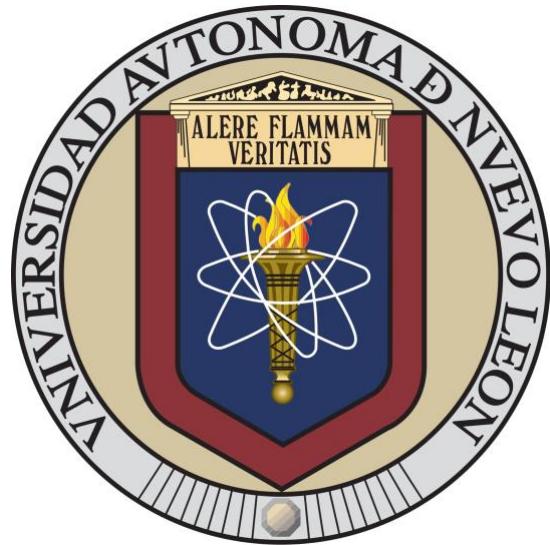


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. JOSÉ  
ELEUTERIO GONZÁLEZ



ESTUDIO CONTROLADO CREATINA VS. PLACEBO AÑADIDO A  
ESCITALOPRAM POR 12 SEMANAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Por

GERARDO QUINTANILLA FLORES

Como requisito parcial para obtener el grado de ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

Diciembre, 2025

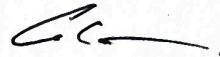
**HOJA DE APROBACIÓN POR EL COMITÉ DE TESIS**  
ESTUDIO CONTROLADO CREATINA VS. PLACEBO AÑADIDO A  
ESCITALOPRAM POR 12 SEMANAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Aprobación de la tesis:



Dr. med. José Alfonso Ontiveros y Sánchez De La Barquera

Director de la Tesis



Dr. Alfredo Bernardo Cuéllar Barboza

Coordinador de Enseñanza



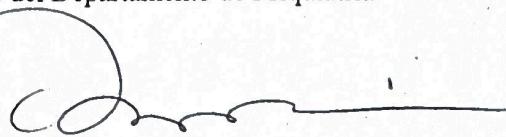
Dr. med. Erasmo Saucedo Uribe

Coordinador De Investigación



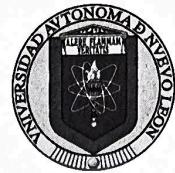
Dr. Stefan Mauricio Fernández Zambrano

Jefe del Departamento de Psiquiatría



Dr. med. Felipe Arturo Morales Martínez

Subdirector de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, U.A.N.L



ESTUDIO CONTROLADO CREATINA VS. PLACEBO AÑADIDO A  
ESCITALOPRAM POR 12 SEMANAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES  
CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Este trabajo fue realizado en el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González",  
del Departamento de Psiquiatría, en la Facultad de Medicina de la Universidad  
Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección del Dr. med. José Alfonso Ontiveros y  
Sánchez De La Barquera

A handwritten signature in black ink, appearing to read "José Alfonso Ontiveros y Sánchez De La Barquera". The signature is fluid and cursive, with a long horizontal line extending to the right.

---

Dr. med. José Alfonso Ontiveros y Sánchez De La Barquera  
Director de tesis

## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quiero expresar mi más sincera gratitud al Dr. med. José Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera, por abrirme las puertas al fascinante mundo de la investigación, confiar en mí para ser su tesista y guiarme con paciencia, comprensión y amabilidad. Más allá de su papel como director de tesis, ha sido un verdadero mentor, dejando en mí enseñanzas que van mucho más allá de este trabajo. Sin su apoyo constante y su confianza, este proyecto no habría sido posible.

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Alejandra, el amor de mi vida, por acompañarme, guiarme y aconsejarme en cada paso de este proceso. Su apoyo incondicional, su claridad en los momentos de duda y su presencia constante hicieron posible que este trabajo llegara a buen término. Sin ella, nada de esto hubiera sido igual ni hubiera resultado tan bien.

Agradezco también a los estudiantes de medicina y pasantes que, con su tiempo y esfuerzo, contribuyeron a la realización de este estudio. Su disposición y compañerismo hicieron el camino más ligero y enriquecedor.

Mi agradecimiento se extiende al Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”, por brindarme las herramientas y el respaldo necesarios para llevar a cabo esta investigación.

Por último, y de manera muy especial, agradezco a todas las personas que aceptaron participar en este estudio. Su generosidad y disposición para compartir su tiempo y experiencia serán la semilla para que nuevos conocimientos puedan crecer y ayudar a otros en el futuro.

## DEDICATORIA

A mis padres, quienes me guiaron con amor y sabiduría por el camino que he recorrido,  
enseñándome con su ejemplo el valor del esfuerzo y la perseverancia.

A mis abuelos, que fueron como segundos padres y cuyo apoyo incondicional me  
acompañó en cada etapa de mi vida.

A mis hermanas, quienes han creído en mí a lo largo de los años y me han alentado a  
seguir adelante incluso en los momentos más difíciles.

A mis maestros y mentores, desde la educación básica hasta mi especialidad médica, por  
inspirarme y transmitirme su pasión por el conocimiento.

Y al amor de mi vida, Alejandra, a quien conocí al iniciar esta aventura y que caminó a  
mi lado en cada obstáculo que se presentó, brindándome su amor, apoyo y compañía en  
cada paso del camino.

## LISTA DE ABREVIATURAS

- APA:** American Psychiatric Association
- ASR:** Tasa estandarizada por edad
- ATP:** Adenosín trifosfato
- C-SSRS:** Escala columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida
- CIE:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- DSM:** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- ECA:** Ensayo clínico aleatorizado
- GABA:** Ácido gamma-aminobutírico
- GBD:** Global Burden disease
- GAD-7:** Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada
- HAMA:** Escala de ansiedad de Hamilton
- ICG:** Escala de Impresión Clínica Global
- IMAO:** Inhibidores de la Monoaminooxidasa
- IMC:** Índice de Masa Corporal
- IRSN:** Inhibidores de la Recaptura de Serotonina y Noradrenalina
- ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina
- MADRS:** Escala de Depresión de Montgomery-Asberg
- MINI:** Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
- NHANES:** National Health and Nutrition Examination Survey
- OMS:** Organización Mundial de la Salud
- SDS:** Sheehan Disability Scale
- SERT:** Transportador de serotonina
- SNC:** Sistema Nervioso Central
- TCA:** Antidepresivos tricíclicos
- TDM:** Trastorno depresivo mayor
- TrkB:** Receptor tirosina-quinasa B
- WMH:** World Mental Health Surveys

## Tabla de contenido

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1Historia del trastorno depresivo mayor; primeros conceptos .....</b>	<b>10</b>
<b>1.2 Conceptos y Definiciones sobre Depresión y Trastorno de Depresión Mayor.....</b>	<b>12</b>
1.2.1Depresión .....	12
1.2.2 Síndrome Depresivo .....	12
1.2.3 Trastorno de Depresión Mayor.....	12
<b>1.3 Epidemiología del Trastorno de Depresión Mayor .....</b>	<b>14</b>
1.3.1 Prevalencia .....	14
1.3.2 Edad de inicio .....	15
1.3.4 Comorbilidad .....	16
<b>1.4 Biología del Trastorno de depresión mayor .....</b>	<b>16</b>
1.4.1 Factores genéticos .....	16
1.4.2 Estudios de heredabilidad de asociación y ligamiento .....	17
1.4.4 Neurotransmisores.....	17
<b>1.5 Diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor.....</b>	<b>18</b>
<b>1.6 Tratamiento Farmacológico del Trastorno de Depresion Mayor .....</b>	<b>18</b>
1.6.1 Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina .....	19
1.6.2 Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina .....	20
1.6.3 Otros Antidepresivos.....	20
1.6.4 Antipsicóticos.....	20
<b>1.7 Pronóstico del trastorno de depresion mayor.....</b>	<b>21</b>
<b>1.8 Futuro de la psicofarmacología en trastorno de depresión mayor. .....</b>	<b>21</b>
<b>1.10 Propiedades Bioquímicas y Biológicas de la Creatina Monohidratada .....</b>	<b>22</b>
1.10.1 Generalidades.....	22
1.10.2 Fisiología de la creatina monohidratada .....	22
1.10.3 Hipótesis sobre su mecanismo de acción en el tratamiento del trastorno de depresion mayor.	
.....	23
<b>2.0 PROBLEMA DE ESTUDIO.....</b>	<b>26</b>
<b>2.1 Definición del problema .....</b>	<b>26</b>
<b>2.2 Justificación.....</b>	<b>26</b>
<b>2.3 Objetivos del estudio.....</b>	<b>26</b>
2.3.1 Hipótesis.....	26
2.3.2 Hipótesis nula .....	26
2.3.3 Objetivo Primario .....	26
2.3.4 Objetivos secundarios .....	26
<b>3.0 MATERIALES Y MÉTODOS.....</b>	<b>28</b>
<b>3.1 Generalidades del Diseño del Estudio .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2 Población del estudio .....</b>	<b>30</b>
3.2.1 Criterios de inclusión .....	30
3.2.2 Criterios de exclusión .....	30
3.2.3 Criterios de eliminación .....	31

<b>3.3 Reclutamiento de participantes.....</b>	<b>32</b>
<b>3.4 Instrumentos de Medición .....</b>	<b>32</b>
<b>3.5 Cálculo del Tamaño de la Muestra .....</b>	<b>33</b>
<b>3.6 Aleatorización y Enmascaramiento .....</b>	<b>33</b>
<b>3.7 Descripción de la Intervención.....</b>	<b>33</b>
3.7.1 Visita inicial .....	34
3.7.2 Visita de seguimiento de la semana 0.....	35
3.7.3 Visita de seguimiento semana 2 .....	35
3.7.4 Visita de seguimiento semana 4 .....	35
3.7.5 Visita de seguimiento semana 8 .....	36
3.7.6 Visita de seguimiento semana 12.....	36
3.7.7 Visita de seguridad.....	36
3.7.8 Reporte de eventos adversos .....	37
<b>3.8 Métodos Estadísticos .....</b>	<b>37</b>
3.8.1 Cuadro de variables .....	38
<b>3.9 Aspectos Éticos.....</b>	<b>42</b>
<b>3.10 Mecanismo de confidencialidad.....</b>	<b>42</b>
<b>3.11 Mecanismo de protección a población vulnerable.....</b>	<b>43</b>
<b>4.1 Flujo de Participantes.....</b>	<b>44</b>
<b>4.2 Características sociodemográficas y clínicas basales .....</b>	<b>44</b>
<b>4.3 Evolución de los síntomas de depresión.....</b>	<b>45</b>
4.3.1 Escala de Depresión de Montgomery–Asberg (MADRS) .....	45
4.3.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) .....	46
<b>4.4 Evolución de los síntomas de ansiedad .....</b>	<b>47</b>
4.4.1 Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7).....	47
4.4.2 Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA).....	49
4.4.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) .....	50
<b>4.5 Impresión Clínica Global (CGI).....</b>	<b>51</b>
<b>4.6 Medidas antropométricas y seguridad clínica .....</b>	<b>53</b>
<b>CAPÍTULO 5 .....</b>	<b>54</b>
<b>DISCUSIÓN .....</b>	<b>54</b>
<b>5.1 Interpretación clínica de los hallazgos .....</b>	<b>54</b>
<b>5.2 Comparación con estudios previos .....</b>	<b>54</b>
<b>5.3 Fortalezas y aportaciones del estudio.....</b>	<b>55</b>
<b>5.4 Limitaciones del análisis preliminar .....</b>	<b>55</b>
<b>5.5 Implicaciones y perspectivas futuras .....</b>	<b>55</b>
<b>CAPÍTULO 6 .....</b>	<b>56</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>56</b>

<i>Referencias .....</i>	<b>57</b>
APENDICE A: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	<b>72</b>
APENDICE B: ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL MINI..	<b>81</b>
APENDICE D: ESCALA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA GAD-7.....	<b>106</b>
APENDICE E: ESCALA DE DEPRESION DE MONTGOMERY-ASBERG .....	<b>107</b>
APENDICE G: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON. ....	<b>111</b>
APENDICE I: FORMATO DE HISTORIA CLINICA .....	<b>113</b>
APENDICE J: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK .....	<b>125</b>
APENDICE K: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK .....	<b>129</b>
APENDICE L: ESCALA DE SALUD EQ-5D .....	<b>130</b>
APENDICE M: FORMATO DE REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS .....	<b>134</b>
APENDICE N: HOJA DE EVENTOS ADVERSOS .....	<b>135</b>

# CAPÍTULO 1

## INTRODUCCIÓN

### 1.1 Historia del trastorno depresivo mayor; primeros conceptos

La comprensión de la depresión ha acompañado al ser humano desde tiempos antiguos, reflejando la manera en que cada época ha intentado explicar el sufrimiento psíquico; siendo objeto de explicaciones tanto médicas como religiosas, e incluso filosóficas, a menudo mezclando lo físico con lo místico. Estos enfoques coexistieron hasta que la psiquiatría como disciplina médica comenzó a consolidarse (Michel, 2020; *When Were the Earliest Accounts of Depression?*, s/f; Zivanovic & Nedic, 2012a).

En la antigua Grecia, Hipócrates ya describía a la melancolía como un desequilibrio de los humores, integrando por primera vez una visión médica del padecimiento (Horwitz et al., 2017a; Michel, 2020). Durante el siglo XVII ya se buscaba categorizar distintos tipos de depresión, distinguiendo formas "melancólicas" o psicóticas de variaciones más "neuróticas" o no psicóticas. Esta distinción se mantuvo hasta que el DSM-III, en 1980, consolidó la categoría unitaria del "Trastorno Depresivo Mayor" (Horwitz et al., 2017b).

Ya en el siglo XX, Emil Kraepelin realizó múltiples contribuciones a la psicopatología, una de ellas fue clasificar los trastornos del ánimo como "Psicosis maníaco - depresivas", la cual se conformó como el inicio de la descripción y clasificación categórica como la conocemos hoy en día (Mondimore, 2005; Zivanovic & Nedic, 2012b).

A mediados de este siglo, la comprensión y clasificación de los trastornos mentales estaba dominada por el enfoque psicoanalítico, centrado en explicaciones simbólicas, no fue hasta la publicación del DSM III en 1980, que se produjo un cambio decisivo hacia un enfoque más clínico, descriptivo y operacional (Horwitz et al., 2017b; Michel, 2020). Por primera vez se introduce el término "trastorno depresivo mayor" como entidad diagnóstica empírica, con claridad en los criterios basados en el consenso de la evidencia disponible hasta el momento, generando a su vez una reducción en la variabilidad inter- observador (Horwitz et al., 2017a).

A lo largo del siglo XX continuaban evolucionando las teorías sobre la depresión, por un lado Sigmund Freud, con su modelo psicoanalítico, propuso que la melancolía

derivada de un duelo internalizado, en el que la pérdida del objeto amado se volvía hacia el yo, generando culpa y autocritica (Costa, 2014; Freud, 1922). Y por el otro lado, décadas más tarde, Aaron Beck desarrolló la triada cognitiva, que describe la tendencia a mantener una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro (Beck, Aaron T., 1967). Estas nuevas concepciones, comenzaron a desplazar el foco de la depresión de las explicaciones simbólicas hacia una comprensión más cognitiva y conductual (Beck, Aaron T., 1967; Freud, 1922; Horwitz et al., 2017b).

En paralelo, la farmacología aportó también un nuevo marco para entender los estados de ánimo. Durante la década de 1950, ya se habían identificado efectos notables en el estado del ánimo del Iproniazid, desarrollado originalmente como antituberculoso y la Imipramina, ya catalogado como primer antidepresivo tricíclico. Estos hallazgos permitieron que se formulara una hipótesis revolucionaria sobre el estado del ánimo, la hipótesis dopaminérgica; la cual plantea la posibilidad de que el déficit de neurotransmisores como la serotonina o la noradrenalina está relacionado con la depresión (Cosci & Chouinard, 2019; Karabin et al., 2023; Pastis et al., 2024). Si bien, esta teoría inauguró una etapa biológica en la investigación, pronto se reconoció que resultaba insuficiente para explicar la complejidad del trastorno (Albert et al., 2012).

En la actualidad, el hablar del trastorno depresivo mayor, se concibe como un síndrome complejo, el cual por principio es heterogéneo y multifactorial, donde múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales, se encuentran dentro de los mecanismos propuestos que se incluyen en la disfunción del eje hipotálamo hipófisis adrenal, la inflamación sistémica, el estrés oxidativo y las alteraciones en factores neurotróficos como el BDNF (Z. Li et al., 2021; Liu et al., 2025; Otte et al., 2016). A pesar de que ninguno de estos procesos explica por si solo el cuadro completo, en conjunto reflejan la complejidad y la variabilidad del trastorno (Albert et al., 2012; Z. Li et al., 2021).

La evolución del concepto refleja, en última instancia, la historia de la psiquiatría misma. Cada etapa, desde la melancolía hipocrática hasta las teorías neurobiológicas contemporáneas, ha aportado una pieza esencial para comprender a la depresión como como una sola enfermedad, sino como un fenómeno complejo que abarca múltiples dimensiones de la experiencia humana (Michel, 2020).

## 1.2 Conceptos y Definiciones sobre Depresión y Trastorno de Depresión Mayor

### 1.2.1 Depresión

Actualmente, los diferentes referentes internacionales, como la Asociación Psiquiátrica Americana, la Organización Mundial de la Salud, y autores como Sadock y Ruiz definen a la depresión como un estado emocional caracterizado por tristeza constante, pérdida del interés o pérdida del placer en las actividades que previamente se disfrutaba (Anhedonia), también se puede acompañar de una disminución notable en la energía (Anergia). También es importante añadir que a esta sintomatología se le puede acompañar alteraciones en el sueño, el apetito, falta de motivación, impacto negativo en la concentración e impacto significativo en la esfera social (American Psychiatric Association, 2022) (World Health Organization, 2023) (Kaplan, 2021).

### 1.2.2 Síndrome Depresivo

Al hablar de un síndrome depresivo, nos referimos a los síntomas propios de un cuadro depresivo que no necesariamente están asociados a un diagnóstico específico, ya que estos síntomas se encuentran tanto en enfermedades médicas psiquiátricas como en el TDM, TAG o trastorno bipolar, y también en médicas no psiquiátricas, como en trastornos endocrinológicos o enfermedades autoinmunes. Un ejemplo común es el síndrome depresivo asociado a hipotiroidismo, en el que, resolviendo el hipotiroidismo, mejora el síndrome depresivo. Otro ejemplo es con los trastornos ansiosos, en donde, mejorando la sintomatología ansiosa, mejoran los síntomas depresivos (Caballo, 2021; Kaplan, 2021; Rottenberg, 2021; Rush, 2007; World Health Organization, 2023).

### 1.2.3 Trastorno de Depresión Mayor

El trastorno depresivo mayor es un trastorno del grupo de los trastornos del estado del ánimo, el cual se define por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores de duración de por lo menos 2 semanas (Aunque es importante considerar que la mayoría de estos episodios pueden durar más) y que genera deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral o de otras áreas importantes.

En cuanto al plano clínico; se identifica un ánimo persistentemente bajo o decaído, pérdida relevante en el interés o placer (Anhedonia), disminución de la energía (Anergia) e impacto cognitivo con dificultades para poner atención o iniciar actividades. El patrón

de sueño, también puede alterarse con hipersomnia, insomnio o despertares nocturnos; el apetito, por su parte, tiende a haber cambios como lo son la hiporexia o la hiperfagia. Los sistemas de clasificación internacionales (DSM 5-TR y CIE-11) contemplan en un apartado que los síntomas no deben atribuirse a otra causa médica o inducidos por sustancias. (American Psychiatric Association, 2022) (World Health Organization, 2022)

El DSM-5-TR establece criterios diagnósticos donde deben cumplirse al menos 5, deben estar presentes por al menos 2 semanas y hay un cambio del funcionamiento previo; debe estar presente al menos uno de estos síntomas: estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.(American Psychiatric Association, 2022).

**Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo**

Característica	DSM-5-TR (APA, 2022)	CIE-11 (OMS, 2022)
Síntomas nucleares	(1) Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. (2) Pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.	(1) Ánimo deprimido. (2) Pérdida de interés o placer. (3) Disminución de energía o fatiga.
Número de síntomas requeridos	≥ 5 de 9 síntomas, incluyendo obligatoriamente al menos uno de los dos nucleares.	Al menos 4 de 10 síntomas, incluyendo al menos dos de los tres nucleares.
Duración mínima	2 semanas.	2 semanas.
Síntomas adicionales	Alteraciones del apetito/peso, sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades de concentración, pensamientos de muerte/ideación suicida.	Tristeza, alteraciones del sueño y apetito, baja autoestima o culpa, desesperanza, dificultades de concentración, pensamientos de muerte/ideación suicida.
Repercusiones funcionales	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral o en áreas importantes.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento personal, familiar, social o laboral.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del Trastorno Depresivo		
Característica	DSM-5-TR (APA, 2022)	CIE-11 (OMS, 2022)
Exclusiones diagnósticas	No atribuible a sustancias o enfermedad médica; no explicarse mejor por duelo normativo.	No atribuible a sustancias o enfermedad médica; no explicarse mejor por duelo normativo.
Clasificación de gravedad	Leve, moderado o grave (con/sin síntomas psicóticos).	Leve, moderado, grave; se especifica si hay síntomas psicóticos o curso recurrente.

### 1.3 Epidemiología del Trastorno de Depresión Mayor

#### 1.3.1 Prevalencia

##### Global

Cuando hablamos de prevalencia, es importante tomar a consideración aquellas referencias de mayor impacto, por un lado, el Global Burden of Disease (GBD) 2021, publicado en *The Lancet*, realizó estimaciones donde en el 2021 aproximadamente 332 millones de personas padecían TDM en el mundo o, dicho de otra forma, 4006.8 casos por cada 100000 habitantes. En ese sentido, fue el trastorno mental con mayor tasa de años de vida ajustados por discapacidad, sugiriendo un impacto sustancial en la salud mundial (Agudelo-Botero et al., 2021; Rong et al., 2025).

De manera complementaria, un análisis publicado en *BMC Psychiatry* reportó que, durante el mismo periodo, el trastorno depresivo presentó la mayor tasa estandarizada por edad (ASR) de incidencia; llaman la atención regiones como África subsahariana, Asia del sur y América Latina por sus valores elevados en estas regiones (Fan et al., 2025).

##### Contexto latinoamericano y México

En América Latina, un informe en *The Lancet Regional Health – Americas* describe que los trastornos depresivos presentan no solo una prevalencia elevada, sino una diferencia importante entre países, lo que propone una asociación con la desigualdad social y el desarrollo de cada país (Errazuriz et al., 2023). En el caso específico de México, datos del GBD entre 1990 y 2019, se identificó hubo un aumento sustancial en los casos de depresión, también una discapacidad en aumento, evidenciando la expansión del problema

de salud mental y su creciente impacto sobre los servicios de atención psiquiátrica (Agudelo-Botero et al., 2021).

#### Datos de Estados Unidos

El National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), entre 2021 y 2023, estimaciones dieron como resultado un 13.1 % de población estadounidense de 12 años o más con síntomas depresivos en los 14 días anteriores, con una mayor prevalencia en adolescentes (19.2 %) y en mujeres (16 %), repitiendo el patrón mundial (Brody, 2025).

#### 1.3.2 Edad de inicio

La edad de inicio del Trastorno depresivo nos aporta información clínica relevante; ya que dependiendo de en qué etapa de la vida aparezca, el curso de la enfermedad puede llegar a cambiar; y es que este padecimiento se encuentra en un amplio rango de edades; sin embargo, suele comenzar en los últimos años de la adolescencia e inicio de la adultez joven.

El análisis de las World Mental Health Surveys (WMH) en 29 países con una muestra de 150,000 participantes mostró aumento del riesgo acumulado de un primer episodio depresivo en la adolescencia y adultez temprana con un pico de incidencia entre los 20 y 30 años (McGrath et al., 2023).

En la Ciudad de México se elaboró una cohorte donde reportan incidencia acumulada a 8 años de un 12.9 % y recurrencias del 46.1 %, concordando no solo con la vulnerabilidad presente en la adolescencia y adultez temprana (Benjet et al., 2020a), sino también con los estudios previamente mencionados.

Las diferencias entre el inicio temprano y tardío son consistentes; en el inicio temprano se observa mayor comorbilidad y riesgo suicida, contrastado con el inicio tardío, donde hay mayor relación con patología vascular y deterioro neurocognitivo (Harder et al., 2022; Miola et al., 2022).

#### 1.3.3 Factores de riesgo

En cuanto a los factores de riesgo para el desarrollo del trastorno depresivo, se han identificado diversos elementos que aumentan la vulnerabilidad de una persona. Entre los factores no modificables se incluyen la predisposición genética, el sexo femenino, la

historia familiar de depresión, la exposición a experiencias adversas en la infancia y la presencia de enfermedades médicas crónicas no psiquiátricas.

Por otro lado, existen otros factores que también desempeñan un papel importante, como la obesidad, la negligencia, el abuso o el bullying, así como la presencia de comorbilidades con otros trastornos psiquiátricos. Asimismo, las condiciones sociales desfavorables, como el bajo nivel socioeconómico, el desempleo, la inseguridad alimentaria, sanitaria o social y un bajo nivel educativo, pueden incrementar significativamente el riesgo de desarrollar depresión (Nelson et al., 2017) (World Health Organization, 2020) (Benjet et al., 2020b).

#### 1.3.4 Comorbilidad

Así como otros trastornos pueden llegar a tener condiciones comórbidas, el trastorno depresivo no es la excepción. La depresión presenta una alta comorbilidad con otros trastornos mentales, en donde por ejemplo, en una revisión sistemática se mostró que la comorbilidad con ansiedad llega hasta el 50 % (Saha et al., 2021).

Por otro lado, el uso de sustancias también es altamente prevalente, en donde un metaanálisis de 48 estudios estima que el 25 % de los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor tienen la comorbilidad de algún trastorno por uso de sustancias (Hunt et al., 2020).

Los trastornos de personalidad son otra comorbilidad frecuente en los pacientes con depresión, donde aproximadamente el 30-40 %, cumplen criterios para el trastorno límite de personalidad (Newton-Howes et al., 2006).

### 1.4 Biología del Trastorno de depresión mayor

#### 1.4.1 Factores genéticos

Al parecer, algunos factores genéticos predisponen a las personas a desarrollar depresión, tal y como lo mencionamos al principio; por ejemplo, se estima una heredabilidad de entre 0.33 y 0.49. También se han identificado 269 genes implicados en la arquitectura de la corteza prefrontal y vías sinápticas relacionadas con la depresión. Además, se han descrito 178 locus correlacionados genéticamente con ansiedad, insomnio y neuroticismo (Kendler et al., 2018). (Howard et al., 2019; Levey et al., 2021).

#### 1.4.2 Estudios de heredabilidad de asociación y ligamiento

Previamente llegamos a mencionar que la genética y los factores de heredabilidad conferían al desarrollo de la depresión. Por un lado, los estudios de familias y gemelos han aportado un riesgo genético moderado del Trastorno Depresivo Mayor con una heredabilidad estimada entre 30 a 40% (Kendler et al., 2018). En la misma línea, el Psychiatric Genomic Consortium reportó 44 loci relacionados al Trastorno Depresivo, con una heredabilidad atribuible a los polimorfismos de un solo nucleótido cercana al 9 %, confirmando el carácter poligénico del TDM (eQTLGen et al., 2018).

Asimismo, un metaanálisis de más de 800,000 personas del biobanco del Reino Unido reportó 102 variantes independientes y una heredabilidad de los polimorfismos de un solo nucleótido de 8 a 10 %, de regiones cerebrales implicadas en la regulación del afecto. (Howard et al., 2019).

Por último, vale la pena hacer mención del estudio Million Veteran Program, el cual se correlaciona con el estudio hecho por el biobanco del Reino Unido, confirmando polimorfismos de un solo nucleótido de 7 a 10%; además, este mismo estudio sugiere bases genéticas compartidas con trastornos de ansiedad e insomnio (Levey et al., 2021).

#### 1.4.4 Neurotransmisores

La depresión no puede explicarse por la actividad de un solo neurotransmisor; actualmente se plantea una interacción dinámica entre diferentes sistemas neuroquímicos y circuitos neuronales. Esto ayudaría a entender la heterogeneidad de los síntomas y cómo un mismo tratamiento resulta en diferencias de efectividad y efectos adversos en los pacientes diagnosticados con TDM. Dentro de las hipótesis monoaminérgicas, la más planteada y estudiada pudiera ser la serotonina, donde se planteaba que una deficiencia en esta misma explicaba la depresión; sin embargo, no existe evidencia consistente con esta afirmación (Moncrieff et al., 2023).

Por otro lado, hay estudios que apuntan alteraciones en los receptores 5HT (1A y 2A) y en el transportador de serotonina (SERT), por lo que, más que hablar de una deficiencia *per se* de serotonina, una explicación más completa serían los cambios en la sensibilidad y regulación de receptores (Fakhoury, 2016). Un neurotransmisor que ha cobrado cada vez más fuerza es la dopamina, donde está implicada en síntomas depresivos

como lo son la anhedonia y la apatía, por lo que una actividad reducida dopaminérgica en la vía mesocortical da como resultado pérdida de la motivación y el placer en pacientes deprimidos (Belujon & Grace, 2017).

Actualmente, como resultado de las múltiples investigaciones monoaminérgicas, se proponen alteraciones múltiples en la neurotransmisión; se presume que alteraciones no solo en la sensibilidad y transporte de la serotonina, sino también en dopamina, glutamato y GABA contribuyen al desarrollo del cuadro depresivo (Cui et al., 2024).

En conjunto, estos hallazgos refuerzan la idea de que la depresión es un trastorno multifactorial cuya fisiopatología no puede atribuirse a un único sistema neurotransmisor, sino a una red compleja de interacciones neurobiológicas en constante adaptación.

### 1.5 Diagnóstico del Trastorno Depresivo Mayor

El diagnóstico de este padecimiento es fundamentalmente clínico y se basa en los criterios establecidos por el DSM-5-TR o el CIE-11. Aunque las escalas y cuestionarios pueden ser herramientas útiles para el cribado y la detección inicial, el diagnóstico definitivo debe recaer en los especialistas de la salud mental, mediante una valoración cuidadosa de la semiología psiquiátrica y de la evolución sintomática.

Como parte de esta evaluación, es indispensable considerar y descartar diagnósticos diferenciales, entre ellos el trastorno bipolar, el duelo, el consumo de sustancias o reacciones adversas a fármacos, así como condiciones médicas que pueden simular o agravar síntomas depresivos, tales como el hipotiroidismo, la anemia, el dolor crónico o enfermedades neurológicas (American Psychiatric Association, 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2022; World Health Organization, 2022).

### 1.6 Tratamiento Farmacológico del Trastorno de Depresión Mayor

El hablar de tratamiento farmacológico, implica tomar en cuenta principalmente las guías internacionales actuales, las cuales recomiendan iniciar el tratamiento farmacológico con un ISRS o un IRSN (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2022; Lam et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

También, existen varios ensayos clínicos controlados y aleatorizados que aportan fuerte evidencia de la eficacia de ciertos tratamientos psicofarmacológicos, psicoterapéuticos o la combinación de ambos; de estos, se ha identificado que los

antidepresivos son más eficaces que el placebo, y entre ellos mismos hay diferencias moderadas, por lo que se debe tomar la decisión tomando en cuenta la tolerabilidad o las características individuales tanto del paciente como del episodio depresivo (Cipriani et al., 2018). Es frecuente la respuesta insuficiente; para estos casos están descritos en múltiples ensayos clínicos la potenciación con otros fármacos, por ejemplo con antipsicóticos atípicos, litio, triyodotironina o agentes dopaminérgicos; sin embargo, se toma la decisión dependiendo de los objetivos de cada paciente (Nuñez et al., 2022).

Para prevenir recaídas, las guías recomiendan un periodo prolongado de tratamiento de 6 a 12 meses posterior a la remisión; este periodo recomendado puede cambiar dependiendo de si existen recurrencias o un alto riesgo de recaída. Al terminar el tratamiento, se recomienda un retiro paulatino con un plan de vigilancia estructurado (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2022).

#### 1.6.1 Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina

La primera línea de tratamiento para el Trastorno Depresivo son los ISRS; ejemplos de los más utilizados son Citalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina y Sertralina (Lam et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2022). Las diferencias entre los diferentes ISRS son modestas; pero generalmente siempre se recomienda elegir el antidepresivo tomando en cuenta la tolerabilidad, características clínicas y perfil de efectos adversos (Cipriani et al., 2018).

Tradicionalmente, se explica la acción de los ISRS por inhibición del transportador de serotonina (SERT); actualmente, se piensa que es una respuesta parcial, ya que, con base en las investigaciones más recientes, se describen 4 posibles mecanismos que contribuyen al efecto antidepresivo, los mismo se mencionan a continuación:

El primer mecanismo, el cual es la inhibición de SERT en la membrana plasmática, aumenta la disponibilidad de serotonina extracelular. El segundo mecanismo está relacionado con la farmacocinética; una explicación en el retraso terapéutico es que estos fármacos requieren varios días para alcanzar niveles estables. El tercer mecanismo implica la activación progresiva de mecanismos intracelulares en el retículo endoplásmico y el aparato de Golgi, donde interactúa con SERT antes de que llegue a la membrana plasmática. Y el cuarto mecanismo es la activación del receptor tirosina cinasa B (TRKB),

que se asocia al factor neurotrófico derivado del cerebro y la modulación de microdominios lipídicos en la membrana celular (Nichols et al., 2023).

#### 1.6.2 Inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina

Los ISRN, o también llamados “Diales”, como la Venlafaxina, Duloxetina, Desvenlafaxina y Levomilnacipran son tratamientos farmacológicos de primera línea junto a los ISRS para el tratamiento del TDM.

Al igual que con los ISRS se realiza una decisión en conjunto con el paciente, considerando las comorbilidades y los efectos adversos de cada medicamento. Asimismo, se aplican estrategias de optimización, cambio o potenciación dependiendo de la respuesta antidepresiva. La diferencia entre los fármacos de este grupo también con escasas y no hay una clara superioridad en la efectividad antidepresiva entre estos (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2022; Lam et al., 2024; National Institute for Health and Care Excellence, 2022) (Cipriani et al., 2018).

#### 1.6.3 Otros Antidepresivos

Se han estudiado otros antidepresivos como mecanismo de acción diferente a los ISRS/ISRN; ejemplos son Bupropión, Mirtazapina, Vortioxetina, Vilazodona y Agomelatina. Todos han demostrado superioridad frente al placebo y, aunque en algunos estudios de comparación entre los diferentes fármacos muestran mejoría en algunas métricas, las diferencias siguen siendo mínimas (Lam et al., 2024) (Cipriani et al., 2018).

Un ejemplo de lo anterior es la Vortioxetina; donde en un metaanálisis sistemático, comparando vortioxetina contra ISRS/ISRN, encontró algunas diferencias en la mejoría en varios dominios cognitivos, pero no implica superioridad global (Zhang et al., 2022).

Otros tratamientos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la monoaminooxidasa; ambos grupos son eficaces para el trastorno depresivo sin embargo, por perfil de seguridad y de efectos adversos, se consideran de segunda (TCA) y tercera línea (IMAO) (Lam et al., 2024).

#### 1.6.4 Antipsicóticos

Ya por último, la utilidad de los antipsicóticos de segunda generación en el trastorno depresivo mayor, se usan principalmente como estrategia de augmentación y se considera

después de haber fallado un ensayo con un antidepresivo en dosis y tiempo óptimo donde no se dio una respuesta adecuada (Lam et al., 2024).

La evidencia comparativa entre las diferentes opciones de antipsicóticos de segunda generación muestra beneficios modestos en respuesta y remisión, mostrando una diferencia considerable en la aceptación de cada fármaco por su perfil de efectos adversos (Nuñez et al., 2022).

Si decide elegirse un antipsicótico de segunda generación como potenciador, se deben monitorizar síntomas depresivos y efectos adversos, prestando atención a las alteraciones metabólicas, síntomas extrapiramidales, sedación; y se recomienda suspender si no se observa un beneficio clínico que justifique su continuación (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2022; Lam et al., 2024).

### 1.7 Pronóstico del trastorno de depresión mayor

Hablando de recaída y mantenimiento; los antidepresivos disminuyen el riesgo de recaídas tras la remisión. Se estima que alrededor del 39 % puede recaer tras la remisión aún con mantenimiento, mientras que alrededor del 52 % recaen cuando se suspende medicación sin la etapa de mantenimiento, por lo que mantener el fármaco disminuye la probabilidad de recaer en el siguiente año de acuerdo a Lewis (Lewis et al., 2021).

Aún en remisión y con etapa de mantenimiento activa, algunas personas presentan una discapacidad residual. Estas personas presentan síntomas subumbrales como anergia o dificultades en la concentración, en donde a pesar de hablar de síntomas residuales o subumbrales, puede conllevar a un impacto en la calidad de vida de las personas (Schwarz et al., 2024).

### 1.8 Futuro de la psicofarmacología en trastorno de depresión mayor.

Se plantea a futuro utilizar estrategias biológicas y farmacogenómicas, elegir y ajustar el antidepresivo según polimorfismos y enzimas hepáticas. Considerándose que será de gran ayuda en pacientes caracterizados por ser *metabolizadores rápidos* o con comorbilidades donde la elección del antidepresivo depende más de la comorbilidad que de su efectividad para el TDM (Bousman et al., 2023).

También, cada vez más existen investigaciones con agentes psicodélicos. Por ejemplo la psilocibina, en ensayos de fase 2 muestra superioridad frente al placebo; sin

embargo, faltan más datos sobre seguridad y comparación con esquemas actuales a largo plazo, por ejemplo un ECA no encontró diferencias significativas frente al Escitalopram (Goodwin et al., 2022) (Carhart-Harris et al., 2021).

## 1.10 Propiedades Bioquímicas y Biológicas de la Creatina Monohidratada

### 1.10.1 Generalidades

La creatina es un compuesto nitrogenado; se obtiene por la dieta, pero también se sintetiza con dificultad en el cuerpo humano; al absorberse y metabolizarse, se convierte en su forma activa llamada fosfocreatina. Su función es como ser una “batería”; contiene fosfatos de alta energía, lo que ayuda a su disponibilidad y, por lo tanto, facilita la síntesis de ATP cuando se encuentra una demanda metabólica aumentada. En humanos, la suplementación con creatina monohidratada incrementa las reservas encefálicas; sin embargo, en músculo las reservas son mucho mayores (Candow et al., 2023; Forbes et al., 2022).

El encargado de permitir el paso de la creatina al sistema nervioso central por la barrera hematoencefálica es el transportador SLC6A8 y la deficiencia de este transportador resulta en disminución de la creatina cerebral (Candow et al., 2023; J. Li & Xu, 2023)

La creatina monohidratada es la forma más estudiada y recomendada por su estabilidad y evidencia de eficacia y seguridad. En estudios a largo plazo, los esquemas más utilizados son de 3 a 5 g/día o 0.1 g/kg/día. En algunas recomendaciones hablan de una “Fase de carga”, que consiste en 20 g/día por 5 a 7 días, seguido de la fase de mantenimiento (Antonio et al., 2021; Forbes et al., 2022).

### 1.10.2 Fisiología de la creatina monohidratada

La creatina participa en la homeostasis energética celular mediante el sistema fosfocreatina-creatina-quinasa, el cual sirve como “buffer” y redistribuye el ATP donde hay alta demanda metabólica (Forbes et al., 2022; Wyss & Kaddurah-Daouk, 2000).

En el citosol, la creatin-quinasa fosforila la creatina, convirtiéndola en fosfocreatina utilizando ATP; en condiciones de alta demanda metabólica, la fosfocreatina

dona su fosfato de alta energía para resintetizar ATP de una forma rápida (Wyss & Kaddurah-Daouk, 2000).

La creatina se obtiene por síntesis corporal y por la ingesta dietaria; en donde la biosíntesis comprende dos pasos: Primero, la enzima L-arginina:glicina amidotransferasa convierte arginina y glicina en guanidinoacetato, principalmente en riñón y páncreas; posteriormente, en hígado, la enzima guanidinoacetato metiltransferasa metila este intermediario para generar creatina que luego se distribuye en los tejidos corporales (Wyss & Kaddurah-Daouk, 2000). Por último, la creatina se transporta al interior celular por el transportador SLC6A8, presente en el sistema nervioso central. (J. Li & Xu, 2023; Wyss & Kaddurah-Daouk, 2000).

#### 1.10.3 Hipótesis sobre su mecanismo de acción en el tratamiento del trastorno de depresión mayor.

La suplementación aumenta la concentración cerebral de creatina, pudiendo estabilizar el potencial energético neuronal, mejorando la eficiencia sináptica en TDM (Forbes et al., 2022). Un estudio con adolescentes con TDM resistente a ISRS mostró que, al elevar la fosfocreatina mediante la suplementación, se correlaciona inversamente con la severidad depresiva (Kondo et al., 2016).

En un estudio en Corea del Sur en mujeres con depresión, la suplementación con creatina aumentó la enzima N-acetilaspartato prefrontal, un marcador de integridad neuronal y optimización del procesamiento fronto-límbico; este estudio se hizo asociando la suplementación con creatina y el antidepresivo Escitalopram (Yoon et al., 2016).

En humanos que se sometieron a privación de sueño, se administró una dosis alta de creatina (0.35 g/kg), lo que mejoró el rendimiento cognitivo comparándolo con el placebo. Este estudio apoya la hipótesis de que la creatina aumenta la reserva energética en el SNC, lo que pudiera ser un mecanismo relevante para síntomas depresivos sensibles al estrés bioenergético. (Gordji-Nejad et al., 2024).

También, existen datos preclínicos y clínicos los cuales propusieron que, al mejorar el estado energético del SNC, la creatina podría reducir el estrés oxidativo y amortiguar señales excitotóxicas que dependen de glutamato, lo que contribuye a la neuroprotección (Kious et al., 2019).

#### 1.10.4 Efectos Adversos

En adultos sanos, la suplementación con creatina monohidratada es segura, y los efectos adversos reportados comúnmente son molestias gastrointestinales como distensión abdominal, náuseas o diarrea, más relacionados con dosis altas; estos efectos adversos mejoran dividiendo la dosis o tomándola con alimentos y agua suficiente. Sin embargo, existen mitos alrededor de la suplementación con creatina, como deshidratación, calambres y caída de cabello; sin embargo, no hay respaldo clínico para estas aseveraciones.

Otra preocupación que existe entre las personas que se suplementan es la salud renal; sin embargo, una revisión narrativa del 2023 concluye que, aunque aumente la creatinina sérica o urinaria por la conversión no enzimática, esto no implica daño renal; ya que no se muestra deterioro en la función renal en los diferentes ensayos clínicos. Sin embargo, se recomienda prudencia ante nefropatas, ya que no hay suficiente evidencia en este grupo poblacional y posiblemente valga la pena continuar manteniendo el campo de investigación (Longobardi et al., 2023) (Antonio et al., 2021; Kreider et al., 2017).

#### 1.10.5 Interacciones farmacológicas

La evidencia actual no muestra interacciones fármaco-fármaco clínicamente relevantes para la creatina monohidratada a dosis recomendadas. Se reporta buena compatibilidad y ausencia de interacciones con medicamentos de uso común, lo que contribuye a su buen perfil de seguridad. (Antonio et al., 2021; Kreider et al., 2017).

#### 1.10.6 Creatina monohidratada y depresión mayor: evidencia disponible

En un ensayo clínico aleatorizado, se estudiaron 52 mujeres con trastorno depresivo mayor. Se dividieron en 2 grupos; al primer grupo de 25 mujeres se les dio el tratamiento estándar con escitalopram más 5 g/día de creatina monohidratada y al segundo grupo de 27 mujeres se les dio placebo asociado al tratamiento estándar con escitalopram. La eficacia antidepresiva se evaluó con la escala HAMA-D. La duración del estudio fue de 8 semanas.

Se encontró que las pacientes que recibieron creatina monohidratada mostraron mejoras significativas ya en la semana 2 de tratamiento; esta diferencia se mantuvo a las semanas 4 y 8 del estudio; no hubo diferencia entre los grupos de pacientes que suspendieron el tratamiento prematuramente (salieron 8 personas del grupo de creatina y 5 personas del grupo placebo). Concluyeron el estudio sugiriendo que la estrategia de augmentación con creatina asociada a un ISRS puede ser un enfoque terapéutico prometedor (Lyoo et al., 2012)

En un estudio de 18 pacientes, de los cuales 14 fueron mujeres, que tenían depresión mayor que no respondieron en 3 semanas de tratamiento con antidepresivos, se incluyeron en un estudio piloto de aumento doble ciego de 4 semanas; le añadieron creatina monohidratada 5 o 10 g diarios o placebo al tratamiento antidepresivo estándar con ISRS/ISRN. Se evaluaron con escala de depresión de Hamilton y escala de gravedad de impresión clínica global. No hubo diferencias entre creatina monohidratada a 5 o 10 g y placebo; sin embargo, 2 pacientes del grupo de creatina mostraron mejoría temprana de más del 50 % en las escalas tras 2 semanas de tratamiento con creatina. Este estudio, aunque limitado con la muestra, concluye que en general no hay diferencias entre la creatina y el placebo, pero sugiere que en un subgrupo de pacientes pudiera ser beneficiosa (Nemets & Levine, 2013)

También, se realizó otro estudio donde comparan la terapia cognitivo-conductual más creatina monohidratada contra terapia cognitivo-conductual más placebo para tratamiento de trastorno depresivo mayor. Utilizaron la escala PHQ-9 y se incluyeron 100 participantes, de los cuales 50 fueron mujeres con una edad media de 30.4 años con depresión; se asignaron aleatoriamente a ambos grupos. A las 8 semanas, ambos grupos mostraron mejoría en la escala, pero significativamente mayor mejoría en el grupo de creatina (Sherpa et al., 2025)

Una revisión reciente donde se incluyeron once ensayos con un acumulado de 1093 participantes mostró un efecto global modesto con una reducción promedio de 2.2 puntos en la escala de Hamilton. La creatina favoreció la remisión en algunos casos, pero la evidencia global es de baja calidad. En esta revisión concluyeron que la creatina podría tener un efecto leve o medio en la sintomatología depresiva, pero se necesitan más estudios (Eckert et al., 2025)

## CAPÍTULO 2

### 2.0 PROBLEMA DE ESTUDIO

#### 2.1 Definición del problema

El trastorno depresivo mayor se considera una causa importante de discapacidad a nivel mundial. Los pacientes tienen altas probabilidades de no alcanzar la remisión deseada con los tratamientos antidepresivos actuales.

#### 2.2 Justificación

La justificación de este estudio es la necesidad actual de tratamientos coadyuvantes alternativos que ayuden a los tratamientos estándares para el trastorno depresivo mayor; y la creatina monohidratada es una opción prometedora por su perfil de seguridad y su evidencia preliminar el cual sugiere efecto favorable en la sintomatología depresiva.

#### 2.3 Objetivos del estudio

##### 2.3.1 Hipótesis

Con la administración de monohidrato de creatina añadida al Escitalopram se observará un incremento en la eficacia antidepresiva con respecto al placebo.

##### 2.3.2 Hipótesis nula

Con la administración de monohidrato de creatina añadida al Escitalopram no se observan diferencias en la eficacia antidepresiva con respecto al placebo.

##### 2.3.3 Objetivo Primario

Determinar si en una población de pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, la administración oral de creatina monohidrato a dosis de 0.1 g/kg por día, al tratamiento estándar de Escitalopram, es más eficaz que el placebo para mejorar los síntomas depresivos evaluados a través de escalas.

##### 2.3.4 Objetivos secundarios

- Estudiar las diferencias en respuesta y remisión en los pacientes que reciben creatina contra placebo en el tratamiento con Escitalopram.

- Evaluar el efecto de creatina contra placebo en los síntomas de ansiedad en pacientes con depresión.
- Estudiar los cambios en peso, IMC, porcentaje de grasa y músculo con el tratamiento con creatina vs. placebo.

## CAPÍTULO 3

### 3.0 MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1 Generalidades del Diseño del Estudio

Este fue un ensayo clínico de grupos paralelos, controlado con placebo, aleatorizado y doble ciego, que tuvo una duración de 12 semanas; seguido de una visita de seguridad a las cuatro semanas posteriores a la finalización de la intervención. Recordando el objetivo de comparar la eficacia y seguridad de la creatina monohidratada frente a placebo, ambos añadidos al antidepresivo Escitalopram, en el tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo.

Para determinar la elegibilidad, se realizó historia clínica completa y se aplicó la entrevista estructurada MINI para confirmar el diagnóstico. Los participantes debían cumplir con el diagnóstico de trastorno depresivo mayor, como trastorno clínicamente prioritario, con calificación mínima de “moderadamente enfermo” en la ICG-S, puntuación  $\geq 20$  en la MADRS y riesgo suicida bajo.

Tras confirmar la elegibilidad, los pacientes otorgaron consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Posterior a ello, en la visita basal (semana 0) se solicitaron estudios de laboratorio, se efectuaron mediciones antropométricas y se indicó completar un diario de alimentación por una semana. Los pacientes no debían haber recibido antidepresivos, creatina u otros psicotrópicos durante al menos cuatro semanas previas a la aleatorización.

Los participantes fueron asignados al azar a uno de los dos siguientes grupos:

1. Escitalopram 10 mg/día más creatina monohidrato 0.1 g/kg/día.
2. Escitalopram 10 mg/día más placebo 0.1 g/kg/día.

Es importante mencionar, que la dosis de creatina podía aumentarse a 0.2 g/kg/día a partir de la semana 4 si ésta era bien tolerada. El Escitalopram también podía incrementarse a 20 mg/día en la semana 4, si así se consideraba, y en caso de intolerancia, las dosis podían reducirse.

Continuando con las evaluaciones, se realizaron en las semanas 0, 2, 4, 8 y 12, agregando una visita de seguridad a las cuatro semanas de suspender la intervención. En cada visita se aplicaron las siguientes escalas: ICG-S y ICG-M, HAMA, MADRS, GAD-7, inventarios de Beck de depresión y ansiedad, EQ-5D, SDS y C-SSRS. Se repitieron estudios de laboratorio y medidas antropométricas en la semana 12, además de recoger nuevamente el diario de alimentos.

<b>Tabla 2. Cronograma de evaluación para cada visita de seguimiento</b>							
Instrumento	V.I	0	2	4	8	12	V.S
HC	X						
Carta de consentimiento informado	X						
MINI	X						
MADRS	X	X	X	X	X	X	X
ICG-S	X	X	X	X	X	X	X
ICG-M			X	X	X	X	X
C-SSRS	X	X	X	X	X	X	X
HAMA	X	X	X	X	X	X	X
GAD-7	X	X	X	X	X	X	X
Inventario Beck Depresion	X	X	X	X	X	X	X
Inventario Beck Ansiedad	X	X	X	X	X	X	X
EQ-5D		X		X	X	X	X
SDS		X		X	X	X	X
Criterios de inclusión	X					X	
Criterios de exclusión	X					X	
Enviar a estudios de laboratorio	x						X
Proporcionar Diario de Alimentos	X		X	X	X	X	X
Recoger Diario de alimentos		X		X	X	X	X
Revisar Estudios de Laboratorio		X					

Antropometria		X		X	X	X	X
Eventos Adversos			X	X	X	X	X
Proporcionar escitalopram 10/20 mg		X	X	X	X	X	X
Proporcionar creatina/placebo 0.1/0.2 g/kg.		X	X	X	X	x	X

V.I: Visita de primer contacto

V.S.: Visita de seguridad

■ : Semana donde se valorará el aumento del Escitalopram y creatina monohidratada.

### 3.2 Población del estudio

#### 3.2.1 Criterios de inclusión

- Hombres y mujeres de entre 18-65 años con diagnóstico de TDM definido por el DSM-5TR y MINI plus.
- Hombres y mujeres de entre 18-65 años
- El Trastorno Depresivo Mayor es el problema psiquiátrico clínicamente prioritario.
- Personas sin tratamiento psicofarmacológico en las últimas 4 semanas.
- Severidad de la depresión actual moderada o mayor con puntaje de 20 puntos o más en la escala MADRS y CGI-S 4 o mayor.
- Estudios de laboratorio sin alteraciones (Creatinina).

#### 3.2.2 Criterios de exclusión

- Tener una edad menor de 18 años el día de la visita de valoración basal.
- No estar facultado o negarse a otorgar consentimiento informado.
- Estar participando en otra investigación clínica al momento de la visita de cribado.
- Padecer cualquier trastorno psiquiátrico del eje I listado en el DSM-5TR (Incluyendo trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, cualquier trastorno psicótico y cualquier trastorno de la personalidad) con excepción de trastornos de ansiedad (Trastorno de ansiedad por

separación, mutismo selectivo, fobia específica y trastorno de ansiedad social) y trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

- Presentar riesgo de suicidio en la visita de valoración basal, a juzgar por alguno de los investigadores participantes.
- Historia de abuso o dependencia de sustancias, incluyendo alcohol y cannabis en los seis meses anteriores a la visita de valoración basal.
- Padecer alguna enfermedad médica relevante o inestable, por ejemplo: Diabetes Mellitus sin tratamiento farmacológico apropiado, hipertensión arterial no controlada o sin tratamiento, cualquier tipo de cáncer en los últimos 5 años o insuficiencia renal en cualquier estadio (Por el empleo de creatina).
- En caso de ser mujer, planear embarazo durante la duración del estudio; estar embarazada o sospechar estarlo el día de la visita de valoración basal, se debe descartar por medio de prueba de embarazo al inicio del estudio.
- En caso de ser mujer, estar amamantando durante la duración del estudio.
- En caso de ser mujer en edad fértil, no utilizar un método anticonceptivo confiable.
- A juzgar por el investigador, el paciente podría no adherirse a la intervención o no completar el seguimiento.
- Haber consumido monohidrato de creatina el mes previo al día de la visita de valoración basal.
- Haber recibido terapia electroconvulsiva en los tres meses previos al día de la visita de valoración basal.
- Haber iniciado un tratamiento psicoterapéutico en el mes anterior a la visita de valoración inicial.

### 3.2.3 Criterios de eliminación

- No cumplir los criterios de elegibilidad en la visita de cribado o valoración inicial.
- En caso de ser mujer, resultar embarazada durante la duración del estudio.
- No adherirse a la intervención o no completar el seguimiento.
- Deterioro del estado clínico durante la realización del estudio.
- No adherirse a los requerimientos del estudio, incluyendo visitas programadas y toma del tratamiento en investigación.

- Intolerancia al monohidrato de creatina o al Escitalopram.
- Suspensión por cualquier causa justificada por el juicio clínico de algún investigador.

### 3.3 Reclutamiento de participantes

Las fuentes de reclutamiento incluyeron: Pacientes de consulta externa del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” UANL y pacientes de consulta externa del Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C. Cabe mencionar, que los participantes se incluyeron en el estudio de forma consecutiva de acuerdo con su disponibilidad y consentimiento.

### 3.4 Instrumentos de Medición

Los instrumentos de medición que se utilizaron en este estudio fueron los siguientes:

- Evaluación Psiquiátrica del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario UANL (Ontiveros Sánchez De La Barquera, 1998).
- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (MINI) (Bobes J., 1998; Lecrubier, et al., 1997; Sheehan D. V., et al., 1997; Sheehan D. V., et al., 1998).
- Escala de Impresión Clínica Global (Berk, et al., 2008; Busner & Targum, 2007; Dunlop, Gray, & Rapaport, 2017).
- Escala para el Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) (García-Campayo, et al., 2010; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006)
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Lobo, et al., 2002; Montgomery & Åsberg, 1979).
- Escala columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS) (Posner, K.; Brent, D.; Lucas, C.; Gould, M.; Stanley, B.; Brown, G.; Fisher, P.; Zelazny, J.; Burke, A.; Oquendo, M.; Mann, J., 2010)
- Inventario de Depresión de Beck (Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. 1996)
- Inventario de Ansiedad de Beck (Beck, A.T.)
- Escala de ansiedad de Hamilton (Br j Psychiatry. 1969)
- EQ-5D (EuroQol Group)
- Sheehan Disability Scale (SDS) (Sheehan DV 1983)

### 3.5 Cálculo del Tamaño de la Muestra

Tomando a consideración una población finita de 300 pacientes, los cuales cumplen en conformidad con los criterios de selección del presente estudio, a un nivel de confianza del 95%, una probabilidad máxima estimada 50% y un error máximo aceptado del 10%; se determinó mediante la fórmula para tamaños muestrales de proporciones en poblaciones finitas, una muestra estadísticamente significativa de 73 pacientes. Se redondeará a 74 pacientes para tener muestra equitativa en ambos grupos de estudio. Tomando en cuenta que es un estudio piloto, se acepta el error del 10%.

### 3.6 Aleatorización y Enmascaramiento

Cada participante fue asignado aleatoriamente a uno de los dos grupos del estudio (creatina monohidrato o placebo) mediante una metodología de aleatorización por bloques de dos, con una razón 1:1. La secuencia de aleatorización fue generada con el software Randomization.com (Dallal, 2013) y permaneció bajo resguardo exclusivo del personal administrativo del INFOSAME o del Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario de la UANL. Una vez que un investigador enrolaba a un paciente (JAOS o LACG), el personal administrativo lo asignaba a uno de los grupos según la secuencia preestablecida. Posteriormente, se entregaba al participante creatina monohidrato o placebo para iniciar la intervención. Tanto la creatina como el placebo eran indistinguibles en apariencia, lo que garantizó el enmascaramiento tanto del personal investigador como de los pacientes.

### 3.7 Descripción de la Intervención

El monohidrato de creatina es una sustancia de venta libre, disponible en forma de polvo soluble en líquidos para su administración oral. El placebo empleado fue inulina, también de venta libre, seleccionada por su presentación en polvo, solubilidad en agua y similitud con la creatina en apariencia y forma de administración, lo que permitió mantener el enmascaramiento.

En la fase de tratamiento experimental doble ciego, los pacientes aleatorizados recibieron creatina monohidrato o placebo durante 12 semanas, iniciando la

administración en la semana 0 con una dosis de 0.1 g/kg/día. En caso de intolerancia, el investigador podía mantener la dosis o reducirla a 0.05 g/kg/día; asimismo, la dosis de creatina podía incrementarse hasta 0.2 g/kg/día si se toleraba adecuadamente.

Las visitas y procedimientos de investigación, incluida la aleatorización, se llevaron a cabo en el Departamento de Psiquiatría del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” o en el Instituto de Información e Investigación en Salud Mental A.C. (INFOSAME).

La administración del tratamiento en estudio (escitalopram, creatina o placebo) fue domiciliaria, bajo indicación médica. Los participantes recibieron instrucciones de notificar oportunamente cualquier evento adverso.

El INFOSAME contó con un carro rojo y un área habilitada para la atención de emergencias relacionadas con reacciones adversas a medicamentos.

### 3.7.1 Visita inicial

Durante el primer contacto, se explicó detalladamente el estudio y se invitó a los candidatos a participar. Aquellos que aceptaron firmaron el consentimiento informado aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González”. Posteriormente, se corroboró el diagnóstico de TDM conforme a los criterios del DSM-5TR (American Psychiatric Association, 2022) y mediante la entrevista estructurada MINI. Asimismo, se verificó el cumplimiento de los criterios de inclusión y la ausencia de criterios de exclusión, con base en la historia clínica y la aplicación de las escalas MADRS, ICG-S, C-SSRS, HAMA, GAD-7 y los inventarios de Beck para depresión y ansiedad.

Los pacientes que resultaron elegibles en este primer contacto fueron programados para la visita de la semana 0. Se les solicitó completar un diario de alimentación durante una semana y se indicaron estudios de laboratorio (biometría hemática, perfil bioquímico y, en mujeres, prueba de embarazo en orina). Para estos análisis se obtuvo una muestra de sangre periférica de aproximadamente 5 ml, tomada en ayuno de ocho horas.

### 3.7.2 Visita de seguimiento de la semana 0

Durante esta visita se aplicaron y registraron los resultados de las clinimetrías: MADRS, ICG-S, C-SSRS, HAMA, GAD-7, inventarios de Beck para depresión y ansiedad, EQ-5D y SDS. Se revisaron los estudios de laboratorio y, en caso de que los pacientes continuaran siendo elegibles, se inició la administración de escitalopram a dosis de 10 mg/día a las 21:00 horas, junto con monohidrato de creatina o placebo a una dosis de 0.1 g/kg/día, disuelto en líquido y administrado en una sola toma diaria.

En esta misma visita se recogió el diario de alimentación y se registraron las medidas antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa y músculo, así como circunferencia de cintura y cadera.

### 3.7.3 Visita de seguimiento semana 2

Durante esta visita se aplicaron las clinimetrías ICG-S, ICG-M, HAMA, MADRS, GAD-7, C-SSRS, así como los inventarios de Beck para depresión y ansiedad. También se registraron los eventos adversos. Se entregó el diario de alimentación para ser completado durante la semana previa a la siguiente visita.

### 3.7.4 Visita de seguimiento semana 4

Durante esta visita se aplicaron y registraron los resultados de las clinimetrías: MADRS, ICG-S, ICG-M, C-SSRS, HAMA, GAD-7, inventarios de Beck para depresión y ansiedad, EQ-5D y SDS. Asimismo, se documentaron los eventos adversos.

En esta semana se evaluó la posibilidad de incrementar la dosis de escitalopram a 20 mg/día y de creatina monohidrato a 0.2 g/kg/día, de acuerdo con la tolerancia clínica del paciente.

Se entregó el diario de alimentación para ser completado durante la semana previa a la siguiente visita, y se recogió el correspondiente a la semana anterior. Además, se registraron las medidas antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa y músculo, así como circunferencia de cintura y cadera.

### 3.7.5 Visita de seguimiento semana 8

Durante esta visita se aplicaron y registraron los resultados de las clinimetrías: MADRS, ICG-S, ICG-M, HAMA, C-SSRS, GAD-7, EQ-5D, SDS e inventarios de Beck para depresión y ansiedad. Asimismo, se documentaron los eventos adversos.

Se entregó el diario de alimentación para ser completado durante la semana previa a la siguiente visita y se recogió el correspondiente a la semana anterior. Además, se registraron las medidas antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa y músculo, así como circunferencia de cintura y cadera.

### 3.7.6 Visita de seguimiento semana 12

Durante esta visita se aplicaron y registraron los resultados de las clinimetrías: MADRS, ICG-S, ICG-M, C-SSRS, HAMA, GAD-7, EQ-5D, SDS e inventarios de Beck para depresión y ansiedad. Asimismo, se documentaron los eventos adversos.

Se entregó el diario de alimentación para ser completado durante la semana previa a la siguiente visita y se recogió el correspondiente a la semana anterior. Además, se registraron las medidas antropométricas: peso, talla, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa y músculo, así como circunferencia de cintura y cadera.

### 3.7.7 Visita de seguridad

El objetivo de la visita de seguridad fue confirmar que las condiciones generales de salud de los participantes se mantuvieran estables, descartar deterioro clínico y evaluar la posible presencia de signos o síntomas asociados a la descontinuación de la intervención. Esta visita se realizó cuatro semanas después de finalizar la fase de tratamiento doble ciego.

Durante la visita se aplicaron y registraron los resultados de las clinimetrías: MADRS, ICG-S, ICG-M, C-SSRS, HAMA, GAD-7, EQ-5D, SDS e inventarios de Beck para depresión y ansiedad. Asimismo, se documentaron los eventos adversos. Se recogió el diario de alimentación correspondiente y se registraron medidas antropométricas: peso,

talla, índice de masa corporal (IMC), porcentaje de grasa y músculo, así como circunferencia de cintura y cadera.

### 3.7.8 Reporte de eventos adversos

Se llevó un registro de todos los eventos adversos ocurridos durante el estudio y al término del mismo, documentando la fecha de inicio, la severidad y la posible relación con el tratamiento en investigación. Los eventos adversos graves fueron notificados al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (UANL) en un plazo no mayor a cinco días hábiles.

## 3.8 Métodos Estadísticos

Para las variables cuantitativas se emplearon la media y la desviación estándar como medidas de tendencia central y dispersión, respectivamente. Para las variables nominales y ordinales se utilizaron proporciones como medidas descriptivas. Las variables cuantitativas fueron sometidas a las pruebas de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk para determinar su distribución (Martínez-González, Sánchez-Villegas, & Faulin, 2006).

Como pruebas de hipótesis para las variables de desenlace cuantitativas con mediciones secuenciales, se aplicó un ANOVA de medidas repetidas con el objetivo de identificar diferencias intrasujeto entre el inicio y el final del estudio, así como diferencias intersujeto entre los grupos (Martínez-González et al., 2006). Además, se realizaron análisis de punto final (semana 12) para detectar diferencias entre el grupo intervención y el grupo control: (a) para las variables cuantitativas se emplearon las pruebas t de Student o U de Mann-Whitney, dependiendo de la distribución; y (b) para las variables categóricas se aplicaron pruebas de ji-cuadrada o exacta de Fisher, según correspondiera al valor esperado en las tablas de 2x2 (Martínez-González et al., 2006).

Todos los análisis estadísticos se efectuaron con el programa IBM SPSS Statistics Subscription (IBM, 2020).

### 3.8.1 Cuadro de variables

<b>Tabla 3. Variables</b>				
<b>Nombre de la variable</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Definición Conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Escala</b>
Edad en años	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad en años del participante; se aceptarán números del 18 al 100	Numérica discreta
Género	Independiente	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Se clasificarán como mujer, hombre u otro que el participante deberá especificar. Habrá otra opción de “prefiero no responder”	Categórica nominal
Estrato socioeconómico	Independiente	Medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas,	Se clasificarán en clase baja, clase media baja, clase media, clase media alta, clase alta, y prefiero no responder.	Categórica ordinal

		basada en sus ingresos, educación y empleo		
Estado civil	Independiente	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se clasificarán en soltero, casado, unión libre, viudo, o divorciado.	Categórica nominal
Último nivel de escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente y que ha acreditado.	Se clasificarán en primaria, secundaria, preparatoria, actualmente cursando preparatoria, universidad, actualmente cursando universidad, posgrado, y actualmente cursando el posgrado.	Categórica ordinal
Consumo de sustancias	Independiente	Tipo específico de estupefaciente consumido	Uso de tabaco y alcohol.	Categórica nominal

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Escala
Edad en años	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Edad en años del participante; se aceptarán números del 18 al 100	Numérica discreta
Género	Independiente	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Se clasificarán como mujer, hombre u otro que el participante deberá especificar. Habrá otra opción de “prefiero no responder”	Categórica nominal
Estrato socioeconómico	Independiente	Medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus	Se clasificarán en clase baja, clase media baja, clase media, clase media alta, clase alta, y prefiero no responder.	Categórica ordinal

		ingresos, educación y empleo		
Estado civil	Independiente	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se clasificarán en soltero, casado, unión libre, viudo, o divorciado.	Categórica nominal
Último nivel de escolaridad	Independiente	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente y que ha acreditado.	Se clasificarán en primaria, secundaria, preparatoria, actualmente cursando preparatoria, universidad, actualmente cursando universidad, posgrado, y actualmente cursando el posgrado.	Categórica ordinal
Consumo de sustancias	Independiente	Tipo específico de estupefaciente consumido	Uso de tabaco y alcohol.	Categórica nominal

### 3.9 Aspectos Éticos

El consentimiento informado fue obtenido el día de la visita de cribado, previo a la realización de cualquier otro procedimiento. Este fue recabado por uno de los investigadores del estudio y firmado por el participante y dos testigos. Los investigadores se aseguraron de que los pacientes comprendieran los beneficios y riesgos de su participación, resolviendo cualquier duda respecto al proyecto antes de la firma. El consentimiento informado se firmó por duplicado y se entregó una copia original al participante.

Para preservar la confidencialidad y privacidad de los sujetos, únicamente los investigadores tuvieron acceso a la información personal. En la base de datos se identificó a cada participante con un número de registro, evitando el uso de nombres. Asimismo, los datos personales no aparecieron en ninguno de los reportes de investigación ni en publicaciones derivadas.

Los eventos adversos graves fueron reportados al Comité de Ética en Investigación del Hospital Universitario “Dr. José Eleuterio González” (UANL). Además, los participantes tuvieron acceso a comunicación telefónica con los investigadores en caso de presentar dudas relacionadas con la intervención o cualquier efecto adverso.

Todas las visitas, procedimientos e intervenciones (escitalopram, monohidrato de creatina y placebo) se brindaron sin costo para los participantes.

### 3.10 Mecanismo de confidencialidad

Para preservar la confidencialidad de los participantes, únicamente los investigadores tuvieron acceso a la información. A cada sujeto se le asignó un número de identificación con el fin de salvaguardar su privacidad dentro de la base de datos; de este modo, los nombres no aparecieron en ninguno de los reportes de investigación ni en las publicaciones derivadas. La información recolectada se almacenó por un período mínimo de cinco años posteriores a la finalización del estudio.

### 3.11 Mecanismo de protección a población vulnerable

Para la obtención del consentimiento informado, a los pacientes con Trastorno Depresivo Mayor se les proporcionó una explicación verbal sobre el protocolo del estudio. Posteriormente, se les entregó la carta de consentimiento y, tras su lectura, se les solicitó expresar cualquier duda respecto al documento o al protocolo. Todas las inquietudes fueron aclaradas antes de proceder a la firma y este proceso fue presenciado por dos testigos neutrales, quienes también firmaron las cartas de consentimiento.

## CAPÍTULO 4

### RESULTADOS

El estudio se encuentra actualmente en fase activa y el doble ciego del ensayo no ha sido revelado, por lo que los presentes resultados serán con base en un análisis descriptivo, sin una comparación inferencial entre ambos grupos.

#### 4.1 Flujo de Participantes

Se evaluaron un total de 35 personas, de las cuales 6 fueron excluidas por *screening failure*, 3 no firmaron el consentimiento y 2 declinaron participar. Se aleatorizaron 22 y recibieron cuanto menos 1 dosis de creatina monohidratada o placebo junto con la dosis estándar de Ecitalopram. En el momento del corte, 10 participantes completaron el protocolo, incluyendo la visita de seguridad; 6 concluyeron las 12 semanas de seguimiento, pero no acudieron a la visita de seguridad; y 2 participantes completaron únicamente hasta la visita de la semana 8, 2 participantes concluyeron únicamente hasta la semana 4 y 2 participantes concluyeron únicamente hasta la semana 2.

#### 4.2 Características sociodemográficas y clínicas basales

De los 35 candidatos, se aleatorizaron 22 participantes. La edad media fue de 33.7 años, con un rango de entre 18-65 años; la mayoría de la muestra poblacional era del sexo femenino en un 63%. Analizando el estado civil de los participantes, encontramos que el 47.6 % eran solteros, un 23.8 % eran casados, un 19.0 % vivían en unión libre y el 9.5 % estaban divorciados. En cuanto a los grados académicos de la muestra; el 33.3% completaron la preparatoria, el 28.6% concluyeron la universidad, el 23.8% no concluyeron la escuela secundaria y el 9.5 % iniciaron estudios universitarios, pero no los concluyeron. Por último, los trastornos afectivos previos como antecedentes de la muestra, el 61.9 % reportó un episodio depresivo único y el 38.1% presentó depresión recurrente. La edad promedio de inicio del primer episodio fue a los 26 años.

**Tabla 4. Datos sociodemográficos**

Variable	n (%) o media $\pm$ DE
Edad (años)	33.7 $\pm$ 15.6 (rango 18-70)

Sexo	
Mujer	14 (63.3%)
Hombre	8 (36.36%)
Estado civil	
Soltero(a)	10 (47.6%)
Casado(a)	5 (23.8%)
Unión libre	4 (19.0%)
Separado(a)	2 (9.5%)
Escolaridad	
Secundaria	5 (23.8%)
Preparatoria	7 (33.3%)
Universidad trunca	2 (9.5%)
Universidad completa	6 (28.6%)
No determinado	1 (4.8%)

#### 4.3 Evolución de los síntomas de depresión

##### 4.3.1 Escala de Depresión de Montgomery–Asberg (MADRS)

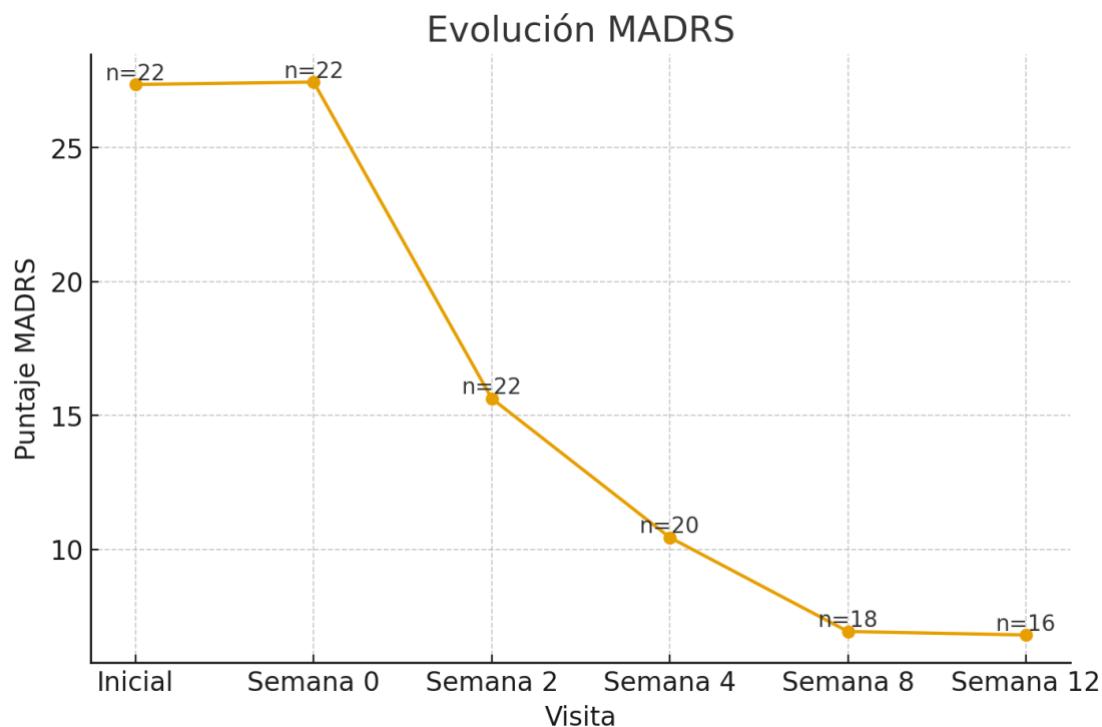
La Escala de Depresión de Montgomery–Asberg (MADRS) es un instrumento heteroadministrado por el evaluador clínico; y lo que evalúa es la severidad de la sintomatología depresiva mediante 10 ítems; la puntuación va de 0 a 60 puntos, considerándose valores entre 20-34 puntos una depresión moderada, y más de 25 puntos una sintomatología grave.

Se encontró en la visita inicial un rango de depresión moderada a grave, con un promedio en las puntuaciones de 27.36 puntos. Sin embargo, a partir de la segunda semana se mostró una tendencia a reducir el puntaje, marcando una mejoría progresiva de la sintomatología depresiva. Ya que va disminuyendo la muestra conforme pasan las semanas, va incrementando la variabilidad de las mediciones a las últimas semanas.

Tabla 5. Seguimiento MADRS		
Visita	Media ± DE	n válido
Inicial (I)	27.36 ± 4.83	22
Semana 0	27.45 ± 5.72	22

Semana 2	$15.64 \pm 7.03$	22
Semana 4	$10.45 \pm 8.48$	20
Semana 8	$6.94 \pm 7.02$	18
Semana 12	$6.81 \pm 6.79$	16

Se observó una disminución clínicamente significativa conforme van pasando las semanas, con una acentuada disminución en la semana 4 y 8. En la semana 12 permanecieron los puntajes muy por debajo de los valores iniciales, lo que indica una remisión parcial o casi completa en la mayoría de los casos.



#### 4.3.2 Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

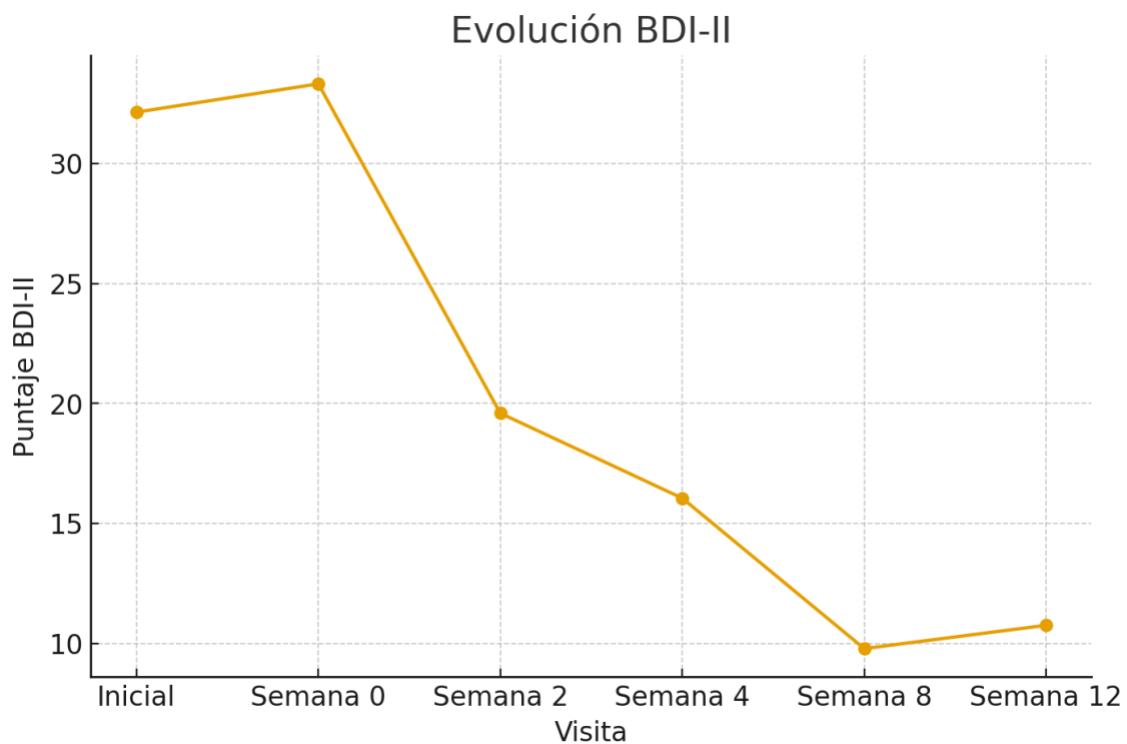
El inventario de depresión de Beck es un instrumento autoaplicable de 21 ítems con resultados de puntaje que van de 0 a 63 puntos.

Al inicio del estudio se encontraron puntajes en rango de depresión grave con una media de 32.14 puntos. Al igual que en la escala MADRS, se observa reducción del puntaje y, por lo tanto, de la sintomatología depresiva; a la semana 8 se observa una disminución marcada del puntaje con una media de 9.78, traduciéndose en una depresión leve. Llama la atención que a la semana 12 se observa un ligero repunte de puntaje; lo

cual podría atribuirse a la disminución del tamaño muestral; sin embargo, sigue estando muy por debajo del puntaje inicial.

**Tabla 6. Seguimiento BDI-II**

Visita	Media ± DE	n válido
Inicial (I)	32.14 ± 10.18	22
Semana 0	33.32 ± 10.37	22
Semana 2	19.59 ± 8.31	22
Semana 4	16.05 ± 10.77	20
Semana 8	9.78 ± 7.15	18
Semana 12	10.75 ± 9.11	16



#### 4.4 Evolución de los síntomas de ansiedad

##### 4.4.1 Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

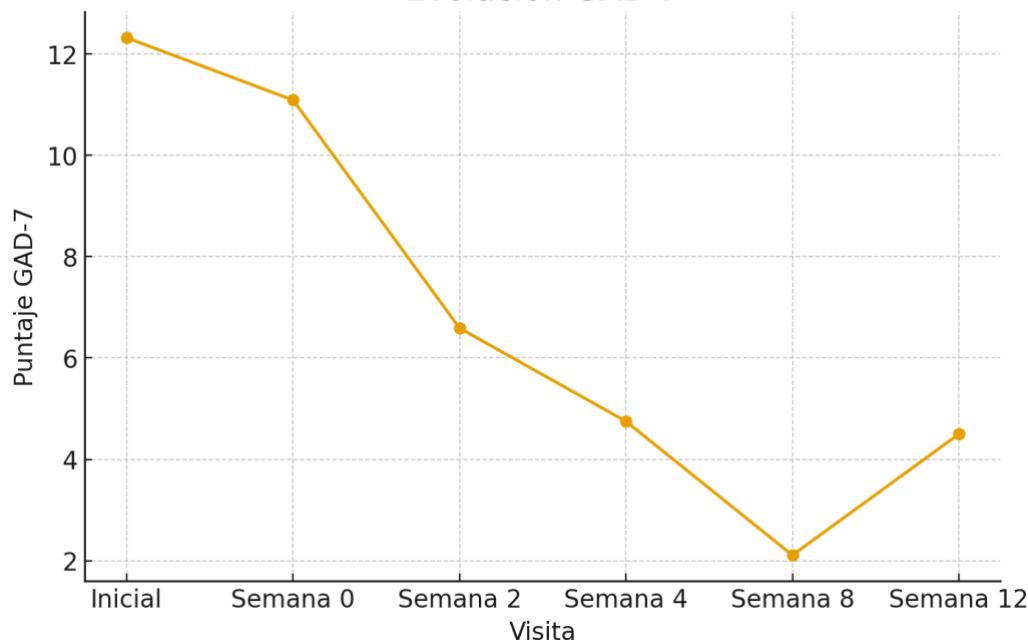
Continuando con las escalas, la GAD-7 es un cuestionario autoaplicable que valora la gravedad de la sintomatología ansiosa a través de siete reactivos o ítems, con puntuaciones que van de 0 a 21.

En la muestra, se observó en la visita inicial una media de puntaje de 12.32, lo que indica sintomatología ansiosa moderada. Ya a partir de la semana 2, se observa una disminución importante de los puntajes con una media de 6.59; manteniéndose esta tendencia a la mejoría hasta la semana 8 con una media de 2.11, lo que indica niveles mínimos de ansiedad, y al igual que en las otras escalas, se percibe un repunte de los síntomas en la semana 12. Nuevamente, consideramos que esto se debe a la disminución de la muestra de dicha semana. Pero, aún con el repunte de la semana 12, se observan puntajes muy por debajo de la visita inicial, lo que indica una mejoría clínica amplia y sostenida.

**Tabla 7. Seguimiento GAD-7**

Visita	Media ± DE	n válido
Inicial	12.32 ± 5.28	22
Semana 0	11.09 ± 5.67	22
Semana 2	6.59 ± 4.91	22
Semana 4	4.75 ± 5.40	20
Semana 8	2.11 ± 2.11	19
Semana 12	4.50 ± 6.05	16

**Evolución GAD-7**



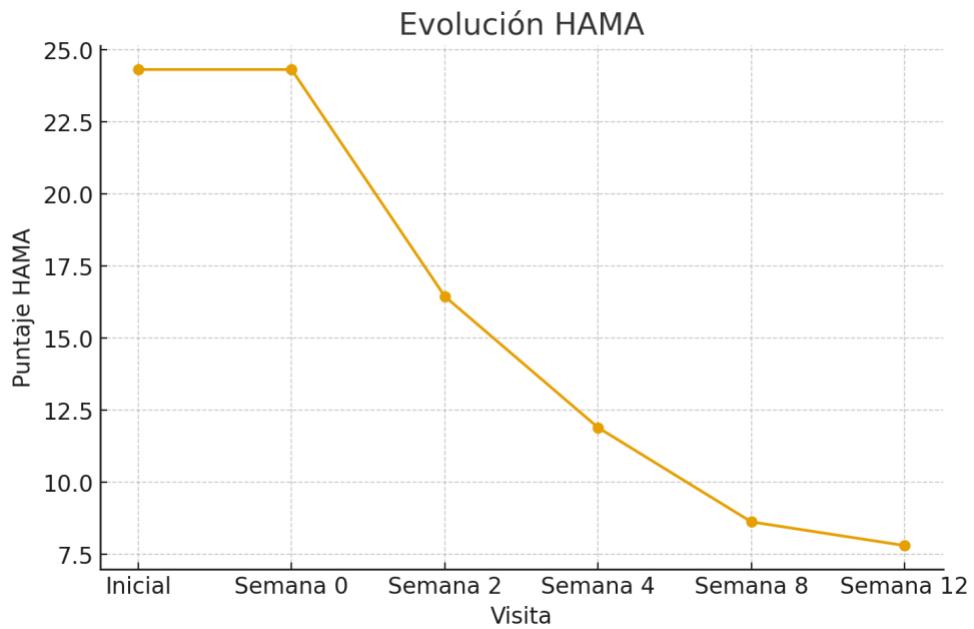
#### 4.4.2 Escala de Ansiedad de Hamilton (HAMA)

La escala de ansiedad de Hamilton evalúa la severidad de la sintomatología ansiosa con 14 ítems, con un rango de puntuación de 0 a 56 puntos.

En la medición inicial, los participantes presentaron una puntuación media de 24.32, lo que indica ansiedad moderada. A la semana 2 se observa un descenso en las puntuaciones con media de 16.45, lo que indica una mejoría clínicamente significativa. El patrón se mantuvo con reducción progresiva y sostenida de los síntomas de ansiedad. En esta escala no se observa el repunte de los puntajes en la semana 12 que sí se percibe en otras escalas.

**Tabla 8. Evolución de las puntuaciones HAMA**

Visita	Media ± DE	n válido
Inicial (I)	24.32 ± 9.21	22
Semana 0	24.32 ± 7.82	22
Semana 2	16.45 ± 8.08	22
Semana 4	11.90 ± 7.48	20
Semana 8	8.63 ± 8.81	18
Semana 12	7.81 ± 8.30	16



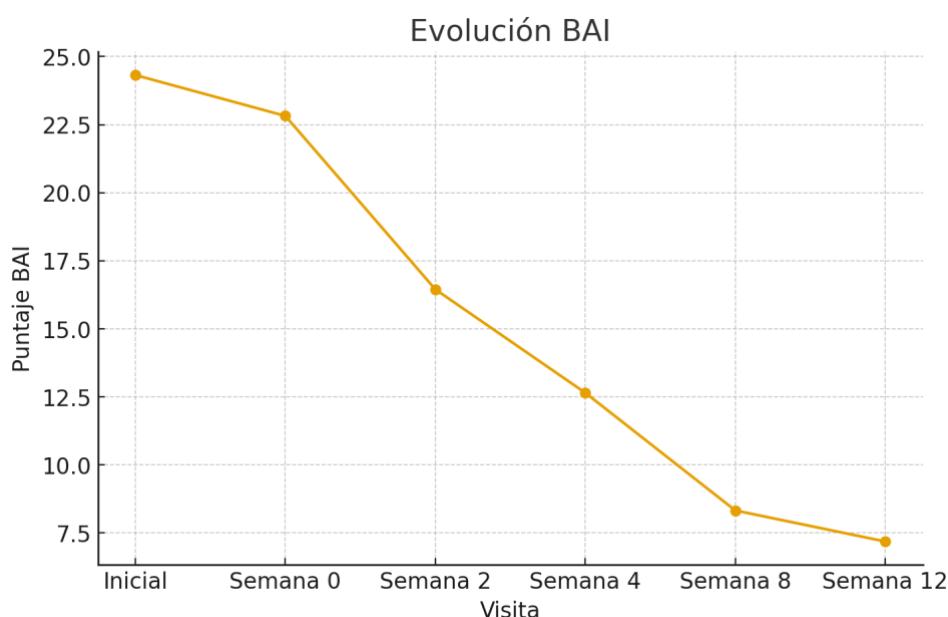
#### 4.4.3 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El inventario de ansiedad de Beck es un cuestionario autoaplicable que consta de 21 ítems que evalúan la severidad de la sintomatología ansiosa con rangos de 0 a 63 puntos.

En la medición inicial, los participantes mostraron una media de puntaje de 24.32, lo que indica ansiedad de moderada a grave. A la semana 2 se observa reducción de los síntomas ansiosos con puntajes medios de 16.45; en la semana 4 continúa esta tendencia con una media del puntaje de 12.65 y en la semana 8 se observa una media de 8.33 compatibles con ansiedad leve. A la semana 12, se observó un puntaje medio de 7.19 y al igual que con la escala HAMA no se observó el repunte que si se vio en otras escalas.

**Tabla 9. Puntuaciones BAI**

Visita	Media ± DE	n válido
Inicial (I)	24.32 ± 11.70	22
Semana 0	22.82 ± 12.56	22
Semana 2	16.45 ± 11.11	22
Semana 4	12.65 ± 11.81	20
Semana 8	8.33 ± 7.28	18
Semana 12	7.19 ± 8.92	16



#### 4.5 Impresión Clínica Global (CGI)

Por último, la escala de Impresión Clínica Global (CGI) es una medida global que permite al evaluador valorar tanto la severidad del trastorno como el cambio clínico a lo largo del tiempo. Consta de dos componentes principales:

- CGI-S (Severidad): El cual evalúa la severidad actual del cuadro en una escala de 1 (normal) a 7 (severo).
- CGI-I (Mejoría): Este componente valora el grado de mejoría en comparación con la línea basal, donde 1 indica “muy mejorado” y 7 “mucho peor”.

En el estudio, los puntajes de CGI-S mostraron una disminución progresiva en la severidad del trastorno depresivo mayor. La media inicial fue de 4.43 puntos, compatible con un cuadro moderado a grave. Sin embargo, en la semana 12 se alcanzaron puntajes medios de 2.13, lo que refleja severidad leve, y por lo tanto mejoría.

En cuanto a la CGI-I, se muestra un patrón similar de mejoría continua. En la semana 2, la muestra se ubicó en un rango de mínima a moderada con una media en el puntaje de 2.48. En la semana 4 se presentaba una mejoría notable con una media de 1.75; y en las semanas 8 y 12 se estabiliza el progreso con un rango de 1.17 a 1.19, indicando una mejoría significativa en los participantes.

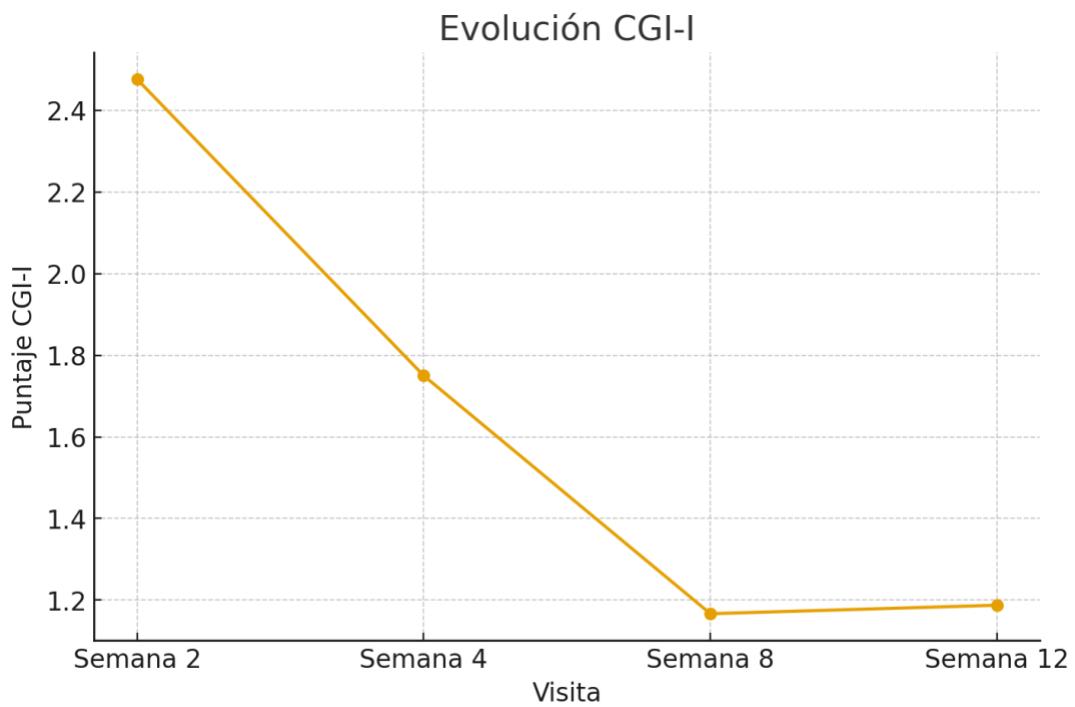
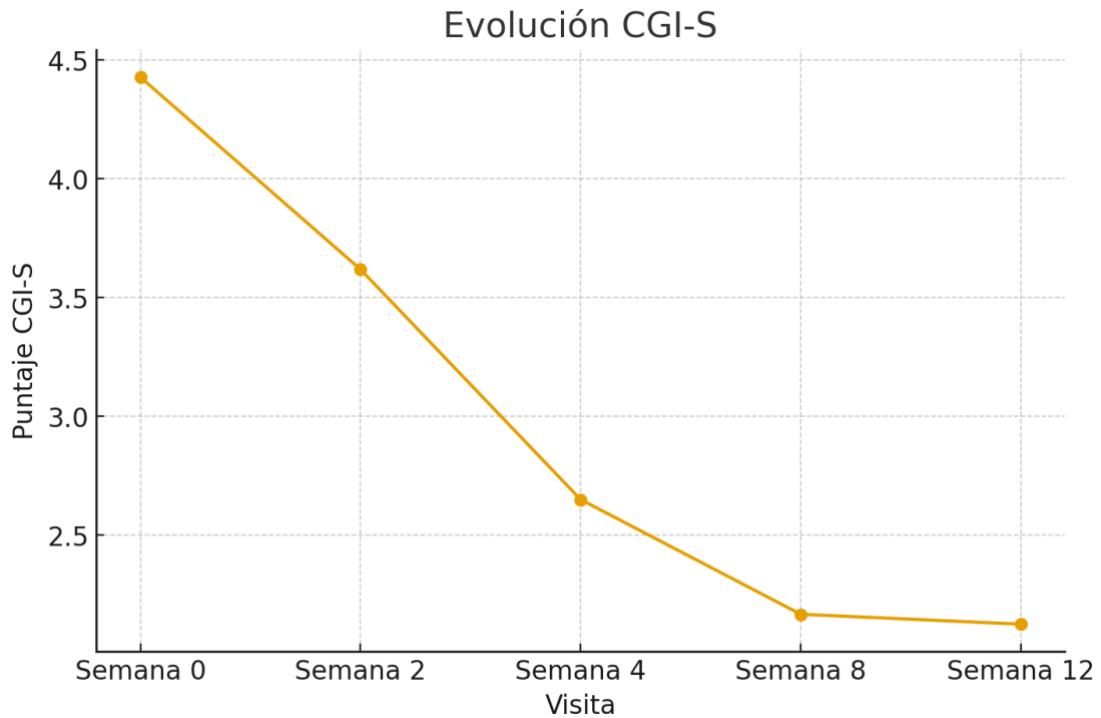
**Tabla 10. Evolución de CGI-S (Severidad)**

Visita	Media ± DE	n válido
Semana 0	4.43 ± 0.60	21
Semana 2	3.62 ± 0.80	21
Semana 4	2.65 ± 1.23	20
Semana 8	2.17 ± 1.10	18
Semana 12	2.13 ± 0.96	16

**Tabla 11. Evolución de CGI-I (Mejoría)**

Visita	Media ± DE	n válido
Semana 2	2.48 ± 1.12	21
Semana 4	1.75 ± 0.85	20
Semana 8	1.17 ± 0.51	18

Semana 12	$1.19 \pm 0.66$	16
-----------	-----------------	----



#### 4.6 Medidas antropométricas y seguridad clínica

Las mediciones antropométricas (peso, IMC, porcentaje de grasa corporal, masa muscular, circunferencia de cintura y cadera) se registraron en cada visita de seguimiento. En este análisis preliminar no se encontraron cambios clínicamente relevantes en ninguna variable, a lo largo de las 12 semanas de intervención. Las variaciones individuales fueron las esperadas para la cohorte adulta en tratamiento antidepresivo.

En cuanto a la seguridad clínica, no se documentaron efectos adversos graves en el periodo de seguimiento; los efectos que se presentaron fueron de una intensidad leve y fueron transitorios, lo que se espera en pacientes en tratamiento con escitalopram. Los principales efectos adversos que se reportaron fueron náuseas, somnolencia, inquietud, cefalea e insomnio. Algunos participantes refirieron malestar gastrointestinal que lo asociaban a la ingesta de la sustancia estudio o el placebo; sin embargo, no fueron clínicamente significativos y fueron de igual forma transitorios. No se requirió suspender el tratamiento o intervenciones adicionales.

Se aplicaron otras 2 escalas (EQ-5D y SDS) a todos los participantes; su análisis se incluirá en el reporte final. Se aplicó de igual forma la escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-SSRS), donde no se identificó en los participantes empeoramiento del estado de ánimo ni aparición de ideación suicida en los participantes.

Se observó que la creatina añadida a escitalopram fue bien tolerada, sin evidencia de efectos adversos graves o cambios antropométricos significativos. Estos resultados apoyan la continuidad del estudio.

## CAPÍTULO 5

### DISCUSIÓN

Los resultados preliminares muestran una mejoría clínica relevante en cuanto a síntomas depresivos y ansiosos respecta; además, confirma el perfil de seguridad. Estos hallazgos correlacionan con los estudios primarios previos donde se explora a la creatina monohidratada como una opción terapéutica adyuvante. Y aunque la evidencia actual es limitada, estos hallazgos preliminares aportan información valiosa para continuar con el estudio.

#### 5.1 Interpretación clínica de los hallazgos

Las escalas aplicadas mostraron un patrón de mejoría en síntomas depresivos y ansiosos. Los puntajes de depresión en MADRS y BDI-II mostraron mejoría progresiva de la sintomatología depresiva. La creatina participa en procesos bioenergéticos y en la regulación del sistema de fosfocreatina; parece ser que no interfiere de forma negativa en la sintomatología depresiva. La evolución observada indica que, independientemente de la asignación de placebo o creatina, la intervención es clínicamente segura y no empeora el estado de ánimo.

En cuanto a la sintomatología ansiosa, se evidenció mejoría clínicamente significativa desde la semana 2 y manteniéndose a lo largo del estudio, aunque hubo un ligero empeoramiento a la semana 12; aun así, se mantienen muy por debajo de los síntomas basales. Las escalas de impresión clínica global refuerzan los hallazgos antes mencionados, mostrando una mejoría continua a lo largo del estudio.

Es importante aclarar que, debido a que no se puede atribuir que la mejoría clínica se deba a la sustancia estudio creatina monohidratada o el placebo, ya que se necesitan análisis por grupos una vez revelado el ciego.

#### 5.2 Comparación con estudios previos

La evidencia sobre la creatina monohidratada como coadyuvante al tratamiento de trastorno depresivo mayor aún se limita, pero es alentadora. Algunos ensayos previos sugieren un potencial benéfico acelerando o potenciando la respuesta antidepresiva

combinada a un antidepresivo ISRS. En este estudio, al mantener el doble ciego, no es posible determinar aún si la mejoría en los síntomas ansiosos y depresivos fue mayor en el grupo de creatina; se requiere el análisis final para observar si existen diferencias entre ambos grupos.

### 5.3 Fortalezas y aportaciones del estudio

Las fortalezas metodológicas del presente estudio radican en el mayor número muestral; se utilizaron múltiples escalas validadas para depresión y ansiedad, se integraron medidas antropométricas como parámetros de seguridad y se llevaron a cabo estudios de laboratorio previos al inicio y posteriores a la terminación del estudio. Además de lo anterior, se mantiene la aleatorización, doble ciego con grupos paralelos como estudios previos.

### 5.4 Limitaciones del análisis preliminar

Existen algunas limitaciones; el tamaño de la muestra aleatorizada aún es reducida, debido a la naturaleza del estudio longitudinal, el número de participantes puede ir disminuyendo avanzadas las semanas. Otra limitante para el análisis actual es que no se incluyen todos los instrumentos de medición aplicados, como las escalas EQ-5D y SDS.

### 5.5 Implicaciones y perspectivas futuras

Una vez que se complete el reclutamiento y abriendo el doble ciego, será posible evaluar si la creatina ofrece un beneficio clínico adicional frente al placebo; se podrá calcular la magnitud real del efecto mediante modelos mixtos o ANOVA de medidas repetidas, analizar escalas EQ-5D y SDS como desenlaces secundarios, hacer análisis de subgrupos clínicos (p. ej., respuesta temprana vs. tardía) y explorar si hay perfiles de pacientes que respondan mejor o peor.

## CAPÍTULO 6

### CONCLUSIONES

El análisis preliminar del presente ensayo clínico indica que la intervención es segura y bien tolerada. En cuanto al perfil de seguridad, no se presentaron eventos adversos graves y los efectos presentados fueron leves y no diferenciables de los causados por el Escitalopram. Las medidas antropométricas no mostraron cambios clínicamente relevantes y no se mostró empeoramiento clínico en ningún caso.

Los participantes mostraron mejoría clínica significativa de sintomatología depresiva y ansiosa marcada por un descenso observado en las escalas clínicas aplicadas. El doble ciego impide atribuir esta mejoría a la creatina o al placebo; sin embargo, el patrón de mejoría respalda la estabilidad del protocolo, lo que permite continuar con el reclutamiento.

No es posible confirmar o descartar la hipótesis en este momento. Es necesario completar el reclutamiento, finalizar el seguimiento y realizar el análisis estadístico final para determinar la eficacia de la creatina monohidratada en el trastorno depresivo mayor.

## Referencias

- Agudelo-Botero, M., Giraldo-Rodríguez, L., Rojas-Russell, M., González-Robledo, M. C., Balderas-Miranda, J. T., Castillo-Rangel, D., & Dávila-Cervantes, C. A. (2021). Prevalence, incidence and years of life adjusted for disability due to depressive disorders in Mexico: Results of the Global Burden of Disease Study 2019. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100206.  
<https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100206>
- Albert, P. R., Benkelfat, C., & Descarries, L. (2012). The neurobiology of depression—Revisiting the serotonin hypothesis. I. Cellular and molecular mechanisms. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 367(1601), 2378–2381.  
<https://doi.org/10.1098/rstb.2012.0190>
- American Psychiatric Association (Ed.). (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR™* (Fifth edition, text revision). American Psychiatric Association Publishing.
- Antonio, J., Candow, D. G., Forbes, S. C., Gualano, B., Jagim, A. R., Kreider, R. B., Rawson, E. S., Smith-Ryan, A. E., VanDusseldorp, T. A., Willoughby, D. S., & Ziegenfuss, T. N. (2021). Common questions and misconceptions about creatine supplementation: What does the scientific evidence really show? *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 18(1), 13.  
<https://doi.org/10.1186/s12970-021-00412-w>

Beck, Aaron T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*.  
Hoeber.

Belujon, P., & Grace, A. A. (2017). Dopamine System Dysregulation in Major  
Depressive Disorders. *The International Journal of  
Neuropsychopharmacology*, 20(12), 1036–1046.  
<https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx056>

Benjet, C., Albor, Y. C., Bocanegra, E. S., Borges, G., Méndez, E., Casanova, L., &  
Medina-Mora, M. E. (2020a). Incidence and recurrence of depression from  
adolescence to early adulthood: A longitudinal follow-up of the Mexican  
Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 263, 540–  
546. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.010>

Benjet, C., Albor, Y. C., Bocanegra, E. S., Borges, G., Méndez, E., Casanova, L., &  
Medina-Mora, M. E. (2020b). Incidence and recurrence of depression from  
adolescence to early adulthood: A longitudinal follow-up of the Mexican  
Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Affective Disorders*, 263, 540–  
546. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.010>

Bousman, C. A., Stevenson, J. M., Ramsey, L. B., Sangkuhl, K., Hicks, J. K., Strawn,  
J. R., Singh, A. B., Ruaño, G., Mueller, D. J., Tsermpini, E. E., Brown, J. T., Bell,  
G. C., Leeder, J. S., Gaedigk, A., Scott, S. A., Klein, T. E., Caudle, K. E., &  
Bishop, J. R. (2023). Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium  
(CPIC) Guideline for *CYP2D6* , *CYP2C19* , *CYP2B6* , *SLC6A4* , and *HTR2A*  
Genotypes and Serotonin Reuptake Inhibitor Antidepressants. *Clinical*

*Pharmacology & Therapeutics*, 114(1), 51–68.

<https://doi.org/10.1002/cpt.2903>

Brody, D. J. (2025). *Depression Prevalence in Adolescents and Adults: United States, August 2021–August 2023*. 527.

Caballo, V. E. (2021). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (3a ed.). Pirámide.

Candow, D. G., Forbes, S. C., Ostojic, S. M., Prokopidis, K., Stock, M. S., Harmon, K. K., & Faulkner, P. (2023). “Heads Up” for Creatine Supplementation and its Potential Applications for Brain Health and Function. *Sports Medicine*, 53(S1), 49–65. <https://doi.org/10.1007/s40279-023-01870-9>

Carhart-Harris, R., Giribaldi, B., Watts, R., Baker-Jones, M., Murphy-Beiner, A., Murphy, R., Martell, J., Blemings, A., Erritzoe, D., & Nutt, D. J. (2021). Trial of Psilocybin versus Escitalopram for Depression. *New England Journal of Medicine*, 384(15), 1402–1411. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2032994>

Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., Leucht, S., Ruhe, H. G., Turner, E. H., Higgins, J. P. T., Egger, M., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Imai, H., Shinohara, K., Tajika, A., Ioannidis, J. P. A., & Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *The Lancet*, 391(10128), 1357–1366. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7)

- Cosci, F., & Chouinard, G. (2019). The Monoamine Hypothesis of Depression Revisited: Could It Mechanistically Novel Antidepressant Strategies? In *Neurobiology of Depression* (pp. 63–73). Elsevier.
- <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813333-0.00007-X>
- Costa, A. O. (2014). *A metapsicologia “por trás” de Totem e tabu de Sigmund Freud*.
- Cui, L., Li, S., Wang, S., Wu, X., Liu, Y., Yu, W., Wang, Y., Tang, Y., Xia, M., & Li, B. (2024). Major depressive disorder: Hypothesis, mechanism, prevention and treatment. *Signal Transduction and Targeted Therapy*, 9(1), 30.
- <https://doi.org/10.1038/s41392-024-01738-y>
- Dallal, G. E. (2013, marzo 29). *Randomization Plans*. Randomization.com.
- <http://randomization.com/>
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2022). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Major Depressive Disorder (Version 4.0)*. Veterans Health Administration, Department of Defense.
- <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/>
- Eckert, I., Lima, J., & Dariva, A. A. (2025). Creatine supplementation for treating symptoms of depression: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Nutrition*, 1–37. <https://doi.org/10.1017/S0007114525105588>
- eQTLGen, 23andMe, the Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., Adams, M. J., Agerbo, E., Air, T. M., Andlauer, T. M. F., Bacanu, S.-A., Bækvad-Hansen, M., Beekman, A. F. T.,

- Bigdeli, T. B., Binder, E. B., Blackwood, D. R. H., ... Sullivan, P. F. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, 50(5), 668–681. <https://doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3>
- Errazuriz, A., Avello-Vega, D., Ramirez-Mahaluf, J. P., Torres, R., Crossley, N. A., Undurraga, E. A., & Jones, P. B. (2023). Prevalence of depressive disorder in the adult population of Latin America: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Regional Health - Americas*, 26, 100587. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100587>
- Fakhoury, M. (2016). Revisiting the Serotonin Hypothesis: Implications for Major Depressive Disorders. *Molecular Neurobiology*, 53(5), 2778–2786. <https://doi.org/10.1007/s12035-015-9152-z>
- Fan, Y., Fan, A., Yang, Z., & Fan, D. (2025). Global burden of mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2021: Results from the global burden of disease study 2021. *BMC Psychiatry*, 25(1), 486. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06932-y>
- Forbes, S. C., Cordingley, D. M., Cornish, S. M., Gualano, B., Roschel, H., Ostojic, S. M., Rawson, E. S., Roy, B. D., Prokopidis, K., Giannos, P., & Candow, D. G. (2022). Effects of Creatine Supplementation on Brain Function and Health. *Nutrients*, 14(5), 921. <https://doi.org/10.3390/nu14050921>
- Freud, S. (1922). Mourning and Melancholia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 56(5), 543.

Goodwin, G. M., Aaronson, S. T., Alvarez, O., Arden, P. C., Baker, A., Bennett, J. C., Bird, C., Blom, R. E., Brennan, C., Brusch, D., Burke, L., Campbell-Coker, K., Carhart-Harris, R., Cattell, J., Daniel, A., DeBattista, C., Dunlop, B. W., Eisen, K., Feifel, D., ... Malievskaia, E. (2022). Single-Dose Psilocybin for a Treatment-Resistant Episode of Major Depression. *New England Journal of Medicine*, 387(18), 1637–1648. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2206443>

Gordji-Nejad, A., Matusch, A., Kleedörfer, S., Jayeshkumar Patel, H., Drzezga, A., Elmenhorst, D., Binkofski, F., & Bauer, A. (2024). Single dose creatine improves cognitive performance and induces changes in cerebral high energy phosphates during sleep deprivation. *Scientific Reports*, 14(1), 4937. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-54249-9>

Harder, A., Nguyen, T.-D., Pasman, J. A., Mosing, M. A., Hägg, S., & Lu, Y. (2022). Genetics of age-at-onset in major depression. *Translational Psychiatry*, 12(1), 124. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01888-z>

Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2017a). History of Depression. En R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford Handbook of Mood Disorders* (pp. 10–23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2>

Horwitz, A. V., Wakefield, J. C., & Lorenzo-Luaces, L. (2017b). History of Depression. En R. J. DeRubeis & D. R. Strunk (Eds.), *The Oxford Handbook of Mood Disorders* (pp. 10–23). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199973965.013.2>

Howard, D. M., Adams, M. J., Clarke, T.-K., Hafferty, J. D., Gibson, J., Shirali, M., Coleman, J. R. I., Hagenaars, S. P., Ward, J., Wigmore, E. M., Alloza, C., Shen, X., Barbu, M. C., Xu, E. Y., Whalley, H. C., Marioni, R. E., Porteous, D. J., Davies, G., Deary, I. J., ... McIntosh, A. M. (2019). Genome-wide meta-analysis of depression identifies 102 independent variants and highlights the importance of the prefrontal brain regions. *Nature Neuroscience*, 22(3), 343–352. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0326-7>

Hunt, G. E., Malhi, G. S., Lai, H. M. X., & Cleary, M. (2020). Prevalence of comorbid substance use in major depressive disorder in community and clinical settings, 1990–2019: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 266, 288–304.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.141>

IBM. (2020). *IBM SPSS software*. IBM. <https://www.ibm.com/mx-es/analytics/spss-statistics-software>

Kaplan, H. I. (2021). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (B. J. Sadock, R. J. Boland, M. L. Verduin, V. A. Sadock, & P. Ruiz, Eds.; Twelfth edition, International edition). Wolters Kluwer.

Karabin, T., Biala, G., & Kruk-Slomka, M. (2023). The monoamine theory of depression as a target to effective pharmacotherapy. *Current Issues in Pharmacy and Medical Sciences*, 36(2), 108–113.  
<https://doi.org/10.2478/cipms-2023-0019>

- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Lichtenstein, P., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2018). The Genetic Epidemiology of Treated Major Depression in Sweden. *The American Journal of Psychiatry*, 175(11), 1137–1144. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111251>
- Kious, B. M., Kondo, D. G., & Renshaw, P. F. (2019). Creatine for the Treatment of Depression. *Biomolecules*, 9(9), 406. <https://doi.org/10.3390/biom9090406>
- Kondo, D. G., Forrest, L. N., Shi, X., Sung, Y.-H., Hellem, T. L., Huber, R. S., & Renshaw, P. F. (2016). Creatine target engagement with brain bioenergetics: A dose-ranging phosphorus-31 magnetic resonance spectroscopy study of adolescent females with SSRI-resistant depression. *Amino Acids*, 48(8), 1941–1954. <https://doi.org/10.1007/s00726-016-2194-3>
- Kreider, R. B., Kalman, D. S., Antonio, J., Ziegenfuss, T. N., Wildman, R., Collins, R., Candow, D. G., Kleiner, S. M., Almada, A. L., & Lopez, H. L. (2017). International Society of Sports Nutrition position stand: Safety and efficacy of creatine supplementation in exercise, sport, and medicine. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s12970-017-0173-z>
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., Adams, C., Bahji, A., Beaulieu, S., Bhat, V., Blier, P., Blumberger, D. M., Brietzke, E., Chakrabarty, T., Do, A., Frey, B. N., Giacobbe, P., Gratzer, D., Grigoriadis, S., Habert, J., Ishrat Husain, M., Ismail, Z., McGirr, A., ... Milev, R. V. (2024). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2023 Update on Clinical Guidelines for Management

of Major Depressive Disorder in Adults: Réseau canadien pour les traitements de l'humeur et de l'anxiété (CANMAT) 2023 : Mise à jour des lignes directrices cliniques pour la prise en charge du trouble dépressif majeur chez les adultes. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 69(9), 641–687. <https://doi.org/10.1177/07067437241245384>

Levey, D. F., Stein, M. B., Wendt, F. R., Pathak, G. A., Zhou, H., Aslan, M., Quaden, R., Harrington, K. M., Nuñez, Y. Z., Overstreet, C., Radhakrishnan, K., Sanacora, G., McIntosh, A. M., Shi, J., Shringarpure, S. S., 23andMe Research Team, the Million Veteran Program, Concato, J., Polimanti, R., & Gelernter, J. (2021). Bi-ancestral depression GWAS in the Million Veteran Program and meta-analysis in >1.2 million individuals highlight new therapeutic directions. *Nature Neuroscience*, 24(7), 954–963. <https://doi.org/10.1038/s41593-021-00860-2>

Lewis, G., Marston, L., Duffy, L., Freemantle, N., Gilbody, S., Hunter, R., Kendrick, T., Kessler, D., Mangin, D., King, M., Lanham, P., Moore, M., Nazareth, I., Wiles, N., Bacon, F., Bird, M., Brabyn, S., Burns, A., Clarke, C. S., ... Lewis, G. (2021). Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care. *New England Journal of Medicine*, 385(14), 1257–1267. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2106356>

Li, J., & Xu, S. (2023). Diagnosis and Treatment of X-Linked Creatine Transporter Deficiency: Case Report and Literature Review. *Brain Sciences*, 13(10), 1382. <https://doi.org/10.3390/brainsci13101382>

- Li, Z., Ruan, M., Chen, J., & Fang, Y. (2021). Major Depressive Disorder: Advances in Neuroscience Research and Translational Applications. *Neuroscience Bulletin*, 37(6), 863–880. <https://doi.org/10.1007/s12264-021-00638-3>
- Liu, Q., Nie, B., Cui, X., Wang, W., & Duan, D. (2025). Inflammatory Factors: A Key Contributor to Stress-Induced Major Depressive Disorder. *Cells*, 14(9), 629. <https://doi.org/10.3390/cells14090629>
- Longobardi, I., Gualano, B., Seguro, A. C., & Roschel, H. (2023). Is It Time for a Requiem for Creatine Supplementation-Induced Kidney Failure? A Narrative Review. *Nutrients*, 15(6), 1466. <https://doi.org/10.3390/nu15061466>
- Lyoo, I. K., Yoon, S., Kim, T.-S., Hwang, J., Kim, J. E., Won, W., Bae, S., & Renshaw, P. F. (2012). A Randomized, Double-Blind Placebo-Controlled Trial of Oral Creatine Monohydrate Augmentation for Enhanced Response to a Selective Serotonin Reuptake Inhibitor in Women With Major Depressive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 169(9), 937–945. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12010009>
- Martínez-González, M. A., Sánchez-Villegas, A., & Faulin, F. J. (2006). *Bioestadística amigable* (2a ed.). Díaz de Santos.
- McGrath, J. J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Altwaijri, Y., Andrade, L. H., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., De Almeida, J. M. C., Chardoul, S., Chiu, W. T., Degenhardt, L., Demler, O. V., Ferry, F., Gureje, O., Haro, J. M., Karam, E. G., Karam, G., Khaled, S. M., Kovess-Masfety, V., ... Zaslavsky, A. M. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: A cross-national analysis of

- population surveys from 29 countries. *The Lancet Psychiatry*, 10(9), 668–681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)
- Michel, B. (2020). History of depression through the ages. *Archives of Depression and Anxiety*, 6(1), 010–018. <https://doi.org/10.17352/2455-5460.000045>
- Miola, A., Tondo, L., Salvatore, P., & Baldessarini, R. J. (2022). Factors associated with onset-age in major affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 146(5), 456–467. <https://doi.org/10.1111/acps.13497>
- Moncrieff, J., Cooper, R. E., Stockmann, T., Amendola, S., Hengartner, M. P., & Horowitz, M. A. (2023). The serotonin theory of depression: A systematic umbrella review of the evidence. *Molecular Psychiatry*, 28(8), 3243–3256. <https://doi.org/10.1038/s41380-022-01661-0>
- Mondimore, F. M. (2005). Kraepelin and manic-depressive insanity: An historical perspective. *International Review of Psychiatry*, 17(1), 49–52. <https://doi.org/10.1080/09540260500080534>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Depression in adults: Treatment and management (NICE Guideline NG222)*. National Institute for Health and Care Excellence. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng222>
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebl, P., & Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752>

- Nemets, B., & Levine, J. (2013). A pilot dose-finding clinical trial of creatine monohydrate augmentation to SSRIs/SNRIs/NASA antidepressant treatment in major depression: *International Clinical Psychopharmacology*, 28(3), 127–133. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32835ff20f>
- Newton-Howes, G., Tyrer, P., & Johnson, T. (2006). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 188, 13–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.13>
- Nichols, A. L., Blumenfeld, Z., Luebbert, L., Knox, H. J., Muthusamy, A. K., Marvin, J. S., Kim, C. H., Grant, S. N., Walton, D. P., Cohen, B. N., Hammar, R., Looger, L., Artursson, P., Dougherty, D. A., & Lester, H. A. (2023). Selective Serotonin Reuptake Inhibitors within Cells: Temporal Resolution in Cytoplasm, Endoplasmic Reticulum, and Membrane. *Journal of Neuroscience*, 43(13), 2222–2241. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.1519-22.2022>
- Nuñez, N. A., Joseph, B., Pahwa, M., Kumar, R., Resendez, M. G., Prokop, L. J., Veldic, M., Seshadri, A., Biernacka, J. M., Frye, M. A., Wang, Z., & Singh, B. (2022). Augmentation strategies for treatment resistant major depression: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 302, 385–400. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.134>
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariante, C. M., Etkin, A., Fava, M., Mohr, D. C., & Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 2(1), 16065. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2016.65>

Pastis, I., Santos, M. G., & Paruchuri, A. (2024). Exploring the role of inflammation in major depressive disorder: Beyond the monoamine hypothesis. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 17, 1282242.

<https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.1282242>

Rong, J., Wang, X., Cheng, P., Li, D., & Zhao, D. (2025). Global, regional and national burden of depressive disorders and attributable risk factors, from 1990 to 2021: Results from the 2021 Global Burden of Disease study. *The British Journal of Psychiatry*, 403(10440), 2133–2161.

Rottenberg, J. (2021). The syndrome of clinical depression. En *Depression*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/wentk/9780190083151.003.0002>

Rush, A. J. (2007). The varied clinical presentations of major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 68(Suppl 8), 4–10.

<https://doi.org/10.4088/JCP.0706e01>

Saha, S., Lim, C. C. W., Cannon, D. L., Burton, L., Bremner, M., Cosgrove, P., Huo, Y., & McGrath, J. (2021). Co-morbidity between mood and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 38(3), 286–306. <https://doi.org/10.1002/da.23113>

Schwarz, R., Munkholm, K., Christensen, M. S., Kessing, L. V., & Vinberg, M. (2024). Functioning in patients with major depressive disorder in remission: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 363, 112–123. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.07.054>

Sherpa, N. N., De Giorgi, R., Ostinelli, E. G., Choudhury, A., Dolma, T., & Dorjee, S. (2025). Efficacy and safety profile of oral creatine monohydrate in add-on to cognitive-behavioural therapy in depression: An 8-week pilot, double-blind, randomised, placebo-controlled feasibility and exploratory trial in an under-resourced area. *European Neuropsychopharmacology*, 90, 28–35.

<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2024.10.004>

*When Were the Earliest Accounts of Depression?* (s/f). Verywell Mind. Recuperado el 14 de agosto de 2025, de <https://www.verywellmind.com/who-discovered-depression-1066770>

World Health Organization. (2020). *Depression and other common mental disorders: Global health estimates*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>

World Health Organization. (2022). *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11): Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders – Depressive episodes*. World Health Organization.

<https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/656a8246d9e94845b30b2ec41be1786f>

World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)* [Fact sheet]. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Wyss, M., & Kaddurah-Daouk, R. (2000). Creatine and Creatinine Metabolism.

*Physiological Reviews*, 80(3), 1107–1213.

<https://doi.org/10.1152/physrev.2000.80.3.1107>

Yoon, S., Kim, J. E., Hwang, J., Kim, T.-S., Kang, H. J., Namgung, E., Ban, S., Oh, S.,

Yang, J., Renshaw, P. F., & Lyoo, I. K. (2016). Effects of Creatine Monohydrate

Augmentation on Brain Metabolic and Network Outcome Measures in

Women With Major Depressive Disorder. *Biological Psychiatry*, 80(6), 439–

447. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.11.027>

Zhang, X., Cai, Y., Hu, X., Lu, C. Y., Nie, X., & Shi, L. (2022). Systematic Review and

Meta-Analysis of Vortioxetine for the Treatment of Major Depressive Disorder

in Adults. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 922648.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.922648>

Zivanovic, O., & Nedic, A. (2012a). Kraepelin's concept of manic-depressive

insanity: One hundred years later. *Journal of Affective Disorders*, 137(1), 15–

24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.032>

Zivanovic, O., & Nedic, A. (2012b). Kraepelin's concept of manic-depressive

insanity: One hundred years later. *Journal of Affective Disorders*, 137(1–3),

15–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.03.032>

## APENDICES

## APENDICE A: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio	Estudio controlado Creatina vs. Placebo añadido a Escitalopram por 12 semanas en el tratamiento de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor.
Nombre del investigador principal	Dr. Med. Jose Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Servicio / Departamento	Departamento de Psiquiatría
Teléfono de contacto	(81) 8333-0765
Persona de contacto	Dr. Med. Jose Alfonso Ontiveros Sánchez de la Barquera
Versión de Documento	1.2
Fecha de Documento	Abril del 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. 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 de estudiar los efectos del suplemento de creatina monohidrato sobre los síntomas de depresión en el trastorno de depresión mayor, como complemento al tratamiento junto con el medicamento antidepresivo escitalopram. La creatina monohidrato es una sustancia natural, común en varios alimentos, al que se le han descrito propiedades medicamentosas que disminuyen la depresión. Con este estudio se desea demostrar que estas propiedades son útiles en el tratamiento del trastorno de depresión mayor 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 a entrevistas con el médico, las visitas

tendrán una duración aproximada de entre 45 y 90 minutos. Se espera que este estudio incluya a 66 participantes.

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

Los pacientes que decidan participar en este estudio deberán tener el diagnóstico de un primer episodio del trastorno depresivo mayor de primera vez, no deben estar bajo tratamiento para el mismo en las últimas 4 semanas y no haber tomado creatina monohidratada en el ultimo mes. Todos los participantes deberán tener una edad igual o mayor a 18 años.

#### **4.-¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO DEL ESTUDIO?**

Si usted decide participar en el estudio recibirá el antidepresivo escitalopram y creatina monohidratada o escitalopram y placebo, el placebo es una sustancia química sin actividad para el tratamiento de la enfermedad que usted padece.

Usted podrá recibir además de medicamento escitalopram, creatina monohidrato o placebo. El que usted reciba creatina monohidratada o placebo sera al azar, que es como lanzar una moneda al aire y recibir el tratamiento dependiendo de si cae águila o sol, y la sustancia que reciba no será cambiada durante todo el estudio. Ni usted ni el investigador sabrá durante el estudio si está recibiendo creatina monohidratada o placebo.

Se le proporcionará la creatina monohidratada y el placebo en polvo a dosis de 0.1 g/kg al dia para diluir en jugo, leche o agua y se podra aumentar la dosis a 0.2 g/kg por dia. La dosis podria disminuir o aumentar dependiendo de su tolerabilidad y respuesta al tratamiento. La dosis de escitalopram sera de 10 g por dia que podra aumentarse a 20 g a la cuarta semana. Los únicos medicamentos permitidos en este estudio son benzodiacepinas en caso de ser necesarias.

#### **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.

Antes de iniciar el tratamiento con el medicamento en investigación, 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 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, ICG); Escala de Hamilton para la Ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale, HAMA); Escala de efectos secundarios psíquicos; Escala de ansiedad generalizada (GAD-7); Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (C-

SSRS); Calidad de vida relacionada con la salud (EuroQol-5D); Inventario de beck para Ansiedad y Depresión; 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 tomarán medidas antropométricas de peso, talla, circunferencia abdominal y cadera, cálculo del índice de masa corporal (IMC), cálculo de porcentajes de grasa y de 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 creatina monohidratada o el placebo dependiendo del caso para ser tomado a dosis de 0.1 g/kg (ejemplo, si pesa usted 60 kg, la dosis diaria sería de 6 gramos cada día), el placebo y la creatina monohidratada 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 visita de seguimiento de la semana 2 se le aplicarán las encuestas mencionadas anteriormente, además se tomarán las medidas antropométricas y se recogerá el diario de alimentos.

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 creatina monohidratada o placebo a dosis de 0.2 g/kg por día, se proporcionará diario de alimentos para ser completado una semana antes de la siguiente visita y se tomarán las medidas antropométricas.

En la visita de seguimiento de la semana 8, 12 y 16 se aplicarán las encuestas mencionadas anteriormente, se proporcionará el diario de alimentos para ser completado una semana antes de la siguiente visita, se recogerá diario de alimentos que se le proporcionó la visita pasada, se registrará medidas corporales (peso, talla, índice de masa corporal, porcentaje de grasa y músculo, medidas de cintura y cadera).

En la visita de seguimiento de la semana 12 se suspenderá la creatina monohidratada o el placebo.

Cada visita se registrarán los eventos colaterales o molestias que usted presente a lo largo del estudio.

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

Antes, durante y, después del tratamiento, usted deberá contestar algunos cuestionarios sobre síntomas de ansiedad, depresivos y de calidad de vida, con el objeto/de: documentar la presencia y grado de síntomas de depresión, así como descartar problemas de ansiedad y evaluar su calidad de vida actual. Se le pedirá un diario de alimentos que sera entregado en algunas visitas del estudio. El estudio durará como un máximo de 12 semanas durante las cuales usted deberá asistir semanalmente o cada 2 semanas a entrevistas con el médico, las visitas tendrán una duración aproximada de entre 45 y 90 minutos.

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

V. 1.2 abril 2023

La creatina es un ácido orgánico que es creado en el cuerpo, el cuerpo lo usa en procesos que necesitan energía. También lo conseguimos en la dieta, se encuentra en muchos alimentos, especialmente en carnes. Se ha empleado en dosis de hasta 30 gramos al día para el tratamiento de diversos problemas médicos y como suplemento deportivo para aumentar el rendimiento. En personas sanas no se han encontrado efectos negativos en el estado físico o mental de las personas que lo recibieron; esto quiere decir que no se han reportado cambios negativos en las condiciones psicológicas, la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la temperatura, los ojos, el funcionamiento del hígado, el funcionamiento del riñón, las células de la sangre y hormonas de la sangre.

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

Los posibles efectos adversos del antidepresivo que será usado llamado escitalopram, son los siguientes: disminución del deseo sexual, en mujeres dificultad para alcanzar el orgasmo, disminución del apetito, insomnio, sonolencia, mareos, sinusitis, bostezos, náuseas, diarrea, estreñimiento, aumento de la sudoración, alteraciones en la eyaculación, impotencia sexual, fatiga.

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

Se cree que la creatina monohidrato disminuye la depresión, así que usted podría beneficiarse de este efecto de la sustancia. Indirectamente, usted ayudará a otras personas que sufren de depresión a través de los beneficios que pueda ofrecer el tratamiento en estudio.

Durante el estudio nosotros le proporcionaremos sin costo la medicación del estudio (escitalopram y creatina monohidrato), el diagnóstico, las entrevistas necesarias y los estudios de laboratorio.

Así mismo, puede que no exista beneficios al participar en este estudio.

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

Pueden continuar con su atención médica habitual y seguir tomando sus medicamentos sin participar en el estudio.

Para el trastorno depresivo mayor se encuentran distintas alternativas de tratamiento, entre ellas incluyen algunos tipos de psicoterapia y diferentes medicamentos antidepresivos distintos a los empleados a este estudio.

#### **10.-¿SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO LE GENERARÁ ALGÚN COSTO?**

La evaluación y tratamiento con el antidepresivo adicionado con creatina monohidrato o placebo, serán totalmente cubiertas por este proyecto de investigación sin costo para usted.

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

V. 1.2 abril 2023

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

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

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

**13.-¿SE ALMACENARÁN 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 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.-¿CUÁLES 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 incurrá 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
- 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 photocopies 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. Óscar de la Garza Castro**, presidente del Comité de Ética en Investigación de nuestra Institución o al **Lic. Antonio Zapata de la Riva** en caso de tener dudas en relación con sus derechos como paciente.

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

Av. Francisco I. Madero y Av. Gonzalitos s/n  
Col. Mitrás Centro, Monterrey, Nuevo León México.  
CP 64460  
Teléfonos: 8183294050 ext. 2870 a 2874  
Correo electrónico: [investigacionclinica@meduanl.com](mailto: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. Mitrás Centro, Monterrey, Nuevo León México.  
CP 64460  
Teléfonos: (81) 84016525  
Correo electrónico: [ontiverosal@gmail.com](mailto: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 un duplicado 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

V. 1.2 abril 2023

8

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

## APENDICE B: ENTREVISTA NEUROPSIQUIÁTRICA INTERNACIONAL MINI

### MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

### MINI

#### MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

DSM-IV

EE.UU.: **D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K. Harnett-Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan**  
University of South Florida, Tampa

FRANCIA: **Y. Leclercbier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L. I. Bonora, J. P. Lépine**  
Hôpital de la Salpêtrière, Paris

#### Versión en español:

**L. Ferrando, J. Bobes, J. Gibert**  
Instituto IAP – Madrid – España

**M. Soto, O. Soto**  
University of South Florida, Tampa  
Asesores de traducción: L. Franco-Alfonso, L. Franco

Iniciales: \_\_\_\_\_ . Registro: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

V 2.0.0 Noviembre 2022

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

### Instrucciones generales

La MINI es una entrevista diagnóstica estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10. Estudios de validez y de confiabilidad se han realizado comparando la MINI con el SCID-P para el DSM-III-R y el CIDI (una entrevista estructurada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para entrevistadores no clínicos para la CIE-10). Los resultados de estos estudios demuestran que la MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, pero puede ser administrada en un período de tiempo mucho más breve (promedio de  $18,7 \pm 11,6$  minutos, media 15 minutos) que los instrumentos mencionados. Puede ser utilizada por clínicos tras una breve sesión de entrenamiento. Entrevistadores no clínicos deben recibir un entrenamiento más intenso.

#### ENTREVISTA:

Con el fin de hacer la entrevista lo más breve posible, informe al paciente que va a realizar una entrevista clínica que es más estructurada de lo usual, en la cual se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y las cuales requieren unas respuestas de si o no.

#### PRESENTACIÓN:

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

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

#### CONVENIOS:

*Las oraciones escritas en «letra normal»* deben leerse «palabra por palabra» al paciente con el objetivo de regularizar la evaluación de los criterios diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «MAYÚSCULAS»* no deben de leerse al paciente. Éstas son las instrucciones para asistir al entrevistador a calificar los algoritmos diagnósticos.

*Las oraciones escritas en «negrita»* indican el período de tiempo que se necesita. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

*Respuestas con una flecha encima (➡)* indican que no se cumple uno de los criterios necesarios para el diagnóstico. En este caso el entrevistador debe pasar directamente al final del módulo, rodear con un círculo «**NO**» en todas las casillas diagnósticas y continuar con el siguiente módulo.

Cuando los términos están separados por una barra (/) el entrevistador debe leer sólo aquellos síntomas que presenta el paciente (p. ej., la pregunta H6).

*Frases entre paréntesis ()* son ejemplos clínicos de los síntomas evaluados. Pueden leerse para aclarar la pregunta.

#### INSTRUCCIONES DE ANOTACIÓN:

Todas las preguntas deben ser codificadas. La anotación se hace a la derecha de la pregunta enmarcando **Sí** o **NO**.

El clínico debe asegurarse de que cada dimensión de la pregunta ha sido tomada en cuenta por el paciente (p. ej., período de tiempo, frecuencia, severidad, alternativas y/o).

Los síntomas que son mejor explicados por una causa médica o por el uso de alcohol o drogas no deben codificarse sí en la MINI. La MINI Plus tiene preguntas que explora estos problemas.

**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	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>			
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 $\pm 8$ libras/ $70$ kg)?	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
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>	

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

NO	SÍ	11
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>		

**Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)**

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

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

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		Si NO: ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		■ CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	
A6		Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:			
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	■ CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	■ CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

■ CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

**B. Trastorno distímico**

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

<input type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> Sí
<b>TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL</b>	

**C. Riesgo de suicidio**

**Durante este último mes:**

			<b>Puntos:</b>	
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
<b>A lo largo de su vida:</b>				
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

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

**D. Episodio (hipo)maníaco**

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

D1	a	¿Alguna vez ha tenido un periodo 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», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.					
		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
		SI SÍ:			
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	Sí	4
		¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?	NO	Sí	
D3		SÍ D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL SÍ 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 indiscritas)?	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      SÍ      12  
↓      ↓  
HIPOMANÍACO      MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO      SÍ  
EPISODIO HIPOMANÍACO  
ACTUAL        
PASADO     

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO      SÍ  
EPISODIO MANÍACO  
ACTUAL        
PASADO

**E. Trastorno de angustia**

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

			■	NO	SÍ	
E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió <b>súbitamente</b> 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 periodo de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriría o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?		■	NO	SÍ 4
E4		<b>Durante la peor crisis que usted puede recordar:</b>				
	a	¿Sentía que su corazón le daba un vuelco, latía más fuerte o más rápido?		■	NO	SÍ 5
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?		■	NO	SÍ 6
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?		■	NO	SÍ 7
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?		■	NO	SÍ 8
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?		■	NO	SÍ 9
	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?		■	NO	SÍ 10
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?		■	NO	SÍ 11
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecerse?		■	NO	SÍ 12
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?		■	NO	SÍ 13
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?		■	NO	SÍ 14
	k	¿Tenía miedo de que se estuviera muriendo?		■	NO	SÍ 15
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?		■	NO	SÍ 16
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?		■	NO	SÍ 17
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4?		■	NO	SÍ <i>Trastorno de angustia de por vida</i>
E6		SI E5 = NO, ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4? SI E6 = SÍ, PASAR A F1.		■	NO	SÍ <i>Crisis actual con síntomas limitados</i>
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra?		■	NO	SÍ 18 <i>Trastorno de angustia actual</i>

**F. Agorafobia**

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

NO      SÍ      19

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

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre en ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas?

NO      SÍ      20  
*Agorafobia  
 actual*

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

NO      SÍ

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

*TRASTORNO  
 DE ANGUSTIA  
 sin agorafobia  
 ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

NO      SÍ

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

*TRASTORNO DE  
 ANGUSTIA  
 con agorafobia  
 ACTUAL*

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

NO      SÍ

Y

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

*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	SÍ	1
		■ H4		
(NO INCLUIR PREOCUPACIONES EXCESIVAS POR PROBLEMAS DE LA VIDA COTIDIANA. NO INCLUIR OBSESIONES DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, CONDUCTAS SEXUALES, PROBLEMAS PATOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL JUEGO, ALCOHOL O ABUSO DE DROGAS, PORQUE EL PACIENTE PUDIERA DERIVAR PLACER DE LA ACTIVIDAD Y PUDIERA QUERER EVITARLA SIMPLEMENTE POR LAS CONSECUENCIAS NEGATIVAS)				
H2	¿Estos pensamientos volvían a su mente aun cuando trataba de ignorarlos o de librarse de ellos?	NO	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	3
H4	¿En el pasado mes, ha hecho usted algo repetidamente, sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, contar y verificar las cosas una y otra vez o repetir, coleccionar, ordenar las cosas o realizar otros rituales supersticiosos?	NO	SÍ	4
	■ CODIFICÓ SÍ EN H3 O EN H4?	■		
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
				<b>TRASTORNO OBSESIÓN/ COMPULSIVO ACTUAL</b>

**I. Estado por estrés postraumático (opcional)**

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

11	¿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 CATASTROFE NATURAL	■ NO	■ Sí	1
12	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiosa (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vividas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	■ NO	■ Sí	2
13	<b>En el último mes:</b>			
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 a cortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	■ NO	■ Sí	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE 13?	■ NO	■ Sí	
14	<b>Durante el último mes:</b>			
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 13?	■ NO	■ Sí	
15	¿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
		<b>ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO ACTUAL</b>		

**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 periodo 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? NO  Sí 3  
¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTO SÍ EN ALGUNA.
- 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
<b>DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

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? NO  Sí 9  
¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SOLO 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 SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?

NO	SÍ
<b>ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</b>	

**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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

■ SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.

■ SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.

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

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

- a. ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla?

■ NO      ■ Sí      1

- b. ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor?

■ NO      ■ Sí      2

CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA

- c. ¿Ha notado que cuando 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?
- f ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?
- 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 5

NO SÍ 6

NO SÍ 7

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

NO SÍ

DEPENDENCIA  
DE SUSTANCIAS  
ACTUAL

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

- K3 a ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema?  
(CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCASIONÓ PROBLEMAS)
- 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.)?
- c ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?
- 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 8

NO SÍ 9

NO SÍ 10

NO SÍ 11

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

NO SÍ

ABUSO DE SUSTANCIAS  
ACTUAL

### L. Trastornos psicóticos

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

PIDA UN EJEMPLO PARA CADA PREGUNTA CONTESTADA AFIRMATIVAMENTE. CODIFIQUE **SI** 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 SI.

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

EXTRAÑOS

L1	a	¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien le espiaba, o conspiraba contra usted, o que trataban de hacerle daño? NOTA: PIDA EJEMPLOS PARA DESCARTAR UN VERDADERO ACECHO.	NO	SÍ	SÍ	1
	b	<b>Sí Sí:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 16	2
L2	a	¿Ha tenido usted la impresión de que alguien podía leer o escuchar sus pensamientos, o que usted podía leer o escuchar los pensamientos de otros?	NO	SÍ	SÍ - 16	3
	b	<b>Sí Sí:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 16	4
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? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS Y DESCARTE CUALQUIERA QUE NO SEA PSICÓTICO.	NO	SÍ	SÍ - 16	5
	b	<b>Sí Sí:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 16	6
L4	a	¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el televisor o el periódico, o que una persona que no conocía personalmente se interesaba particularmente por usted?	NO	SÍ	SÍ - 16	7
	b	<b>Sí Sí:</b> ¿Actualmente cree usted esto?	NO	SÍ	SÍ - 16	8
L5	a	¿Consideran sus familiares o amigos que algunas de sus creencias son extrañas o poco usuales? ENTREVISTADOR/A: PIDA EJEMPLOS. CODIFIQUE <b>SI</b> SOLAMENTE SI LOS EJEMPLOS SON CLARAMENTE IDEAS DELIRANTES NO EXPLORADAS EN LAS PREGUNTAS 1.1 A 1.4, POR EJEMPLO, DELIRIOS SOMÁTICOS, RELIGIOSOS O DE GRANDEZA, CELOS, CULPA, RUINA O DESTITUCIÓN, ETC.	NO	SÍ	SÍ - 16	9
	b	<b>Sí Sí:</b> ¿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? LAS ALUCINACIONES SON CODIFICADAS COMO «EXTRAÑAS» SOLAMENTE SI EL PACIENTE CONTESTA <b>SI</b> A LO SIGUIENTE:	NO	SÍ	SÍ	11
	b	<b>Sí Sí:</b> ¿Escuchó una voz que comentaba acerca de sus pensamientos o sus actos, o escuchó dos o más voces conversando entre sí? b) <b>Sí Sí:</b> ¿Ha escuchado estas cosas en el pasado mes?	NO	SÍ	SÍ - 18b	12

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPADAS.	NO	SÍ	13
b	Si Sí:	¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
<b>BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:</b>					
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	<b>TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL</b>
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»?  o  ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»?  VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO  o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO	SÍ	
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1a a L7b Y CODIFICÓ SÍ EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ	<b>TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA</b>
b	Si CODIFICÓ SÍ EN L1a:	Anteriormente me dijo que usted tuvo un período/s en el que se sintió (deprimido/a)/ exaltado(a)/particularmente irritable). Estas creencias o experiencias que me acaba de describir (SÍNTOMAS CODIFICADOS SÍ DE L1b a L7b) ¿Se limitaban exclusivamente a los períodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO	SÍ	
			NO	SÍ	19
			NO	SÍ	<b>TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL</b>

**M. Anorexia nerviosa**

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

M1 a	¿Cuál es su estatura?	<input type="checkbox"/> pies <input type="checkbox"/> pulgadas
b	¿En los últimos 3 meses, cuál ha sido su peso más bajo?	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> cm
c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	<input type="checkbox"/> libras <input type="checkbox"/> libras

 NO  SI**En los últimos 3 meses:**

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SI EN M5 Y M6?

 NO  SI

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SI EN M5?

ANOREXIA NERVIOSA  
ACTUAL

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

<b>Mujer estatura/peso</b>															
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	5,11
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	
<b>Hombre estatura/peso</b>															
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	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
<b>BULIMIA NERVIOSA ACTUAL</b>	

¿CODIFICÓ SÍ EN N7?

NO	Sí
<b>ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL</b>	

**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 DISCUSITOS.	■ NO	■ Sí	3
O2		¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace?	■ NO	■ Sí	4
O3		CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.			
		En los últimos 6 meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:			
	a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	■ NO	■ Sí	5
	b	¿Se sentía tenso?	■ NO	■ Sí	6
	c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	■ NO	■ Sí	7
	d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	■ NO	■ Sí	8
	e	¿Se sentía irritable?	■ NO	■ Sí	9
	f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	■ NO	■ Sí	10

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

■ NO	■ Sí
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL	

**P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)**

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

**P1 Antes de cumplir los 15 años:**

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

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

**P2 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 hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros?   | NO | Sí | 12 |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	Sí
<b>TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA</b>	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

### Referencias

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

## APENDICE C: ESCALA DE IMPRESION CLINICA GLOBAL

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

#### Gravedad de la enfermedad (CGI-SI)

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

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

#### Mejoría global (CGI-GI)

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

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

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

APENDICE D: ESCALA PARA EL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA  
GAD-7

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**GAD-7**

Durante las <u>últimas 2 semanas</u> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un “ ” para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Se ha sentido nervioso(a), ansioso(a) 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 inquieto(a) que no ha podido quedarse quieto(a)	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

|**Total Score T**\_\_\_\_ = \_\_\_\_ + \_\_\_\_ + \_\_\_\_ )

## APENDICE E: ESCALA DE DEPRESION DE MONTGOMERY-ASBERG

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

<p>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.</p> <p>Por favor, marque la casilla adecuada para cada apartado.</p>	
<p>1. Tristeza observada</p> <p>Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Sin tristeza  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Parece decaído/a pero se anima sin dificultad  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Parece triste y desgraciado/a la mayor parte del tiempo  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Parece siempre desgraciado/a. Extremadamente abatido/a</p> <p>2. Tristeza declarada por el paciente</p> <p>Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza o nada ni nadie puede ayudar. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Tristeza esporádica según las circunstancias  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Triste o decaído/a, pero se anima sin dificultad  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Abatimiento, desdicha o tristeza continua o invariable</p> <p>3. Tensión interna</p> <p>Representa sentimientos de malestar mal definido, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible</p> <p>4. Sueño reducido</p> <p>Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Duermo como siempre  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 h  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Menos de 2 o 3 h de sueño</p> <p>5. Apetito reducido</p> <p>Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo/a para comer</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Apetito normal o aumentado  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Apetito ligeramente reducido  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Sin apetito. La comida es insípida  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Necesita persuasión para comer algo</p>	<p>6. Dificultades para concentrarse</p> <p>Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Ninguna dificultad para concentrarse  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad</p> <p>7. Lasisitud</p> <p>Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Dificultades para empezar actividades  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Lasisitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda</p> <p>8. Incapacidad para sentir</p> <p>Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Interés normal por el entorno y por otras personas  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente interesan  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos y conocidos  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 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 parentes próximos y amigos</p> <p>9. Pensamientos pesimistas</p> <p>Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Sin pensamientos pesimistas  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimista respecto al futuro  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas e inquebrantables</p> <p>10. Pensamientos suicidas</p> <p>Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberían influir en la evaluación</p> <p><input type="checkbox"/> 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene  <input type="checkbox"/> 1.  <input type="checkbox"/> 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros  <input type="checkbox"/> 3.  <input type="checkbox"/> 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  <input type="checkbox"/> 5.  <input type="checkbox"/> 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio</p>

APENDICE F: ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR LA SERIEDAD DE LA  
IDEACIÓN SUICIDA

**ESCALA COLUMBIA PARA EVALUAR  
LA SERIEDAD DE LA IDEACIÓN SUICIDA  
(C-SSRS)**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

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.

		última visita	
<b>1. Deseos de morir</b> 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? ¿Desearias dejar de vivir?  Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>2. Pensamientos suicidas activos no específicos</b> 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 periodo de evaluación. ¿Has pensado en hacer algo para dejar de vivir? ¿Has pensado en matarte?  Si la respuesta es “sí”, describe:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>3. Ideación suicida activa con cualquier método (no un plan) sin intención de actuar</b> El/la participante reconoce tener pensamientos suicidas y ha pensado en al menos un método durante el periodo 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>4. Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, sin un plan específico</b> 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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>5. Ideación suicida activa con un plan específico e intención</b> 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/matar? ¿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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
<b>INTENSIDAD DE LA IDEACIÓN</b>			
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).			
<b>Ideación más seria:</b>			
	<b>Tipo n° (1-5)</b>	<b>Descripción de la ideación</b>	
<b>Frecuencia</b>			
¿Cuántas veces has tenido estos pensamientos?		<b>Escriba la respuesta</b>	
(1) Sólo una vez      (2) Unas pocas veces      (3) Muchas      (4) Todo el tiempo      (0) No sabe/No corresponde			

<p>Un acto potencialmente autolesivo cometido por lo menos con un cierto deseo de morir <i>como resultado del mismo</i>. El comportamiento fue concebido en parte como un método para matarse. La intención no necesita ser al 100%. Si hay <i>cualquier</i> intención o deseo de morirse asociado al acto, puede considerarse un intento suicida real. <b>No es necesario que haya alguna herida o daño</b>, 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.</p> <p>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.</p> <p><b>¿Hiciste algo para tratar de matarte o para dejar de vivir? ¿Qué hiciste?</b></p> <p><b>¿Te hiciste daño a propósito? ¿Por qué hiciste eso?</b></p> <p>¿Hiciste _____ como una manera de poner fin a tu vida?    ¿Querías morirte (aunque fuera un poco) 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)</p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p> <p><b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo no suicida?</b></p> <p><b>¿Ha tenido la persona un comportamiento autolesivo, con intención desconocida?</b></p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos _____</p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Intento interrumpido:</b>    Cuando la persona es interrumpida (por una circunstancia ajena a su voluntad) al empezar un acto potencialmente autolesivo (<i>si no fuera por eso, el intento habría ocurrido</i>).    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.</p> <p><b>¿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?</b></p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos interrumpidos _____</p>
<p><b>Intento abortado:</b>    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.</p> <p><b>¿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?</b></p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Nº total de intentos abortados _____</p>
<p><b>Actos o comportamiento preparatorios:</b>    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).</p> <p><b>¿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?</b></p> <p>Si la respuesta es "sí", describe:</p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Suicidio consumado:</b></p>	<p><b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> <input type="checkbox"/></p> <p>Fecha del intento más letal: _____</p>
<p><b>Grado de letalidad y lesiones:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay daño físico o muy poco daño físico (p. ej., rasguños superficiales).</li> <li>1. Daño físico menor (p. ej., habla aletargada, quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces).</li> <li>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).</li> <li>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).</li> <li>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).</li> <li>5. Muerte</li> </ol> <p><b>Letalidad potencial: conteste solamente si la letalidad real = 0</b></p> <p>Muerte probable en el intento real aunque sin lesiones (los siguientes ejemplos, aunque no provocaron 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/a arrollara).</p> <p>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</p>	<p>Ingrese código _____</p> <p>Ingrese código _____</p>

## APENDICE G: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON.

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

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

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## APENDICE H: SHEEHAN DISABILITY SCALE

### Inventario de Discapacidad de Sheehan (Sheehan Disability Inventory, SDI)

<b>Trabajo</b>									
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)
<b>Vida social</b>									
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)
<b>Vida familiar</b>									
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)
<b>Estrés percibido</b>									
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)
<b>Apoyo social percibido</b>									
Durante la última semana, ¿qué porcentaje de apoyo ha recibido de amigos, familiares, compañeros de trabajo, etc., respecto al apoyo que ha necesitado?									
0 %	10	20	30	40	50	60	70	80	90 100 %
Ningún apoyo, en absoluto	Un poco				Moderado			Considerable	El apoyo ideal

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

APENDICE I: FORMATO DE HISTORIA CLINICA

**HISTORIA PSIQUIÁTRICA**

V 1.1.0 noviembre 2022

HISTORIA PSIQUIÁTRICA										
CONSULTA EXTERNA										
INTERROGATORIO										
DIRECTO	<input type="checkbox"/>		No. DE REGISTRO		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
INDIRECTO	<input type="checkbox"/>		FECHA		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
DÍA      MES      AÑO										
AUTOR: DR. JOSÉ ALFONSO ONTIVEROS 1996, 1998, 2013										
Iniciales del paciente: _____  SEXO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> F-2 EDAD <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años FECHA DE NACIMIENTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DÍA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AÑO LUGAR DE RESIDENCIA MONTERREY <input type="checkbox"/> GUADALUPE <input type="checkbox"/> SAN NICOLÁS <input type="checkbox"/> SAN PEDRO <input type="checkbox"/> APODACA <input type="checkbox"/> ESCOBEDO <input type="checkbox"/> OTRO (MUN. N. L.) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OTRO ESTADO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
<b>PROBLEMA ACTUAL</b> Describa el problema actual. Evolución cronológica de los síntomas y síndromes actuales, exacerbaciones o remisiones recientes, tratamientos previos y respuesta a los mismos. Efecto de la relación clínica anterior (si existió) sobre la enfermedad actual, que incluya los fenómenos de transferencia y contratransferencia. Factores que el paciente cree han precipitado, agravado o modificado su enfermedad.										
<b>LA CONDICIÓN ACTUAL (PRESENTE EPISODIO) SE CARACTERIZA MEJOR COMO:</b> (CIRCULE EL NÚMERO APROPIADO)										
1 Ser indistinguible del pasado; continuación de una condición de larga evolución      Número de episodios previos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 Exageración de un trastorno crónico      Edad de inicio del primer episodio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 Recurrencia de una condición previa similar      Edad de inicio del primer episodio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 Significativamente diferente de cualquier condición previa 5 Primera aparición sin antecedentes de enfermedades psiquiátricas previas										
<b>INICIO DE LOS SÍNTOMAS DEL EPISODIO ACTUAL (CIRCULE EL NÚMERO APROPIADO)</b>										
1	- 1 semanas	6	1 - 2 años	Fecha probable de inicio del actual episodio						
2	1 - 4 semanas	7	2 - 3 años	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
3	1 - 3 meses	8	4 a 5 años	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
4	3 - 6 meses	9	6 a 10 años	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
5	6 - 12 meses	10	+ 10 años	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
DÍA      MES      AÑO										

## DATOS DEMOGRÁFICOS

(Seleccione sólo una respuesta para cada uno de los reactivos siguientes)

### ESTADO MARITAL ACTUAL

1 Soltero    2 Casado    3 Separado    4 Divorciado    5 Viudo    6 Unión libre

### RELIGIÓN

0 Ninguna

Describa \_\_\_\_\_



### ¿QUIÉN PROVEE EL SUSTENTO FAMILIAR?

1 Paciente    3 Igualmente compartido    5 Hermano    7 Compañero de cuarto  
2 Cónyuge    4 Padres    6 Parientes    8 Pensión    9 Otro

### OCCUPACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA (Seleccione de la lista y describa)



### OCCUPACIÓN DEL PACIENTE (Seleccione de la lista y describa)

No llenar si el paciente es el jefe de familia



- 1 Alto ejecutivo, propietario de empresa grande, profesional de alto desempeño
- 2 Gerente de negocios de empresa grande, propietario de empresa mediana, profesional de menor grado
- 3 Personal administrativo, propietario de un negocio pequeño independiente, profesional menor
- 4 Oficinista o vendedor, técnico, propietario de negocio menor
- 5 Empleado con calificación manual
- 6 Operador de maquinaria, empleado semicalificado
- 7 Empleado no calificado, desempleado con pensión
- 8 Dependiente - no jefe de familia (esposa, estudiante) - Desempleado
- 9 No determinado

### ESCOLARIDAD MÁXIMA (seleccione de la lista)

### Jefe de familia

### Paciente

(No llenar si es el jefe de familia)

Menos de 6 años	1	1
Primaria (6 años)	2	2
Secundaria o equivalente (7-9 años)	3	3
Preparatoria o equivalente (10-12 años)	4	4
Estudios universitarios no terminados	5	5
Título universitario	6	6
Estudios de postgrado	7	7

Describa el tipo de estudios realizados por el paciente \_\_\_\_\_

Total de años de estudio del paciente



¿HA RECIBIDO TRATAMIENTO PARA EL EPISODIO ACTUAL?

No  0

En caso afirmativo, señale el/los apropiados (incluya tratamientos no convencionales y medicinas alternativas)

Antidepresivos	1 <input type="checkbox"/>	Estabilizadores del afecto	6 <input type="checkbox"/>
Anticonvulsivos	2 <input type="checkbox"/>	Estimulantes	7 <input type="checkbox"/>
Anticolinérgicos	3 <input type="checkbox"/>	TEC	8 <input type="checkbox"/>
Benzodiacepinas	4 <input type="checkbox"/>	Psicoterapia	9 <input type="checkbox"/>
Antipsicóticos	5 <input type="checkbox"/>	Otro ¿cuál? _____	10 <input type="checkbox"/>
		No sabe	11 <input type="checkbox"/>

PSICOFÁRMACOS EMPLEADOS PARA EL EPISODIO ACTUAL

NINGUNO  0

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

Medicamento (Nombre comercial) _____	Dosis _____	Unidades _____
Veces _____ por _____	Fecha de inicio _____	Fecha de término _____
Vía _____	Motivo _____	Resultados _____

¿RECIBE ALGÚN OTRO TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO (NO PSICOFÁRMACOS) ACTUALMENTE? No  0

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

V 1.0.0 noviembre 2022

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_

Veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de término \_\_\_\_\_

Vía \_\_\_\_\_ Motivo \_\_\_\_\_ Resultados \_\_\_\_\_

## HISTORIA PSIQUETRICA

(Seleccione la respuesta que mejor caracteriza al paciente)

### TRATAMIENTO PREVIO POR PROBLEMAS EMOCIONALES

En caso afirmativo, ha sido tratado por:

1 Psiquiatra    2 Médico no psiquiatra    3 Psicólogo    4 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

Ninguno  0  
Se desconoce  2

### ¿ALGUNA VEZ FUÉ HOSPITALIZADO(A) POR PROBLEMAS EMOCIONALES?

(Incluya hospitales generales y casas de salud)

Nunca  0    Se desconoce  2

En caso afirmativo consigne:

Edad de la primera hospitalización

Número de hospitalizaciones

Duración total de todas las hospitalizaciones

meses     semanas

Cronología de todos los episodios pasados de enfermedad mental y sus tratamientos, incluyendo los síndromes psiquiátricos no formalmente diagnosticados en ese tiempo, diagnósticos previos establecidos, tratamientos ofrecidos y respuestas a los mismos.

Consigne dosis, duración, eficacia, efectos secundarios y adherencia del paciente a los medicamentos prescritos.

Ninguno  0  
Se desconoce  2

### LISTA DE PROBLEMAS PSIQUETRICOS PREVIOS

(Considere todos los diagnósticos posibles)

Esquizofrenia	1	Ataques de pánico	7	Demencia	13
Trastorno bipolar	2	Agorafobia	8	Retardo mental	14
Alcoholismo	3	trastorno Obsesivo-Compulsivo	9	Trastorno de la personalidad	
Drogadicción	4	Fobia social	10	especifique _____	15
Depresión mayor	5	Fobia específica	11	Otro trastorno	
Distimia	6	Ansiedad generalizada	12	especifique _____	16

**ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS Y NO PATOLÓGICOS**

¿TOMA EL PACIENTE CAFÉ O TÉ NEGRO?		No. de tazas al día		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/> 0	
TABACUÍSMO		0 No fumador	1 Ocasional	2 Leve	3 Moderado	4 Alto (1 Cajetilla por día)
Consumo diario de tabaco		Cigarros por día		Años de tabaquismo		
Edad de inicio		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Edad en que se suspendió <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>BEBIDAS ALCOHÓLICAS:</b> FRECUENCIA Y CANTIDAD (CUÁNTO TOMA)						0
Nunca 0 Ninguna 0						1
Una vez al mes o menos 1 1 o 2 1						2
Entre dos y cuatro veces al mes 2 3 o 4 2						3
Entre dos y tres veces por semana 3 5 o 6 3						4
Cuatro o más veces por semana 4 7 o 9 4						5
10 o más						10
Si tiene dudas sobre alcoholismo pregunte (CAGE modificado)						0
¿Alguna vez le dijeron o sintió que debería dejar de tomar? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 1						1
¿Alguna vez se sintió mal o culpable por su forma de tomar? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 2						2
¿Alguna vez tomó en la mañana para calmar sus nervios o cortar la cruda? No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 3						3
¿HISTORIA DE ABUSO DE SUSTANCIAS? No <input type="checkbox"/> 0			¿DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS? No <input type="checkbox"/> 0			0
En caso afirmativo señale si es ACTUAL o ANTERIOR			ACTUAL o ANTERIOR			0
Alcohol			1			1
Anfetaminas			2			2
Marihuana			3			3
Cocaína/Crack			4			4
Alucinógenos			5			5
Inhalantes			6			6
Opiáceos/Heroína			7			7
PCP			8			8
Sedantes, hipnóticos, ansiolíticos			9			9
Otros (especifique) _____			10			10
En PROBLEMA ACTUAL o HISTORIA PSIQUEÁTRICA (según corresponda) detalle información sobre cantidad, frecuencia y vía de administración de substancias; patrón de uso (ej. episódico vs continuo; solitario vs social); consecuencias legales y en función interpersonal, tolerancia y síntomas de abstinencia; cualquier asociación temporal entre el uso de sustancias y la enfermedad psiqueátrica actual y si el paciente cree que el uso le beneficia.						
MENARCA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años		FUM <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dia mes año		Masculino <input type="checkbox"/> 0		
RITMO 1 Regular 2 Irregular		3 Histerectomía / Menopausia		4 No aplicable		
TENSIÓN PREMENSTRUAL 0 Nada 1 Ligera 2 Moderada		3 Marcada				
VIDA SEXUAL ACTIVA Inicio <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> años		Negado <input type="checkbox"/> 0				
No de compañeros sexuales en su vida <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> actuales		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
ANTECEDENTES OBTÉTRICOS Gesta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Para <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cesáreas <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abortos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
¿EMBARAZO ACTUAL? Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 0		Inciso <input type="checkbox"/> 2 semanas de embarazo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
LACTANCIA Sí <input type="checkbox"/> 1 No <input type="checkbox"/> 0						
¿POSIBILIDAD DE EMBARAZO? No <input type="checkbox"/> 0		Sí <input type="checkbox"/> 1		¿UTILIZA ALGÚN MÉTODO ANTICONCEPTIVO? Ninguno <input type="checkbox"/> 0		
Histerectomía 1		Ritmo 1 Anticonceptivos orales 2 Inyectables 3				
Salpingooclásia 2		DIU 4 Espermátididas 5 Coito interrumpido 6				
Menopausia 3		Preservativo 7				

### HISTORIA PSICOSOCIAL Y DEL DESARROLLO

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

### HISTORIA CLÍNICA GENERAL

En caso afirmativo proporcione detalles pertinentes (fechas, gravedad, evolución, localización y tratamientos).

#### MARQUE

NO	SE	DESCONOCE	SI
0	2		

#### ENFERMEDADES

Del SNC (No psiquiátricas) _____			3
Trastornos convulsivos _____			4
Respiratorias _____			5
Cardiovasculares _____			6
Hematopoyéticas / linfáticas _____			7
De ojos / oídos / nariz / garganta _____			8
Hepáticas _____			9
Dermatológicas / del tejido conectivo _____			10
Músculo-esqueléticas _____			11
Endocrina / metabólicas _____			12
Gastrointestinales _____			13
Renales / genitourinarias _____			14
Cáncer _____			15
Alergia o hipersensibilidad a medicamentos _____			16
intervenciones quirúrgicas mayores _____			17
Otro _____			18
Otro _____			19

#### HISTORIA PSIQUIÁTRICA FAMILIAR

Historia familiar de:	no sabe	no	sí	¿quién? (Familiares consanguíneos)
Esquizofrenia				1
Trastorno bipolar				2
Alcoholismo				3
Drogadicción				4
Depresión mayor				5
Distimia				6
Ataques de pánico				7
Agorafobia				8
Trastorno obsesivo-compulsivo				9
Fobia social				10
Fobia específica				11
Ansiedad generalizada				12
Demencia				13
Retardo mental				14
Trastorno de personalidad				15
Otros (especifique)				16

Describa datos relevantes de la historia familiar, edad de los padres, hermanos e hijos. Enfermedades médicas y causas de fallecimiento si hubo. Relación con los padres, hermanos, pareja e hijos. Antecedentes de abuso físico, psicológico o sexual.

## EXAMEN MENTAL

Elementos del examen mental: 1.- Apariencia general y conducta. 2.- expresión del afecto y humor. 3.- Lenguaje y habla (ej. Velocidad, ritmo, estructura, flujo, de ideas y rasgos patológicos como tangencialidad, vaguedad, incoherencia o neologismo) 4.- Velocidad de movimientos y la presencia de movimientos y postura sin propósito, repetitivos o inusuales. 5.- Pensamientos y percepciones: a) Expresión espontánea de preocupaciones, inquietudes, pensamientos, impulsos y experiencias perceptuales. b) Síntomas cognitivos y perceptuales: alucinaciones, delirios, ideas de referencia, obsesiones y compulsiones. c) Pensamientos, deseos o impulsos suicidas, homicidas, violentos o autoagresivos. Especificar intensidad y qué impide el actuarlos. 6.- Asociaciones: pérdida o idiosincrasia y postulados contradictorios. 7.- Insight. 8.- Estado cognitivo: a) Nivel de conciencia. b) Orientación. Atención y concentración. d) Funciones de lenguaje (nombramiento, fluidez, comprensión, repetición, lectura, escritura). e) Memoria. f) Conocimientos generales. g) Cálculo. h) Dibujo. i) Razonamiento abstracto. j) Funciones ejecutivas (del sistema frontal) (ej. hacer una lista, inhibición de respuestas impulsivas, resistencia a la distracción, reconocer contradicciones) k) Calidad del juicio.

### ESCALAS (OPCIONALES)

	17 items	21 items
HAM D	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
HAM A	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Y-BOCS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
MADRS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
OTRAS	<hr/> <hr/> <hr/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

### DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS RELEVANTES EN EL EXAMEN FÍSICO Y NEUROLÓGICO

	TENSIÓN ARTERIAL	
	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Sentado	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
De pie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
FRECUENCIA CARDIACA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RITMO REGULAR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IRREGULAR
PESO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> KGS.
TALLA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CMS.

### RESULTADOS DE ESTUDIO DE LABORATORIO Y GABINETE

**DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL DSM-IVTR**  
**EJE I SÍNDROMES PSIQUETRICOS Y OTROS TRASTORNOS QUE PUEDEN SER FOCO DE ATENCIÓN**

DIAGNÓSTICO PRIMARIO		CÓDIGO	ICG-S
NOMBRE	1	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
		No se evaluó 0 Normal, no enfermo 1 Límite 2 Levemente enfermo 3 Moderadamente enfermo 4 Marcadamente enfermo 5 Severamente enfermo 6 Extremadamente enfermo (entre los pacientes más enfermos) 7	
DIAGNÓSTICOS SECUNDARIOS		2	<input type="checkbox"/>
		3	<input type="checkbox"/>
		4	<input type="checkbox"/>
		5	<input type="checkbox"/>

EJE II TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y RETARDO MENTAL NINGUNO  0

NOMBRE		CÓDIGO	ICG-S
1		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

EJE III ENFERMEDADES FÍSICAS NINGUNO  0

NOMBRE		CÓDIGO CIE-10
1		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
2		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
3		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>
4		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/>

EJE IV PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES ÚLTIMO AÑO (señale el más apropiado)

Problemas relativos al grupo primario de apoyo	1
Problemas relativos al ambiente social	2
Problemas relativos a la enseñanza	3
Problemas laborales	4
Problemas de vivienda	5
Problemas económicos	6
Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria	7
Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o con el crimen	8
Otros problemas psicosociales y ambientales	9

**EJE V FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL****ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD GLOBAL DEL SUJETO (EEAG)**

(Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral de un hipotético continuum que va de la salud a la enfermedad mental. No se incluyen las incapacidades debidas a limitaciones físicas o ambientales)

**FUNCIONAMIENTO**

SUPERIOR	BUENO	MUY DISPRETA INCAPACIDAD	BUENO	MODERADO	GRAVE	SÓLO EN LA EVALUACIÓN DE REALIDAD Y LA COMUNICACIÓN	EN CASI TODAS LAS ÁREAS	OCASIONAL EN HIGIENE	CONTINUO EN HIGIENE O SEVERO EN LA COMUNICACIÓN
100 AUSENTES	90 MÍNIMOS	80 TRANSITORIOS	70 LEVES	60 MODERADOS	50 GRAVES	40 SEVEROS	30 PSICÓTICOS	20 GESETOS SUICIDAS O HETEROAGRESIÓN MODERADA	10 INTENTO SUICIDA HETEROAGRESIÓN SEVERA PERSISTENTE

SÍNTOMAS \_\_\_\_\_

EEAG ULTIMO AÑO   EEAG ACTUAL   **PLAN DE TRATAMIENTO**NINGUNO  0

1.- INTERNAMIENTO

2.- SEGUIMIENTO CONSULTA EXTERNA

PSICOFÁRMACOS

- 3.- Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_  
veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ vía \_\_\_\_\_
- 4.- Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_  
veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ vía \_\_\_\_\_
- 5.- Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_  
veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ vía \_\_\_\_\_
- 6.- Medicamento (Nombre comercial) \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Unidades \_\_\_\_\_  
veces \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ vía \_\_\_\_\_

7.- SE REFIERE A OTRO SERVICIO, HOSPITAL

¿Cuál? \_\_\_\_\_   8.- OTROS (describa) \_\_\_\_\_   **EVALUADOR**

(NOMBRE Y FIRMA) \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO

FIRMA

FECHA

## APENDICE J: INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

### Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**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 mí.
- 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 gusta 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 mí 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 canso 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 hacer.

**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: \_\_\_\_\_

## APENDICE K: INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

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

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

APENDICE L: ESCALA DE SALUD EQ-5D

# **EQ - 5D**

**Cuestionario de Salud**

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

V 2.0.0 noviembre 2022

Marque con una cruz como esta  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**

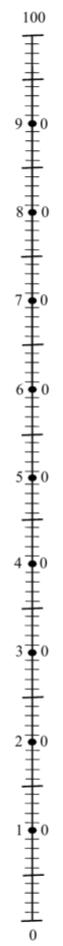
- No estoy ansioso/a ni deprimido/a   
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a   
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

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**

Mejor estado  
de salud  
imaginable



Como las respuestas son anónimas, la información personal que le pedimos a continuación nos ayudará a valorar mejor las respuestas que nos ha dado.

1. ¿Tiene usted experiencia en enfermedades graves?  
(conteste a las tres situaciones)

	Sí	No	
<i>en usted mismo</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	POR FAVOR PONGA UNA CRUZ EN LA CAJITA
<i>en su familia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>en el cuidado de otros</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

2. ¿Cuántos años tiene?

3. Es usted: Varón  Mujer   
POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

4. Es usted:  
*fumador*   
*ex-fumador*   
*never ha fumado*   
POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

5. ¿Trabaja o ha trabajado en servicios de salud o sociales?  
Sí  No   
POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

Si ha contestado sí, en calidad de qué? .....

6. ¿Cuál es su principal actividad actual?  
*empleado o trabaja para sí mismo*   
*retirado o jubilado*   
*tareas domésticas*   
*estudiante*   
*buscando trabajo*   
*otros (por favor especifique)*  .....  
POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

7. ¿Nivel de estudios completados?  
*Leer y escribir*   
*Elementaria, intermedia*   
*Secundaria, vocacional*   
*Universidad*   
POR FAVOR  
PONGA UNA CRUZ  
EN LA CAJITA

8. Si conoce su código postal, por favor escríbalo aquí:

V 2.0.0 noviembre 2022

## APENDICE M: FORMATO DE REGISTRO DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

### Medidas Antropométricas

Iniciales: \_\_\_\_\_

Registro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

- Peso: \_\_\_\_\_
- Talla: \_\_\_\_\_
- IMC: \_\_\_\_\_
- Porcentaje de grasa: \_\_\_\_\_
- Porcentaje de musculo: \_\_\_\_\_
- Medida de cintura: \_\_\_\_\_
- Medida de cadera: \_\_\_\_\_

## APENDICE N: HOJA DE EVENTOS ADVERSOS

Iniciales: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

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

EVENTO OBSERVADO	FECHA DE INICIO			INTENSIDAD CURSO ACCION TOMADA	EVOLUCION
	DIA	MES	AÑO		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE TERMINACION			INTENSIDAD CURSO ACCION TOMADA	EVOLUCION
	DIA	MES	AÑO		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE INICIO			INTENSIDAD CURSO ACCION TOMADA	EVOLUCION
	DIA	MES	AÑO		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE TERMINACION			INTENSIDAD CURSO ACCION TOMADA	EVOLUCION
	DIA	MES	AÑO		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE INICIO			INTENSIDAD CURSO ACCION TOMADA	EVOLUCION
	DIA	MES	AÑO		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
EVENTO OBSERVADO	FECHA DE TERMINACION			INTENSIDAD CURSO ACCION TOMADA	EVOLUCION
	DIA	MES	AÑO		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
INTENSIDAD	CURSO	ACCION TOMADA		EVOLUCION	
Leve 1	Ocurrió una vez 1	Ninguna	1	Continúa 1	
Moderado 2	Intermitente 2	Suspensión del		Resolución 2	
Severo 3	Continuó 3	Fármaco	2	del evento 2	
Extremo 4		Reducción de dosis	3	Amenaza a 3	
		Interrupción de dosis	4	la vida 3	
		Tratamiento		Daño 4	
		correctivo	5	importante 4	
				Hospitalización	
				o prolongación de	