores y consistentes con el uso de escitalopram o del placebo, sin que exista evidencia de la existencia de riesgos clínicos asociados a la L-glutamina. Los participantes presentan una mejora muy significativa de los síntomas de ansiedad, evidenciada por los descensos observados en las escalas HAMA, GAD-7 y BAI a lo largo de las semanas de seguimiento. Si bien el ciego doble no puede atribuir tales cambios atribuibles a la L-glutamina y al placebo, si el patrón de mejoría general apoya la estabilidad del protocolo y la conveniencia de continuar la inclusión de participantes. No se observó exacerbación de los síntomas depresivos, lo que nos indicaría que la administración de L-glutamina, al menos en los individuos incluidos hasta ahora, no incrementa el riesgo de depresión ni los síntomas afectivos. La impresión clínica global indicó mejoría significativa en la severidad y el funcionamiento general de los participantes, acorde con los cambios observados en las escalas psicométricas. No se identificó exacerbación del estado de ánimo, ideación suicida nueva ni cambios antropométricos clínicamente relevantes, lo que respalda el adecuado perfil de seguridad de la intervención estudiada. Dado que el doble ciego permanece activo y no se han realizado comparaciones entre grupos, los resultados preliminares no permiten confirmar ni descartar la hipótesis de que la L-glutamina sea superior al placebo como coadyuvante. Será necesario completar el reclutamiento, finalizar el seguimiento y realizar el análisis estadístico final para determinar la eficacia específica de la L-glutamina en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada.

X. BIBLIOGRAFÍA CITADA

- A Spanish validation study of the mini international neuropsychiatric interview. (1998). *European Psychiatry*, 13, 198. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(99\)80240-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(99)80240-5)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR) (5.^a ed.)*. American Psychiatric Association Publishing. <https://www.medicapanamericana.com/es-MX/libros/dsm-5-trr-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-texto-revisado-5a-edicion>, <https://www.medicapanamericana.com/es-MX/libros/dsm-5-trr-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-texto-revisado-5a-edicion>
- Andersen, J. V. (2025). The Glutamate/GABA-Glutamine Cycle: Insights, Updates, and Advances. *Journal of Neurochemistry*, 169(3), e70029. <https://doi.org/10.1111/jnc.70029>
- Astudillo-García, C. I., Austria-Corrales, F., Rivera-Rivera, L., Reynales-Shigematsu, L. M., Gómez-García, J. A., Sériz-Martínez, M., Jiménez-Tapia, A., Robles, R., Morales-Chainé, S., López-Montoya, A., Cuevas-Renaud, C., & Toledano-Toledano, F. (2022). Measurement invariance of the GAD-5 Generalized Anxiety Disorder Scale in a Mexican general population sample. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 973134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.973134>
- Baek, J. H., Park, H., Kang, H., Kim, R., Kang, J. S., & Kim, H. J. (2024). The Role of Glutamine Homeostasis in Emotional and Cognitive Functions. *International Journal of Molecular Sciences*, 25(2), 1302. <https://doi.org/10.3390/ijms25021302>

- Barquera, O. S. de la, & Alfonso, J. (2008). Double-blind controlled study with clonazepam and placebo in social anxiety disorder. *Salud Mental*, 31(4), 299-306.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.56.6.893>
- Berk, M., Ng, F., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., Bernardo, M., & Trauer, T. (2008). The validity of the CGI severity and improvement scales as measures of clinical effectiveness suitable for routine clinical use. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 14(6), 979-983. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2007.00921.x>
- Centeno, L., & Ontiveros, A. (2022). P139. Double-Blind Treatment of Adults With Generalized Anxiety Disorder Using Glutamine. *Biological Psychiatry*, 91(9), S143. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2022.02.373>
- Chen, L.-C., Huang, W.-S., Tsai, S.-J., Cheng, C.-M., Chang, W.-H., Bai, Y.-M., Su, T.-P., Chen, T.-J., & Chen, M.-H. (2025). Generalized anxiety disorder, psychiatric comorbidities, and suicide. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. <https://doi.org/10.1007/s00127-025-02985-2>
- CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. (s. f.). Recuperado 5 de septiembre de 2025, de <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/es#1712535455>
- Crocq, M.-A. (2015). A history of anxiety: From Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319-325. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/macrocq>

- Crocq, M.-A. (2017). The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 107-116.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/macrocq>
- Cruzat, V., Macedo Rogero, M., Noel Keane, K., Curi, R., & Newsholme, P. (2018). Glutamine: Metabolism and Immune Function, Supplementation and Clinical Translation. *Nutrients*, 10(11), E1564. <https://doi.org/10.3390/nu10111564>
- Davani-Davari, D., Karimzadeh, I., Sagheb, M. M., & Khalili, H. (2019). The Renal Safety of L-Carnitine, L-Arginine, and Glutamine in Athletes and Bodybuilders. *Journal of Renal Nutrition: The Official Journal of the Council on Renal Nutrition of the National Kidney Foundation*, 29(3), 221-234.
<https://doi.org/10.1053/j.jrn.2018.08.014>
- Drug Interaction Report: Endari, escitalopram.* (s. f.). Drugs.Com. Recuperado 20 de noviembre de 2025, de https://www.drugs.com/interactions-check.php?drug_list=1013-0,3011-18590
- Fagan, H. A., & Baldwin, D. S. (2023). Pharmacological Treatment of Generalised Anxiety Disorder: Current Practice and Future Directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 23(6), 535-548.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2211767>
- Ferreira-Garcia, R., Mochcovitch, M., Costa do Cabo, M., Nardi, A. E., & Christophe Freire, R. (2017). Predictors of Pharmacotherapy Response in Generalized Anxiety Disorder: A Systematic Review. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(2), 65-79. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000127>

Gaceta UNAM. (2024, octubre 10). Depresión y ansiedad, los dos principales trastornos de salud mental en México. *Gaceta UNAM*.

<https://www.gaceta.unam.mx/depresion-y-ansiedad-los-dos-principales-trastornos-de-salud-mental-en-mexico/>

Gaitán-Rossi, P., Pérez-Hernández, V., Vilar-Compte, M., & Teruel-Belismelis, G. (2021). Prevalencia mensual de trastorno de ansiedad generalizada durante la pandemia por Covid-19 en México. *Salud Publica de Mexico*.

<https://doi.org/10.21149/12257>

González, D. A., Reséndiz, A., & Reyes-Lagunes, I. (2015). Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Mental (Mexico City, Mexico)*, 38(4), 237-244.

<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.10.1568>

Hole, C., Dhamsania, A., Brown, C., & Ryznar, R. (2025). Immune Dysregulation in Depression and Anxiety: A Review of the Immune Response in Disease and Treatment. *Cells*, 14(8), 607. <https://doi.org/10.3390/cells14080607>

IBM SPSS Software. (s. f.). Recuperado 27 de noviembre de 2025, de

<https://www.ibm.com/products/spss>

Kim, N., & Kim, M. J. (2021). Altered Task-Evoked Corticolimbic Responsivity in Generalized Anxiety Disorder. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(7), 3630. <https://doi.org/10.3390/ijms22073630>

- Landy, K., Rosani, A., & Estevez, R. (2025). Escitalopram. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557734/>
- Leon, A. C., Olfson, M., Portera, L., Farber, L., & Sheehan, D. V. (1997). Assessing psychiatric impairment in primary care with the Sheehan Disability Scale. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 27(2), 93-105.
<https://doi.org/10.2190/T8EM-C8YH-373N-1UWD>
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., & Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499.
[https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- Maron, E., & Nutt, D. (2017). Biological markers of generalized anxiety disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 147-158.
<https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dnutt>
- Millan, M. J. (2022). Agomelatine for the treatment of generalized anxiety disorder: Focus on its distinctive mechanism of action. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 12, 20451253221105128.
<https://doi.org/10.1177/20451253221105128>
- Newman, M. G., Basterfield, C., Erickson, T. M., Caulley, E., Przeworski, A., & Llera, S. J. (2022). Psychotherapeutic Treatments for Generalized Anxiety Disorder: Cognitive and Behavioral Therapies, Enhancement Strategies, and Emerging Efforts. *Expert review of neurotherapeutics*, 22(9), 751-770.
<https://doi.org/10.1080/14737175.2022.2125800>

- Newman, M. G., Shin, K. E., & Zuellig, A. R. (2016). Developmental Risk Factors in Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of affective disorders*, 206, 94-102. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.008>
- Newsholme, P., Lima, M. M. R., Procopio, J., Pithon-Curi, T. C., Doi, S. Q., Bazotte, R. B., & Curi, R. (2003). Glutamine and glutamate as vital metabolites. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research = Revista Brasileira De Pesquisas Medicas E Biologica*, 36(2), 153-163. <https://doi.org/10.1590/s0100-879x2003000200002>
- Papola, D., Miguel, C., Mazzaglia, M., Franco, P., Tedeschi, F., Romero, S. A., Patel, A. R., Ostuzzi, G., Gastaldon, C., Karyotaki, E., Harrer, M., Purgato, M., Sijbrandij, M., Patel, V., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., & Barbui, C. (2024). Psychotherapies for Generalized Anxiety Disorder in Adults: A Systematic Review and Network Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Psychiatry*, 81(3), 250-259. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.3971>
- Popoola-Akinola, O. O., Raji, T. J., & Olawoye, B. (2022). Lignocellulose, dietary fibre, inulin and their potential application in food. *Helijon*, 8(8), e10459. <https://doi.org/10.1016/j.helijon.2022.e10459>
- 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>

- Randomisation—The Definitive Platform for Research Randomization—Randomisation.* (2025, septiembre 15). <https://www.randomisation.com/>
- Roth, E. (2008). Nonnutritive effects of glutamine. *The Journal of Nutrition*, 138(10), 2025S-2031S. <https://doi.org/10.1093/jn/138.10.2025S>
- Ruscio, A. M., Hallion, L. S., Lim, C. C. W., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L. H., Borges, G., Bromet, E. J., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., Demyttenaere, K., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., Hu, C., ... Scott, K. M. (2017). Cross-sectional Comparison of the Epidemiology of DSM-5 Generalized Anxiety Disorder Across the Globe. *JAMA psychiatry*, 74(5), 465-475.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0056>
- Shoaib, M., Shehzad, A., Omar, M., Rakha, A., Raza, H., Sharif, H. R., Shakeel, A., Ansari, A., & Niazi, S. (2016). Inulin: Properties, health benefits and food applications. *Carbohydrate Polymers*, 147, 444-454.
<https://doi.org/10.1016/j.carbpol.2016.04.020>
- Showraki, M., Showraki, T., & Brown, K. (2020). Generalized Anxiety Disorder: Revisited. *The Psychiatric Quarterly*, 91(3), 905-914.
<https://doi.org/10.1007/s11126-020-09747-0>
- Slee, A., Nazareth, I., Bondaronek, P., Liu, Y., Cheng, Z., & Freemantle, N. (2019). Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet (London, England)*, 393(10173), 768-777. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31793-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31793-8)

- Stein, D. J., Kazdin, A. E., Ruscio, A. M., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Ziobrowski, H. N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Girolamo, G., de Jonge, P., Degenhardt, L., Gureje, O., Haro, J. M., Harris, M. G., Karam, A., ... Kessler, R. C. (2021). Perceived helpfulness of treatment for generalized anxiety disorder: A World Mental Health Surveys report. *BMC Psychiatry*, 21, 392. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03363-3>
- Stein, M. B., & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. *New England Journal of Medicine*, 373(21), 2059-2068. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1502514>
- Szende, A., Oppe, M., & Devlin, N. (Eds.). (2007). *EQ-5D Value Sets* (Vol. 2). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/1-4020-5511-0>
- Szuhany, K. L., & Simon, N. M. (2022). Anxiety Disorders: A Review. *JAMA*, 328(24), 2431-2445. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Volz, H.-P., Saliger, J., Kasper, S., Möller, H.-J., & Seifritz, E. (2022). Subsyndromal generalised anxiety disorder: Operationalisation and epidemiology – a systematic literature survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(3), 277-286. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1941120>
- Wang, L., Maher, T. J., & Wurtman, R. J. (2007). Oral L-glutamine increases GABA levels in striatal tissue and extracellular fluid. *FASEB Journal: Official Publication of the Federation of American Societies for Experimental Biology*, 21(4), 1227-1232. <https://doi.org/10.1096/fj.06-7495com>
- Wernerman, J. (2008). Clinical use of glutamine supplementation. *The Journal of Nutrition*, 138(10), 2040S-2044S. <https://doi.org/10.1093/jn/138.10.2040S>

Zdebik, M. A., Pascuzzo, K., Bureau, J.-F., & Moss, E. (2022). Childhood behavioral inhibition and attachment: Links to generalized anxiety disorder in young adulthood. *Frontiers in Psychology*, 13, 933213.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.933213>

XI. ANEXOS

11.1 Formato de consentimiento informado

Título del Estudio	Estudio doble-ciego controlado contra placebo sobre la eficacia y seguridad de la L-glutamina añadida al tratamiento de inicio con escitalopram para el Trastorno de Ansiedad Generalizada
Nombre del Investigador Principal	Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Servicio/ Departamento	Departamento de Psiquiatría
Teléfono de Contacto	(81) 8333-0765
Persona de Contacto	Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Versión de Documento	3.0
Fecha de Documento	Abril de 2023

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, y la forma en que nos gustaría utilizar su información personal y la de su salud.

Este documento puede contener palabras que usted no entienda. Por favor solicite a su médico o al personal del estudio que le explique cualquier palabra o información que no le quede clara.

1.- ¿CUÁL ES EL PROPÓSITO DEL ESTUDIO?

El objetivo de este proyecto es el estudiar los efectos medicamentosos del suplemento de L-glutamina sobre los síntomas de ansiedad en el Trastorno de Ansiedad Generalizada como complemento al tratamiento con escitalopram, el cual es un medicamento antidepresivo comúnmente utilizado en el Trastorno de la Ansiedad Generalizada. La L-glutamina es una sustancia natural encontrada en varios alimentos, se ha encontrado que contiene propiedades para disminuir los síntomas de ansiedad. En este estudio se desea

demostrar que estas propiedades son útiles en el tratamiento de los trastornos de ansiedad como complemento al tratamiento de elección y estudiar al mismo tiempo los posibles efectos negativos. Los datos de esta investigación serán usados para ofrecer opciones para potenciar los efectos antidepresivos de los medicamentos ya utilizados actualmente.

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

La duración total del estudio será de aproximadamente 2 años. Sin embargo, su participación durará un máximo de 12 semanas durante las cuales usted deberá asistir semanalmente o cada 2 o 4 semanas a entrevistas con el médico investigador, las visitas tendrán una duración aproximada de entre 45 a 60 minutos. Se espera que este estudio incluya a 60 participantes.

3.- ¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS QUE SE TOMARAN EN CUENTA PARA MI PARTICIPACIÓN?

Los pacientes que decidan participar en este estudio deben tener el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada como problema psiquiátrico principal y no deben estar en tratamiento para el mismo en las últimas 4 semanas, tener una edad igual o mayor de 18 años, hombres y mujeres, no estar embarazadas, amamantando o planear embarazarse.

4.- ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO?

Si decide participar en el estudio recibirá la sustancia L-glutamina o placebo (el placebo es una sustancia química sin actividad para el tratamiento de la enfermedad que usted padece), además recibirá el medicamento antidepresivo escitalopram el cual es utilizado para tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Usted podrá recibir L-glutamina o placebo, de manera aleatoria o al azar, como lo es al lanzar una moneda al aire. La sustancia que recibirá no será cambiada durante todo el estudio, ni usted ni el investigador sabrán durante el estudio si está recibiendo L-glutamina o placebo.

Se le proporcionará inicialmente 5 gramos al día de L-glutamina en polvo para diluir en jugo, leche o agua, o el equivalente en placebo. En cada consulta la dosis de L-glutamina o placebo podrá aumentar 5 gramos, a criterio del investigador, dependiendo de que tanto

tolera la sustancia y la respuesta a sus síntomas. Además, se proporcionará el medicamento escitalopram en tabletas de 10 mg, el cual se podrá aumentar a 20 mg en la cuarta semana de tratamiento, dependiendo de su tolerancia al medicamento. La dosis de L-glutamina, placebo o escitalopram podrán disminuirse si necesario.

Antes de iniciar con estas sustancias usted deberá no haber utilizado otros medicamentos psiquiátricos y suspender cualquier medicamento, el médico tratante le indicará que medicamentos pudieran estar permitidos.

5.- ¿CUÁLES SON LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE ME REALIZARÁN?

Las visitas y procedimientos de investigación serán realizadas en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la UANL o en el Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C. que colabora con este proyecto ubicado en Doctor Enrique Peña, No. 122, segundo piso, Col. Doctores, Monterrey, Nuevo León.

Antes de iniciar el tratamiento, se le realizarán exámenes de laboratorio (biometría hemática, perfil bioquímico y en caso de ser mujer se realizará prueba de embarazo en orina) para estos estudios se requerirá una muestra de sangre periférica de aproximadamente 5 mililitros que será tomada en ayuno de 8 horas. Además de esto, los procedimientos que se le realizarán son historia clínica completa, exploración física y cuestionarios sobre síntomas de ansiedad, depresión y calidad de vida; algunos de estos cuestionarios los contestará usted mismo y otros se los preguntará directamente un médico investigador. Los nombres de los cuestionarios son los siguientes: Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS); Escala de Impresión Clínica Global(Clinical Global Impression, CGI); Escala de Hamilton para la Ansiedad(Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA) y Escala de Hamilton para la depresión(Hamilton Depression Rating Scale, HAMA); Calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol-5D); Inventario de Beck para Ansiedad e Inventario de Beck para la depresión, Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7), Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) e Inventario de Discapacidad de Sheehan. Además de lo anterior se le pedirá que complete un diario de alimentos de una semana antes de entrar al estudio y se le tomará medidas antropométricas de peso, talla, circunferencia abdominal y cadera, cálculo del índice de masa corporal (IMC) y de

porcentaje de grasa y músculo. Las medidas antropométricas se tomarán cada visita y de igual manera al terminar el estudio.

En la primera visita de seguimiento se le aplicarán y registrarán las encuestas mencionadas anteriormente, se revisarán los resultados de los estudios de laboratorio que se solicitaron, se determinará si aún es candidato para entrar al estudio dependiendo de estos resultados. Si se considera que puede entrar al estudio se le proporcionará el medicamento escitalopram a dosis de 10 mg para ser tomado todos los días a las 21 horas y además se les proporcionará la L-glutamina o el placebo dependiendo del caso para ser tomado a dosis de 5 g/día por vía oral. El placebo y la L-glutamina vienen en presentación en polvo para ser disueltos en agua; además se recogerá el diario de alimentos que se proporcionó anteriormente, se registrarán las medidas antropométricas (peso, talla, índice de masa corporal y músculo, medida de cintura y cadera).

En la vista de seguimiento de la semana 2 se tomarán las medidas antropométricas y se recogerá el diario de alimentos y se aplicarán las mismas encuestas de la semana pasada. En esta semana se valorará el aumento en la toma de L-glutamina o placebo a 10 g/día. Se aplicará un cuestionario para valorar efectos adversos al tratamiento.

En la visita de seguimiento de la semana 4 se aplicarán las encuestas mencionadas anteriormente, se evaluará si se aumenta la dosis del antidepresivo escitalopram a dosis de 20 mg por día y de L-glutamina o placebo a dosis de 15 g/día, se proporcionará diario de alimentos para ser completado una semana antes de la siguiente visita y se tomarán las medidas antropométricas. Se aplicará un cuestionario para valorar efectos adversos al tratamiento.

En la visita de seguimiento de la semana 8 se aplicarán las encuestas mencionadas anteriormente, se continuará la dosis del antidepresivo escitalopram a dosis de 20 mg por día y de L-glutamina o placebo a dosis de 15 g/día, se proporcionará diario de alimentos para ser completado una semana antes de la siguiente visita y se tomarán las medidas antropométricas. Se aplicará un cuestionario para valorar efectos adversos al tratamiento. En la visita de seguimiento de la semana 12 se suspenderá la toma de L-glutamina, se aplicarán las encuestas mencionadas anteriormente, se recogerá el diario de alimentos y se registrará medidas antropométricas. Se proporcionará diario de alimentos para ser

completado una semana antes de la siguiente visita. Además, se aplicará un cuestionario para valorar efectos adversos al tratamiento. Los pacientes continuarán con el escitalopram si el médico lo considera pertinente.

En la semana 16 se realizará una vista de seguridad con la finalidad de valorar las condiciones de salud generales de los participantes y evaluar molestias por la suspensión de la L-glutamina o placebo. Se recogerá el diario de alimentos y se registrarán medidas antropométricas y se aplicará un cuestionario para valorar efectos adversos al tratamiento.

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

Durante el curso de todo el estudio, deberá contestar algunos cuestionarios sobre síntomas de ansiedad, depresión y de calidad de vida, se realizarán antes, durante y después del tratamiento, con el objetivo de documentar la presencia y grado de síntomas de ansiedad, así como descartar problemas de depresión y evaluar su calidad de vida actual. Se le dará un diario de alimentos y se revisará en algunas visitas del estudio. Es importante cumplir con todos las indicaciones del estudio para que su participación sea satisfactoria.

El tiempo del estudio será de un máximo de 12 semanas durante las cuales usted deberá asistir semanalmente o cada 2 o 4 semanas a entrevistas con el médico, las cuales tendrán una duración aproximada de entre 45 y 90 minutos.

7.- ¿CUÁLES SON LOS POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS?

Como se mencionó anteriormente, la L-glutamina se encuentra presente en muchos alimentos. En personas sanas se ha empleado en dosis de hasta 30 gramos al día para el tratamiento de diversos problemas médicos y como suplemento deportivo. En personas sanas no se han encontrado efectos negativos en el estado mental o físico, signos vitales: temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial; tampoco se ha encontrado efectos negativos en el funcionamiento del hígado, riñón, células de la sangre y hormonas de la sangre.

Sin embargo, es posible el aumento de peso debido a que aumenta la cantidad de músculo en el cuerpo, no por aumento del porcentaje de grasa.

El escitalopram es un medicamento que reduce los síntomas ansiosos, sus posibles efectos adversos son los siguientes: disminución del deseo sexual, en mujeres dificultad para alcanzar el orgasmo, disminución del apetito, insomnio, somnolencia, mareos, sinusitis,

bostezos, náuseas, diarrea, estreñimiento, aumento de la sudoración, alteraciones en la eyaculación, impotencia sexual y fatiga.

La inulina, sustancia que utilizaremos como placebo, ha evidenciado que mejora el estreñimiento y el tránsito intestinal; al consumirlo se pudiera presentar efectos adversos como diarrea e hinchazón abdominal.

8.- ¿CUÁLES SON LOS POSIBLES BENEFICIOS PARA USTED O PARA OTROS?

Al participar en este estudio se realizará una valoración profunda por médicos expertos en el tema de los trastornos de ansiedad. En todo momento existe la posibilidad de contestar dudas e inquietudes referentes a su enfermedad, como tratamiento, molestias y complicaciones. Al terminar el estudio los resultados serán explicados para usted de manera clara y entendible. El objetivo de este estudio es tener evidencia de que la L-glutamina disminuye los síntomas de ansiedad, usted se beneficiará si se consigue el objetivo. Además, al participar en esta investigación ayuda a aumentar la variedad de opciones en el tratamiento para beneficio de toda la comunidad que sufre de esta enfermedad.

El material necesario para este estudio, como la medicación, los cuestionarios, los laboratorios, las consultas y las evaluaciones clínicas de investigación con el médico experto serán sin costo.

Así mismo, al participar en el estudio pudiera no verse beneficiado y continuar con sus molestias de ansiedad.

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

Las consultas y evaluaciones que se realizarán por los médicos expertos, además de los medicamentos y procedimientos antes descritos serán sin costo durante el estudio. Si durante su participación su salud empieza a deteriorar o existiera riesgos para su salud, el tratamiento será inmediatamente detenido y podrá continuar con su atención médica habitual y seguir tomando sus medicamentos sin necesidad de participar en el estudio.

Para el trastorno de ansiedad generalizada se encuentran distintas alternativas de tratamiento, entre ellas incluyen tipos de psicoterapia y diferentes medicamentos que ayudan a reducir los síntomas ansiosos distintos a los empleados en este estudio.

10.- ¿TIENE UN COSTO SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

Las evaluaciones y consultas con los médicos en investigación, los laboratorios y el tratamiento con escitalopram, además de L-glutamina o placebo serán totalmente sin costo, el proyecto se encargará de cubrir el gasto.

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

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

12.- ¿RECIBIRÁ ALGUN PAGO POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO?

No se le proporcionará a usted pago por estar participando en este estudio.

13.- ¿SE ALAMACENARÁN MUESTRAS DE SANGRE O TEJIDOS PARA FUTURAS INVESTIGACIONES?

Este estudio no requerirá almacenar muestras de sangre ni tejidos.

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

Si Usted sufre una lesión o enfermedad durante su participación en el estudio, debe informárselo inmediatamente al médico del estudio al teléfono 8341030945 el cual estará disponible las 24 horas, para que le diga a que Institución de salud debe acudir para buscar tratamiento, en caso de que sea una emergencia buscar tratamiento a través de su médico de cabecera o centro de atención médica de elección.

Los gastos que genere dicha lesión o enfermedad sólo le serán pagados si el médico del estudio ha decidido que la lesión / enfermedad está directamente relacionada con los procedimientos del estudio, y no es el resultado de una condición pre-existente de la progresión normal de su enfermedad, o porque no se han seguido las indicaciones que el médico de estudio ha recomendado.

15.- ¿CÚALES SON SUS DERECHOS COMO SUJETO DE INVESTIGACIÓN?

Si decide participar en este estudio, Usted tiene derecho a ser tratado con respeto, incluyendo la decisión de continuar o no su participación en el estudio. Usted es libre de terminar su participación en este estudio en cualquier momento.

16.- ¿PUEDE TERMINAR SU PARTICIPACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DEL ESTUDIO?

Su participación es estrictamente voluntaria. Si desea suspender su participación, puede hacerlo con libertad en cualquier momento. Si elige no participar o retirarse del estudio, su atención médica presente y/o futura no se verá afectada y no incurrirá en sanciones ni perderá los beneficios a los que usted tendría derecho de algún otro modo.

Su participación también podrá ser suspendida o terminada por el médico del estudio, sin su consentimiento, por cualquiera de las siguientes circunstancias:

- Que el estudio haya sido cancelado.
- Que el médico considere que es lo mejor para Usted.
- Que necesita algún procedimiento o medicamento que interfiere con esta investigación.
- Que no ha seguido las indicaciones del médico lo que pudiera traer como consecuencias problemas en su salud.

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

- Notificar a su médico tratante del estudio: Dra. Grecia Alejandra Pérez Jalomo teléfono 8341030945 para comentar las razones de su retiro.
- Deberá de regresar todo el material que su médico le solicite.

Si su participación en el estudio se da por terminada, por cualquier razón, por su seguridad, el médico continuará con seguimientos clínicos. Además, su información médica recabada hasta ese momento podrá ser utilizada para fines de la investigación.

17.- ¿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. Esta información no contendrá su nombre completo ni su domicilio, pero podrá contener otra

información acerca de Usted, tal como iniciales y su fecha de nacimiento. Toda esta información tiene como finalidad garantizar la integridad científica de la investigación. Su nombre 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 a 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 a 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.

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 a través de la COFEPRIS), 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 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 médica personal confidencial. Se mantendrá el anonimato.

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.

18.-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. med. Oscar de la Garza Castro**, presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o a la **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: (81)83294000 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: (81) 84016525

Correo electrónico: ontiverosal@gmail.com

RESUMEN CONSENTIMIENTO PARA LLENAR POR EL SUJETO DE INVESTIGACIÓN

- Mi participación es completamente voluntaria.
- Confirmo que he leído y entendido este documento y la información proporcionada del estudio.
- Confirmo 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 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.
- Confirmo que se me ha entregado una copia de este documento de consentimiento firmado.

Nombre del Sujeto de Investigación

Firma

Fecha

PRIMER TESTIGO

Nombre del Primer Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

SEGUNDO TESTIGO

Nombre del Segundo Testigo

Firma

Dirección

Fecha

Relación con el Sujeto de Investigación

PERSONA QUE OBTIENE CONSENTIMIENTO

He discutido lo anterior y he aclarado las dudas. A mi más leal saber y entender, el sujeto está proporcionando su consentimiento tanto voluntariamente como de una manera informada, y él/ella posee el derecho legal y la capacidad mental suficiente para otorgar este consentimiento.

Nombre de la Persona que obtiene el Consentimiento

Firma

Fecha

11.2 Evaluación Psiquiátrica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario UANL

SERVICIO DONDE SE REALIZA:

Recepción y evaluación _____ Urgencias _____ Otro _____

INTERROGATORIO: Directo _____ Indirecto _____ ¿Quién? _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

No. De Registro: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ años

Sexo: M / F

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de residencia: _____

MOTIVO DE CONSULTA

REFERIDO POR: _____

PADECIMIENTO ACTUAL: Describa el problema actual. Evolución cronológica de los síntomas y síndromes actuales, exacerbaciones o remisiones recientes, tratamientos previos y respuesta a los mismos. Factores que el paciente cree han precipitado, agravado o modificado su enfermedad. Efecto de la relación clínica anterior (si existió) sobre la enfermedad actual, que incluya los fenómenos de transferencia y contratransferencia.

Fecha probable de inicio del actual episodio: ____ / ____ / ____

Si es un episodio recurrente consigne: Edad de inicio del primer episodio: _____ y número de episodios previos _____

El problema actual es: Primer episodio _____ Condición de larga evolución _____

Exacerbación de un trastorno crónico _____

¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA EL EPISODIO ACTUAL? _____

TRATAMIENTOS ANTERIORES Y ACTUALES (Incluya psicoterapia, medicina alternativa, TEC, EMT, etc) Señale si es el tratamiento actual

Medicamento/Tratamiento_____

Dosis/Sesiones_____ Unidades_____ Veces_____ Por_____ Fecha
de inicio_____ Fecha de término_____ Vía_____ Motivo_____

Resultados_____

¿RECIBE ALGÚN OTRO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (NO
PSICOFÁRMACOS) ACTUALMENTE?

Medicamento_____ Dosis_____ Unidades_____ Veces_____ Por_____
Fecha de inicio_____ Fecha de término_____ Vía_____

Motivo_____ Resultados_____

TRATAMIENTO PREVIO POR PROBLEMAS EMOCIONALES

Ninguno_____ Se desconoce_____

En caso afirmativo, ha sido trabajado por:

1

Psiquiatra 2 Médico no psiquiatra 3 Psicólogo 4 Otro (especifique)_____

¿ALGUNA VEZ FUE HOSPITALIZADO POR PROBLEMAS EMOCIONALES?

(Incluya hospitales generales, casas de salud, centros de rehabilitación, etc.)

Nunca_____ Se desconoce_____

En caso afirmativo consigne: Edad de la primera hospitalización _____ Número de hospitalizaciones_____ Duración total de todas las hospitalizaciones _____

Cronología de todos los episodios pasados de problema salud mental y sus tratamientos, incluyendo síndromes psiquiátricos no formalmente diagnosticados y diagnósticos previos establecidos, tratamientos y respuestas a los mismos. Consigne dosis, duración, respuesta, efectos secundarios y adherencia del paciente al tratamiento. Describa eventos importantes en la vida del paciente. Se sugiere emplear línea de vida.

LISTA DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS PREVIOS (Señale todos los diagnósticos posibles)

Del neurodesarrollo 1 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos 2 Bipolar 3
Depresión mayor 4 Distimia 5 De pánico 6 Agorafobia 7 Fobia social 8
Fobia simple 9 Ansiedad generalizada 10 Obsesivo-compulsivo 11 Por trauma 12 Disociativos 13 Somatización 14 Hipochondría 15 Síntomas somáticos 16 Conducta alimentaria 17 Excreción 18 Sueño-vigilia 19
Disfunciones sexuales 20 Disforia de género 21 Alcoholismo 22
Drogadicción 23 Disruptivos y del control de impulsos 24 Neurocognitivos 25
De la personalidad (especifique) _____ 26 Parafílicos _____ 27 Otros (especifique) _____ 28

DATOS DEMOGRÁFICOS

ESTADO MARITAL ACTUAL: 1 Soltero 2 Casado 3 Separado 4 Divorciado 5 Viudo 6 Unión libre

RELIGIÓN _____

¿QUIÉN(ES) APORTAN AL SUSTENTO FAMILIAR? (Señale todos los que correspondan) 1 Paciente 2 Cónyuge o pareja 3 Padres 4 Hermanos 5 Parientes 6 Amigos 7 Otros _____

OCUPACIÓN DEL PACIENTE, PADRES, CÓNYUGE O PAREJA

Paciente _____

Madre _____

Cónyuge o pareja _____

¿CON QUIEN VIVE EL PACIENTE?

1 Solo 2 Con su familia (pareja/hijos) 3 Con sus padres 4 Comparte casa o habitación 5

Con parientes 6 Otros _____

ESCOLARIDAD MÁXIMA

Paciente _____ Total de años de estudio del paciente _____

Madre _____

Padre _____

Cónyuge o pareja _____

Describa información relevante del nivel socioeconómico, situación laboral y escolar del paciente y su entorno familiar

ANTECEDENTES PERSONALES

ESCALA ASSIST MODIFICADA

Durante toda su vida ¿Usó alguna de las siguientes sustancias alguna vez? (no prescritas por médicos)	Si	Edad de inicio	Fecha de último uso	Durante los últimos SEIS MESES (describa) ¿cuán a menudo y que cantidad usó de las sustancias que mencionó? (ej. cigarros, copas, gramos, tabletas, etc.)				
				Nada	1 o 2 veces	Mensual	Semanal	Todos o casi todos los días
a.Tabaco (cigarrillos, tabaco para mascar, cigarros,etc.)								
b.Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores espirituosos, etc.)								
c.Cannabis (marihuana, pot, hierba, hachís, etc.)								
d.Cocaína (perico, piedra,crack, etc.)								
e.Estimulantes anfetamínicos (anfetamina, bato, éxtasis,etc.)								
f.Inhalantes(gases nitrosos, adhesivos, combustibles, solventes de pintura,etc.)								
g.Sedantes o píldoras para dormir (diazepam,alprazolam,clonazepam, flunitrazepam, midazolam, etc.)								
h.Alucinógenos (LSD,ácido, hongos, trips, ketamina,etc.)								
i.Opiáceos(heroína,morfina,metadona, buprenorfina, codeína,etc.)								
j.Café, té, mate, bebidas con cafeína								
k.Otros (describa)								

¿REÚNE EL PACIENTE LOS CRITERIOS DEL DSM 5 PARA? (Anote la letra de

la(s) sustancia(s) de la lista de arriba y describa en Problema Actual y/o Historia

Psiquiátrica el uso problemático de sustancias)

ACTUAL(ES) ¿ABUSO DE SUSTANCIAS? _____ ¿DEPENDENCIA DE
SUSTANCIAS? _____

ANTERIOR(ES) ¿ABUSO DE SUSTANCIAS? _____ ¿DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS? _____

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

MENARCA _____ años FUM ____/____/____ TENSIÓN PREMENSTRUAL: 0 Nada, Leve 1, Moderada 2, Severa 3

RITMO: Regular 1, Irregular 2, Histerectomía /Menopausia 3 VIDA SEXUAL

ACTIVA inicio _____ años Negado _____ 0

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS Gestas _____ Para _____ Cesáreas _____ Abortos _____

No. De compañeros sexuales en su vida _____ Actuales _____

¿EMBARAZO ACTUAL? _____ Incierto _____ Semanas de embarazo _____

LACTANCIA _____ ¿POSIBILIDA DE EMBARAZO? _____

¿EMPLEA METODOS ANTICONCEPTIVO? _____

HISTORIA PSICOSOCIAL Y DEL DESARROLLO

Etapas de la vida del paciente, acontecimientos del desarrollo y patrones de respuesta a las transiciones normales de la vida ay eventos mayores. Educación e influencias culturales y religiosas. Antecedentes de criminalidad, historia sexual, historia de abuso o trauma físico, emocional o sexual. Experiencias de represión política, guerra o desastres naturales. Evaluación de nivel de funcionamiento pasado y presente en roles familiares y sociales, atención que el paciente proporciona a sus hijos, pareja, padres y otros familiares y no familiares. Historia conyugal y ocupacional. Consigne si problemas de salud causaron estrés mayor en el paciente o incapacidad funcional.

HISTORIA CLÍNICA GENERAL DEL PACIENTE

ENFERMEDADES Proporcione detalles pertinentes (fechas, severidad, evolución, localización y tratamientos)

HISTORIA FAMILIAR DE TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS: ¿Quién (es)?

(Familiares consanguíneos)

Describa datos relevantes de la historia familiar. Edad de los padres, hermanos, hijos, relación de pareja y familia, relación con los padres y hermanos, antecedentes de abuso, etc. Emplee árbol genealógico.

EXPLORACIÓN MENTAL

Apariencia general y conducta: _____

Conducta motora: _____

Actitud hacia el entrevistador: _____

Afecto: _____

Estado de ánimo: _____

Lenguaje: _____

Pensamiento: _____

Percepción: _____

Cognición: _____

Juicio y raciocinio: _____

ESCALAS _____

DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS RELEVANTES DEL EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO Y ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE

DIAGNÓSTICOS (DSM-5)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

1. _____

DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS

2. _____

3. _____

PLAN DE MANEJO

1. INTERNAMIENTO PSIQUIATRÍA _____
 2. SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA PSIQUIATRÍA _____
 3. PSICOFÁRMACOS
-
-

4. SE REFIERE A OTRO SERVICIO _____
5. ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS _____
6. OTROS _____

EVALUADOR: _____

TERAPEUTA ASIGNADO: _____

DATOS GENERALES

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____

ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ TÉLEFONO _____

E-MAIL _____

SITIO DE TRABAJO

DOMICILIO _____

NOMBRE DE FAMILIARES CON QUIEN COMUNICARSE

1 _____

2 _____

11.3 Escala de Impresión Clínica Global

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

11.4 Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso, ansioso o con los nervios de punta	0	1	2	3
2. No ha sido capaz de parar o controlar su preocupación	0	1	2	3
3. Se ha preocupado demasiado por motivos diferentes	0	1	2	3
4. Ha tenido dificultad para relajarse	0	1	2	3
5. Se ha sentido tan intranquilo que no ha podido quedarse quieto	0	1	2	3
6. Se ha molestado o irritado fácilmente	0	1	2	3
7. Ha tenido miedo de que algo terrible fuera a pasar	0	1	2	3

11.5 Versión validada en español de la escala Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

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.

1. Tristeza observada: 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

- 0. Sin tristeza
- 1.
- 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo
- 5.
- 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a

2. Tristeza declarada por el paciente: 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

- 0. Tristeza esporádica según las circunstancias

- 1.
 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad
 - 3.
 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas
 - 5.
 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable
- 3. Tensión interna:** 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
0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera
 - 1.
 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido
 - 3.
 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad
 - 5.
 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible
- 4. Sueño reducido:** Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien
0. Duerme como siempre
 - 1.
 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado
 - 3.
 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h
 - 5.
 6. Menos de 2 o 3 h de sueño

5. Apetito reducido: 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

- 0. Apetito normal o aumentado
- 1.
- 2. Apetito ligeramente reducido
- 3.
- 4. Sin apetito. La comida es insípida
- 5.
- 6. Necesita persuasión para comer algo

6. Dificultades para concentrarse: 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

- 0. Ninguna dificultad para concentrarse
- 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

7. Lasitud: Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias

- 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía
- 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

8.Incapacidad para sentir: 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

0. Interés normal por el entorno y por otras personas

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

9.Pensamientos pesimistas: Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina

0. Sin pensamientos pesimistas

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

10.Pensamientos suicidas: 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

0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene

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.

11.6 Inventario Ansiedad Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente e indique cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido				
2 Acalorado				
3 Con temblor en las piernas				
4 Incapaz de relajarse				
5 Con temor a que ocurra lo peor				
6 Mareado, o que se le va la cabeza				
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
8 Inestable				
9 Atemorizado o asustado				
10 Nervioso				
11 Con sensación de bloqueo				
12 Con temblores en las manos				
13 Inquieto, inseguro				
14 Con miedo a perder el control				
15 Con sensación de ahogo				
16 Con temor a morir				
17 Con miedo				
18 Con problemas digestivos				
19 Con desvanecimientos				
20 Con rubor facial				
21 Con sudores, fríos o calientes				

11.7 Escala de Hamilton para la Ansiedad

Definición operativa de los ítems	Puntos				
	0	1	2	3	4
1.Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)					
2.Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)					
3.Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)					
4.Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)					
5.Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)					
6.Humor deprimido (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)					
7.Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)					
8.Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)					
9.Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)					
10.Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)					
11.Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, diarrea, estreñimiento)					
12.Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)					
13.Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)					
14.Comportamiento durante la entrevista —General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial —Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonías palpebrales					

11.8 Inventario de Depresión Beck

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.

1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado conmigo mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual

1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No tengo ningún pensamiento de matarme.

1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización 0 No siento que yo no sea valioso

- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me cuelgo más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

11.9 Escala Columbia para evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida

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

IDEACIÓN SUICIDA		
	Haga las preguntas 1 y 2. Si ambas respuestas son negativas, pase a la sección de “Comportamiento suicida”. Si la respuesta a la pregunta 2 es “sí”, haga las preguntas 3, 4 y 5. Si la respuesta a la pregunta 1 y/o 2 es “sí”, complete la sección “Intensidad de la ideación” más abajo.	Desde la última visita
1. Deseos de morir	El/la participante reconoce tener pensamientos sobre su deseo de morir o dejar de vivir o de quedarse dormido/a y no despertar. ¿Has pensado en estar muerto/a o lo que sería estar muerto/a? ¿Has deseado estar muerto/a o que pudieras quedarte dormido/a y nunca despertar? ¿Desearías dejar de vivir? Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí /No
2. Pensamientos suicidas activos no específicos	Pensamientos generales, no específicos de querer terminar con su vida/suicidarse (p. ej., “He pensado en matarme”) sin pensamientos sobre las maneras de matarse, métodos relacionados, intenciones o plan durante el período de evaluación. ¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir? ¿Has pensado en matarte? Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí/ No
3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar	El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el período de evaluación. Esto es diferente a un plan específico con hora, lugar o detalles del método elaborado (p. ej., ha pensado en el método para suicidarse pero no en un plan específico). Incluye a las personas que digan: “He pensado en tomar una sobredosis pero nunca he ideado un plan específico de cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo”. ¿Has pensado en cómo lo harías o qué harías para dejar de vivir (matarte?) ¿En qué pensaste? Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí/ No
4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico	El/la participante tiene pensamientos suicidas activos e informa tener cierta intención de llevarlos a cabo, a diferencia de que dijera “Tengo esos pensamientos pero definitivamente no los voy a llevar a cabo”. Cuando pensaste hacer algo para dejar de vivir (o matarte), ¿pensaste que esto era algo que realmente podrías hacer? Esto es diferente de (al contrario de) tener esos pensamientos, pero sabiendo que no los llevarías a cabo. Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí/ No

5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención Pensamientos de suicidio con detalles elaborados completa o parcialmente y el/la participante tiene cierta intención de llevarlos a cabo. ¿Has decidido cómo o cuándo harías algo para dejar de vivir/matarte? ¿Has planificado (elaboraste los detalles de) cómo lo harías? ¿Cuál era tu plan? Cuando hiciste este plan (o elaboraste los detalles), ¿había alguna parte tuya pensando en hacerlo realmente? Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí /No
INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN La siguiente característica debe ser evaluada con respecto al tipo más serio de ideación (p. ej., 1-5 de arriba, con 1 siendo el menos serio y 5 siendo el más serio). Ideación más seria: _____ Tipo nº (1-5) _____ Descripción de la ideación	Más seria
Frecuencia ¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos? Escriba la respuesta (1) Sólo una vez (2) Unas pocas veces (3) Muchas (4) Todo el tiempo (0) No sabe/No corresponde	_____
COMPORTAMIENTO SUICIDA (Marque todos los que correspondan, con tal de que sean eventos diferentes; debe preguntar sobre todos los tipos)	Desde la última visita
Intento real: Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir como resultado del mismo. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay cualquier intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. No es necesario que haya alguna herida o daño, sólo el potencial de herirse o dañarse. Si la persona aprieta el gatillo con una pistola en la boca pero la pistola no funciona y no se hiere, esto se considera un intento. Intención inferida: aunque una persona niegue la intención o los deseos de morir, ésta puede inferirse clínicamente por medio de la conducta o de las circunstancias. Por ejemplo, un acto letal muy grave que claramente no es un accidente, solamente puede inferirse que fue con intención de suicidio (p. ej., un balazo en la cabeza, saltar de una ventana de un piso alto). También, si alguien niega la intención de morir, pero pensó que lo que hizo podría ser letal, se puede inferir la intención. ¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste? ¿Te hiciste daño a propósito? ¿Porqué hiciste eso? ¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida? ¿Querías morirte (aunque fuera un poco)	Sí /No Nº total de intentos _____

<p>cuando tú ____? ¿Estabas tratando dejar de vivir cuando tú ____? ¿O pensaste que era posible que podrías haber muerto por ____? ¿O lo hiciste por otras razones puramente, en absoluto no para poner fin a tu vida o matarte (como para sentirte mejor, o para obtener que suceda algo)? (Comportamiento autolesivo sin intención suicida) Si la respuesta es “sí”, describe: ¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?</p> <p>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?</p>	Sí /No Sí /No
<p>Intento interrumpido: Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (si no fuera por eso, el intento habría ocurrido). Sobredosis: la persona tiene las pastillas en la mano pero le impiden ingerirlas. Una vez que se ingiere cualquier pastilla, esto se convierte en un intento real más que en un intento interrumpido. Dispararse: la persona tiene una pistola apuntando hacia sí misma, otra persona le quita la pistola o evita de algún modo que la persona apriete el gatillo. Una vez que la persona aprieta el gatillo, aunque la pistola falle, es un intento. Saltar: la persona está por saltar, la sujetan y la retiran del borde. Ahorarse: la persona tiene la soga en el cuello pero no ha empezado a ahorcarse y algo o alguien la detiene. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero alguien o algo te detuvo antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es “sí”, describe:</p>	Sí /No Nº total de intentos interrumpidos _____
<p>Intento abortado: Cuando la persona empieza a prepararse para un intento de suicidio pero se detiene antes de tener un comportamiento autodestructivo. Los ejemplos se parecen a los del intento interrumpido, excepto que la persona se detiene por sí misma en lugar de ser detenida por otra cosa. ¿Ha habido algún momento en que empezaste a hacer algo para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), pero cambiaste de idea (te detuviste) antes de que hicieras realmente algo? ¿Qué hiciste? Si la respuesta es “sí”, describe:</p>	Sí /No Nº total de intentos abortados _____
<p>Actos o comportamiento preparatorios: Actos o preparativos para llevar a cabo un inminente intento de suicidio. Esto incluye algo más allá de las palabras o de los pensamientos, como estructurar un método específico (p. ej., comprar pastillas, comprar una pistola) o prepararse para su muerte por suicidio (p. ej., regalar sus cosas, escribir una nota suicida). ¿Has hecho algo para estar listo/a para dejar de vivir (para poner fin a tu vida o matarte), como regalar cosas, escribir una nota de despedida, obtener las cosas que tú necesitas para matarte? Si la respuesta es “sí”, describe:</p>	Sí /No

Suicidio consumado:	Sí /No
	Fecha del intento más letal: _____
Grado de letalidad y lesiones: 0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales). 1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). 2. Daño físico moderado: necesita atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de un vaso sanguíneo importante). 3. Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización médica y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). 4. Daño físico grave: necesita hospitalización médica con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables, daño grave en un área vital). 5. Muerte	Ingrese código _____
Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0 Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaran lesiones, tuvieron gran potencial letal: puso una pistola dentro de su boca y apretó el gatillo pero la pistola falló por lo que no hubo lesiones que requirieran atención médica; se acostó en las vías de un tren que estaba a punto de pasar pero se retiró antes de que el tren lo/la arrollara). 0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones 1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones pero no de muerte 2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible	Ingrese código _____

11.10 Instrumento de evaluación de calidad de vida en cinco dimensiones (EQ-5D)

Marque con una cruz como esta X la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

No tengo problemas para caminar

Tengo algunos problemas para caminar

Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

No tengo problemas con el cuidado personal

Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo

Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días (ej, trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)

No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días

Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días

Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

No tengo dolor ni malestar

Tengo moderado dolor o malestar

Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

No estoy ansioso/a ni deprimido/a

Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a

Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud, hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse, y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse.

Por favor, dibuje una línea desde el cuadro que dice “su estado de salud hoy,” hasta el punto en la escala que, en su opinión, indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de hoy.

Su estado de salud hoy



11.11 Inventario de Discapacidad de Sheehan

Trabajo

A causa de sus síntomas, su trabajo se ha visto perjudicado:

No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vida social

A causa de sus síntomas, su vida social y sus actividades de tiempo libre se han visto perjudicadas:

No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vida familiar

A causa de sus síntomas, su vida familiar y sus responsabilidades domésticas se han visto perjudicadas:

No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Estrés percibido

Desde su última visita, ¿cuánto le han dificultado la vida los eventos estresantes y los problemas personales como los problemas en el trabajo, en casa, de salud o económicos?

No, en absoluto	Levemente	Moderadamente	Marcadamente	Extremadamente						
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Apoyo social percibido

Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?

Ningún apoyo, en absoluto	Un poco	Moderado	Considerable	El apoyo ideal						
0%	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100%

11.12 Hoja de Registro de Eventos Adversos

INSTRUCCIONES: SI CAMBIA INTENSIDAD, CURSO Y ACCION CIERRE Y ESCRIBA OTRO EVENTO.

EVENTO OBSERVADO	FECHA DE INICIO ____ / ____ / ____ FECHA DE TERMINACION ____ / ____ / ____	INTENSIDAD ____ CURSO ____ ACCION TOMADA ____ EVOLUCION ____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE INICIO ____ / ____ / ____ FECHA DE TERMINACION ____ / ____ / ____	INTENSIDAD ____ CURSO ____ ACCION TOMADA ____ EVOLUCION ____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE INICIO ____ / ____ / ____ FECHA DE TERMINACION ____ / ____ / ____	INTENSIDAD ____ CURSO ____ ACCION TOMADA ____ EVOLUCION ____

	INTENSIDAD	CURSO	ACCIÓN TOMADA	EVOLUCIÓN	
Leve	1	Ocurrió una vez	1 Ninguna	1 Continúa	1
Moderado	2	Intermitente	2 Suspensión del fármaco	2 Resolución del evento	2
Severo	3	Continuó	3 Reducción de dosis	3 Amenaza a la vida	3
Extremo	4		Interrupción de dosis Tratamiento correctivo	4 Daño importante 5 Hospitalización o prolongación de la hospitalización Muerte	4 5 6

11.13 Hoja de Medidas Antropométricas

Iniciales: _____

Registro: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

• Peso: _____

• Talla: _____

• IMC: _____

• Porcentaje de grasa: _____

• Porcentaje de músculo: _____

• Medida de cintura: _____

• Medida de cadera: _____

11.14 Diario de alimentos

Iniciales: _____

Registro: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

	Alimentos	Líquidos
Desayuno Hora:		
Colación Hora:		
Comida Hora:		
Colación Hora:		
Cena Hora:		
Colación Hora:		

11.15 MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW versión en Español 5.0.0

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

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 A5 a OA5b? 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 3a (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 3b MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO SÍ EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL

B. Trastorno distímico

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

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

B1 ¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? NO → SÍ 17

B2 ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien? NO → SÍ 18

B3 Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:

a ¿Cambió su apetito notablemente? NO SÍ 19

b ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? NO SÍ 20

c ¿Se sintió cansado o sin energía? NO SÍ 21

d ¿Perdió la confianza en sí mismo? NO SÍ 22

e ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? NO SÍ 23

f ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? NO SÍ 24

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? NO → SÍ

B4 ¿Estos síntomas de depresión, le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante? NO → SÍ 25

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO SÍ TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL

C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:

Puntos:

C1 ¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto? NO SÍ 1

C2 ¿Ha querido hacerse daño? NO SÍ 2

C3 ¿Ha pensado en el suicidio? NO SÍ 6

C4 ¿Ha planeado cómo suicidarse? NO SÍ 10

C5 ¿Ha intentado suicidarse? NO SÍ 10

A lo largo de su vida:

C6 ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)

RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO SÍ RIESGO DE SUICIDIO 1-5 puntos Leve __ 6-9 puntos Moderado __ >10 puntos

Alto __

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

SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, 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.

SI SÍ:

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

SISÍ:

b ¿En este momento se siente excesivamente irritable? NO SÍ 4

¿CODIFICÓ SÍEND1a O EN D2a? NO → SÍ

D3 SI D1b O D2b =SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL

SI D1b Y D2b =NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MÁS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó que:
a ¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante? NO SÍ 5

b ¿Necesitaba dormir menos (p. ej., se sentía descansado con pocas horas de sueño)? NO SÍ 6

c ¿Hablabía 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? EL EPISODIO EXPLORADO ERA: NO HIPOMANÍACO /SÍ MANÍACO 12

¿CODIFICÓ NO EN D4? NO SÍ ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO:

EPISODIO HIPOMANÍACO ACTUAL____ PASADO____

¿CODIFICÓ SÍ EN D4? NO SÍ ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO:

EPISODIO MANÍACO ACTUAL ____PASADO____

E. Trastorno de angustia

(→SIGNIFICA: RODEAR CON UN CÍRCULO NO ENE5 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 recurrira 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 Trastorno de angustia de por vida
E6 SI E5=NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? NO SÍ Crisis actual con síntomas limitados

SI E6=SÍ, PASAR A F1.

E7 ¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra? NO SÍ 18 Trastorno de angustia actual

F. Agorafobia

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

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

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ Agorafobia actual 20
¿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 CONTRASTORNOS 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, colecciónar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos? O SÍ compulsiones 4

¿CODIFICÓ SÍ 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 angustiosa (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? NO SÍ 9 CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.

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 SÍEN1O 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 obutyl 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 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 SÍEN 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 SÍEN3O 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 10 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, INCOMPRENSIBLES, Y NO PUEDEN DERIVARSE DE EXPERIENCIAS DE LA VIDA COTIDIANA . LAS ALUCINACIONES SON

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

Ahora le voy a preguntar acerca de experiencias poco usuales que algunas personas pueden tener.

L1 a ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO. NO SÍ SÍ 1

b Si SÍ: ¿Actualmente cree usted esto? NO SÍ SÍ 2 →L6

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→L6

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 →L6

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

L5 a ¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? NO SÍ→L6 SÍ 9

ENTREVISTADOR /A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE SÍSÓLO 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 → L8b

L7 a ¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? NO SÍ 13

ENTREVISTADOR /A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.

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

BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:

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

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

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

L11 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»? NO SÍ
TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL

L12 ¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE

TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍENL11? NO SÍ 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA

L13 a ¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b AL7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL)o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)? 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 DEL1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable? NO SÍ 19 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL

M. Anorexia nerviosa

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

M1 a ¿Cuál es su estatura? ____ pies ____ pulgadas ____ cm

b ¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo? ____ libras ____ 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 SÍEN 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 SÍEN M5Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍEN 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 DISCUSIDOS NO SÍ 3 →

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO → SÍ 4

O3 CODIFIQUE NOSI 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 20 MÁS RESPUESTAS DE P1? NO → SÍ

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

P2 Despues 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 hacer le 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

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA