

Título del proyecto:
**Evaluación de la efectividad de
medidas higiénico-dietéticas estructuradas
como tratamiento coadyuvante
en el trastorno depresivo**

Olga Ibarra Uría
Licenciada en medicina y cirugía



Tesis doctoral:

“Evaluación de la efectividad de medidas higiénico-dietéticas estructuradas como tratamiento coadyuvante en el trastorno depresivo”

Tesis presentada para optar al Grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears por la licenciada Doña Olga Ibarra Uría con DNI 30603875-Y

Fdo. Olga Ibarra Uría

Palma de Mallorca, Enero 2013.

Realizada bajo la dirección de:

Prof. Dr. Mauro García Toro

Prof. Dr. Miquel Roca Bennasar

D. Mauro García Toro, médico especialista en Psiquiatría, Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá de Henares, Profesor contratado Doctor del Departamento de Psicología de la Universitat de les Illes Balears

CERTIFICA: que Doña Olga Ibarra Uría, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco, ha realizado bajo mi dirección los trabajos de investigación correspondientes a la memoria de Tesis Doctoral titulada: **“EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURADAS COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN EL TRASTORNO DEPRESIVO”**

Revisado el trabajo, estimo que reúne las condiciones adecuadas para su presentación y así optar al grado de doctor.

Fdo. Mauro García Toro

Palma de Mallorca, Enero 2013

D. Miquel Roca Bennasar, médico especialista en Psiquiatría, Doctor en Psicología por la Universitat de les Illes Balears, Profesor titular de Psiquiatría del Departamento de Psicología de la Universitat de les Illes Balears

CERTIFICA: que Doña Olga Ibarra Uría, Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad del País Vasco, ha realizado bajo mi dirección los trabajos de investigación correspondientes a la memoria de Tesis Doctoral titulada: **“EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURADAS COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN EL TRASTORNO DEPRESIVO”**

Revisado el trabajo, estimo que reúne las condiciones adecuadas para su presentación y así optar al grado de doctor.

Fdo. D. Miquel Roca Bennasar

Palma de Mallorca, Enero 2013

Agradecimientos

Al Dr. Roca Bennasar y al Dr. García Toro por darme la oportunidad de realizar esta tesis doctoral.

Al Dr. García Toro en especial, por apoyarme estos años y empujarme para realizar mi tesis doctoral, y por estos años de trabajo conjuntos.

A mis compañeros y amigos, al personal del servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Son Espases por todo el tiempo compartido de aprendizaje, trabajo y convivencia.

A mis abuelos y padres por su ejemplo de vida y trabajo, que serán siempre referentes en toda mi vida. Sin su esfuerzo y sacrificio todo ello no hubiera sido posible.

.

A mi hermano por estar a mi lado siempre, darme su apoyo y empujarme en todo momento.

Y a mi fiel Luna, por su estimable y desinteresada compañía.

A todos, gracias.

Abreviaturas empleadas

ANAN: Anancástico

ANOVA: Análisis de varianza

ANS: Ansioso

ANT: Antisocial

APA: American Psychiatric Association

BDI-21: Inventario de depresión de Beck de 21 ítems

BDNF: Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro

Ca: Calcio

CDT: Transaminasa deficiente en carbohidratos

CEIC: Comité Ético de Investigación Clínico

Colesterol-HDL: Colesterol de alta densidad

Colesterol-LDL: Colesterol de baja densidad

Cl: Cloro

CIE-10: Clasificación internacional de enfermedades mentales, décima edición

D: Dolor

DE: Desviación estándar

DEP: Dependiente

DSM: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición

ECG: Electrocardiograma

EEUU: Estados Unidos

EQT: Esquizotípico

ESEMeD: European Study of the Epidemiology of Mental Disorders

ESQ: Esquizoide

FA: Fosfatasa alcalina

FC: Frecuencia cardiaca

Fe: Hierro

FF: Funcionamiento físico

FS: Funcionamiento social

GGT: Transaminasa gamma-glutamil transpeptidasa

GOT: Transaminasa glutámico oxalacética

GPT: Transaminasa glutámico pirúvica

HAMD-17: Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems

HDL-colesterol: Colesterol de alta densidad

HIST: Histriónico

ICG: Impresión clínica global

ICG-C: Impresión clínica global de cambio

ICG-G: Impresión clínica global de gravedad

ISRCTN: International Standard Randomized Controlled Trial Number Register

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

ISRSN: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina

IE IMP: Trastorno de Inestabilidad Emocional subtipo Impulsivo

IE LIM: Trastorno de Inestabilidad Emocional subtipo Límite

IMC: Índice de masa corporal

K: Potasio

M: Media

Mg: Magnesio

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional

N: Número

NICE: National Institute of Clinical Excellence Británico

NIMH: National Institute of Mental Health Americano

NREM: Fase no REM del sueño.

NSF: Fundación Nacional de Sueño

NSQ: Núcleo supraquiasmático

OMS: Organización Mundial de la Salud

P: Significación estadística

PAR: Paranoide

PTGO: Prueba de tolerancia a la glucosa administrada por vía oral

RedIAPP: Red de investigación en actividades preventivas y promoción de la salud

REM: Fase de movimientos oculares rápidos del sueño

SF-36: Cuestionario sobre el Estado de Salud, Short-Form.

SG: Salud general

SM: Salud mental

RE Rol emocional

RF: Rol físico

Se: Selenio

TA: Tensión arterial

TAD: Tensión arterial diastólica

TAS: Tensión arterial sistólica

TB I ó II: Trastorno Bipolar tipo I ó II

TCE: Traumatismo craneoencefálico

TD: Trastorno Distímico

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TG: Triglicéridos

TP: Trastorno de personalidad

V: Vitalidad

VHB: Virus de la hepatitis B

VHC: Virus de la hepatitis C

VIH: Virus de la inmunodeficiencia humana

Vit B12: Vitamina B 12

Zn: Zinc

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ÍNDICE

	Páginas
RESUMEN	19
1. INTRODUCCIÓN	21
2. ESTILOS DE VIDA SALUDABLES	30
2.1 Exposición a la luz	33
2.2 Higiene del sueño	41
2.3 Ejercicio físico	51
2.4 Hábitos alimentarios	58
2.5 Hábitos higiénico- dietéticos en combinación	63
3. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	65
3.1 Objetivos	65
3.1.1 Objetivo primario	65
3.1.2 Objetivo secundario	65
3.2 Hipótesis	65
3.3 Intervención objeto de estudio (recomendaciones higiénico-dietéticas)	66
3.3.1 Tratamiento activo	66
3.3.2 Tratamiento control	67
3.4 Método	68
3.4.1 Diseño del estudio	68
3.4.2 Descripción de la muestra	69

3.4.3 Criterios de inclusión	69
3.4.4 Criterios de exclusión	70
3.4.5 Instrumentos / Materiales	71
3.4.6 Procedimiento	78
3.4.6.1 Entrevista de selección	78
3.4.6.2 Entrevista basal	80
3.4.6.3 Entrevista final	81
3.4.7 Análisis de eficacia	82
3.4.7.1 Variable de valoración primaria	82
3.4.7.2 Variables de valoración secundaria	82
3.4.7.3 Otras variables de valoración secundaria	83
3.4.8 Análisis de seguridad	83
3.5 Determinación del tamaño muestral	83
3.6 Análisis de datos	84
3.7 Consideraciones éticas	84
4. RESULTADOS	87
4.1 Distribución de los pacientes en estudio	87
4.2 Análisis descriptivo de la muestra	88
4.3 Análisis de eficacia	100
4.3.1 Variable primaria de eficacia	100
4.3.2 Variables secundarias de eficacia	102

4.3.3 Otras variables secundarias de eficacia	106
4.4 Seguridad y tolerabilidad	112
5. DISCUSIÓN	113
5.1 Limitaciones del estudio	120
6. CONCLUSIONES	122
AGRADECIMIENTOS	123
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	167
Protocolo aprobado por el CEIC	169
Hoja informativa del estudio para el paciente y Consentimiento	171
Criterios diagnósticos DSM-IV para los trastornos afectivos incluidos	179
Ficha personal: Cuestionario sociodemográfico y clínico	193
Encuesta sobre hábitos de vida	201
Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI)	205
Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems (HAMD-17)	229
Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems (BDI-21)	231
Escala de Impresión clínica Global (ICG)	233
Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)	235
Cuestionario Salamanca de la personalidad	237

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

RESUMEN

OBJETIVO: Evaluar la efectividad de realizar una serie de recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas a pacientes depresivos en tratamiento estándar.

MÉTODO: Estudio longitudinal y doble ciego, en el que 80 pacientes, de 18 años o más, con diagnóstico de episodio depresivo según criterios DSM-IV (Trastorno Depresivo Mayor (TDM), Trastorno Distímico (TD) o Trastorno Bipolar (TB) I o II en fase depresiva), fueron aleatorizados en dos grupos. Los pacientes asignados al grupo de tratamiento activo recibieron un sobre con una hoja de papel que contenía las cuatro recomendaciones higiénico-dietéticas a estudio. El grupo control recibió un sobre idéntico, pero cuyo contenido era una hoja en la que se le aconsejaba que llevase a cabo el patrón de alimentación, sueño, ejercicio físico y exposición a la luz con el que mejor se sintiese en cada momento. Al inicio del estudio se confirmó que los pacientes cumplieren los criterios diagnósticos requeridos mediante la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional estructurada MINI. La sintomatología afectiva se cuantificó a través de las escalas de Hamilton para la depresión de 17 ítems (HAMD-17), el inventario de depresión de Beck de 21 ítems (BDI-21) y la escala de Impresión clínica global (ICG), mientras que la calidad de vida se recogió a través del cuestionario sobre el estado de salud, Short-Form (SF-36). A los seis meses estos cuestionarios fueron nuevamente administrados. El análisis estadístico de las variables cualitativas se llevó a cabo mediante la prueba Chi-cuadrado, mientras que el de las variables cuantitativas se realizó a través de las pruebas de comparación de medias U de Mann-Whitney y T de Student para dos muestras independientes.

RESULTADOS: Del total de 80 pacientes, 40 fueron incluidos en cada grupo después de firmar el consentimiento. Completaron los 6 meses de tratamiento 57 pacientes, 28 en el grupo activo

y 29 en el grupo control. Todas las escalas indicaban una mejor evolución de la sintomatología depresiva en el grupo de tratamiento activo. Dicha mejora no solo era avalada por las puntuaciones medias finales de la HAMD-17 y la ICG-G, que eran significativamente menores en el grupo de recomendaciones estructuradas ($p=0,00$ en ambas), sino que eran refrendadas por la tasa de respuesta y remisión medida por la HAMD-17. Las puntuaciones finales del BDI-21 también orientaban en este sentido, ya que el cambio medio de la puntuación total, entre el inicio y el final del estudio fue de $-9,3$ en el grupo de recomendaciones estructuradas frente a $-5,3$ en el grupo de recomendaciones control ($p=0,03$). Al final del estudio, los pacientes asignados al grupo de recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas percibían una mejor calidad de vida en varias subescalas del instrumento SF-36, Salud General (SG) ($p=0,04$), Salud Mental (SM) ($p=0,00$), Rol Emocional (RE) ($p=0,02$), Rol Físico (RF) ($p=0,04$) y Dolor (D) ($p=0,01$). En el grupo activo también se encontró, al final del estudio, un menor número de pacientes con criterios de síndrome metabólico ($p=0,03$) y una menor prescripción farmacológica ($p=0,03$). Ningún paciente refirió efectos secundarios adversos a la puesta en marcha de las recomendaciones higiénico-dietéticas objeto de estudio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: Estos resultados apoyan la utilización por parte de los clínicos de esta sencilla combinación de recomendaciones higiénico-dietéticas en pacientes con depresión. Su buena tolerabilidad, fácil implementación y coste económico inapreciable, indicarían que esta combinación de recomendaciones tiene una relación riesgo-beneficio favorable en el tratamiento a largo plazo del paciente depresivo, en atención primaria y consultas especializadas. Estudios con muestras más amplias de pacientes permitirán confirmar estos resultados.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema de salud pública en crecimiento, especialmente en el mundo desarrollado (Bromet et al., 2011; Collins et al., 2011; Gutiérrez-Fraile et al., 2011), llegando a convertirse en una verdadera epidemia, con tasas de prevalencia en torno al 15% a lo largo de la vida (Roca et al., 2009; Schatzberg, 2006). En este sentido es importante destacar las previsiones del estudio ESEMeD (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders) que nos muestra que un 14,7% de la población europea presentará un trastorno afectivo a lo largo de su vida (casi un 20% en el caso de España) (López-Ibor et al., 2007; Haro et al., 2006). Por sexos, se estima que este riesgo alcanza a más del 10% y 20% de hombres y mujeres respectivamente a lo largo de su vida (Bernhardsdóttir and Vilhjálmsón, 2012; Kessler et al., 1994).

La tendencia a la recurrencia de la enfermedad y la persistencia de sintomatología depresiva subclínica, son dos aspectos a tener en cuenta. En relación al primero, reseñar que este riesgo se incrementa con el transcurso del tiempo (Solomon et al., 2004; Katz and Klerman, 1979) y con el número de episodios previos. El porcentaje de pacientes con un único episodio es pequeño, se podría decir excepcional. Los estudios señalan que un 70% de los sujetos recuperados de un primer episodio depresivo sufrirán posteriores episodios, y que cuando un sujeto experimenta un segundo episodio, la posibilidad de que desarrolle un tercero es del 80-90%. En cuanto a la persistencia de la sintomatología subclínica, se estima que

alrededor del 20% de los pacientes no responden a los tratamientos de primera elección, presentando una depresión persistente más allá de los dos años, y que tan solo la mitad de las personas que responden al tratamiento antidepresivo alcanzan la remisión sintomática completa (Kupfer and Charney, 2003). Aunque la remisión parcial ya es un logro importante, no debería ser la meta última del tratamiento antidepresivo ni de ningún otro tratamiento médico. Así, tras analizar los datos de diversos estudios, se observa que los pacientes con síntomas depresivos subumbrales presentan un curso posterior más grave y crónico, con intervalos breves de bienestar, recaídas más rápidas tanto de episodios depresivos mayores como menores y mayor abuso de sustancias psicoactivas, con la consecuente discapacidad asociada (Kennedy and Paykel, 2004; Lewis and Hoofnagle, 2003; Judd et al., 2000).

Además, la depresión se asocia a una morbilidad considerable (Ustun et al., 2004; Kessler et al., 2003). De hecho, un estudio de la Organización Mundial de la Salud / Banco Mundial clasificó la depresión como la cuarta causa de morbilidad en 1990, con la previsión de que en el 2020 se convierta en la segunda causa más importante de discapacidad (Murray and López, 1997), a menos que se produzcan enormes progresos en cuestiones de prevención, diagnóstico y tratamiento. Se calcula que para el 2030 las tres causas principales de enfermedad serán el VIH/SIDA, la Depresión y la Enfermedad Isquémica del Corazón (Mathers and Loncar, 2006).

La OMS asume que entre el 65-90% de los suicidios e intentos de suicidio se relacionan con sintomatología depresiva (OMS, 2000), suponiendo esta un riesgo de suicidio 20 veces

mayor respecto a la población general (Beautrais et al., 2005). Aparece en todos los rangos de edad, aunque existe un mayor riesgo cuando su comienzo es entre los 30 y los 40 años (Hawton and van Heeringen, 2009; Sullivan and Bongar, 2009; Nock et al., 2008; López et al., 2007; NICE, 2004; APA, 2003). Esta asociación de los trastornos depresivos con el riesgo de suicidio se ha mostrado estadísticamente significativa, sobre todo en poblaciones de edad avanzada (Vega et al., 2002; OMS, 2000).

Aunque son escasos los estudios disponibles, existe una evidencia creciente respecto al hecho de que los pacientes con trastornos afectivos en general, presentan una morbilidad y mortalidad superior a la de la población general (de Hert et al., 2011; Saravane et al., 2009; Bobes et al., 2008; Krishnan et al., 2002; Gili et al., 2000). Dicha mortalidad se encontraría duplicada, fundamentalmente por los suicidios comentados con anterioridad, pero también por otros factores como el incremento del riesgo metabólico y enfermedades cardiovasculares que presentan estos pacientes (García-Portilla et al., 2008; Torrent et al., 2008; McIntyre et al., 2007; Baldessarini and Tondo, 2003; Angst et al., 2002; Osby et al., 2001). Varias serían las causas que podrían explicarlo, que irían desde los efectos adversos de la medicación, el menor acceso a los servicios sanitarios, hasta opciones de estilo de vida no saludables (Tosh et al., 2011). A continuación se resumen las conclusiones más relevantes extraídas de la literatura médica en relación a las diversas patologías y sus posibles prevalencias en comparación con la población general (**Tabla 1**).

Tabla 1. Patologías médicas y prevalencias en pacientes con trastornos afectivos.

HTA, Hipertensión arterial; IMC, Índice de masa corporal; EPOC, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Patología cardiovascular: HTA

Prevalencia del 4,6 al 60,8%. (Frecuencia aumentada)

(Johannessen et al., 2006; McIntyre et al., 2006; Oedegaard and Fasmer, 2005)

Patología endocrinometabólica:

Obesidad (IMC \geq 30 kg/m²) y Sobrepeso (IMC de 25-30 kg/m²): Prevalencias del 19-53% en pacientes afectivos frente al 9-14% en población general.

Diabetes: Aumento de la prevalencia, con diferencias escasamente relevantes a nivel clínico.

Dislipemias: Datos variables y poco sólidos.

Síndrome metabólico: Prevalencia del 22,4 al 24,7%.

Hipotiroidismo: Prevalencia del 9,6% en pacientes afectivos frente al 2,5% de la población general.

(Oedegaard and Fasmer, 2005; Thomsen and Kessing, 2005; McElroy et al., 2002; Elmslie et al., 2000)

Patología pulmonar:

Asma: Prevalencias del 3-17% en pacientes depresivos frente al 2-10% en población general.

EPOC: Prevalencia del 2,7% en pacientes afectivos frente a 1,1% en la población de referencia

(Carney and Jones, 2006; McIntyre et al., 2006; Oedegaard and Fasmer, 2005)

Patología neurológica: Migrañas

Significativamente más elevada. Prevalencia media del 25%. Es mayor en mujeres.

(McIntyre et al., 2006; Fasmer, 2001; Marchesi et al., 1989)

Patología gastrointestinal: Úlcera péptica

Prevalencias del 0,9-10,8% en pacientes afectivos frente al 0,2-5,0% en la población de referencia.

(Carney and Jones, 2006; McIntyre et al., 2006)

Otros:

Cuadros alérgicos: Cifras entre el 25 y el 40%. Prevalencia superior a la de la población general.

Síndrome de fatiga crónica: Prevalencias del 4,6% en pacientes afectivos frente al 2,3% en la población de referencia.

(Carney and Jones, 2006; McIntyre et al., 2006; Kilbourne et al., 2004)

De todas las patologías descritas merece mención especial la obesidad y el síndrome metabólico. La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública de nuestra

época. Revisiones sistemáticas de estudios prospectivos han encontrado una relación directa y recíproca de causa y efecto entre la obesidad/sobrepeso y la depresión (Flegal et al., 2010; Atlantis and Baker, 2008). Es decir, las personas obesas tienen un riesgo 55% mayor de padecer depresión en comparación con aquellas personas de peso normal a lo largo de su vida, y los individuos deprimidos tienen un 58% más de probabilidades de ser obesos que aquellos que no están deprimidos (Luppino et al., 2010). Son varias las explicaciones que asocian ambas enfermedades. Por una parte, la fisiología de la propia obesidad puede contribuir directamente a los síntomas de la depresión, ya que ambas patologías se han relacionado con una alteración de los mecanismos inflamatorios (Raison et al., 2010; 2006). Por otra, la mala imagen asociada al sobrepeso en nuestra cultura occidental, atribuyendo el mismo a un pobre control personal más que a la posible implicación de factores internos o externos (Atlantis and Ball, 2007), y el empeoramiento del bienestar físico secundario al deterioro de la salud física (Stegmann et al., 2010; Moussavi et al., 2007; Nesse, 2004), serían poderosos determinantes del bienestar emocional y se asociarían a un importante malestar psicológico. A su vez, la propia sintomatología depresiva, como la falta de motivación, la disminución de actividad física o los cambios en el apetito, y el empleo de fármacos antidepresivos, pueden contribuir al aumento de peso en aquellos pacientes que sufren depresión. Y por último, los cambios en el estilo de vida que desarrollan tanto las personas obesas como depresivas, podrían contribuir a la génesis de las mismas (Hidaka, 2012). Un problema importante relacionado con la obesidad sería el síndrome metabólico. Estudios recientes constatan que los pacientes con depresión presentan una alta prevalencia del mismo, encontrando que uno de cada tres individuos con trastorno afectivo, cumple criterios de

síndrome metabólico (Pan et al., 2012; Zeugmann et al., 2012). (Tabla 2). Aunque la descripción del mismo ha evolucionado con el tiempo, podemos definir el síndrome metabólico como un grupo de factores de riesgo (obesidad abdominal, hipertensión, dislipemia, intolerancia a la glucosa) que predicen la aparición de enfermedad coronaria, diabetes tipo II, cálculos biliares, asma, apneas del sueño, hígado graso y algunas formas de cáncer (Kahl et al., 2011; Rubenfire et al., 2011; Hartey et al., 2012). Dicho síndrome metabólico aumenta con la edad, y en la actualidad sus cifras crecen rápidamente tanto en adultos como en adolescentes (Rubenfire et al., 2011).

Tabla 2. Definición del síndrome metabólico propuesta por la International Diabetes Federation (2006)

IMC, Índice de masa corporal; HDL-colesterol, Colesterol de alta densidad; PTGO, Prueba de tolerancia a la glucosa administrada por vía oral.

- Obesidad central (perímetro de la cintura, con especificidad respecto a los distintos grupos étnicos). Si el IMC es > 30, se puede asumir la presencia de obesidad central y no es necesario medir el perímetro de la cintura.
- Aumento de los triglicéridos: > 150 mg/dl (1,7 mmol/L), o bien tratamiento específico de esta alteración lipídica.
- Disminución del HDL-colesterol: < 40 mg/dl (1,3 mmol/L) en hombres, < 50 mg/dl (1,29 mmol/L) en mujeres, o bien tratamiento específico de esta alteración lipídica.
- Aumento de la presión arterial: Presión arterial sistólica > 130, o bien presión arterial diastólica > 85 mm Hg, o bien de hipertensión arterial previamente diagnosticada.
- Incremento de la glucemia: Glucemia en ayunas > 100 mg/dl (5,6 mmol/L), o bien diabetes tipo II diagnosticada previamente. Si la glucemia en ayunas es > 5,6 mmol/L, o > 100 mg/dl, se recomienda la realización de PTGO, aunque no es necesario para definir la presencia del síndrome.

Por otra parte, además de los riesgos que presentan para la salud física del paciente, la

presencia de estas enfermedades somáticas también contribuye a ensombrecer el pronóstico de la enfermedad afectiva, dificultan su tratamiento y recuperación, y empeoran la calidad de vida (Tosh et al., 2011; Bobes et al., 2008). Calidad de vida, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como “la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social” (Monés, 2004). Los estudios realizados (Tabla 3) indican que estos pacientes poseen una calidad de vida peor que la población general de su mismo sexo y edad (Ina et al., 2011; Alonso et al., 1998) y que otros trastornos mentales, incluida la esquizofrenia (Tunis et al., 1999; Sherbourne et al., 1996; Steward et al., 1989).

Tabla 3. Valores medios (y desviación estándar) del Cuestionario de Salud SF-36 para las distintas patologías estudiadas.

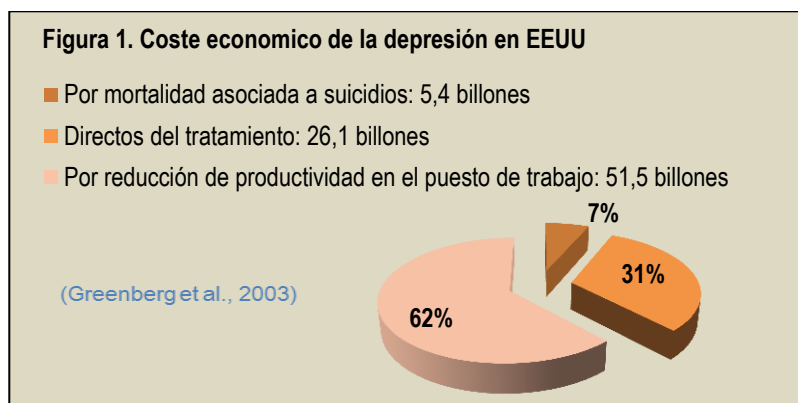
Para cada dimensión del SF-36, los ítems tienen un recorrido desde 0 (el peor estado de salud) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Calidad de vida SF-36	Depresión mayor (n=502)	Trastorno de pánico (n=514)	Esquizofrenia (n=1.155)	Población general española (n=9.151)
Funcionamiento físico	71,6 (27,17)	80 (45,34)	82,1 (22,9)	84,7 (24,0)
Rol físico	44,4 (40,3)	49 (90,68)	68,4 (39,9)	83,2 (35,2)
Dolor	58,8 (26,7)	71 (68,01)	76,9 (25,8)	79,0 (27,9)
Salud general	52,9 (23,0)	63 (45,34)	58,6 (23,4)	68,3 (22,3)
Vitalidad	40,1 (21,1)	52 (45,34)	44,7 (21,5)	66,9 (22,1)
Funcionamiento social	57,2 (27,7)	72 (68,01)	52,9 (30,0)	90,1 (20,0)
Rol emocional	38,9 (39,8)	49 (113,35)	41,0 (42,6)	88,6 (30,1)
Salud mental	46,3 (20,8)	64 (45,34)	51,2 (21,6)	73,3 (20,1)
	(Steward et al., 1989)	(Sherbourne et al., 1996)	(Tunis et al., 1999)	(Alonso et al., 1998)

Pero el problema de la depresión no es exclusivamente sanitario (Kessler, 2012). Las empresas y compañías de seguros, así como el sistema de salud público, están perdiendo grandes cantidades de dinero por bajo rendimiento laboral, absentismo, visitas médicas, hospitalizaciones y otros gastos generados por sintomatología depresiva no resuelta (Greener and Guest, 2005; Mintz et al., 1992), por lo que debemos tener en cuenta las enormes consecuencias que la depresión supone para la sociedad. De hecho, las empresas norteamericanas se han percatado de que los altos costes sanitarios para empleados y jubilados están generados básicamente por la asistencia médica a individuos que presentan cinco enfermedades “muy frecuentes”, que además suelen coexistir: problemas cardiovasculares, depresión, diabetes, abuso de sustancias, y enfermedades de las vías respiratorias tales como asma y enfisema (Greden, 2003).

En algunos países como es el caso de EEUU, se ha calculado el coste económico que acarrea (Figura 1). En 1990 era de 77,4 billones de dólares anuales y diez años después, dicha cifra había ascendido a la elevada cantidad de 83,1 billones. De ellos, 26,1 billones (31%) reflejaban los costes directos del tratamiento, 5,4% billones (7%) los costes relacionados con la mortalidad asociada a los suicidios, y 51,5 billones (62%) correspondían a la reducción de la productividad en el puesto de trabajo (Greenberg et al., 2003). En Europa por su parte, contamos con otro estudio realizado en el año 2004 (Sobocki et al., 2006) en el que se estima que el coste económico de la depresión es de 118 mil millones de euros, lo cual hace de esta enfermedad la más costosa de todas las enfermedades mentales (33% del coste total), suponiendo el 1% de la economía total de Europa. Y en el caso concreto de España se estima

un gasto anual de 5.005 millones de euros (Valladares et al., 2008).



A lo largo de estos años, el descubrimiento de nuevos antidepresivos y el empleo de determinadas psicoterapias, ha mejorado el tratamiento y ha contribuido a disminuir el sufrimiento y la angustia asociada a la depresión. Sin embargo, aunque sabemos que el tratamiento combinado de fármacos y psicoterapia mejora la efectividad antidepresiva, esta última no siempre está disponible o es aceptada por el paciente. Se dispone de tratamientos útiles para casos resistentes, como es el caso de la terapia electro-convulsiva, pero esta técnica también tiene sus limitaciones. De igual manera, existen terapias en estudio pendientes de aclarar su lugar en el tratamiento antidepresivo, como es el caso de la estimulación magnética transcraneal, la estimulación del nervio vago o la estimulación de las capas cerebrales profundas (Connolly et al., 2012; Fumaga et al., 2012; Lyons, 2011; Koenigs and Grafman, 2009). Por tanto, cualquier alternativa que contribuya a mejorar el manejo de la depresión debería ser bienvenida y tenida en cuenta (Collins et al., 2011; Freeman et al., 2010, Howland, 2010).

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

En los países desarrollados, el “estilo de vida” es uno de los mayores condicionantes sobre el estado de salud de la población. Dicho concepto se utilizó por primera vez en 1979, por el escritor Alvin Toffer (Toffer, 1981) y hacía referencia a la manera de comer, efectuar ejercicio, descansar, jugar, comportarse con los demás, pensar, planear, conducir un vehículo, dormir, o trabajar entre otros, y en general, la forma de vivir. Es decir, un estilo de vida específico significa la elección consciente o inconsciente de un tipo de comportamiento u otro y puede influir sobre los mecanismos biológicos fundamentales que conducen a la enfermedad: cambios en la expresión genética, inflamación, estrés oxidativo y disfunción metabólica (Mora, 2012).

Numerosos estudios avalan la efectividad de las intervenciones sobre el estilo de vida para reducir el riesgo de desarrollar una enfermedad crónica, así como para ayudar en el manejo terapéutico de una condición de salud ya existente, en lo que se conoce como “medicina del estilo de vida” (Hyman et al., 2009). De acuerdo con los datos disponibles, el consejo general de estas recomendaciones incluye distintas actuaciones a nivel de la dieta, hábitos tóxicos, ejercicio físico, control de peso y bienestar emocional y mental entre otros (Tabla 4) (American College of Preventive Medicine, 2009). Para enfermedades médicas específicas existen otras recomendaciones (en ocasiones son variaciones de las generales), aunque siempre se enfatizan los siguientes dos puntos: se detallan todos los comportamientos saludables y se remarca que incluso pequeñas mejorías en el estilo de vida, si se mantienen en

el tiempo, también pueden ayudar a reducir el riesgo de enfermar o bien frenar su progresión.

Tabla 4. Medicina del estilo de vida: recomendaciones generales de salud

- Practicar alguna actividad física moderadamente intensa al menos 5 días por semana, y preferiblemente cada día.
- Abandonar el hábito tabáquico (si es fumador).
- Moderar el consumo de alcohol: limitarlo a 2 unidades estándar / día (en varones); una unidad estándar / día (en mujeres).
- Reducir el peso corporal entre el 5-10% (si sobrepeso u obesidad).
 - Disminuir la ingesta calórica en 500 Kcal / día.
 - Aumentar gradualmente la intensidad del ejercicio físico hasta 60 minutos / día.
- Asegurar una dieta equilibrada, variada y saludable:
 - Rica en vegetales y frutas: al menos 2 frutas / 3 vegetales por día.
 - Seleccionar alimentos integrales, con alto contenido en fibra (al menos la mitad de cereales que sean integrales).
 - Limitar la ingesta de ácidos grasos saturados a menos del 10% de las calorías y de ácidos grasos trans (margarina, bollería, fritos) a menos del 1%.
 - Reducir el colesterol a menos de 300 mg/día, seleccionando carnes magras, alternativas vegetales y productos lácteos desnatados, y minimizando la ingesta de grasas parcialmente hidrogenadas.
 - Consumir pescado, en especial pescado azul, al menos dos veces por semana.
 - Minimizar la ingesta de bebidas y comidas con azúcar añadido.
 - Limitar el consumo de sal (< 5 g al día).
 - Beber suficiente agua (> 1,5 litros / día).
- Aumentar el bienestar emocional y mental:
 - Presentar una actitud optimista y positiva ante la vida.
 - Gestionar efectivamente el estrés.
- Dormir las horas de sueño adecuadas (7-9 horas en adultos y mayores).

Fuente adaptada de [American College of Preventive Medicine 2009](#).

Una unidad estándar = 10 gramos de alcohol puro ([Rodríguez-Martos et al., 1999](#))

Como disciplina novedosa, la medicina del estilo de vida no pretende ser una alternativa a la medicina convencional, sino más bien una estrategia complementaria a los tratamientos habituales. En los últimos años han sido numerosos los trabajos que se han hecho eco de cómo

unos hábitos de vida saludables son claves para mantener una buena salud, una mayor calidad de vida y prevenir enfermedades a largo plazo (Lenz, 2011; 2010; Elswick et al., 2011; Márquez et al., 2009; Harris et al., 2007). Al inicio, la mayoría de estudios sobre hábitos de vida se centró en el impacto favorable de estos en la prevención de enfermedades físicas crónicas tan diversas como las enfermedades cardiovasculares, pulmonares, metabólicas, musculoesqueléticas, infecciosas o de determinados cánceres, que en la actualidad siguen siendo muy prevalentes (Zoeller Jr., 2009; 2007a; 2007b; Melanson, 2007a; 2007b). Los datos obtenidos se generalizaron a otras enfermedades también crónicas pero en este caso mentales, entre las cuales se incluyen los trastornos depresivos, objeto de este estudio (Lewis and Kennedy, 2011; Brinks and Franklin, 2011; O'Connor et al., 2010; Clinton, 2007; Martinsen and Raglin, 2007; Prevost, 2007; Terre, 2007). En este sentido, son numerosos los trabajos recientes que avalan el empleo en el tratamiento de la depresión tanto de la exposición a la luz, la higiene del sueño, la práctica regular de ejercicio físico y la mejora de hábitos alimentarios (Hidaka, 2012; Nahas and Sheikh, 2011; Freeman et al., 2010; García-Toro et al., 2010; Howland, 2010). A continuación, abordaremos cada uno de estos aspectos por separado.

2.1. EXPOSICIÓN A LA LUZ

El potencial terapéutico de la fototerapia ha sido objeto de discusión desde hace más de 20 años, cuando un investigador estadounidense se percató de que ciertos pacientes deprimidos sólo experimentaban síntomas durante los meses invernales y mejoraban espontáneamente con la llegada de la primavera, cuando las horas de luz se prolongaban. Así se definió un nuevo subtipo de alteración psiquiátrica, el trastorno afectivo estacional (Rosenthal et al., 1984). Pero estos cambios de luz modulan no sólo las manifestaciones de la depresión estacional, sino que también lo podrían hacer en la no estacional. En el trastorno bipolar, la luminoterapia puede acelerar los ciclos de los pacientes bipolares o desencadenar clínica maniforme, y al contrario, una disminución en la exposición lumínica disminuir dicha sintomatología maníaca (Barbini et al., 2005). Este dato es coherente con la influencia que la luz ambiental posee sobre los pacientes bipolares, sugerida por el predominio de fases depresivas en invierno y episodios maniacos en verano. En este sentido, revisiones bibliográficas como la de Golden y cols. (Golden et al., 2005), o incluso la realizada por la Cochrane (Tuunainen et al., 2004), avalan el uso de la exposición a la luz, tanto en la depresión estacional como en la no estacional.

En personas vulnerables, la disminución de horas e intensidad de luz en determinadas épocas del año, provocaría una desregulación de los ritmos circadianos (Hickie and Rogers, 2011; Soria and Urretavizcaya, 2009). Recientemente se han producido avances importantes en el conocimiento de su biología, constatándose que este sistema circadiano

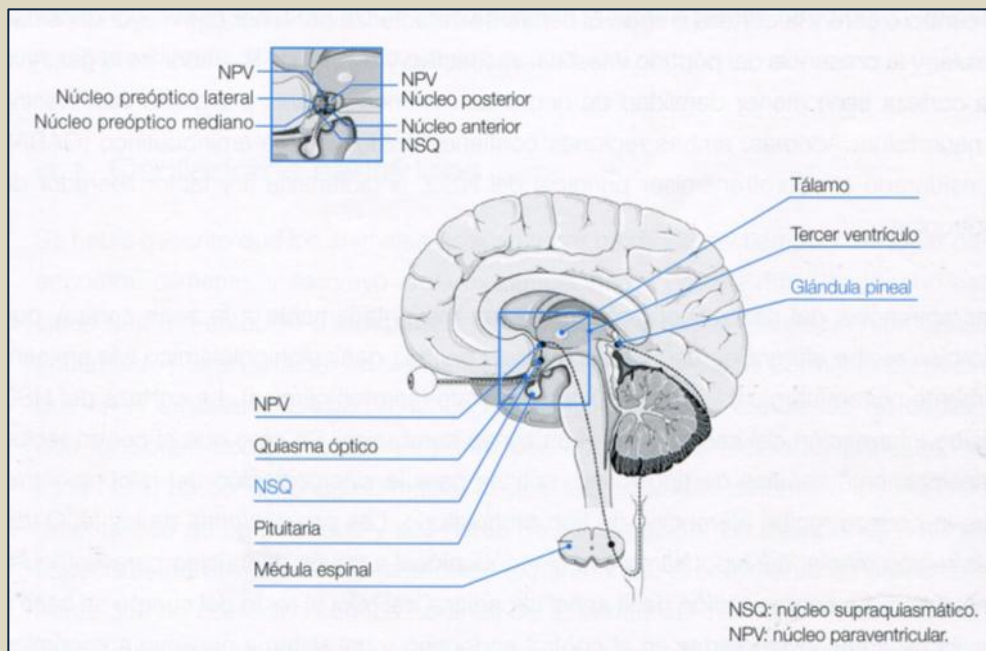
desempeña un papel central en el mantenimiento del ciclo diario de sueño-vigilia y de la sensación de bienestar. Dicho sistema coordina componentes fisiológicos clave, como el sueño-vigilia y los sistemas termorregulador, endocrino, inmunitario, cardiovascular y metabólico (Hickie and Rogers, 2011; Czeisler et al., 2005).

Aunque los ritmos circadianos se ven perturbados en muchas patologías neuropsiquiátricas (por ejemplo, trastornos psicóticos, estados de fatiga crónica y dolor crónico), estos ritmos sufren alteraciones fundamentalmente en los trastornos depresivos (Hickie and Rogers, 2011; Germain and Kupfer, 2008; Mansour et al., 2005), algo ya descrito por primera vez hace años (van Cauter et al., 1996). Desde esta perspectiva, la alteración de los ritmos circadianos (con independencia del diagnóstico específico) da lugar a un fenotipo que se caracteriza por estado de ánimo deprimido, fatiga diurna, falta de concentración, dolor musculoesquelético y pérdida de la variación diurna normal de los niveles de energía notificados de forma subjetiva por el paciente (Hickie and Rogers, 2011; Hickie et al., 2006).

Estos ritmos endógenos son ligeramente diferentes del ciclo de 24 horas (por lo general, más prolongados), por lo que precisan la sincronización diaria con este ciclo circadiano a través de un reloj interno o marcapasos. Anatómicamente, este reloj biológico se encuentra en el núcleo supraquiasmático (NSQ) (Kennaway, 2010; Moore, 2007), que se localiza bilateralmente en la zona anterior del hipotálamo, justo por encima del quiasma óptico (Figura 2). Estos núcleos reciben información fótica directa desde la retina a través del haz retinohipotalámico, así como aferencias del tálamo y de los núcleos del rafe. Los conos y

bastones de la retina participan en la transmisión de información, pero el fotorreceptor principal, el mayor transductor de la señal para la regulación circadiana, es el pigmento melanopsina de las células ganglionares de la retina (Hattar et al., 2003). Las proyecciones de los NSQ van a la región medial del hipotálamo y la glándula pineal a través del núcleo paraventricular del tálamo. La actividad de las neuronas del NSQ también está modulada por vías serotoninérgicas que ascienden del rafe (Moore and Speh, 2004) y por la melatonina, sustancia endógena sintetizada por la glándula pineal (epífisis, en la denominación clásica) (Wirz-Justice, 2006; Macchi and Bruce, 2004). Dicha hormona es la responsable de regular no sólo el ritmo circadiano del sueño-vigilia, sino también el de otros ritmos circadianos como el de la temperatura corporal, los cambios cíclicos de la presión arterial, o ritmos estacionales como por ejemplo los relacionados con la reproducción de algunos mamíferos (Guardiola-Lemaitre, 2005), y los aspectos inmunológicos relacionados con la edad (Srinivasan et al., 2005). La generalización de la señal circadiana al resto del cuerpo se hace a través de áreas controladas por el sistema endocrino y sistema nervioso autonómico simpático y parasimpático. En condiciones normales, la melatonina es sintetizada durante la noche, y su secreción es a su vez inhibida por la luz percibida por la retina, que informa al NSQ, el cual, a través de una vía polisináptica, inhibe la secreción de la hormona en la glándula pineal (Kennaway, 2010). Para que el NSQ se active, la intensidad de la luz captada por la retina tiene que ser como mínimo de 1.800 ó 2.000 lux (comentar que la luminosidad del sol en verano puede alcanzar los 150.000 lux, mientras que la que podemos percibir en nuestras viviendas o lugares de trabajo ronda los 300-500 lux).

Figura 2. Anatomía del sistema circadiano. El núcleo supraquiasmático



La iluminación ambiental, es el sincronizador más potente de los ritmos biológicos, siendo necesaria para el adecuado funcionamiento del sistema circadiano. La luz es captada por la retina transformándose en impulsos nerviosos, los cuales, a través de una vía multisináptica son conducidos al núcleo supraquiasmático (NSQ), localizado en el hipotálamo. Este reloj interno, en virtud de la información así recibida posee una actividad oscilatoria, con una sincronización de 24 horas. Desde aquí se transmite la señal a la glándula pineal, donde se regula la liberación nocturna de melatonina siguiendo un ritmo circadiano. Es decir, el NSQ controla la secreción de melatonina en la glándula pineal, y esta a su vez por un mecanismo de feedback controla la actividad oscilatoria del NSQ. En definitiva, la melatonina junto con el NSQ y sus proyecciones hacia las zonas de centros simpáticos y endocrinos, serían los encargados de regular los ritmos biológicos de la temperatura, la actividad motora o la secreción de diversas hormonas entre otros y del ritmo sueño-vigilia en particular.

(Baca, 2011)

Y aunque la luz es el principal “zeitgeber” o temporizador del NSQ (sincronizador del reloj biológico para mantener la regularidad de los ritmos de 24 horas), también hay otros posibles “zeitgebers” no lumínicos, como el ejercicio, la temperatura, el sueño, la oscuridad y

los nutrientes, que pueden cumplir esta función, aunque de forma menos potente que la luz, y que actúan directa o indirectamente en el NSQ para sincronizar su actividad rítmica. En definitiva podemos señalar que el papel de la melatonina como hormona cronobiótica es clave en el mantenimiento de los ritmos circadianos de los seres vivos.

Aunque existe poca documentación en los cambios de los patrones de exposición a la luz solar en la población general, se asume que durante el siglo pasado se ha producido una disminución en la misma, debido por una parte a que un mayor número de puestos laborales se encuentran en el interior de edificios y por otra, a la importante campaña sanitaria en la que se asociaba la exposición al sol con el desarrollo de cáncer de piel (Hidaka, 2012). En la sociedad moderna, se ha responsabilizado a los patrones actuales de exposición a la luz como los causantes de la disfunción circadiana generalizada que existe en la población general (Pauley, 2004). Así, diversos estudios epidemiológicos han puesto de manifiesto que los individuos sujetos a cambios en sus turnos de trabajo que producen alteraciones de su ritmo de luz-oscuridad a largo plazo, son más propensos a presentar distintos tipos de alteraciones; trastornos cardíacos, digestivos, síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo II, así como trastornos del sueño, alteraciones alimentarias y trastornos depresivos (Lieverse et al., 2011; Kennaway, 2010; Reddy and O'Neill, 2010; Knutsson, 2003; Pacchierotti et al., 2001). Del mismo modo, la inadecuada exposición a la luz solar se ha relacionado como la principal causa de la moderna epidemia de déficit de vitamina D (Holick, 2005). Los trastornos afectivos también se han asociado con niveles bajos de vitamina D (Hoogendijk et al., 2008), aunque futuras

investigaciones determinarán el papel de la misma en la génesis de los trastornos del humor (Bertone-Johnson, 2009).

La fototerapia tendría por tanto un efecto antidepresivo, mediante la corrección de dichos ritmos circadianos desincronizados (Golden et al., 2005; Tuunainen et al., 2004; Lambert et al., 2002). Hasta la fecha han sido muchos los estudios que han intentado estandarizar la técnica determinando si las sesiones debían ser matutinas o vespertinas y de duración breve (30 minutos) con exposición lumínica intensa (10.000 lux) o dilatada (2 horas) con exposiciones menos enérgicas (2.500 lux). En la práctica habitual actual se acepta como tratamiento estándar una exposición lumínica intensa (aproximadamente unos 10.000 lux), breve (30 a 60 minutos cada sesión) y matutina, aunque en algunos casos se podría llevar a cabo la aplicación al atardecer (Lieverse et al., 2011; Duffy and Wright, 2005; Miller, 2005). El porqué de su administración en horario matutino o vespertino tiene que ver con el tipo de alteración del ritmo circadiano de sueño-vigilia; es decir, si este presenta un adelanto o retraso de fase. De ambos, es el síndrome de fase retrasada el que se da con más frecuencia, por lo que en general se aconseja la exposición a la luz en horario matutino. A modo de resumen, sus síntomas característicos, así como el tratamiento recomendado, se exponen en la **Tabla 5**.

Tabla 5. Características clínicas y tratamiento del síndrome de adelanto y retraso de fase

ADELANTO DE FASE	RETRASO DE FASE
<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona no puede mantenerse despierta en horarios vespertinos, donde la mayoría de la gente aún está activa, de manera que se duermen pronto. ▪ Se despiertan por el contrario en la madrugada (a las 3, 4 ó 5 de la mañana) sin poder volver a conciliar el sueño. 	<p>Síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La persona tiene dificultad en dormirse (a menudo lo hace después de varias horas de estar en la cama). ▪ Se despiertan tarde y tienen grandes dificultades para levantarse de la cama. ▪ Sus horas más activas física e intelectualmente hablando suelen coincidir pasada la media noche, lo cual les origina importantes problemas sociolaborales. Suelen ser catalogados de “vagos”.
<p>Tratamiento:</p> <p>Exposición a la luz (10.000 lux) a última hora de la tarde.</p>	<p>Tratamiento:</p> <p>Exposición a la luz (10.000 lux) al inicio de la mañana.</p>

En definitiva, su funcionamiento consiste en exponer al paciente cada día a la acción de una luz artificial fluorescente, que simule la luminosidad de un día soleado (**Tabla 6**). No debemos olvidar por tanto, que también es potencialmente útil la exposición a la luz solar natural, publicándose ya en 1996 ([Wirz-Justice et al., 1996](#)) el primer estudio que evidenciaba la eficacia de su uso como alternativa a la terapia lumínica artificial. Artículos posteriores siguen en esta línea ([Wirz-Justice et al., 2005](#)), señalando la importancia de la exposición directa a la luz solar como medida de mejora física, mental y de calidad de vida. Pero van más allá, y hacen especial hincapié en que pocos son los edificios (viviendas, lugares de trabajo u ocio) que reúnen las necesidades adecuadas de paso de luminosidad que requerimos para sincronizar

nuestro ritmo circadiano, lo cual repercute en nuestro ciclo sueño-vigilia y en la posible aparición de sintomatología depresiva (Grimaldi et al., 2008; Brawley, 2009).

Tabla 6. Intensidad de la luz bajo diversas condiciones

Iluminancia	Ejemplo
120.000 – 100.000 lux	Luz diurna brillante
20.000 lux	Cielo completamente azul al mediodía
10.000 lux	Típico día nublado al mediodía Intensidad lumínica recomendada en fototerapia
400 lux	Iluminación artificial u ocaso en un día claro
40 lux	Completamente nublado en el ocaso

Lux; Unidad de medida de la intensidad lumínica.

En el caso de nuestros pacientes depresivos dicho inconveniente tendría aún un peso más importante, ya que dentro de sus síntomas clínicos la norma suele ser el aislamiento, permaneciendo habitualmente en el domicilio y sin realizar actividades de ocio al aire libre. Por lo tanto, su exposición a la luz solar, ya sea directa o indirecta, sería inferior a la recomendada para un buen funcionamiento del organismo, lo que contribuiría a perpetuar dicha clínica depresiva.

2.2. HIGIENE DEL SUEÑO

La existencia de trastornos del sueño en sujetos depresivos es bien conocida. Aproximadamente el 90% de los mismos se quejan de un deterioro tanto en la cantidad como en la calidad del mismo (Tsuno et al., 2005; Spoormaker and van den Bout, 2005; Riemann et al., 2001). Las alteraciones más frecuentes son las dificultades para dormir, las frecuentes interrupciones del sueño y el despertar precoz a primera hora de la mañana. Desde las primeras investigaciones sistematizadas llevadas a cabo por el grupo de Kupfer a mediados de los años setenta, son numerosos los hallazgos polisomnográficos descubiertos (Tabla 7). Sin embargo, ninguno de los mismos aparece en todos los pacientes deprimidos ni éstos son específicos de la depresión, ya que también han sido descritos en otros trastornos psiquiátricos (Cano-Lozano et al., 2003). En general podríamos decir que los pacientes que sufren depresión se quejan de un mal rendimiento del sueño, e incluso aunque no se altere el número de horas que duermen, éste no resulta eficiente y no se sienten “descansados”. Los cambios producidos en los registros polisomnográficos incluyen una latencia REM (movimientos oculares rápidos) acortada, que implica una duración muy corta o inexistente de la primera fase de sueño NREM (no REM), la más profunda y clave para la eficiencia del sueño. Asimismo, también presentan un aumento en la densidad REM. Estos cambios pueden constituir la principal queja del paciente (Ohayon and Roth, 2003), pero también preceder al episodio depresivo e incluso empeorar el pronóstico en cuanto a riesgo de recurrencia y/o recaída (Lustberg and Reynolds, 2000). Estudios prospectivos revelan que quién padece insomnio posee el doble de riesgo de desarrollar depresión (Baglioni et al., 2011), y que aquellas intervenciones dirigidas a mejorar

los trastornos de sueño comórbidos mejoran significativamente la sintomatología depresiva (Berk, 2009; Manber et al., 2008; Frank, 2007).

Tabla 7. Hallazgos polisomnográficos en la depresión

CARACTERÍSTICAS	RESULTADOS
ALTERACIONES EN LA DURACIÓN Y CONTINUIDAD DEL SUEÑO	Menor tiempo total de sueño Mayor latencia de sueño Mayor número de vigilias intermitentes durante la noche Despertar precoz por la mañana Mayor número de cambio de fases Menor umbral de activación Menor eficiencia de sueño
ALTERACIONES EN EL SUEÑO NO REM	Menor cantidad de sueño de ondas lentas (fases 3 y 4) Menor porcentaje de sueño de ondas lentas respecto al sueño total
ALTERACIONES EN EL SUEÑO REM	Menor latencia REM Mayor duración del primer período REM Mayor densidad REM durante el primer período REM Mayor cantidad de sueño REM durante el primer tercio de la noche
ALTERACIONES EN LA MICROARQUITECTURA	Disminución en la amplitud delta particularmente durante los primeros 100 minutos del sueño Elevada actividad de frecuencia rápida, especialmente en el hemisferio derecho Reducida coherencia interhemisférica en todas las fases del sueño.

REM: Fase de sueño con movimientos oculares rápidos.

Cano-Lozano et al., 2003

En principio se podría pensar que estas alteraciones del sueño son simplemente consecuencias de las alteraciones del estado de ánimo. Sin embargo, el hecho de que diversas manipulaciones del sueño tengan efectos antidepresivos, sugiere que debe haber una estrecha

relación entre los procesos que regulan el sueño y aquellos que regulan el afecto en los trastornos del estado de ánimo (Srinivasan et al., 2009; Berger et al., 2003; Giedke and Schwärzer, 2002).

La investigación sobre los efectos terapéuticos de la privación del sueño en la depresión tiene una larga historia. Schule, en 1966, basándose en datos que espontáneamente le facilitaban sus propios pacientes, sugirió que la privación del sueño podía aliviar los síntomas depresivos. Más tarde, Pflug y Tölle fueron los primeros en proporcionar apoyo empírico a estas observaciones (Pflug and Tölle, 1971), siendo desde entonces numerosos los estudios que han constatado dicho efecto. Entre el 40-60% de los sujetos depresivos mejoran su estado de ánimo después de una noche de privación total de sueño. Sin embargo, estos resultados no solo se limitan a la privación total de sueño, sino que otras modificaciones como son la privación parcial de sueño (tardía o precoz), la privación selectiva de la fase de sueño paradójico o REM (con movimientos oculares rápidos) y el salto de fase en el ritmo sueño-vigilia, también han demostrado su efectividad en la mejora transitoria del estado de ánimo (Svestka, 2008; Kallestad et al., 2007; Cano-Lozano et al., 2003; Giedke and Schwärzer, 2002). El momento y la duración del efecto antidepresivo varían en cada uno de estos procedimientos pasando desde el más rápido pero más transitorio como es el de la privación total y parcial de sueño, hasta el más tardío pero más duradero como es el de la privación de sueño REM (**Tabla 8**).

Además, son varios los estudios recientes que apuntan su utilización para potenciar la

respuesta de los fármacos antidepresivos, acelerando su inicio de acción (Caliyurt and Guducu, 2005).

Tabla 8. Características de la respuesta antidepresiva asociada a cada una de las manipulaciones del sueño.

	<u>PRIVACIÓN TOTAL DE SUEÑO</u>	<u>PRIVACIÓN PARCIAL DE SUEÑO</u>	<u>PRIVACIÓN DE SUEÑO REM</u>	<u>AVANCE DEL CICLO SUEÑO-VIGILIA</u>
COMIENZO	Rápido (horas)	Rápido (horas)	Lento (1 a 3 semanas)	Relativamente rápido (2-4 días)
DURACIÓN	Corto (días)	Corto (días)	Largo (meses)	Relativamente corto (1-3 semanas)
PORCENTAJE DE RESPUESTAS POSITIVAS	40-60%	40-60%	50%	--

SUEÑO REM: Fase de sueño con movimientos oculares rápidos.

Cano-Lozano et al., 2003

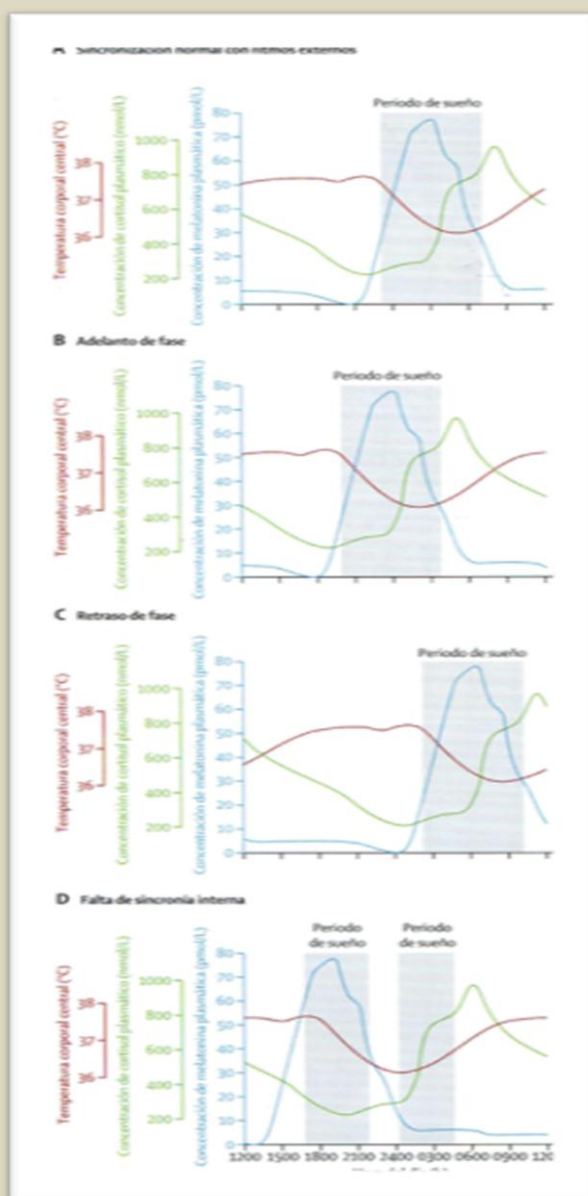
Ninguna de las teorías propuestas hasta el momento es capaz de proponer un mecanismo de acción antidepresivo de la privación del sueño, que explique todos los datos obtenidos en este tipo de estudios. La privación de sueño prolonga la vigilia, incrementa las necesidades de sueño y cambia la interacción entre los procesos dependientes del ciclo sueño-vigilia y los procesos fisiológicos que están bajo control circadiano. Una posibilidad es que el factor decisivo en la respuesta antidepresiva sea la duración del sueño. Otra posibilidad sin embargo, es que el factor decisivo en la respuesta antidepresiva lo sea el momento del sueño y su relación con otros ritmos circadianos. En este sentido se ha constatado que en algunos pacientes depresivos existe una desincronización de dichos ritmos circadianos, con adelanto o retraso de fase del ciclo sueño-vigilia, de tal manera que modificando el momento

del sueño, adelantándolo o retrasándolo, los resultados son coherentes con una mejora o empeoramiento del estado de ánimo tanto en pacientes depresivos como en sujetos normales (Bódizs et al., 2010; Srinivasan et al., 2009; Germain and Kupfer, 2008). Finalmente, puede que ambas posibilidades sean ciertas, pero los datos disponibles no nos permiten llegar a conclusiones firmes a este respecto. En este sentido, sabemos que existen nexos importantes entre la alteración circadiana y algunos de los síntomas más característicos de la depresión clínica. Entre los mismos, podríamos mencionar el retraso en el inicio del sueño, el sueño no reparador, el despertar temprano, la fatiga diurna, la inversión de los picos matinales normales de energía subjetiva, el ánimo y el grado de alerta (Germain and Kupfer, 2008).

Como ya se ha comentado con anterioridad, el patrón de alteración circadiano es muy diverso, de tal manera que algunos pacientes presentan adelantos de fase (caracterizados por un inicio temprano del sueño y despertar precoz), mientras que otros presentan retrasos de fase (es decir, inicio tardío del sueño con retraso en el despertar matinal). Pero además, se producen también cambios en las variaciones diurnas de otras características claves como son la temperatura corporal o la alteración de los niveles de melatonina y cortisol (Hickie and Rogers, 2011; Germain and Kupfer, 2008). De tal manera que en situaciones de desincronización interna, el desarrollo de varios ritmos circadianos (por ejemplo, temperatura corporal central, concentraciones plasmáticas de melatonina y cortisol, tiempo de sueño-vigilia) están fuera de fase entre sí y respecto al exterior (Hickie and Rogers, 2011; Czeisler et al., 2005) (Figura 3). Y es esta desconexión de los nexos internos, la que conduciría a un patrón de sueño polifásico, somnolencia excesiva, fatiga durante el periodo de vigilia, estado de ánimo deprimido y

deterioro de la capacidad neurocognitiva (Hickie and Rogers, 2011; Kaplan and Harvey, 2009).

Figura 3. Ritmicidad circadiana para los individuos que tienen una sincronización normal con los ritmos externos (A), adelanto de fase (B), retraso de fase (C) o con falta de sincronía interna (D).



(Hickie and Rogers, 2011)

Los periodos de sueño se indican mediante el área sombreada, con la hora del día en el eje inferior.

(A) Sincronización normal con el ritmo externo: El inicio de la secreción de melatonina se produce aproximadamente 2 horas antes del inicio del sueño e inmediatamente antes de la reducción nocturna de la temperatura central. Las concentraciones plasmáticas de cortisol alcanzan un valor mínimo al llegar la noche y un máximo por la mañana, poco después del final del sueño.

(B) Adelanto de fase: Se mantiene el nexo temporal entre los ritmos circadianos de temperatura central, concentraciones plasmáticas de melatonina y cortisol, y periodo del sueño; sin embargo, todos ellos tienen una desviación de fase con un adelanto respecto a la sincronización normal con los ritmos externos.

(C) Retraso de fase: Se mantiene el nexo temporal entre los ritmos circadianos de temperatura central, concentraciones plasmáticas de melatonina y cortisol, y periodo de sueño; sin embargo, todos ellos tienen una desviación de fase con un retraso respecto a la sincronización normal con los ritmos externos.

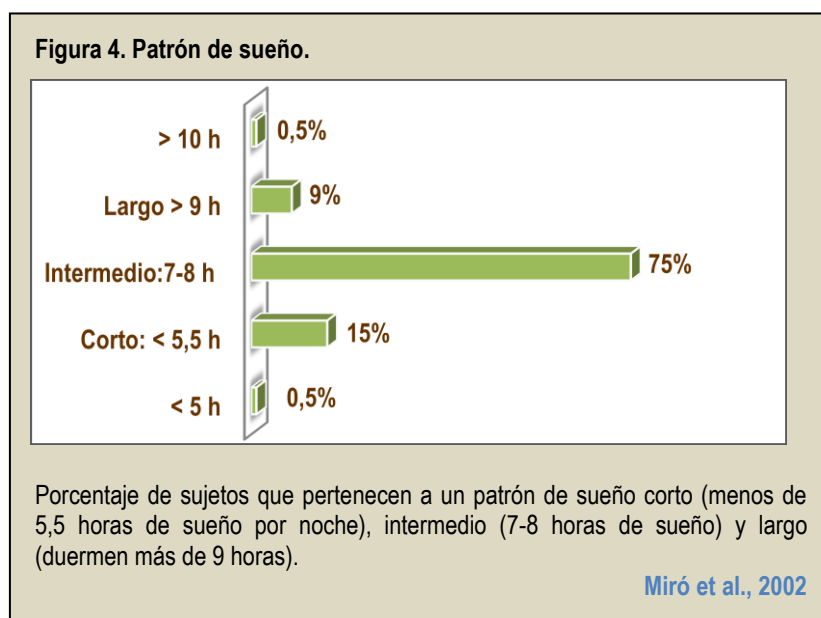
(D) Falta de sincronía interna: El nexo temporal entre los ritmos circadianos de temperatura central, concentraciones plasmáticas de melatonina y cortisol, y periodo de sueño, presentan desviaciones entre ellos, de manera que están fuera de fase unos respecto a otros.

De esta manera cualquier intervención conductual que resincronice la función circadiana normal y su nexo con el entorno externo, restableciendo unos patrones de sueño-vigilia normales, obtendría resultados coherentes con una mejora del estado de ánimo en pacientes deprimidos ([Berk, 2009](#); [Manber et al., 2008](#); [Frank, 2007](#)). Y en este sentido, pero de manera inversa, son varios los estudios que han constatado que es posible el empeoramiento del estado de ánimo en sujetos normales, si a estos se les modifica su patrón de sueño normal, desincronizando su ritmo circadiano ([Bódizs et al., 2010](#); [Srinivasan et al., 2009](#); [Germain and Kupfer, 2008](#)).

Por otra parte, diversas líneas de investigación también han constatado la relación entre el sueño y el bienestar físico y mental ([Nielsen et al., 2011](#)), por lo que cualquier alteración del patrón normal del sueño se va a asociar a una clara limitación funcional y a una disminución de la calidad de vida de los enfermos, entorpeciendo la recuperación sintomática de los mismos.

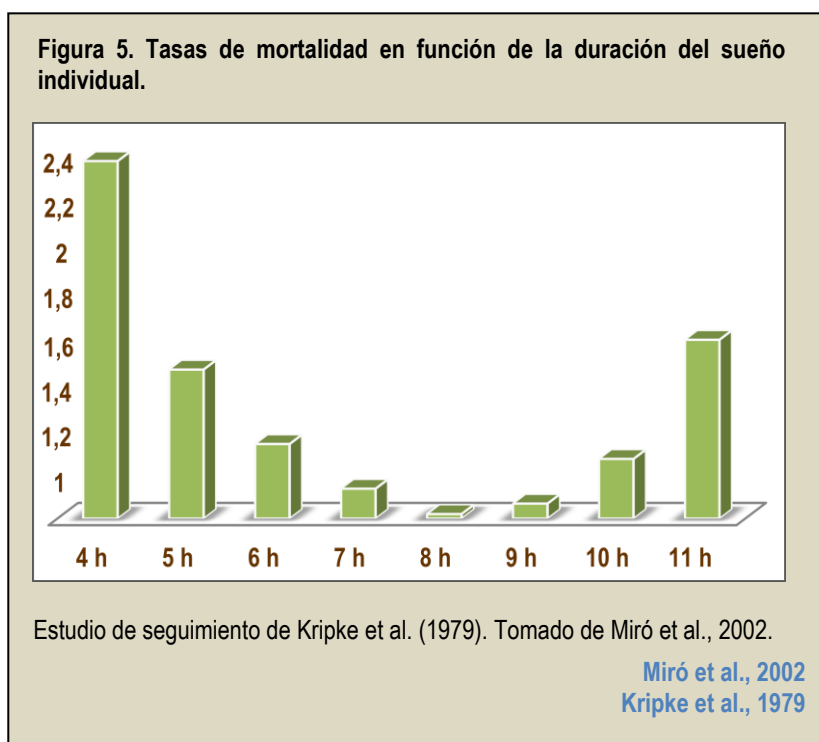
Es importante tener en cuenta que el sueño presenta variaciones a lo largo de la vida, y por lo tanto, su necesidad podría modificarse en función del momento del ciclo vital que consideremos. Por ejemplo, un recién nacido sano duerme unas 16 horas al día y al año de vida el sueño dura unas 14 horas. En la infancia el sueño es de unas 11-12 horas nocturnas, para alcanzar en la adolescencia el patrón que se mantendrá durante toda la edad adulta. La mayoría de los adultos duerme de 7 a 9 horas por noche, y a medida que nos vamos haciendo viejos dormimos menos. Se ha demostrado que a partir de los 50 años se empiezan a perder 27 minutos de sueño por decenio de vida. Además, el sueño se hace superficial, se produce

un adelanto del ritmo sueño-vigilia de aproximadamente una hora y una disminución de la amplitud circadiana. Pero existen considerables diferencias en la duración del sueño en cada individuo, encontrándonos así con sujetos que presentan un patrón de sueño corto (duermen diariamente 5,5 horas o menos), sujetos con patrón de sueño largo (duermen 9 ó más horas cada día) y sujetos con patrón de sueño intermedio (duermen entre 7-8 horas diarias). La mayoría de las personas (aproximadamente un 75%) duermen en torno a 7-8 horas cada noche, cerca de un 15,5% duerme menos de 5,5 horas, y un 9,5% más de 9 horas, encontrándonos en los extremos del continuo, muy pocos los sujetos que comuniquen dormir 5 horas o menos, o más de 10 horas (Miró et al., 2002) (Figura 4).



En cuanto a los hallazgos encontrados en relación al bienestar y a la cantidad del sueño, la mayoría de las investigaciones implican mejores puntuaciones de salud en los sujetos con patrón de sueño intermedio, seguidos de aquellos con patrón de sueño largo, y por último,

de los que presentan un patrón de sueño corto (Cappuccio et al., 2010; Grandner et al., 2009; Kripke et al., 2002; Kojima et al., 2000) (Figura 5).



El conjunto de enfermedades crónicas estudiadas es amplia, constatándose un mayor riesgo de cáncer, de enfermedades cardíacas, respiratorias, endocrinas, cerebrovasculares y musculoesqueléticas dentro de las enfermedades físicas, así como de un aumento del riesgo de depresión, ansiedad y abuso de sustancias dentro de las enfermedades mentales (Nielsen et al., 2011; Cappuccio et al., 2011; Kripke et al., 2002; Kojima et al., 2000). El porqué de este mayor riesgo de consecuencias adversas sobre la salud se desconoce con certeza. Puede ser que la propia alteración de la estructura del sueño afecte directa o primariamente a la salud y a la mortalidad, dado que durante el mismo se llevan a cabo funciones importantes tanto para el

desarrollo físico como mental del individuo ([Miró et al., 2002](#)). Puede también, que los cambios en el sueño sean manifestaciones tempranas de la enfermedad física (cardiovascular, endocrina, musculoesquelética, etc.) o psicológica (trastorno de ansiedad, depresión, abuso de sustancias, etc.). Ahora bien, otra interpretación alternativa es que los sujetos con patrón de sueño corto y largo tengan un estilo de vida “destrutivo” responsable tanto del patrón de sueño alterado como de las consecuencias negativas sobre la salud, es decir, que las diferencias individuales en los patrones de sueño podrían reflejar diferentes estilos de vida, los cuales podrían ser modificables. En este sentido, son evidentes los profundos cambios acontecidos en la centuria pasada en relación a la duración del sueño. Mientras la Fundación Nacional de Sueño (NSF) recomienda como saludables entre 7-9 horas de sueño por noche, los adultos norteamericanos han pasado de dormir una media de 8 horas en 1960 ([Kripke et al., 1979](#)), a las actuales 6 horas y 40 minutos durante la semana, y 7 horas y 7 minutos en fines de semana ([NSF, 2009](#)).

2.3. EJERCICIO FÍSICO

La inactividad física está cada vez más extendida en muchos países, y ello repercute considerablemente en la salud de la población. Constituye el cuarto factor de riesgo más importante de mortalidad (6% de defunciones a nivel mundial), aumentando a su vez la prevalencia de enfermedades no transmisibles (por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, diabetes y cánceres) y de sus factores de riesgo (hipertensión, exceso de glucosa en sangre y sobrepeso) (OMS, 2009).

Además, existen líneas de investigación que relacionan un estilo de vida sedentario con una mayor probabilidad de desarrollar patología afectiva (Marshall and Ramírez, 2011; Teychenne et al., 2010; Berlin et al., 2006) y un numeroso número de estudios que respaldan el empleo del ejercicio físico como una opción más dentro del arsenal terapéutico antidepresivo (Tordeurs et al., 2011; Dinas et al., 2011; Harvey et al., 2010; Baxter et al., 2010).

Hay quién sin embargo cuestiona su posible utilidad, basándose en la dificultad que supone extraer conclusiones de la gran cantidad de estudios heterogéneos publicados. Es difícil comparar resultados, dado que existe una gran variedad de actividades que pueden encuadrarse dentro de “ejercicio físico” como son correr, nadar, andar, ir en bicicleta, hacer gimnasia, etc.; dentro de programas intensivos o de resistencia; en sesiones cortas (10-15 minutos) o largas (1-2 horas); durante días, semanas o meses; con o sin supervisión; individuales o en grupo; etc. En esta línea contamos con la revisión realizada por la fundación

Cochrane en el año 2009 ([Mead et al., 2009](#)). En ella se concluía que aunque la mayoría de los resultados recogidos apuntaban a que el ejercicio físico mejoraba la sintomatología afectiva, eran necesarios más estudios y mejor diseñados, dado que al seleccionarse los trabajos de mayor calidad metodológica, la evidencia aunque existente, era menos clara. El problema sigue siendo, como ya hemos señalado con anterioridad, que es difícil y por lo tanto costoso, realizar estudios controlados frente a placebo, dado su difícil enmascaramiento, en muestras amplias y con criterios similares no criticables. Por otra parte, otra dificultad añadida es la asociación del ejercicio físico a una serie de factores potencialmente antidepresivos muy difíciles de controlar en los ensayos clínicos como son entre otros: mejorar su autocuidado, alimentación y sueño; centrar su atención en una tarea alternativa a sus pensamientos negativos; tener la posibilidad de salir de casa y exponerse a la luz solar o relacionarse con otras personas; cuidar su físico y mejorar su autoestima; o mejorar su rendimiento físico y aliviar síntomas de enfermedades concomitantes como las cardiovasculares, endocrinológicas o musculoesqueléticas, etc., que con frecuencia se asocian ([Lynette et al., 2004](#); [Martinsen, 1990](#)).

Por el contrario, cada vez se conoce más en relación a su mecanismo de acción. En el pasado, se creía que su efecto a nivel cerebral se debía únicamente a su capacidad para aumentar el flujo cerebral, y el consiguiente aporte de nutrientes y oxígeno. Hoy en día, aun cuando nos queda mucho por descubrir, se acepta que optimiza la funcionalidad de las neuronas interviniendo en procesos de excitabilidad y de plasticidad sináptica. Durante la actividad física se producen diferentes sustancias como hormonas (GH, hormona del crecimiento), endorfinas (péptidos endógenos), neurotransmisores (Dopamina, Noradrenalina,

Serotonina) o neurotrofinas (sustancias con capacidad de modular el crecimiento neuronal) entre otras, relacionándose la práctica de ejercicio con una mayor expresividad del gen regulador del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) (Pereira et al., 2007; Young, 2007; Lynette et al., 2004; Eliakim et al., 1999; Lobstein et al., 1989). Gracias a los estudios de Fred Grage, se sabe desde hace unos años, que el cerebro humano posee células madre capaz de “generar” nuevas neuronas en áreas como el hipocampo y los ventrículos, las cuales se diferencian posteriormente según el área específica al que migran (Pereira et al., 2007).

Por todo ello, son numerosos los estudios que se siguen publicando en la actualidad que avalan su eficacia (de la Cerda et al., 2011; Trivedi et al., 2011; Blumenthal et al., 2007; Babyak et al., 2000) y por lo tanto, muchísimos más sus seguidores que detractores. Instituciones tan prestigiosas y reputadas en el campo de la salud mental como el National Institute of Clinical Excellence Británico (NICE) (**Tabla 9**) y el National Institute of Mental Health Americano (NIMH), o la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan programas de ejercicio físico tanto para el tratamiento como para la prevención de la depresión (OMS, 2010; Blake et al., 2009; Rethorst et al., 2009; Blumenthal et al., 2007; Ng et al., 2007; Warburton et al., 2006; Harris et al., 2006). Así, según la OMS, las personas que desarrollan más actividad comparadas con las menos activas, presentan menores tasas de morbilidad. En concreto, menor probabilidad de cardiopatía coronaria, hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes tipo II, síndrome metabólico, cáncer de colon, cáncer de mama y depresión (Nieman, 2011; OMS, 2010; Warburton et al., 2006). Ahora bien, su campo de acción a nivel mental, no se limita únicamente a los trastornos afectivos. Existen estudios que sugieren su eficacia en áreas

psiquiátricas tan distintas como es el tratamiento de los trastornos de ansiedad (Abrantes et al., 2009; Esquivel et al., 2008), los trastornos psicóticos (Ellis et al., 2007), o en la prevención de las demencias (Valenzuela and Sachdev, 2009).

Tabla 9. Recomendaciones para incrementar la actividad física.

National Institute of Clinical Excellence Británico (NICE), 2006.

1. Los profesionales sanitarios deben identificar a las personas sedentarias y animarles a la realización de actividad física moderada, en torno a 30 minutos durante 5 días a la semana como mínimo. Actividad física que se ha de adaptar a cada individuo, en función de sus condiciones médicas o circunstancias personales.
2. Los profesionales sanitarios deben diseñar junto con el paciente, programas de actividad física progresivos, de acuerdo a las circunstancias, preferencias y necesidades de cada individuo, proporcionando información sobre los beneficios de la misma y la posibilidad de realizarla en la comunidad.
3. Los responsables políticos deben prestar atención al desarrollo de infraestructuras que promuevan dicha actividad física, y que estas sean accesibles a toda la población, incluidos grupos desfavorecidos y con discapacidades.
4. El conjunto de profesionales sanitarios, responsables políticos y comisionados, deben supervisar la eficacia de las estrategias diseñadas para promover la actividad física, con el fin de mejorar dichos programas.

Además, para obtener esta mejora sintomática, no sería preciso realizar ejercicio físico intenso. Se ha demostrado que es suficiente una actividad moderada, en la cual los grandes grupos musculares se muevan rítmicamente (actividad aeróbica o de resistencia) de manera regular a lo largo de toda la semana, como puede ser andar a paso vivo, correr, montar en bicicleta, saltar a la comba o nadar. La respuesta es dosis dependiente. Un mayor nivel de actividad (es decir, más de los 150 minutos semanales recomendados) reporta beneficios adicionales para la salud, pero no hay evidencia que indique sin embargo, que dicho beneficio aumente a partir de los 300 minutos por semana. Lo más adecuado, de acuerdo con

los datos disponibles, sería integrarla en la vida diaria, familiar y comunitaria, a través de la realización de la misma en contextos como son las tareas domésticas, el trabajo, los estudios (educación física), desplazamientos y actividades de tiempo libre (juegos, deportes, ejercicio programado, etc.) (Tablas 10, 11, 12 y 13) (OMS, 2010; Bartholomew et al., 2005; Singh et al., 2005; Dunn et al., 2005; Kubesch et al., 2003).

**Tabla 10. Niveles recomendados de actividad física para la salud
DE 5 A 17 AÑOS**

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, se recomienda que:

1. Los niños y jóvenes de 5 a 17 años deberían acumular un mínimo de 60 minutos diarios de actividad física moderada o vigorosa.
2. La actividad física por un tiempo superior a 60 minutos diarios reportaría un beneficio aún mayor para la salud.
3. La actividad física diaria debería ser, en su mayor parte, aeróbica. Convendría incorporar, como mínimo tres veces por semana, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos.

**Tabla 11. Niveles recomendados de actividad física para la salud
DE 18 A 64 AÑOS**

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo, tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados) en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años deberían acumular un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

**Tabla 12. Niveles recomendados de actividad física para la salud
DE 65 AÑOS EN ADELANTE**

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos caminando o en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona todavía desempeña actividad laboral), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

1. Los adultos de 65 años en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.
2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
3. A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades deberían aumentar hasta 300 minutos semanales la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien acumular 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Los adultos de este grupo de edades con movilidad reducida deberían realizar actividades físicas para mejorar su equilibrio e impedir las caídas, tres días o más a la semana.
5. Convendría realizar actividades que fortalezcan los principales grupos de músculos dos o más días a la semana.
6. Cuando los adultos de mayor edad no puedan realizar la actividad física recomendada debido a su estado de salud, se mantendrán físicamente activos en la medida en que se lo permita su estado.

Tabla 13. Niveles recomendados de actividad física para la salud

Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010.

En conjunto, considerando los tres grupos de edades, los beneficios que pueden reportar las actividades aquí recomendadas y la actividad física en general son mayores que los posibles perjuicios. Cuando se invierten 150 minutos semanales en actividades de intensidad moderada, las tasas de lesión del aparato locomotor son muy bajas. Para la población en general, el riesgo de lesiones del aparato locomotor podría disminuir si se fomentase un plan de actividad física inicialmente moderado, que progresase gradualmente hasta alcanzar una mayor intensidad.

Un hándicap importante que debemos mencionar llegado este punto, es la dificultad que presenta el paciente depresivo para la realización de cualquier actividad y en concreto del ejercicio físico. Tanto la falta de motivación como de energía, son síntomas importantes en la depresión que podrían explicar estas dificultades. Diversos estudios actuales ponen énfasis en un inicio más temprano del agotamiento de estos pacientes debido a su menor capacidad de rendimiento ([Voderholzer et al., 2011](#)). Sea por un motivo u otro, o por la suma de los mismos, la elección del ejercicio y su intensidad es muy importante para evitar su abandono. Este debería ser por tanto, individualizado y progresivo, siempre en función de la línea de base física de la cual parte el paciente ([Voderholzer et al., 2011](#); [OMS, 2010](#)).

2.4. HÁBITOS ALIMENTARIOS

En sociedades desarrolladas como la nuestra, la alimentación está recibiendo cada vez más atención como factor clave en el mantenimiento de la salud en general, y como factor de riesgo para la aparición de la depresión en particular. Todos los órganos y células de nuestro organismo necesitan de sustancias nutritivas que nos proporcionan los alimentos cotidianos para llevar a cabo sus funciones correctamente. El cerebro no es diferente en este sentido, siendo un órgano cuya estructura, bioquímica, fisiología y función están estrechamente relacionadas con los nutrientes aportados por la dieta. Dentro de los mismos destacaríamos el papel de aminoácidos como el triptófano y la fenilalanina, minerales y oligoelementos como el hierro, yodo, magnesio, cobre y zinc o vitaminas como el complejo vitamínico B, ácido fólico y vitamina C. Todos ellos, fundamentales para asegurar el metabolismo energético de las células cerebrales, la protección frente a los radicales libres y la síntesis de neurotransmisores y neuromoduladores (Yary and Aazami, 2012; Bourre, 2006, 2004; Coppen and Bolander-Gouaille, 2005; Bodnar and Wisner, 2005).

Mención especial merecen por el grado de evidencia existente, los ácidos grasos poliinsaturados de cadena larga omega-3. Su relevancia clínica se extiende a campos tan amplios como su papel en el desarrollo normal del cerebro, o su implicación en enfermedades cancerosas, cardiovasculares o mentales (Perica and Delas, 2011; Gören and Tewksbury, 2011; Riediger et al., 2009). Su relación con la depresión ha sido examinada también de forma exhaustiva (Soubllette et al., 2011; Makrides et al., 2010; Freeman, 2009; Appleton

et al., 2008; Sinclair et al., 2007; Lin and Su, 2007; Ross et al., 2007; Bodnar and Wisner, 2005). Se trata de ácidos grasos esenciales, que no pueden ser sintetizados por el organismo y deben ser ingeridos a través de los alimentos. Su papel es primordial para el correcto funcionamiento del organismo, pero más importante aún, sería el equilibrio en su ingesta en relación al cociente de ácidos grasos omega-6. Así, en una alimentación adecuada, el balance omegas 6/3 propuesto como óptimo debería ser entre 2:1 y 1:1 (Crawford et al., 2009; Simopoulos, 2002).

Sin bien hemos visto hasta ahora que la nutrición es muy importante para promover la buena salud a lo largo de la vida, es evidente que desde mediados del siglo XX el mundo ha sufrido grandes cambios que han repercutido enormemente en los hábitos alimentarios, no todos los cuales han sido positivos. Dichas modificaciones incluyen una dieta con mayor densidad energética, lo que significa más azúcar añadido a los alimentos, una mayor ingesta de grasas saturadas (principalmente de origen animal), una disminución en la cantidad de carbohidratos complejos y fibra, así como una reducción del consumo de frutas y verduras (Eaton et al., 2010; Pollan, 2008; Cordain et al., 2005; Briefel, 2004; Peet, 2004). Todo ello ha contribuido a un incremento de la obesidad, enfermedad por excelencia de la modernidad (Flegal et al., 2010), la cual contribuye a su vez a aumentar la prevalencia de la depresión (Luppino et al., 2010). Una revisión sistematizada actualizada de estudios prospectivos encontró una relación de causa y efecto entre la obesidad/sobrepeso y la depresión. Es decir, las personas obesas tendrían un riesgo 55% mayor de padecer depresión, comparadas con aquellas de peso normal a lo largo de su seguimiento, y de forma complementaria, los

individuos deprimidos tendrían un 58% más de probabilidades de ser obesas que aquellas que no estaban deprimidas (Luppino et al., 2010).

Por otra parte, la sociedad moderna, con la cultura del culto al cuerpo y a la delgadez, ha suscitado un interés creciente por la realización de dietas, con el fin de alcanzar y mantener ese peso deseado, existiendo en la actualidad un interés creciente por las dietas ricas en proteínas y pobres en carbohidratos (Larsen et al., 2010; Hession et al., 2009; Stern, 2004).

En definitiva, todo ello ha originado un déficit tanto de minerales como de vitaminas, así como un cambio en el balance de ácidos grasos omegas 6/3, (proporción de entre 10:1 y 20:1, en detrimento de los ácidos grasos omega-3), lo cual tiene consecuencias negativas para la salud (Gómez-Candela et al., 2011; Strandvik, 2011) y se cree en definitiva relacionado con un mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva (Sánchez-Villegas et al., 2009; Crawford et al., 2009; Kiecolt-Glaser et al., 2007; Peet, 2004). El efecto antiinflamatorio atribuido a los ácidos grasos omega 3 podría estar implicado en dicha asociación (Strandvik, 2011; Kiecolt-Glaser et al., 2007; Calder, 2006). Las revisiones de estudios doble ciego controlados con placebo concluyen que la suplementación de los mismos parece reducir la sintomatología depresiva, por lo que debería investigarse más a fondo su posible uso coadyuvante en el tratamiento del trastorno depresivo mayor (Freeman, 2009; Ross et al., 2007).

Sin embargo, el interés actual de los investigadores en nutrición se centra en el análisis

de patrones completos de alimentación más que el de nutrientes por separado, ya que estos podrían interactuar entre sí, aumentando o disminuyendo su efecto a nivel individual (Jacobs et al., 2009; Jacobs and Steffen, 2003). En este contexto, son varias las publicaciones que se han hecho eco en los últimos años del poder saludable de la “dieta mediterránea”, término que fue acuñado por el fisiólogo americano Ancel Benjamin Keys en 1970 (Tabla 14).

Tabla 14. Dieta mediterránea

1. Utilizar el aceite de oliva como principal grasa de adicción.
2. Consumir a diario alimentos vegetales en abundancia: frutas, verduras, hortalizas, legumbres y frutos secos.
3. El pan y los alimentos procedentes de cereales (pasta, arroz y sus productos integrales) deben formar parte de la alimentación diaria.
4. Los alimentos poco procesados, frescos y locales deben ser los más abundantes.
5. Consumir diariamente productos lácteos, principalmente yogurt y quesos.
6. La carne roja habría de consumirse con moderación y si puede ser, como parte de guisados y otras recetas. Limitar el consumo de carnes procesadas.
7. Consumir pescado en abundancia y huevos con moderación. Se recomienda el consumo de pescado azul como mínimo una o dos veces a la semana. El consumo de huevos tres o cuatro veces a la semana es una buena alternativa a la carne y el pescado.
8. La fruta fresca constituye el postre habitual y, ocasionalmente dulces, pasteles y postres lácteos.
9. El agua debería ser la bebida por excelencia. El vino se ha de tomar con moderación y con las comidas.

Dicho patrón dietético se caracteriza por un alto consumo de aceite de oliva, frutas y frutos secos, cereales, legumbres, verduras y pescados, un moderado consumo de alcohol y un bajo consumo de carnes rojas y productos lácteos enteros. Las propiedades antiinflamatorias y antioxidantes atribuidas a este patrón dietético, podrían explicar los hallazgos obtenidos en

relación a prevenir enfermedades tan distintas como las cardiovasculares, determinados tipos de cánceres o la sintomatología afectiva (Sánchez-Villegas et al, 2011a; 2011b; 2009; Sofi, 2009; Muñoz et al., 2008; Serra-Majem et al., 2006).

Mencionar también la dificultad del paciente deprimido en el seguimiento de una dieta equilibrada, bien por disminución en la ingesta o bien por la tendencia contraria en muchos de los casos de abusar de alimentos de fácil preparación y alto contenido energético, que a la postre va a originar en ambos grupos, una aporte inadecuado de nutrientes variados y equilibrados.

2.5. Hábitos Higiénico-Dietéticos en Combinación

Se sabe que determinados hábitos de vida, exposición a la luz natural (Wirz-Justice et al., 2005), técnicas conductuales que regulen los ritmos circadianos del ciclo sueño-vigilia (Berk, 2009; Manber et al., 2008), práctica de actividad física moderada de forma regular (Harvey et al., 2010), y patrones alimentarios saludables tales como la dieta mediterránea (Sánchez-Villegas et al., 2011a, 2011c), probablemente interactúan entre sí (Appleton et al., 2007; Valero et al., 2007), de manera que la modificación de cada uno de ellos facilita indirectamente cambios en el resto (Ruiz et al., 2010), potenciándose sus efectos.

A pesar de que el uso aislado de cada uno de estos cambios en el estilo de vida se asocia a la mejora de la sintomatología depresiva (Sánchez-Villegas et al., 2011; Harvey et al., 2010; Berk, 2009; Manber et al., 2008; Svestka, 2008; Frank, 2007; Martiny et al., 2007; Appleton et al., 2007; Wirz-Justice et al., 2005; Duna et al., 2005), son pocos los estudios disponibles hasta el momento, que asocien estas sencillas recomendaciones higiénico-dietéticas de forma conjunta y ninguno que reúna simultáneamente el empleo de estas cuatro recomendaciones. Por ello, planteamos la realización de un estudio de estas características en una muestra heterogénea de pacientes, dentro de la práctica clínica habitual. Su evidencia científica apoyaría la utilización sistematizada por parte de los clínicos en pacientes con depresión, de esta sencilla combinación de recomendaciones higiénico-dietéticas.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo primario

Evaluar la efectividad antidepresiva de una serie de recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas en pacientes deprimidos como tratamiento coadyuvante.

3.1.2 Objetivo secundario

Evaluar en qué medida los pacientes son capaces de seguir dichas recomendaciones y cuál de las distintas variables sociodemográficas, clínicas o rasgos de personalidad influyen en la eficacia de las recomendaciones anteriormente mencionadas.

3.2 HIPÓTESIS

Los pacientes deprimidos en tratamiento antidepresivo estándar que reciban recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas, experimentaran una mejoría en su evolución clínica en comparación al grupo control que no siga dichas recomendaciones.

Dicha mejoría clínica se manifestaría no sólo como disminución de la sintomatología afectiva, sino también como una mejora en su calidad de vida y en sus parámetros físicos y analíticos, lo cual se extrapolaría en un menor coste socio-sanitario.

3.3 INTERVENCIÓN OBJETO DE ESTUDIO

(RECOMENDACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS)

Los pacientes recibían un sobre con una hoja de papel que contenía 4 recomendaciones en relación al patrón de sueño, ejercicio físico, exposición a la luz y alimentación que se les recomendaba realizar. En dicha hoja, los pacientes podían leer:

De cara a intentar acelerar la mejoría de su depresión, le recomendamos que cumpla estas medidas higiénico dietéticas:

3.3.1 Tratamiento activo

1. Váyase a la cama cuando tenga sueño y no antes de las 11 de la noche. Use la cama y el dormitorio sólo para dormir y para actividades sexuales (no lea, vea la televisión o permanezca en ella durante el día). Si no se queda dormido/a al cabo de 15 – 20 minutos de acostarse, levántese y ocúpese en alguna actividad hasta que tenga la sensación de

sueño para volver a acostarse. Levántese pronto, nunca más tarde de las 9 de la mañana, independientemente de lo que haya dormido durante la noche. Si duerme mal, evite echarse siesta y no se tumbe durante el día.

2. Camine al menos 1 hora diaria, a buen ritmo pero sin llegar a que le falte el aliento o a ser incapaz de hablar mientras camina. Si cree que tiene algún problema médico que pueda desaconsejarlo, consulte con su médico de cabecera. Utilice calzado deportivo cómodo para caminar y aséese después, dándose una ducha o baño.
3. Permanezca expuesto al menos 2 horas diarias a la luz del sol, tomando las precauciones necesarias para evitar quemaduras o insolaciones (crema protectora, gorro) sobre todo durante el verano.
4. Intente llevar una dieta sana y equilibrada. Coma en horarios regulares evitando hacerlo entre horas, especialmente dulces o bebidas azucaradas. Consuma legumbres y pescado al menos tres veces por semana. Coma a diario fruta, cereales y otros vegetales. Prefiera el aceite de oliva al de girasol.

3.3.2 Tratamiento control

1. Duerma cada día lo que necesite en cada momento.

2. Realice cada día solo la actividad física que le permita su ánimo y energía.
3. Si se expone a la luz del sol tome las precauciones necesarias para evitar quemaduras o insolaciones (crema protectora, gorro), sobre todo durante el verano.
4. Coma cada día lo que necesite su cuerpo para encontrarse lo mejor posible.

3.4 MÉTODO

3.4.1 Diseño del estudio

El trabajo se ha realizado en el marco de la Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (RedIAPP) www.rediapp.org. Se trata de un estudio longitudinal y doble ciego, en el que ha participado personal sanitario de los hospitales de Son Llàtzer, Joan March y Son Espases, así como sus correspondientes centros de atención primaria, en Palma de Mallorca.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron asignados aleatoriamente al grupo de tratamiento activo o al grupo control. Todos los pacientes seguían tratamiento farmacológico antidepresivo estándar controlado por su equipo terapéutico de referencia. La duración del estudio fue de 6 meses.

3.4.2 Descripción de la muestra

Se incluyeron 80 pacientes, de 18 años o más, con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico o Trastorno Bipolar tipo I o II episodio depresivo, según criterios DSM-IV ([American Psychiatric Association, 1994](#)) (**Anexo 3**)

3.4.3 Criterios de inclusión

1. Paciente de ambos sexos, mayor de 18 años.
2. Paciente con diagnóstico según criterios DSM-IV de Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico o Trastorno Bipolar tipo I o II, episodio depresivo.
3. Paciente que presente sintomatología afectiva (puntuación > 7 en la Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems (HAMD-17)).
4. Paciente en tratamiento farmacológico antidepresivo con/sin tratamiento psicoterapéutico, con adecuado nivel de cumplimentación.

5. Paciente capaz de comprender la información necesaria para llevar a cabo las recomendaciones del estudio, y que tenga la capacidad para comunicarse y dar su consentimiento por escrito.

6. Si es mujer y está en edad fértil, utilización de un método anticonceptivo seguro.

3.4.4 Criterios de exclusión

1. Paciente que sufra de otra enfermedad que afecte al Sistema Nervioso Central (patología orgánica cerebral, demencia o que hubiera sufrido un traumatismo craneoencefálico de cualquier gravedad, etc.).

2. Comorbilidad con otra enfermedad psiquiátrica grave como dependencia y abuso de sustancias, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos o presencia de trastornos de alimentación, a excepción de patología ansiosa o de trastornos de la personalidad.

3. Presencia de enfermedad médica, infecciosa o degenerativa grave no controlada, que pudiera interferir en la sintomatología afectiva.

4. Presencia de ideas delirantes o alucinaciones congruentes o no congruentes con el estado de ánimo en el momento del estudio.

5. Riesgo importante de suicidio.

6. Si era mujer, que esta se encontrase embarazada o en periodo de lactancia.

3.4.5 Instrumentos / Materiales

- Criterios DSM-IV para el Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Bipolar tipo I o II, episodio depresivo. La 4ª edición del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales”, es una clasificación oficial de fácil manejo y amplia utilización para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos (APA, 1994).

(Anexo 3)

- Cuestionario sociodemográfico y clínico diseñado específicamente para este estudio. Recoge datos sociodemográficos relevantes en relación al género, edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral; datos clínicos importantes respecto a la edad de inicio del trastorno, el número de episodios previos y el tratamiento pautado (número de fármacos, tiempo de administración, modificación del mismo durante el estudio, asociación o no de psicoterapia); así como información en relación a posibles acontecimientos vitales estresantes que le hayan podido afectar (pareja, familia, amigos, trabajo, estudios, etc.) y la utilización por parte del paciente de diferentes recursos sanitarios (hospitalizaciones y número de consultas al servicio de urgencias) durante el

estudio y la posible reincorporación laboral en el momento de finalización del mismo.

(Anexo 4)

- Encuesta sobre hábitos de vida, diseñada específicamente para el estudio. Se recogen datos en relación a horarios de comida y tipo de alimentación, horas de sueño habitual, realización o no de actividad física, exposición o no a la luz ambiental, así como consumo de tabaco, alcohol y de otro tipo de drogas. **(Anexo 5)**

- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (International Neuropsychiatric Interview, MINI): entrevista estructurada de breve duración que explora los principales trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV y la CIE-10 (Sheehan et al., 1998). Está dividida en módulos, identificados por letras, cada uno correspondiente a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de trastornos psicóticos) se presentan, en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los principales criterios diagnósticos del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen dichos criterios diagnósticos. Versión en español de Ferrando y colaboradores (Ferrando et al., 1998).

(Anexo 6)

- Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems, HAMD-17 (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-17): escala de gravedad más utilizada en la práctica clínica y en investigación para pacientes con trastornos del estado del ánimo (Hamilton, 1960).

Debe ser administrada por personal clínico. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. A mayor puntuación, mayor gravedad. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los utilizados en este estudio son los de Bech ([Bech, 1996](#)), que son los siguientes:

- Sin depresión: 0-7
- Depresión menor: 8-12
- Menos que depresión mayor: 13-17
- Depresión mayor: 18-29
- Más que depresión mayor: 30-52

Versión castellana validada por Ramos-Brieva ([Ramos-Brieva, 1986a, 1986b](#)).

(Anexo 7)

- Inventario de depresión de Beck de 21 ítems (The Beck Depression Inventory, BDI-21): prueba en formato de opción múltiple que evalúa la presencia y el grado de depresión. Cada uno de los 21 ítems del BDI evalúa síntomas y actitudes específicas del paciente deprimido, consistentes con la descripción de la depresión que figura en la literatura psiquiátrica ([Beck et al., 1961](#)). Cumplimentado por el propio paciente. Proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en cada uno de los ítems. La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:
 - Depresión ausente o mínima: puntuación media de 10,9 puntos.
 - Depresión leve: puntuación media de 18,7.

- Depresión moderada: puntuación media de 25,4.
- Depresión grave: puntuación media de 30 puntos. A mayor puntuación mayor gravedad.

Adaptado y validado al castellano por Conde y Useros (Conde and Useros, 1975).

(Anexo 8)

- Escala de Impresión Clínica Global, ICG (Clinical Global Impression, CGI). Consta de 2 subescalas que miden respectivamente la gravedad de los síntomas (Escala de Impresión Clínica Global de Gravedad, ICG-G) y el cambio experimentado por el paciente con respecto al estado basal debido a la intervención terapéutica (Escala de Impresión Clínica Global de Cambio, ICG-C). En ambas subescalas se utiliza una escala tipo Likert de 8 valores. En la escala de gravedad los valores van desde 0 (no evaluado) a 7 (entre los pacientes más extremadamente enfermos). En la escala de cambio los valores oscilan entre 0 (no evaluado) a 7 (mucho peor). Existen versiones heteroaplicadas y autoaplicadas. En la versión heteroaplicada, el clínico, basándose en su experiencia clínica, puntúa la gravedad o la mejoría del paciente. (Guy, 1976).

(Anexo 9)

- Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36). Evalúa el nivel de calidad de vida relacionada con la salud, conceptualmente basado en un modelo bidimensional de salud física y mental (Ware and Sherbourne, 1992). Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 subescalas:

- Funcionamiento físico (FF): Cuantifica el grado en que la salud del individuo limita una serie de actividades físicas tales como ejercicios intensos, caminar, etc.
- Rol físico (RF): Valora hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en el funcionamiento ocupacional del paciente.
- Dolor (D): Evalúa tanto el grado de dolor como la interferencia que produce en la vida del paciente.
- Salud general (SG): Se refiere a la percepción personal del estado de salud, así como a una serie de creencias respecto a la salud del paciente.
- Vitalidad (V): Valora el nivel de fatiga y energía del paciente.
- Funcionamiento social (FS): Interroga acerca de las limitaciones en la vida socio-familiar por problemas de salud.
- Rol emocional (RE): Evalúa hasta qué punto los problemas emocionales interfieren con el funcionamiento ocupacional del paciente.
- Salud mental (SM): Valora el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo).

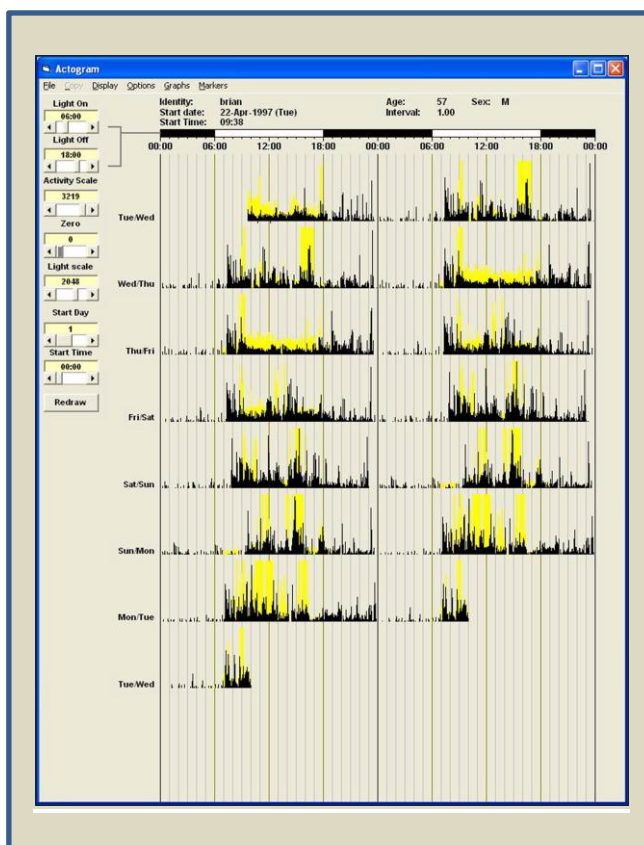
Los ítems se puntúan con escalas tipo Likert de rango variable, que van desde 2 hasta 6 puntos. Todas las puntuaciones que se obtienen oscilan entre 0 y 100. A mayor puntuación, mejor calidad de vida. Las 8 subescalas se agrupan a su vez en dos medidas sumarias: salud física y salud mental. Las subescalas que forman la medida sumaria de salud física son: FF, RF, D, SG y V. Las subescalas que forman la medida sumaria de salud mental son: SG, V, FS, RE y SM. Es una escala cumplimentada por el

propio paciente. Adaptada y validada al castellano por Alonso y colaboradores (Alonso et al., 1995). Existen puntuaciones poblacionales de referencia en la versión española (Alonso et al., 1998). **(Anexo 10)**

- Cuestionario Salamanca de Trastornos de la Personalidad. Diseñado para el cribado de 11 trastornos de la personalidad (según nomenclatura DSM-IV-TR: paranoide (PAR), esquizoide (ESQ), esquizotípico (EQT), histriónico (HIST), antisocial (ANT), narcisista (NAR) y dependiente (DEP); según nomenclatura CIE-10: trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo (IE IMP), trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite (IE LIM), anancástico (ANAN) y ansioso (ANS)). Cada trastorno es evaluado por medio de dos preguntas con 4 posibilidades de respuesta (falso, 0 puntos; verdadero a veces, 1 punto; verdadero con frecuencia, 2 puntos; verdadero siempre, 3 puntos). Han de sumarse los puntos obtenidos en las respuestas para cada trastorno. El punto de corte establecido es 2-3. Es un instrumento cumplimentado por el paciente. Diseñado por Pérez-Urdaniz y colaboradores (2009). Dicho instrumento está disponible en la siguiente dirección: <http://www.seetp.com/Articulos/SALAMANCAcast.pdf>. **(Anexo 11)**

- Actígrafo marca Actiwath-L (Actiwath Light AWL). Método no invasivo que permite mediante la colocación de un pequeño sensor, de tamaño no superior a un reloj de pulsera colocado normalmente en la muñeca no dominante, el registro de los periodos de reposo y actividad física, así como la exposición a la luz. Almacena los datos en la

memoria durante periodos prolongados de tiempo (días o semanas), para su posterior descarga mediante un “interface” adecuado a un ordenador, donde con los oportunos programas de tratamiento de la señal, permiten la visualización del registro, su análisis y su reproducción por impresora. Sus dimensiones son de 37 x 29 x 10 mm (milímetros), 17 gr (gramos) de peso, configurado con un muestreo de un minuto. El actígrafo detecta y mide los movimientos que exceden 0,01 g (fuerza de la gravedad por minuto). Además, la célula fotoconductiva registra los niveles de exposición a la luz medidos en lux (unidad de medida de la intensidad lumínica).



3.4.6 Procedimiento

3.4.6.1 Entrevista de selección

Durante la entrevista de selección, los colaboradores de los centros participantes informaron a los sujetos candidatos de participar en el estudio de todos los detalles del mismo. Todos los pacientes que firmaron el consentimiento informado (**Anexo 2**) fueron reclutados. Se les entregó para ser cumplimentados en su domicilio el Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems (BDI-21), el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (SF-36) y una Encuesta sobre hábitos de vida.

Se procedió a la colocación del actígrafo, siempre que este estuviera disponible, adjudicando el primero de ellos al primer paciente que pudiera cumplir los criterios requeridos. Disponíamos de 4 actígrafos que fueron adjudicándose a medida que iban quedando disponibles después del uso por el anterior paciente. Se les recomendó llevarlo puesto en la muñeca del brazo no dominante, pidiendo que solo se lo quitaran para bañarse y que evitaran que quedara cubierto por la ropa.

Por último, se concertó una cita para que en el plazo de una semana el paciente fuese visitado tanto por el investigador como por un evaluador ciego. (**Figura 5**)

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURADAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

Figura 5. Diseño del estudio.

DISEÑO DEL ESTUDIO	ENTREVISTA DE SELECCIÓN	ENTREVISTA BASAL		Semana 1	ENTREVISTA FINAL	
	Semana -1	Semana 0			Mes 6 ó Semana 24	
	Colaborador	Investigador	Evaluador ciego		Investigador	Evaluador ciego
FOLLETO INFORMATIVO PACIENTE	X					
CONSENTIMIENTO INFORMADO FIRMADO	X					
ENTREVISTA MINI		X				
CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO		X				
CUESTIONARIO CLÍNICO		X			X	
PARÁMETROS FÍSICOS (TA, FC, IMC)		X			X	
ECG		X				
ANÁLISIS DE SANGRE						
-Hemograma		X			X	
-Bioquímica (función renal (urea y creatinina), función hepática (GOT, GPT, GGT, FA, bilirrubina), iones (Fe, Ca, K, Cl y Mg), colesterol (HDL y LDL) y TG.		X			X	
-Estudio de coagulación		X				
-Función tiroidea		X				
-Serologías (VIH, VHB, VHC, LUES)		X				
-Niveles de vit. B 12 y ácido fólico		X			X	
-Niveles de oligoelementos (Zn y Se)		X			X	
-Niveles de CDT		X				
ANÁLISIS DE ORINA						
-Sedimento de orina		X				
-Test de embarazo		X				
-Tóxicos (cocaína, opiáceos, anfetaminas, cannabis y benzodiazepinas)		X				
CRITERIOS DE SELECCIÓN REQUERIDOS		X				
TEST AUTOAPLICADOS						
-BDI-21	X	X			X	
-SF-36	X	X			X	
-Encuesta sobre hábitos de vida	X	X			X	
-Cuestionario Salamanca de TP					X	
TEST HETEROAPLICADOS						
-HAMD-17						X
-ICG					X	X
ENTREGA DE RECOMENDACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS: A/B		X				
ACTÍGRAFO						
-Colocación	X					
-Retirada (1 semana post entrevista basal)				X		

MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional; TA: Tensión arterial; FC: Frecuencia cardiaca; IMC: Índice de masa corporal; ECG: Electrocardiograma; GOT: Transaminasa glutamicooxalacética; GPT: Transaminasa glutamicopirúvica; GGT: Gamma-glutamil transpeptidasa; FA: Fosfatasa alcalina; Fe: Hierro; Ca: Calcio; K: Potasio; Cl: Cloro; Mg: Magnesio; Colesterol-HDL: Colesterol de alta densidad; Colesterol- LDL: Colesterol de baja densidad; TG: Triglicéridos; VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana; VHB: Virus de la Hepatitis B; VHC: Virus de la Hepatitis C; LUES: Sífilis; Vit B 12: Vitamina B 12; Zn: Zinc; Se: Selenio; CDT: Transferrina Deficiente en Carbohidratos; BDI-21: Inventario de Depresión de Beck de 21 ítems; SF-36: Cuestionario sobre el Estado de Salud; TP: Trastorno de Personalidad; HAMD-17: Escala de Hamilton de la Depresión de 17 ítems; ICG: Escala de Impresión Clínica Global.

3.4.6.2 Entrevista basal

Durante la entrevista basal:

El investigador confirmó que los pacientes cumplieren los criterios requeridos para entrar en el estudio mediante la Entrevista Estructurada MINI, cumplimentó el cuestionario sociodemográfico y clínico y comprobó que los sujetos no presentasen patología orgánica susceptible de enmascarar sintomatología depresiva. Para ello, registró parámetros físicos (TA, FC e IMC), y realizó un ECG, una analítica de sangre (hemograma, bioquímica, estudio de coagulación, función tiroidea, serologías y niveles de vitaminas B12 y ácido fólico), y un análisis de orina (sedimento, tóxicos y test de embarazo si era apropiado). Por último, recogió los cuestionarios cumplimentados por parte del paciente, entregados durante la entrevista de selección.

El evaluador ciego por su parte, cuantificó la sintomatología afectiva a través de la escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems (HAMD-17) y la gravedad de la enfermedad a través de la escala de Impresión Clínica Global (ICG). **(Figura 5)**

A continuación, los pacientes fueron asignados al azar a una de las dos ramas de tratamiento de acuerdo a su orden de inclusión en el protocolo. Los pacientes asignados al grupo de tratamiento activo recibieron un sobre con una hoja de papel con las cuatro recomendaciones higiénico-dietéticas a estudio. El grupo control recibió un sobre idéntico,

pero cuyo contenido era una hoja en la que se aconsejaba que el sujeto llevase a cabo el patrón de alimentación, sueño, ejercicio físico y exposición a la luz con el que mejor se sintiese en cada momento.

Si el paciente portaba actígrafo, se acordó con este la entrega del aparato de registro una semana después de la entrevista basal. **(Figura 5)**

3.4.6.3 Entrevista final

Después de 6 meses los pacientes fueron nuevamente citados.

El evaluador ciego repitió los cuestionarios realizados al inicio del estudio: HAMD-17 e ICG. **(Figura 5)**

El investigador por su parte, recabó información en relación a modificaciones del tratamiento, experimentación de acontecimientos estresantes y posible utilización por parte del paciente de recursos sanitarios (hospitalizaciones y número de consultas al servicio de urgencias), a través de un registro de datos elaborado para tal fin **(Anexo 4)**. Se realizó una nueva recogida de parámetros físicos (TA, FC e IMC) y controles analíticos (hemograma, bioquímica, niveles de vitamina B12, ácido fólico, oligoelementos) y se solicitó del paciente la

realización nuevamente de los cuestionarios basales (BDI-21, SF-36 y Encuesta sobre hábitos de vida), así como el Cuestionario Salamanca de Trastornos de Personalidad. **(Figura 5)**

3.4.7 Análisis de eficacia

3.4.7.1 Variable de valoración principal

Cambio en la puntuación total de la HAMD-17 obtenida por los evaluadores ciegos antes y después del tratamiento, entendiendo como respuesta una mejoría en la HAMD-17 final respecto a la basal \geq al 50% y como remisión una puntuación final en la HAMD-17 \leq 7.

3.4.7.2 Variables de valoración secundarias

Cambio registrado en la ICG-G recogida por el evaluador ciego pre y post estudio, variación en la puntuación total del BDI-21 y SF-36 cumplimentados por el paciente, cambio respecto a la situación basal de parámetros físicos y valores de laboratorio, y por último, repercusión en el uso de servicios socio-sanitarios y consumo de psicofármacos.

3.4.7.3 Otras variables de valoración secundarias

Grado de cumplimentación mediante los cambios en el nivel de actividad física y exposición a la luz obtenidos mediante registros actimétricos, durante la semana previa y posterior a la entrega de recomendaciones higiénico-dietéticas.

Por último, descripción de variables sociodemográficas, clínicas y rasgos de personalidad en el grupo de recomendaciones activas, en función de su respuesta clínica o no, según la HAMD-17.

3.4.8 Análisis de seguridad

Registro de efectos secundarios documentados por el paciente al final del estudio, debido a la puesta en marcha de las recomendaciones higiénico-dietéticas.

3.5 DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

Para calcular el tamaño de la muestra, se utilizó la puntuación final de la Escala de HAMD-17. Los valores estimados para el grupo de tratamiento activo y grupo control fueron de 8 (DE: 6) y 12 (DE: 8) respectivamente. Se asumió un error alfa del 5% y se aceptó un error

beta del 20%. Precisábamos 34 pacientes en ambas muestras. Dado que se esperaba una pérdida muestral del 15-20%, el tamaño de muestra necesario fue calculado en 40 pacientes para cada grupo.

3.6 ANÁLISIS DE DATOS

Los datos estadísticos se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS para Windows versión 19. Los datos fueron presentados mediante análisis descriptivo (número de casos, mínimo, máximo, media y desviación estándar). Mientras la evaluación de las variables cualitativas se llevó a cabo mediante la prueba Chi-cuadrado, la de las variables cuantitativas se realizó a través de las pruebas de comparación de medias U de Mann-Whitney y T de Student para dos muestras independientes. El análisis de varianza (ANOVA) se empleó para la comparación de medias repetidas. Se utilizó un nivel de significación del 95%, por lo que un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

3.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Este estudio se ha ceñido estrictamente y en todo momento a la declaración de Helsinki y a las leyes de protección de datos y de protección de derechos de los pacientes (Ley 15/2002, Ley 14/99).

Todos los pacientes del estudio fueron ampliamente informados del mismo verbalmente y por escrito. Pudieron realizar todas las preguntas y resolver todas las dudas que tenían sobre el mismo antes de firmar el consentimiento informado. Así mismo, podían abandonar el estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones de los motivos por los cuales tomaban esa decisión y sin menoscabar la atención médica que estaban recibiendo o precisaban recibir en el futuro.

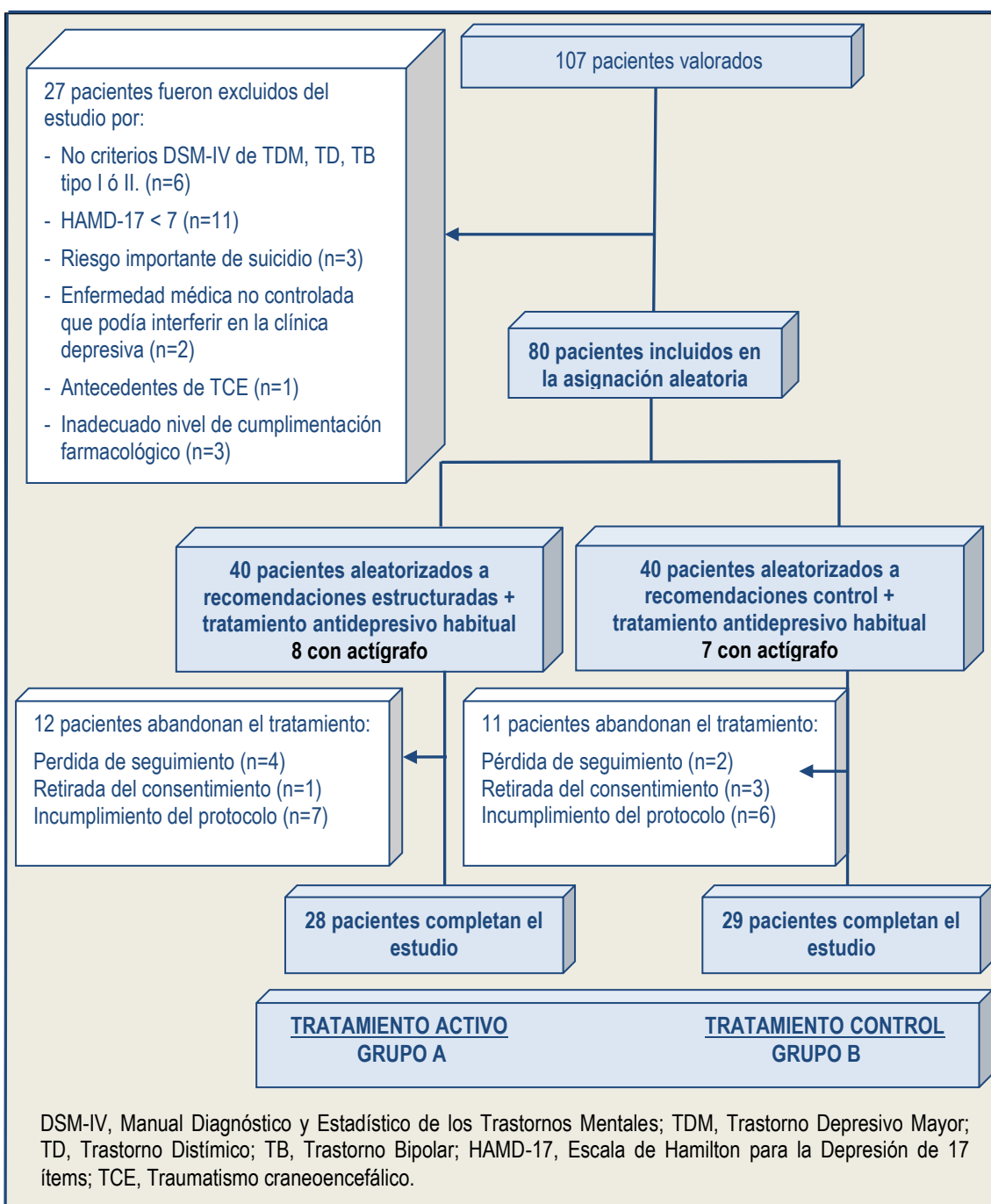
El protocolo fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínico de las Illes Balears (CEIC), y los detalles del mismo, registrados en el International Standard Randomised Controlled Trial Number Register (ISRCTN59506583). **(Anexo 1)**

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

RESULTADOS

4.1 DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES EN ESTUDIO

Figura 6. Distribución de los pacientes en estudio



Se valoró para la posible inclusión en el estudio a un total de 107 pacientes, de los cuales 27 fueron excluidos por no cumplir criterios de inclusión. Al final, 80 pacientes fueron reclutados asignándoseles a cada uno al grupo de tratamiento activo (n=40) o al grupo control (n=40). Todos los pacientes seguían tratamiento con antidepresivos. De los pacientes incluidos, 57 completaron los 6 meses de estudio, 28 en el grupo de tratamiento activo y 29 en el grupo control. **(Figura 6)**

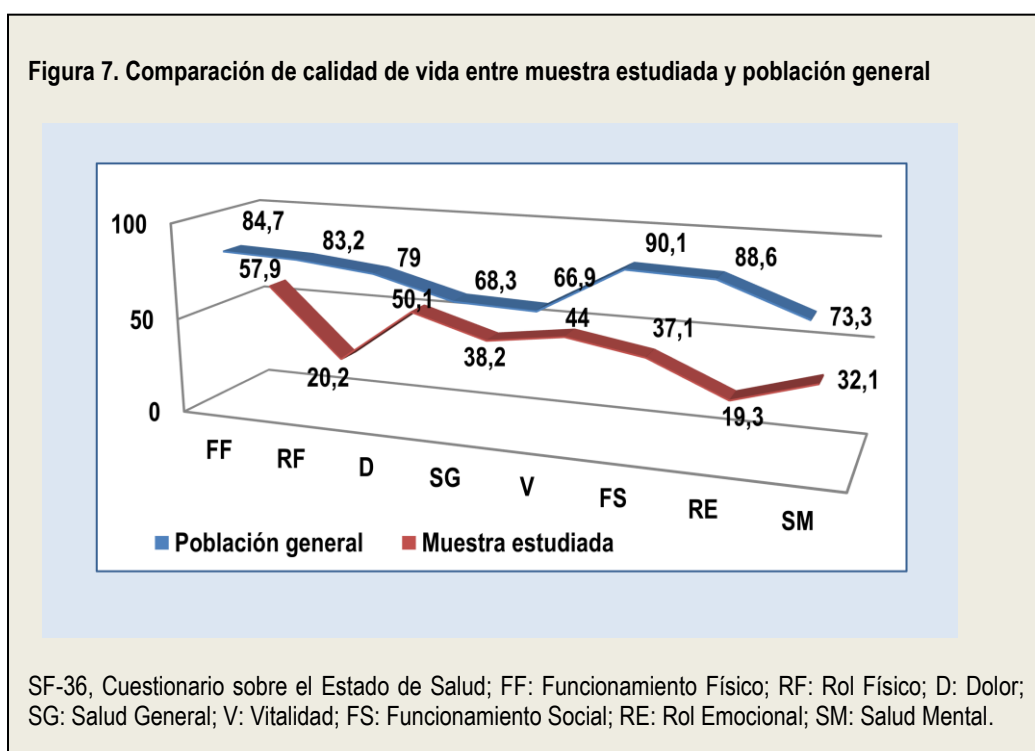
4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA MUESTRA

El perfil del paciente incluido en el estudio era el siguiente:

- Mujer (77,5%, n=62), en torno a los 50 años (mínimo 23, máximo 72), con pareja estable (67,5%, n=54), residiendo con su familia propia (72,5%, n=58) y en domicilio urbano (77,5%, n=62). En relación a su nivel de estudios, predominaban los primarios (27,5%, n=22) y secundarios (26,2%, n=21). Tan solo 16 pacientes (20%) realizaban en el momento del estudio trabajo remunerado, encontrándose un 41,2% (33 pacientes) cobrando prestación por incapacidad.

- La procedencia del mismo se encontraba repartida entre las consultas del Médico de Atención Primaria (31,2%, n=25), la Unidad de Salud Mental (36,2%, n=29) y las Interconsultas hospitalarias (32,5%, n=26). Entre los diagnósticos posibles, predominaba el de Trastorno Depresivo Mayor (88,7%, n=71). Las pruebas psicométricas utilizadas nos perfilaban un

paciente moderadamente enfermo (ICG-G de $4,1 \pm 0,8$), con sintomatología afectiva moderada (HAMD-17 y BDI-21 de $19,7 \pm 5,8$ y $26,0 \pm 8,6$ respectivamente) y calidad de vida inferior a la de la población general (Figura 7).



- La duración media del episodio actual era de $36,4 \pm 59,6$ meses, con un rango de 312 meses a 1 mes, siendo la edad media de inicio de la enfermedad los $37,5 \pm 12,9$ años, rango de edad entre los 7 y los 64 años.

- Del total del grupo, el 74,6% (59 pacientes) presentaban antecedentes psiquiátricos familiares, entre los cuales destacaban los trastornos afectivos en un 76,2% de los mismos (n=45), así como el abuso y dependencia de sustancias en el 30,5% (n=18). Un 22,7% (n=18) había realizado tentativas autolíticas.

- Los antecedentes psiquiátricos personales se encontraban en el 82,5% de los pacientes (n=55), entre los cuales predominaban los trastornos afectivos en el 68,7% (n=33) y los trastornos de ansiedad en el 41,2% (n=33). Un 33,7% (n=27) había llevado a cabo intentos de suicidio en episodios previos, ya que el riesgo de suicidio en el episodio actual era motivo de no inclusión en el estudio. La **tabla 15** recoge los antecedentes familiares y personales.

Tabla 15. Antecedentes psiquiátricos familiares y personales.

<u>Antecedentes</u>	Familiares (n=79) (N, %)	Personales (n=80) (N, %)
Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia	1 (1,2%)	-
Síndrome demencial	13 (16,4%)	-
Trastornos psicóticos	9 (11,3%)	-
Trastornos afectivos	45 (56,9%)	55 (68,7%)
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Episodios previos: - 1: 20 - 2-5: 15 - 6-10: 8 - >10: 13 </div>
Trastornos ansiosos	8 (10,1%)	33 (41,2%)
Trastornos psicósomáticos	2 (2,5%)	1 (1,2%)
Trastornos de alimentación	1 (1,2%)	7 (8,7%)
Abuso y dependencia de sustancias	18 (22,7%)	7 (8,7%)
Trastornos de personalidad	2 (2,5%)	2 (2,5%)
Tentativas autolíticas	18 (22,7%)	27 (33,7%)
Sin antecedentes	20 (25,3%)	17 (21,2%)

- El 91,2% de los pacientes (n=73) presentaban patología somática asociada, dentro de la cual merecían ser destacados los problemas de sobrepeso-obesidad (57,5%, n=46), dislipemia (38,7%, n=31) e hipertensión arterial (25%, n=20) (**Tabla 16**). La comorbilidad psiquiátrica por su parte se daba en el 47,5% de los mismos (38 pacientes), predominando los trastornos de ansiedad. (**Tabla 17**).

Tabla 16. Comorbilidad somática.

Comorbilidad	Nº	%
Enfermedades neurológicas:		
- Migraña	10	12,5%
- Epilepsia	2	2,5%
- Enfermedad vascular cerebral	1	1,2%
Enfermedades respiratorias:		
- Síndrome de apnea del sueño	6	7,5%
- Asma	4	5%
Enfermedades cardiovasculares:		
- Hipertensión arterial	20	25%
- Arritmias cardíacas	3	3,7%
- Miocardiopatía	3	3,7%
Enfermedades endocrinas y metabólicas:		
- Hipotiroidismo	8	10%
- Dislipemia	31	38,7%
- Diabetes Mellitus	10	12,5%
- Obesidad mórbida	2	2,5%
- Obesidad	26	32,5%
- Sobrepeso	18	22,5%
- Menopausia	27	33,7%
Enfermedades digestivas y nutricionales:		
- Hernia de hiato	6	7,5%
- Úlcus gástrico	1	1,2%
- Gastritis erosiva	6	7,5%
- Diverticulitis intestinal	2	2,5%
- Anemia	5	6,2%
Enfermedades infecciosas, inflamatorias y autoinmunes:		
- Hepatitis	3	3,7%
- Lupus eritematoso sistémico	1	1,2%
- Psoriasis	5	6,2%
- Síndrome de Reiter	1	1,2%
- Vitiligo	1	1,2%
Enfermedades musculoesqueléticas:		
- Artropatía de disco	8	10%
- Artrosis	18	22,5%
Enfermedades ginecológicas:		
- Miomas uterinos	5	6,2%
- Síndrome del ovario poliquístico	2	2,5%
- Quistes ováricos	1	1,2%
Enfermedades hematológicas:		
- Hemocromatosis	1	1,2%
- Talasemia menor	1	1,2%
Otros:		
- Trasplante	1	1,2%
Sin comorbilidad:	7	8,7%

Tabla 17. Comorbilidad psiquiátrica.

<u>Comorbilidad</u>	Nº	%
Trastorno de ansiedad generalizada	16	20%
Trastorno de angustia con agorafobia	9	11,2%
Trastorno de angustia sin agorafobia	6	7,5%
Agorafobia sin trastorno de angustia	8	10%
Fobia social	1	1,2%
Trastorno de alimentación no especificado	6	7,5%
Trastorno de personalidad	1	1,2%
Consumo perjudicial de sustancias	1	1,2%
<u>Sin otro diagnóstico</u>	42	52,5%

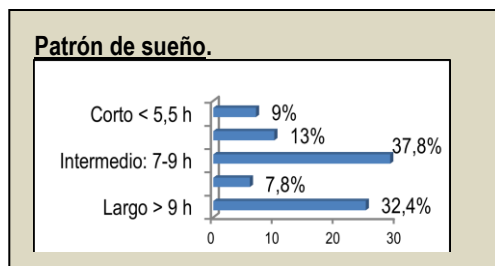
- En relación a los hábitos de vida de ambas poblaciones, estos quedan reflejados en la **Tabla 18**. El 76,2% de los mismos (n=61) reconocían realizar menos de 1 hora al día de ejercicio físico, siendo la exposición a la luz solar también inferior a 1 hora diaria en el 80% (n=64). Un 68,8% (n=55) tomaban medicación para dormir. Su patrón de sueño era corto (< 5,5 horas) en un 9% (n=8) y largo (> 9 horas) en un 32,4% de los pacientes (n=23). No existían horarios regulares de comida en el 38,8% (31 pacientes), siendo la ingesta de fruta, vegetales y pescado insuficientes según las recomendaciones de la dieta mediterránea en el 51,2% (n=41), 80% (n=64) y 53,8% (n=43) respectivamente. El hábito tabáquico estaba presente en el 38,8% de los pacientes (n=31).

Tabla 18. Hábitos de vida.

<u>Actividad física</u>	Nº	%
- < 1 hora/día	61	76,2%
- 1-3 h/día	11	13,8%
- > 3 h/día	8	10%

<u>Exposición a la luz solar</u>	Nº	%
- < 1 hora/día	64	80%
- 1-3 h/día	10	12,5%
- > 3h/día	6	7,5%

<u>Medicación para dormir</u>	Nº	%
- Si	55	68,8%
- No	25	31,2%



<u>Alimentación</u>	Nº	%
<u>Horarios regulares de comida</u>		
- Si	49	61,2%
- No	31	38,8%
<u>Ingesta de fruta</u>		
- A diario	39	48,8%
- Alguna vez a la semana	27	33,7%
- Alguna vez al mes	12	15%
- Nunca	2	2,5%
<u>Ingesta de verdura</u>		
- A diario	16	20%
- Alguna vez a la semana	47	58,8%
- Alguna vez al mes	16	20%
- Nunca	1	1,2%
<u>Ingesta de pescado</u>		
- A diario	-	-
- Alguna vez a la semana	37	46,2%
- Alguna vez al mes	35	43,8%
- Nunca	8	10%

<u>Tabaco</u>	Nº	%
- Si	31	38,8%
- No	49	61,2%

- Por último, todos los pacientes se encontraban en tratamiento antidepresivo, siendo los más ampliamente utilizados los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en un 50% (n=40) y los duales (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina: ISRSN) en un 35% (n=28). Un 32,5% (26 pacientes) habían modificado dosis o tipo de fármaco antidepresivo hacía más de 3 meses. Como tratamientos asociados, el 62,5% de los pacientes (n=50) seguían tratamiento con ansiolíticos, el 16,2% (n=13) con eutimizantes y el 8,7% (n=7) con antipsicóticos. Un 27,5% de pacientes (n=22) seguía tratamiento psicoterapéutico.

En la **Tabla 19, 20 y 21** quedan recogidas las características sociodemográficas y clínicas más relevantes de la muestra en estudio, no encontrándose entre ambos grupos diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 19. Características demográficas.

	Grupo activo n= 40	Grupo control n= 40	P
Sexo, (N)			
- Hombres	5	13	NS
- Mujeres	35	27	
Edad en años, (M, DE)	48,9 (11,8)	51,3 (11,1)	NS
Situación laboral, (N)			
- No trabaja	3	10	NS
- Trabajo remunerado	12	4	
- En paro	3	4	
- Prestación por incapacidad	15	18	
- Jubilado/a	7	4	

P, significación estadística; N, número; M, media; DE, desviación estándar; NS, no significativo.

Tabla 20. Características clínicas basales I.

	Grupo activo n= 40	Grupo control n= 40	P
Derivación, (N)			
- Atención primaria	13	12	NS
- Unidad de salud mental	14	15	
- Interconsultas	13	13	
Diagnóstico, (N)			
- TDM	38	33	NS
- TB	1	5	
- TD	1	2	
Edad de inicio de la enfermedad en años (M, DE)	36,9 (13,4)	51,3 (11,1)	NS
Nº de episodios previos (M, DE)	2,5 (1,5)	2,6 (1,6)	NS
Duración del episodio actual en meses (M, DE)	32,5 (54,9)	40,2 (64,3)	NS
Antecedentes Familiares, (N)			
- Si	27	32	NS
- No	13	7	
Comorbilidad psiquiátrica, (N)			
- Si	22	16	NS
- No	18	24	
Comorbilidad somática, (N)			
- Si	36	37	NS
- No	4	3	

P, significación estadística; N, número; M, media; DE, desviación estándar; TDM, Trastorno Depresivo Mayor; TB, Trastorno Bipolar; TD, Trastorno Distímico; NS, no significativo.

Tabla 21. Características clínicas basales II.

	Grupo activo n= 40	Grupo control n= 40	P
Gravedad, (M, DE) - ICG-G	4,0 (0,8)	4,2 (0,8)	NS
Sintomatología depresiva, (M, DE) - HAMD-17	19,5 (5,8)	20,0 (5,9)	NS
- BDI-21	25,1 (7,7)	27,0 (9,5)	NS
Calidad de vida, (M, DE) - SF-36			
. FF	61,2 (23,0)	54,2 (23,7)	NS
. RF	27,5 (38,3)	16,2 (31,2)	NS
. D	41,0 (27,3)	48,8 (29,8)	NS
. SG	42,1 (18,3)	35,7 (20,0)	NS
. V	22,7 (15,3)	21,8 (17,7)	NS
. FS	38,7 (27,4)	29,3 (25,2)	NS
. RE	27,1 (35,3)	14,9 (31,9)	NS
. SM	32,5 (14,2)	29,3 (15,9)	NS

P, significación estadística; N, número; M, media; DE, desviación estándar; ICG-G, Impresión clínica global de gravedad; HAMD-17, Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems; BDI-21, Inventario de depresión de Beck de 21 ítems; SF-36, Cuestionario sobre el Estado de Salud; FF, Funcionamiento Físico; RF, Rol Físico; D, Dolor; SG, Salud General; V, Vitalidad; FS, Funcionamiento Social; RE, Rol Emocional; SM, Salud Mental; NS, no significativo.

Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las características iniciales del tratamiento, excepto la relacionada con el empleo de antipsicóticos detectada en el grupo control y no en el grupo de recomendaciones estructuradas. Los datos se resumen en la **Tabla 22**.

Tabla 22. Características iniciales del tratamiento.

	Grupo activo n= 40	Grupo control n= 40	P
Tipo de antidepresivos, (N)			
- ISRS	24	16	NS
- ISRSN	12	16	
- Tricíclicos	7	14	
- Otros	6	8	
Última modificación, (N)			
- < 1 mes	15	21	NS
- 1-3 meses	12	6	
- > 3 meses	13	13	
Uso de ansiolíticos, (N)			
- Si	21	29	NS
- No	19	11	
Uso de eutimizantes, (N)			
- Si	6	7	NS
- No	34	33	
Uso de antipsicóticos, (N)			
- Si	1	6	0,04
- No	39	34	
Psicoterapia asociada, (N)			
- Si	9	13	NS
- No	31	27	

P, significación estadística; N, número; ISRS, Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina; ISRSN, Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina; NS, no significativo.

Y por último, debemos mencionar los hábitos de vida de ambas poblaciones, entre los cuales no existían diferencias estadísticamente significativas. Dichos hábitos de vida se muestran en la **Tabla 23**.

Tabla 23. Hábitos de vida.

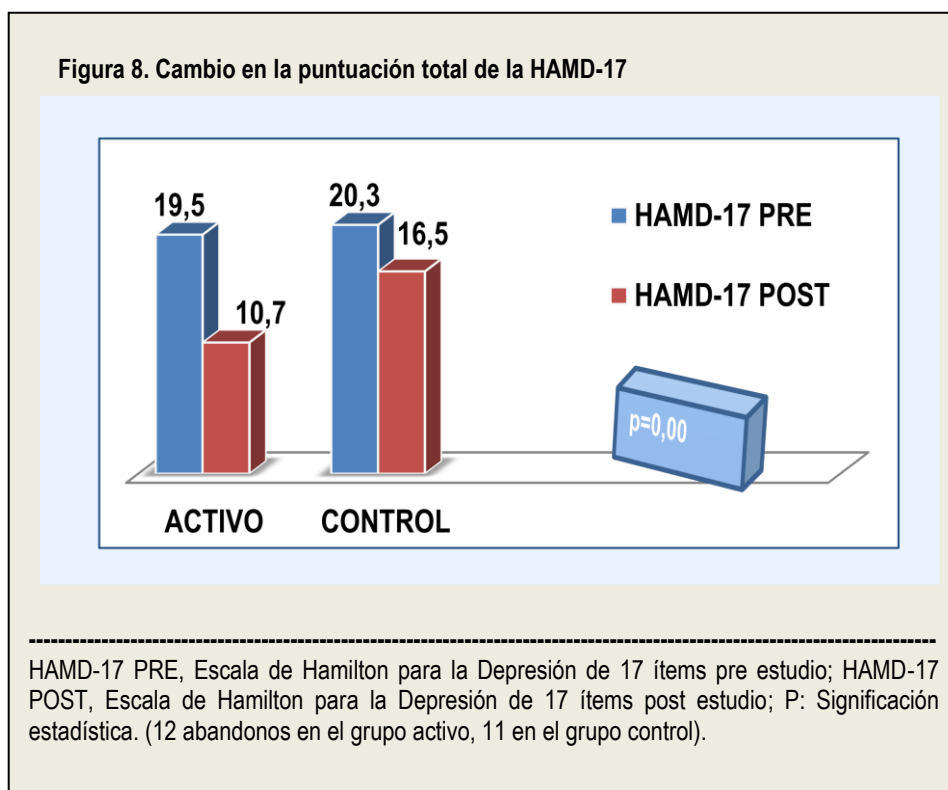
	Grupo activo n= 40	Grupo control n= 40	P
Actividad física, (N)			
- < 1 hora/día	27	34	NS
- 1-3 horas/día	7	4	
- > 3 horas/día	6	2	
Exposición a la luz, (N)			
- < 1 hora/día	30	34	NS
- 1-3 horas/día	6	4	
- > 3 horas/día	4	2	
Medicación para dormir, (N)			
- Si	26	29	NS
- No	14	11	
Horarios regulares de comida, (N)			
- Si	26	23	NS
- No	14	17	
Ingesta de fruta, (N)			
- A diario	19	20	NS
- Varias veces a la semana	13	14	
- Alguna vez al mes	7	5	
- Nunca	1	1	
Ingesta de verdura, (N)			
- A diario	9	7	NS
- Varias veces a la semana	26	21	
- Alguna vez al mes	4	12	
- Nunca	1	1	
Ingesta de pescado, (N)			
- A diario	-	6	NS
- Varias veces a la semana	17	20	
- Alguna vez al mes	20	15	
- Nunca	3	5	
Tabaco, (N)			
- Si	17	14	NS
- No	23	26	

P, significación estadística; N, número; <, menor; >, mayor; NS, no significativo

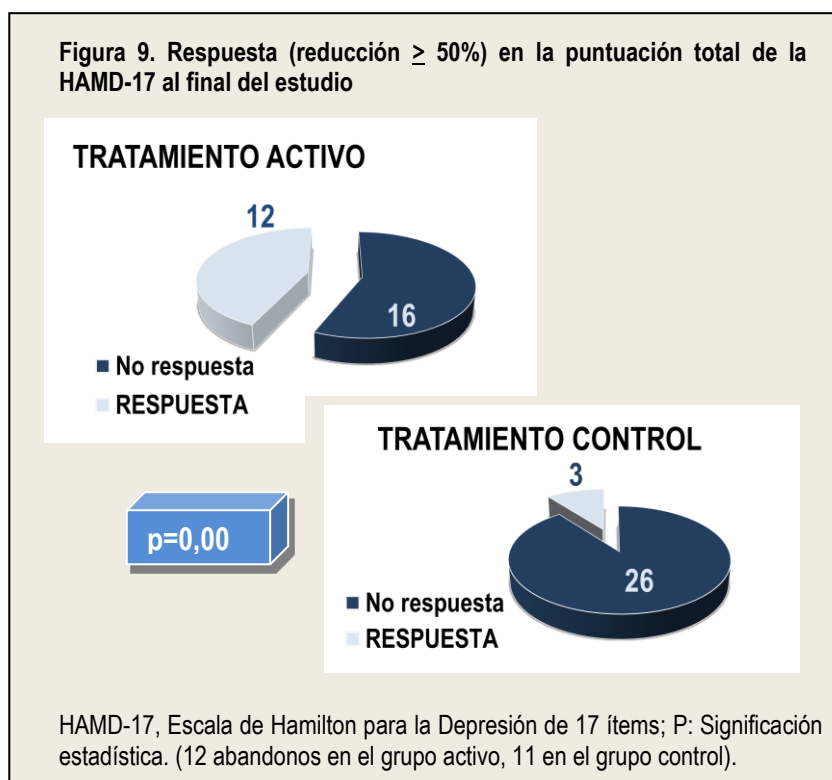
4.3 ANÁLISIS DE EFICACIA

4.3.1 Variable primaria de eficacia

En comparación con el placebo, la asociación de recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas al tratamiento antidepresivo estándar, produjo una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación de la HAMD-17 al final del estudio para el grupo activo de -8,8 frente al grupo control de -3,8; $p=0,00$. (Figura 8)

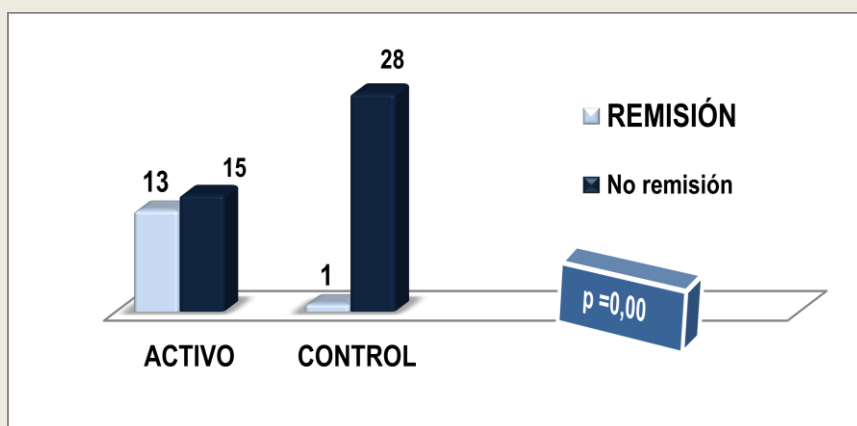


La Tasa de respuesta (entendida esta como una mejoría en la HAMD-17 final respecto a la basal \geq al 50%), se alcanzó en 12 pacientes del grupo de recomendaciones estructuradas frente a 3 pacientes del grupo placebo ($p=0,00$). (Figura 9)



Y la remisión sintomática (definida como una puntuación final en la HAMD-17 \leq 7) fue alcanzada por 1 paciente del grupo control, mientras que 13 pacientes del grupo activo lo consiguieron, con una significación estadística de 0,00 ($p=0,00$). (Figura 10)

Figura 10. Remisión ($HAMD-17 \leq 7$) en la puntuación total de la HAMD-17 al final del estudio



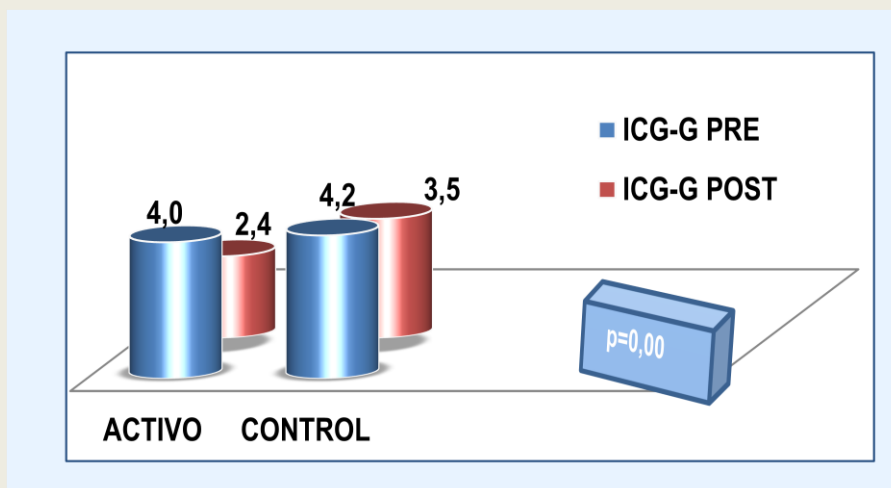
HAMD-17, Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems; P: Significación estadística. (12 abandonos en el grupo activo, 11 en el grupo control).

4.3.2 Variables secundarias de eficacia

Desde la evaluación basal hasta el final del estudio se observó que la media de la puntuación de la ICG-G mejoró más en el grupo activo que en grupo control (-1,6 vs -0,7; $p=0,00$). (Figura 11)

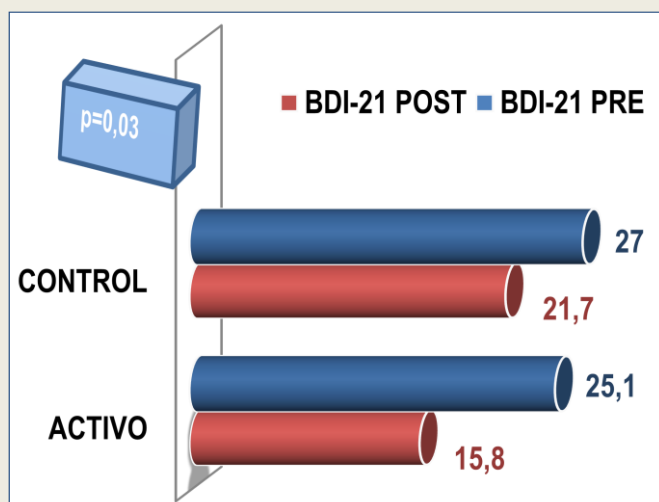
Dicha mejoría fue avalada a su vez por los resultados del BDI-21, con una significancia estadística del 0,03 ($p=0,03$). El cambio medio de la puntuación total, entre el inicio y el final del estudio fue de -9,3 en el grupo de recomendaciones estructuradas frente a -5,3 en el grupo de recomendaciones control. (Figura 12)

Figura 11. Cambio en la puntuación total de la ICG-G



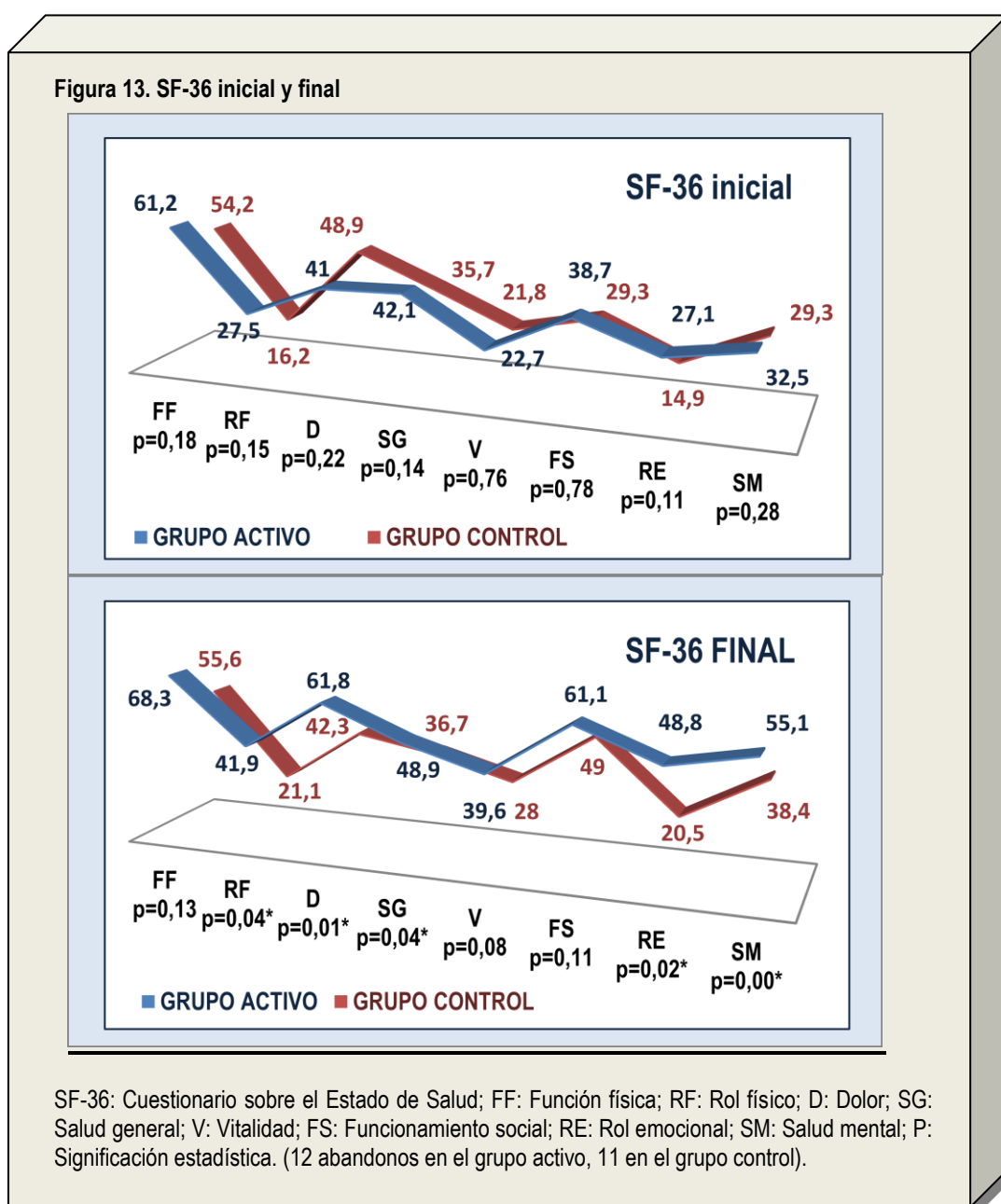
ICG-G PRE: Impresión Clínica Global de Gravedad pre estudio; ICG-G POST: Impresión Clínica Global de Gravedad post estudio; P: significación estadística. (12 abandonos en el grupo activo, 11 en el grupo control).

Figura 12. Cambio en la puntuación total de la BDI-21



BDI-21 PRE: Inventario de depresión de Beck de 21 ítems pre estudio; BDI-21 POST: Inventario de depresión de Beck de 21 ítems post estudio; P: Significación estadística. (12 abandonos en el grupo activo, 11 en el grupo control).

En el grupo de tratamiento activo, existía una mejora en la calidad de vida al final del estudio en comparación con el grupo control, con significación estadística en las subescalas: D ($p=0,01$), RF ($p=0,04$), SG ($p=0,04$), RE ($p=0,02$) y SM ($p=0,00$). Los valores se muestran en la **Figura 13**.



En relación a las variables metabólicas, la **Tabla 24** nos muestra que la mayoría de los valores mejoraban más el perfil metabólico en el grupo activo en comparación con el grupo de recomendaciones control, al cabo de los 6 meses de estudio. Sin embargo, dichos cambios eran leves y probablemente debido al tamaño de la muestra, ninguno de ellos lograba alcanzar significación estadística. Sin embargo, si fue estadísticamente significativo el número de pacientes que cumplieron criterios de síndrome metabólico pre y post estudio entre ambas muestras, a favor del grupo de recomendaciones activas (**Tabla 25**).

Tabla 24. Variables metabólicas: Cambio pre – post estudio.

	Grupo activo n= 25	Grupo control n= 26	p
Incremento IMC, (DE)	-0,11 (1,5)	0,29 (1,6)	NS
Incremento TAS, (DE)	-2,33 (15,7)	-2,04(16,9)	NS
Incremento TAD, (DE)	1,5 (12,9)	-1,76 (15,0)	NS
Incremento glucosa en suero, (DE)	-3,9 (20,7)	-0,6 (21,3)	NS
Incremento colesterol total, (DE)	-3,92 (21,9)	3,76 (39,2)	NS
Incremento colesterol-HDL, (DE)	-7,00 (19,5)	3,00 (33,4)	NS
Incremento colesterol-LDL, (DE)	1,76 (8,3)	-0,15 (8,1)	NS
Incremento TG, (DE)	6,4 (41,9)	9,3 (62,8)	NS

P, Significación estadística; DE, Desviación estándar; N, número; IMC, Índice de Masa Corporal; TAS, Tensión arterial sistólica; TAD, Tensión arterial diastólica; Colesterol-HDL, Colesterol de alta densidad; Colesterol-LDL, Colesterol de baja densidad; TG, Triglicéridos; NS, no significativo

Tabla 25. Síndrome metabólico pre y post estudio.

	Grupo activo n= 25	Grupo control n= 26	P
Síndrome metabólico pre, N	7	9	0,03
Síndrome metabólico post, N	3	10	

P, Significación estadística; N, número.

A nivel económico, no se observaron diferencias en cuanto al empleo de recursos sanitarios (consultas al servicio de urgencias o ingresos) ni en relación al cambio en la situación laboral, pero sí en la toma de fármacos. Mientras la prescripción psicofarmacológica se incrementó en 9 pacientes del grupo activo (aumento de dosis o número de fármacos psicotrópicos a los 6 meses de seguimiento), en el grupo control esto ocurrió en 17 pacientes. Por otra parte, la prescripción farmacológica en el grupo activo disminuyó en 8 pacientes, mientras que en el grupo control dicha disminución tan sólo ocurrió en 3 casos ($p=0,03$).

4.3.3 Otras variables secundarias de eficacia

Para evaluar en qué medida los pacientes eran capaces de seguir dichas recomendaciones, se cuantificó su grado de cumplimentación a través de la colocación de un actígrafo. En la **Tabla 26** y **27** quedan recogidas las características sociodemográficas y clínicas de dicho subgrupo de pacientes ($n=15$), a los cuales se les cuantificó el grado de

cumplimentación mediante registro actimétrico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Tabla 26. Características sociodemográficas de pacientes con actígrafo.

	Grupo activo n= 8	Grupo control n= 7	P
Sexo, (N)			
- Hombres	1	1	NS
- Mujeres	7	6	
Edad en años, (M, DE)	53 (12,5)	56 (9,4)	NS

N, número; M, media; DE, desviación estándar; P, significación estadística; NS, no significativo.

Tabla 27. Características clínicas de pacientes con actígrafo.

	Grupo activo n= 8	Grupo control n= 7	P
Diagnóstico, (N)			
- TDM	5	4	NS
- TD	3	2	
- TB	0	1	
Gravedad, (M, DE)			
- HAMD-17	22,3 (7,1)	21,1 (2,3)	NS
- BDI-21	26,2 (7,4)	26,6 (12,7)	

N, número; M, media; DE, desviación estándar; P, significación estadística; TDM, Trastorno Depresivo Mayor; TB, Trastorno Bipolar; TD, Trastorno Distímico; HAMD-17, Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems; BDI-21, Inventario de depresión de Beck de 21 ítems; NS, no significativo.

Los datos de actividad física y exposición a la luz se reflejan en la **Tabla 28 y 29**.

Tabla 28. Actividad física pre y post entrega de recomendaciones.

	Grupo activo n= 8	Grupo control n= 7	P
Actividad física basal (M, DE)	164,2 (74,7)	131,6 (53,1)	NS
Actividad física final (M, DE)	188,6 (47,4)	126,4 (53,6)	0,03

N, número; M, media; DE, desviación estándar; P, significación estadística; NS, no significativo.

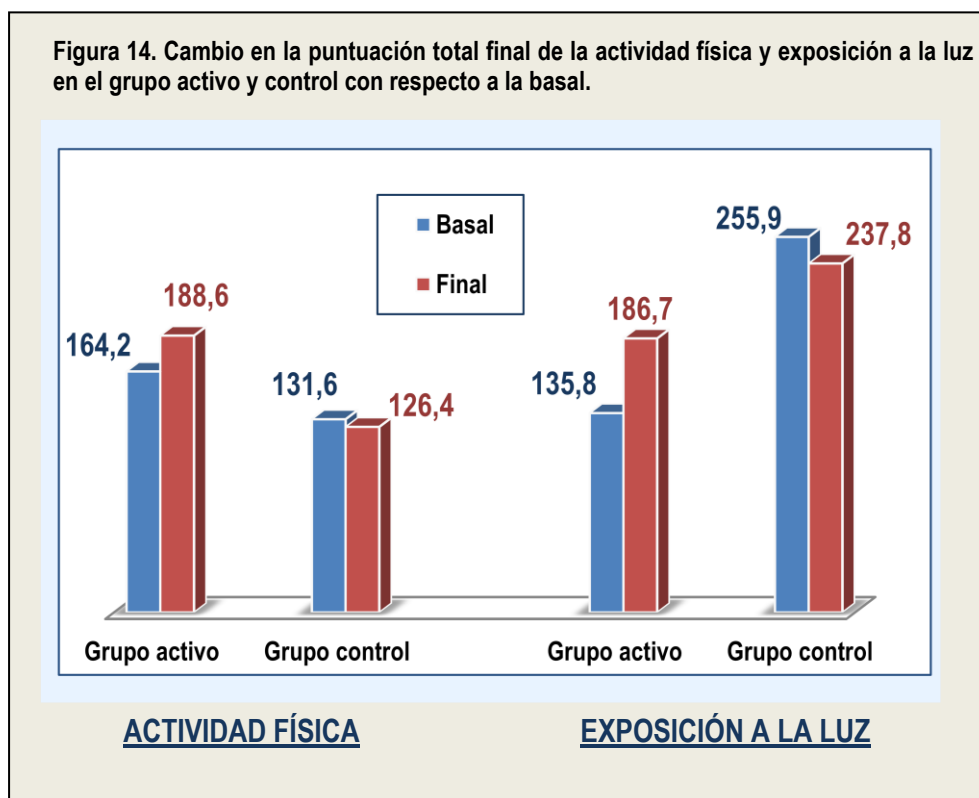
Tabla 29. Exposición a la luz pre y post entrega de recomendaciones.

	Grupo activo n= 8	Grupo control n= 7	P
Exposición a la luz basal (M, DE)	135,8 (101,1)	255,9 (138,4)	0,04
Exposición a la luz final (M, DE)	186,7 (143,9)	237,8 (150,6)	NS

N, número; M, media; DE, desviación estándar; P, significación estadística; NS, no significativo.

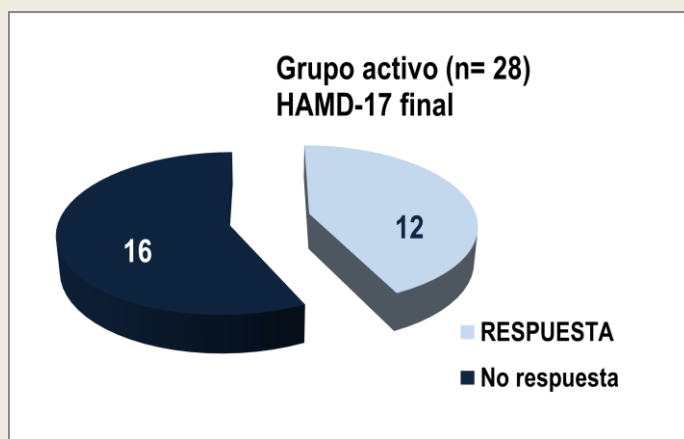
Se recogieron los promedios, despreciando los días en que el paciente se colocó y se retiró el actígrafo, así como el día en que el paciente recibió las recomendaciones por escrito, por incompletos. En la mayoría de los casos se pudo obtener los datos completos de 7 días antes y 7 días después de la administración de las recomendaciones. En cuanto a la actividad física, no se observaron diferencias basales, pero si significación estadística en el

grupo activo tras la entrega de recomendaciones estructuradas. En el caso de la exposición a la luz basal sin embargo, si existían diferencias estadísticas entre ambas muestras. Dicha circunstancia nos obligó a utilizar porcentajes de decremento respecto a la medición basal para comparar los cambios entre grupos. La actividad física y la exposición a la luz aumentaban un 14,3% y un 25,8% respectivamente en el grupo activo, mientras que en el grupo control el cambio en esos mismos parámetros era de -15,8% y -26,9%. El contraste estadístico no fue sin embargo, significativo (**Figura 14**).



Por último, se evaluaron los distintos factores que podrían interferir en la adherencia terapéutica al uso de las recomendaciones objeto de estudio. Para ello se dividió a los 28 pacientes asignados al grupo de tratamiento activo en función de su respuesta clínica (reducción $\geq 50\%$) en la puntuación total de la HAMD-17 al final del estudio. Entre los respondedores se incluyeron 12 pacientes y 16 entre aquellos que no respondieron (**Figura 15**). Sus datos demográficos y clínicos se compararon en las **Tablas 30 y 31**. Sus rasgos de personalidad en la **Figura 16**.

Figura 15. Clasificación de pacientes del grupo activo en función de su respuesta (reducción $\geq 50\%$) en la puntuación total de la HAMD-17 al final del estudio



HAMD-17: Escala de Hamilton para la Depresión de 17 ítems.

Tabla 30. Características demográficas del grupo activo en función de su respuesta (reducción \geq 50%) en la HAMD-17 al final del estudio.

	RESPUESTA n= 12	No respuesta n= 16
Sexo, (N)		
- Hombres	4	5
- Mujeres	18	1
Edad en años, (M, rango)	45,37 (23-70)	55,0 (44-65)

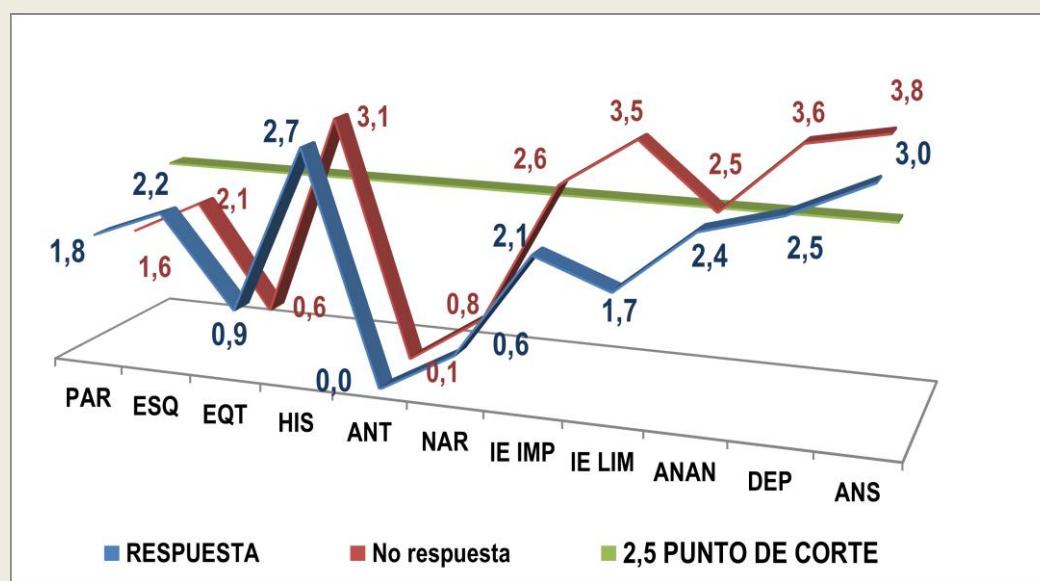
N, número; M, media; Rango, mínimo y máximo.

Tabla 31. Características clínicas del grupo activo en función de su respuesta (reducción \geq 50%) en la HAMD-17 al final del estudio.

	RESPUESTA n= 12	No respuesta n= 16
Diagnóstico, (N)		
- TDM	20	3
- TD	1	3
- TB	1	-
Tiempo de evolución de la enfermedad en años (M, rango)	18,8 (0,08 - 37)	13,1 (3 - 28)
Duración del episodio actual en meses (M, rango)	15,2 (1- 66)	59,8 (2 - 144)
Antecedentes Familiares, (N)		
- Si	17	4
- No	5	2
- Intentos de suicidio	7	-
Comorbilidad psiquiátrica, (N)		
- Si	11	5
- No	11	1
Comorbilidad somática, (N)		
- Si	22	6
- No	-	-
Sintomatología depresiva, (M, rango)		
- HAMD-17	20,0 (10 – 33)	16,1 (12-18)

N, número; M, media; TDM, Trastorno Depresivo Mayor; TB, Trastorno Bipolar; TD, Trastorno Distímico; HAMD-17, Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems.

Figura 16. Cuestionario Salamanca de TP.
Rasgos de personalidad del grupo activo en función de su respuesta (reducción $\geq 50\%$ en la HAMD-17)
al final del estudio.



TP: Trastorno de personalidad; HAMD-17: Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems; PAR: Paranoide; EQZ: Esquizoide; EQT: Esquizotípico; HIS: Histriónico; ANT: Antisocial; NAR: Narcisista; IE IMP: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo; IE LIM: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite; ANAN: Anancástico; DEP: Dependiente; ANS: Ansioso.

4.4 SEGURIDAD Y TOLERABILIDAD

Las razones del abandono prematuro del estudio se muestran en la **figura 6**. Ni los pacientes que interrumpieron voluntariamente el ensayo ni el resto que lo completaron, refirieron efectos adversos secundarios a la puesta en marcha de las recomendaciones higiénico-dietéticas objeto de estudio.

DISCUSIÓN

El estilo de vida mediterráneo se ha relacionado con los buenos indicadores sanitarios que disfrutaban los países del sur de Europa (Tourlouki et al., 2010). Dentro de los “ingredientes” del estilo de vida mediterráneo se incluye la dieta, el ejercicio físico, el control del estrés, el alto apoyo social y también pasar más tiempo al aire libre y expuestos a la luz del sol, favorecido todo ello por el habitual clima agradable (Toobert et al., 2007). Desgraciadamente, asistimos a una lenta pero inexorable pérdida de estos patrones de estilo de vida, surgiendo la duda de si este es un fenómeno inevitable e irreversible, tributo de la denominada “globalización”. Sin embargo, al menos en medicina parece que no, en la medida que se ha demostrado que pacientes afectados por distintas, prevalentes y graves enfermedades cardiovasculares, metabólicas y neurológicas pueden mejorar mucho su pronóstico vital cuando modifican aspectos de su estilo de vida (Mora, 2012; Scarmeas et al., 2009; Toobert et al., 2007; Ornish et al., 1990). La depresión podría muy bien añadirse a este grupo de enfermedades, ya que sabemos que existe una cierta direccionalidad entre ella y la mala alimentación, el sedentarismo, la desorganización de los ritmos vitales y la exposición a la luz solar (Soria and Urretavizcaya, 2009). Estas enfermedades comparten un alto grado de comorbilidad y factores de riesgo conductuales, y se han asociado a un perfil fisiológico similar de desregulación metabólica e inflamatoria (Ota and Duman, 2012; Rethorst et al., 2012; Moussavi et al., 2007; Shoelson et al., 2007), denominándose comúnmente “enfermedades de la modernidad”.

En los países desarrollados, el “estilo de vida” es uno de los mayores condicionantes del estado de salud de la población. Como disciplina novedosa, la medicina del estilo de vida no pretende ser una alternativa a la medicina convencional, sino más bien una estrategia complementaria a los tratamientos habituales. En los últimos años han sido numerosos los trabajos que se han hecho eco de cómo unos hábitos de vida saludables son claves para mantener una buena salud, una mayor calidad de vida y prevenir enfermedades a largo plazo (Lenz, 2011, 2010; Elswick et al., 2011; Márquez et al., 2009). Además, se sabe que dichos hábitos de vida (exposición a la luz natural (Wirz-Justice et al., 2005), técnicas conductuales que regulen los ritmos circadianos del ciclo sueño-vigilia (Berk, 2009; Manber et al., 2008), práctica de actividad física moderada de forma regular (Harvey et al., 2010), y patrones alimentarios saludables tales como la dieta mediterránea (Sánchez-Villegas et al., 2011a, 2011c)) están interrelacionados (Appleton et al., 2007; Valero et al., 2007), de tal manera que la modificación de cada uno de ellos facilitaría indirectamente cambios en el resto (Ruiz et al., 2010), potenciándose sus efectos.

El mecanismo por el cual la modificación de este estilo de vida puede mejorar la depresión es probablemente complejo. La práctica de estas recomendaciones implica cambios a muchos niveles; biológicos, psicológicos y sociales que pueden ayudar a los pacientes a mejorar. A nivel biológico existe evidencia de que el ejercicio modifica el equilibrio de los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico, de forma inversa a como lo haría el estrés (Ota and Duman, 2012; Rethorst et al., 2012; Sarbadhikari and Saha, 2006). La dieta Mediterránea también parece ser capaz de modificar los niveles de monoaminas cerebrales e

incluso el factor neurotrófico cerebral (BDNF), el cual se sabe que se encuentra reducido en pacientes con depresión (Ota and Duman, 2012; Sánchez-Villegas et al., 2009). Así mismo, recomendaciones sobre la exposición a la luz y sobre el ciclo sueño-vigilia, son intervenciones que se han mostrado capaces de modificar la neuroquímica cerebral (la secreción de cortisol, de hormona estimulante del tiroides, de melatonina o de monoaminas), que pueden contrarrestar la sintomatología depresiva (Soria and Urretavizcaya, 2009).

Las recomendaciones en relación al estilo de vida tienen una larga tradición en medicina. Sin embargo, dichas recomendaciones solo se utilizan de forma generalizada, cuando su eficacia es contrastada en una determinada enfermedad (Davidson, 2010; Toobert et al., 2005; Omish et al., 1998). En el caso de la depresión no tienen un peso importante en las principales guías clínicas, aunque ciertamente, bastantes clínicos llevan muchos años realizando recomendaciones sobre el estilo de vida basadas en su intuición y experiencia. Hasta el momento, son pocos los estudios disponibles que asocien estas sencillas recomendaciones de forma conjunta y ninguno que reúna simultáneamente el empleo de las cuatro, por lo que nos pareció relevante la realización de un estudio de estas características.

En la realización de nuestro estudio participaron miembros habituales de la plantilla de 3 hospitales y 9 centros de salud, que realizaban el seguimiento de los pacientes sin ningún tipo de interferencia con el equipo de investigación. Se utilizó un diseño con muestras heterogéneas de pacientes deprimidos, con pocos criterios de exclusión y en condiciones de práctica clínica habitual, lo cual creemos refuerza considerablemente la validez externa del estudio.

Ambos grupos de tratamiento no diferían en cuanto a sus características sociodemográficas ni clínicas. Tampoco se encontraron diferencias en relación al tratamiento inicial, a excepción del uso de antipsicóticos asociados al tratamiento antidepresivo, el cual se podía explicar por el pequeño tamaño muestral. En ningún caso, la toma de los mismos se relacionaba con la presencia de sintomatología psicótica, que era motivo de exclusión del estudio. El empleo de estos fármacos parecía tener una función fundamentalmente hipnótica. Sus hábitos de vida también eran similares, pero merece ser señalado el bajo porcentaje de los mismos con unos hábitos higiénico-dietéticos saludables. Solamente un 23,8% y un 20% reconocían realizar más de 1 hora al día de ejercicio físico y exposición a la luz solar respectivamente. En un 58,6% el patrón de sueño era el recomendado, entre 7 y 9 horas, pero tan solo un 31,2% dormían de forma natural sin tomar medicación. Existían horarios regulares de comida en el 61,2% de los pacientes, aunque sus ingestas de fruta, verdura y pescado sólo eran las que se recomiendan en un 48,8%, 20% y 46,2% respectivamente. En este sentido, son varios los estudios que apuntan en la misma dirección, relacionando la gravedad de la sintomatología depresiva tanto con una reducción de la actividad física (Beydoun and Wang, 2010; Wise et al., 2006; Farmer et al., 1988), como con una menor exposición a la luz (Meyer and Johnston, 2008; Lambert et al., 2002; Sumaya et al., 2001), hábitos de sueño desestructurados (Meyer and Johnston, 2008; Leblanc et al., 2007; Ohayon, 2007; Szklo-Coxe et al., 2007), y peor calidad en la ingesta dietética (Brandley et al., 2012; Jacka et al., 2010; Kuczmarski et al., 2010; Beydoun et al., 2009; Javaras et al., 2008; Pagoto et al., 2007; Raymond et al., 2007; APA, 2000).

Todas las escalas indicaban una mejor evolución de la sintomatología depresiva en el grupo de tratamiento activo. Dicha mejora no solo era avalada por las puntuaciones finales de la HAMD-17 y la ICG-G, estadísticamente significativas a favor del grupo de recomendaciones estructuradas ($p= 0,00$ en ambas), sino que eran refrendadas por la tasa de respuesta y remisión medida por la HAMD-17. Mientras que 12 pacientes en el grupo de tratamiento activo mejoraban \geq del 50% respecto a las puntuaciones basales, esto solo ocurría en 3 pacientes del grupo control ($p= 0,00$). Del mismo modo, 13 pacientes en el grupo activo frente a 1 paciente del grupo control cumplían criterios de remisión, es decir una puntuación en la HAMD-17 \leq a 7 puntos. Las puntuaciones finales del BDI-21 también orientaban en este sentido. El cambio medio de la puntuación total, entre el inicio y el final del estudio fue de -9,0 en el grupo de recomendaciones estructuradas frente a -4,8 en el grupo de recomendaciones control ($p=0,03$). Este estudio es el primero que reúne conjuntamente el empleo de estas cuatro recomendaciones, por lo que no existen otros para comparar resultados, pero sí estudios parciales que orientan en este sentido. Este es el caso del estudio abierto de Brown y colaboradores ([Brown et al., 2001](#)) que combina con éxito tres de estas recomendaciones: la exposición a la luz solar, la realización de ejercicio físico y el aporte vitamínico, en una muestra de mujeres sin tratamiento antidepresivo, con una adherencia terapéutica de dos tercios de los sujetos y que apoya la efectividad de estas intervenciones en sintomatología depresiva menor o subumbral. Otros estudios como los de Leppämäki y colaboradores ([Leppämäki et al., 2004, 2002a, 2002b](#)), que asocian terapia lumínica y programas de ejercicio físico en sujetos con sintomatología depresiva o los de Benedetti y colaboradores ([de Benedetti et al., 2007, 2005](#)) que combinan privación de sueño y terapia lumínica en asociación a tratamiento

antidepresivo y eutimizante, en pacientes bipolares aquejados de sintomatología depresiva, también aportan resultados en la misma dirección. Mencionar así mismo el estudio de 12 meses de duración de Imayama y colaboradores (Imayama et al., 2011) en mujeres postmenopáusicas con sobrepeso u obesas, en el que se examina el efecto por separado del empleo de dieta o ejercicio físico frente a la combinación de las mismas, a nivel de la calidad de vida medida por el cuestionario SF-36 sobre el estado de salud. De los 3 grupos, es la combinación de dieta y ejercicio físico la que demuestra mayores mejoras tanto en aspectos psicológicos (síntomas depresivos, de estrés) como en calidad de vida. En concreto, en 4 aspectos del cuestionario SF-36 sobre el estado de salud; función física, rol físico, vitalidad y salud mental. De igual manera, en nuestro estudio la mejora de la sintomatología afectiva también se generalizaba a su vez en una mejor calidad de vida del paciente, mejorándose aspectos puntuales como el grado de dolor o la interferencia que este producía ($p= 0,01$), así como aspectos más amplios como la percepción general del estado de salud ($p=0,04$), reconociendo que tanto los problemas emocionales ($p= 0,02$) como de salud física ($p= 0,04$) interferían menos en su vida. A su vez, dicha mejora en su salud física era corroborada a nivel somático por una mejoría de parámetros analíticos, existiendo un menor número de pacientes que cumplía criterios de síndrome metabólico al final del estudio ($p=0,03$). A nivel económico, no se observó ahorro en cuanto a un menor empleo de recursos sanitarios (consultas al servicio de urgencias o ingresos hospitalarios), ni en cuanto a una mayor reinserción laboral. Sin embargo, sí se constató un mayor ahorro en cuanto a gasto farmacéutico, al requerir los pacientes una menor prescripción de fármacos psicotrópicos (disminución de dosis o número de fármacos a los 6 meses de seguimiento).

Por otra parte, la adherencia al tratamiento es uno de los problemas cardinales en el tratamiento de cualquier enfermedad (Jack et al., 2010), que influye tanto en su efectividad como en el coste que acarrea (White et al., 2003). La adherencia se define como: “la medida en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones señalizadas por un profesional”. Dicho concepto puede ser multi-dimensional y podría abarcar aspectos tales como la asistencia a las citas, la toma de medicación, o la realización de las recomendaciones prescritas. En este sentido, un argumento esgrimido por algunos, sería la difícil cumplimentación de dichas recomendaciones por parte de los pacientes deprimidos. Quizás sean estas dudas justificadas sobre la adherencia a estas medidas (Jack et al., 2010; Katon et al., 2010), una de las razones de la falta de uso de recomendaciones sobre estilo de vida en la depresión. Es cierto que el retraso psicomotor es un obstáculo clave, así como la anhedonia, la anergia, la abulia, el retraimiento, la desesperanza y la angustia psíquica y somática. También lo son otros síntomas depresivos, como los problemas de memoria y concentración, las molestias corporales múltiples y el desinterés por el aspecto y la salud. Todos ellos aumentan las dificultades para que el paciente pueda cambiar determinadas conductas relacionadas con su estilo de vida en la forma en que se le pide. En el otro lado de la balanza tendríamos la buena conciencia de enfermedad y colaboración del paciente depresivo, especialmente si la sintomatología que presenta no es excesivamente grave y este es capaz de convencerse de que merece la pena el esfuerzo solicitado. Los resultados de nuestro estudio, con todas sus limitaciones, avalaban que los pacientes, al menos a corto plazo, (en la semana posterior), eran capaces de hacer esfuerzos en la dirección propuesta, aumentando la actividad física y la exposición a la luz. No se pudo determinar sin embargo, qué

factores tanto sociodemográficos, clínicos o de personalidad podrían estar implicados en el cumplimiento de dichas recomendaciones, algo que sería importante investigar y conocer para aumentar la motivación y la adherencia a estas medidas.

En resumen, los resultados de este estudio apoyarían la utilización sistematizada por parte de los clínicos de esta sencilla combinación de recomendaciones higiénico-dietéticas en pacientes con depresión. Su uso, asociado al tratamiento antidepresivo estándar, implementaría la eficacia de los mismos, aumentando aún más la mejoría sintomática. Su buena tolerabilidad (no presencia de efectos adversos significativos o problemas de seguridad), su fácil implementación (sencilla puesta en marcha de manera generalizada tanto en atención primaria como en salud mental), y coste económico inapreciable (tan solo es una simple combinación de recomendaciones escritas en una hoja de papel), sugerirían que esta combinación de recomendaciones podría tener una relación coste-beneficio favorable en el tratamiento a largo plazo del paciente depresivo.

5.1 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Las principales limitaciones de este estudio son: a) la muestra heterogénea de pacientes, b) el posible sesgo del evaluador ciego, c) el no registro de la condición física basal del paciente y d) el tamaño de la muestra estudiada.

Aunque la gran mayoría de los pacientes cumplían criterios de Trastorno Depresivo Mayor, también se incluyeron en el estudio pacientes con Trastorno Distímico y Trastorno Bipolar. Debido a lo limitado de la muestra, no se pudo llevar a cabo un análisis por separado de estos subgrupos de pacientes, con el fin de averiguar si se comportaban del mismo modo en relación a los hábitos higiénico-dietéticos recomendados.

Dado que los evaluadores ciegos estaban al tanto de la hipótesis del estudio, estos podían inferir a que grupo habían sido asignados los pacientes en función de sus respuestas. Es decir, no se puede descartar un sesgo involuntario. Sin embargo, la coincidencia de los resultados obtenidos con test heteroaplicados como los determinados mediante la utilización del Inventario de depresión de Beck de 21 ítems (BDI-21), prueba autoaplicada y cumplimentada por el propio paciente, nos ayuda a descartar este posible sesgo de evaluación.

Por otro lado, no se registró la condición física basal de los pacientes para comprobar si estos eran capaces de cumplir las recomendaciones físicas, tal como se sugiere en algunos estudios ([Voderholzer et al., 2011](#)). Tampoco se pudo evaluar el grado de adherencia en cada paciente, de las cuatro recomendaciones higiénico-dietéticas en general. Sin bien este no era el objetivo principal del estudio, el cual se centraba en si estas simples recomendaciones se traducían en una mejoría clínica, el registro del mismo nos podría haber informado del perfil del paciente no cumplidor y sus principales obstáculos.

Por último, el número de pacientes incluidos en el estudio debe hacernos extremar la cautela en su interpretación. Es innecesario decir que estos resultados deben ser replicados con una muestra mayor, para permitir una mayor potencia estadística.

5.2 CONCLUSIONES

1. La combinación de 4 recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas asociadas al tratamiento antidepresivo estándar se comprobó eficaz para reducir los síntomas depresivos al final del estudio (6 meses). Todas las escalas (HAMD-17, BDI-21 e ICG-G) indicaban una mejor evolución de la sintomatología depresiva en el grupo de tratamiento activo, así como un mayor número de pacientes que cumplían criterios de respuesta y remisión.
2. A la mejora afectiva se asociaba una mayor calidad de vida en el grupo activo. En concreto, en 5 aspectos del cuestionario SF-36 sobre el estado de salud: Salud General (SG), Salud Mental (SM), Rol Físico (RF), Rol Emocional (RE) y Dolor (D).
3. El número de pacientes que cumplían criterios de Síndrome Metabólico al final del estudio era menor en el grupo de tratamiento activo.

4. A diferencia del grupo control, el grupo de tratamiento activo requería menor prescripción de fármacos psicotrópicos al final del estudio, con el consiguiente ahorro económico.
5. La asociación de recomendaciones higiénico-dietéticas estructuradas al tratamiento antidepresivo estándar era segura y bien tolerada.
6. Los resultados de este estudio apoyarían la utilización sistematizada por parte de los clínicos de esta sencilla combinación de recomendaciones higiénico-dietéticas en pacientes con depresión.

AGRADECIMIENTOS

A los pacientes por su colaboración, al Instituto Carlos III por la financiación de este estudio (beca FIS nº PI07 No 0544), a todos los colaboradores (residentes de psiquiatría, enfermeros, auxiliares, psicólogos y psiquiatras), a los compañeros del grupo de Salud Mental de Baleares de la RedIAPP (Red de Investigación en Actividades Preventivas y Promoción de la Salud) por su trabajo y en especial a Antonio Pareja-Bezares por su inestimable ayuda. Sin su participación, financiación y apoyo, este estudio no podría haberse realizado.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrantes, A.M., Strong, D.R., Cohn, A., Cameron, A., Greenberg, B.D., y Mancebo M.C. (2009). Acute changes in obsessions and compulsions following moderate-intensity aerobic exercise among patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23 (7): 923-7.
- Alonso, J., Regidor, E., Gregorio, B., Prieto, L., Rodríguez, C., y de la Fuente, L. (1998). Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Medicina Clínica*, 111: 410-416.
- American College of Preventive Medicine. (2009). *Lifestyle medicine Evidence Review*. Disponible en: <http://www.acpm.org/LifestyleMedicine-LiteratureReview.pdf>.
- Angst, F., Stassen, H.H., Clayton, P.J., y Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years. *Journal Affective Disorders*, 68: 167-81.
- APA. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4ª ed.). American Psychiatric Association Washington, DC: Autor.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th ed, text revision ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (2003). *Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors* [Internet]. American Psychiatric Association. Disponible en: http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_14.aspx.

- Appleton, K.M., Woodside, J.V., Yarnell, J.W., Arveiler, D., Haas, B., y Amouyel, P. (2007). Depressed mood and dietary fish intake: direct relationship or indirect relationship as a result of diet and lifestyle? *Journal of Affective Disorders*, 104, 217-223.
- Appleton, K.M., Rogers, P.J., y Ness, A.R. (2008). Is there a role for n-3 long-chain polyunsaturated fatty acids in the regulation of mood and behavior? A review of the evidence to date from epidemiological studies, clinical studies and intervention trials. *Nutrition Research Reviews*, 21: 13-41.
- Atlantis, E. y Ball, K. (2007). Association between weight perception and psychological distress. *International Journal of Obesity*, 32, 715-721.
- Atlantis, E. y Baker, M. (2008). Obesity effects on depression: systematic review of epidemiological studies. *International Journal of Obesity*, 32, 881-891.
- Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., y Moore, K. (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62 (5): 633-8.
- Baca, E.B. (2011). *Depresión y ritmos circadianos*. Barcelona: EUROMEDICINE Ediciones Médicas.
- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., y Voderholzer, U. (2011). Insomnia as a predictor of depression: a meta-analysis evaluation of longitudinal epidemiological studies. *Journal of Affective Disorders*, 135, 10-19.
- Baldessarini, R.J. y Tondo, L. (2003). Suicide risk and treatments for patients with bipolar disorder. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290: 1517-9.

- Barbini, B., Benedetti, F., Colombo, C., Dotoli, D., Bernasconi, A., y Cigala-Fulgosi, M. (2005). Dark therapy for mania: a pilot study. *Bipolar Disorder*, 7 (1): 98-101.
- Bartholomew, J.B., Morrison, D., y Ciccolo, J.T. (2005). Effects of acute exercise on mood and well-being in patients with major depressive disorder. *Medicine & Science in Sports & Exercise*, 37 (12): 2032-7.
- Baxter, H., Winder, R., Chalder, M., Wright, C., Sherlock, S., y Haase, A. (2010). Physical activity as a treatment for depression: the TREAD randomized trial protocol. *Trials*, 12; 11: 105.
- Beautrais, A.L., Collins, S.C.D., y Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Bech, P. (1996). *The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: screening and listening*, 2.^a ed. Berlin: Springer.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4: 561-571.
- Berger, M., van Calder, D., y Riemann, D. (2003). Sleep and manipulations of the sleep-wake rhythm in depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, (418): 83-91.
- Berk, M. (2009). Sleep and depression-theory and practice. *Australian Family Physician*, 38, 302-304.

- Berlin, A.A., Kop, W.J., y Deuster, P.A. (2006). Depressive mood symptoms and fatigue after exercise withdrawal: the potential role of decreased fitness. *Psychosomatic Medicine*, 68 (2): 224-30.
- Bernhardsdóttir, J. y Vilhjálmsón, R. (2012). Psychological distress among university female students and their need for mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, doi: 10.1111/jpm.12002. [Epub ahead of print]
- Bertone-Johnson, E.R. (2009). Vitamin D and the occurrence of depression: causal association or circumstantial evidence? *Nutrition Reviews*, 67, 481-492.
- Beydoun, M.A. y Wang, Y. (2010). Pathways linking socioeconomic status to obesity through depression and lifestyle factors among Young US adults. *Journal of Affective Disorders*, 123 (1-3): 52-63.
- Beydoun, M.A., Kuczmarski, M.T., Mason, M.A., Ling, S.M., Evans, M.K., y Zonderman, A.B. (2009). Role of depressive symptoms in explaining socioeconomic status disparities in dietary quality and central adiposity among US adults: A structural equation modeling approach. *The American Journal of Psychiatry*, 90 (4): 1084-1095.
- Blake, H., Mo, P., Malik, S., y Thomas, S. (2009). How effective are physical activity interventions for alleviating depressive symptoms in older people? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 23 (10): 873-87.
- Blumenthal, J.A., Babyak, M.A., Doraiswamy, P.M., Watkins, L., Hoffman, B.M., y Barbour, K.A. (2007). Exercise and pharmacotherapy in the treatment of major depressive disorder. *Psychosomatic Medicine*, 69 (67), 587-596.

- Bobes, J., Saiz-Ruiz, J., Montes, J.M., y Mostaza, J. (2008) Consenso español de salud física del paciente con trastorno bipolar. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 1: 26-37.
- Bódizs, R., Purebl, G., y Rihmer, Z. (2010). Mood, mood fluctuations and depression: role of the circadian rhythms. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 12 (1): 277-87.
- Bodnar, L.M. y Wisner, K.L. (2005). Nutrition and depression: implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biological Psychiatry*, 58, 679-685.
- Bourre, J.M. (2004). The role of nutritional factor on the structure and function of the brain: an update on dietary requirements. *Revue Neurologique*, 160 (8-9): 767-92.
- Bourre, J.M. (2006). Effects of nutrients (in food) on the structure and function of the nervous system: update on dietary requirements for brain. Part 2: macronutrients. *The Journal of Nutrition Health and Aging*, 10 (5): 386-99.
- Bradley, M., Appelhans, Ph.D., Matthew, C., Whited Ph.D., Kristin, L., y Schneider, Ph.D. (2012). Depression severity, diet quality, and physical activity in women with obesity and depression. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 112: 693-698.
- Brawley, E.C. (2009). Enriching lighting design. *NeuroRehabilitation*, 25 (3): 189-99.
- Briefel, R.R. (2004). Secular trends in dietary intake in the United States. *Annual Review of Nutrition*, 24, 401-431.
- Brinks, J. y Franklin, B.A. (2011). Suboptimal exercise compliance: common barriers to an active lifestyle and counseling strategies to overcome them. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5: 253-261. Doc: 10.1177/1559827610391971

- Bromet, E, Andrade, L.H., Hwang, I., Sampson, N.A., Alonso, J., y de Girolamo, G. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 26, 9: 9
- Brown, M.A., Goldstein-Shirley, J., Robinson, J., y Casey, S. (2001). The effects of multi-modal intervention trial of light, exercise, and vitamins on women's mood. *Women Health*, 34 (3): 93-112.
- Calder, P.C. (2006). N-3 Polyunsaturated fatty acids, inflammation, and inflammatory diseases. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 83 (suppl), 1505S-1579S.
- Caliyurt, O. y Guducu, F. (2005). Partial sleep deprivation therapy combined with sertraline induces more rapid improvements in quality of life items in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorder*, 88 (1): 75-8.
- Cano-Lozano, M.C., Espinosa-Fernández, L., Miró, E., y Buela-Casas, G. (2003). A review of sleep disorders in depression. *Revista de Neurología*, 15-28; 36 (4): 366-75.
- Cappuccio, F.P., Cooper, D., D'Elia, L., Strazzullo, P., y Miller, M.A. (2011). Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European Heart Journal*. (Epub ahead of print).
- Cappuccio, F.P., D'Elia, L., Strazzullo, P., y Miller, M.A. (2010). Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*, 1; 33 (5): 585-92.

- Carney, C.P. y Jones, L.E. (2006). Medical comorbidity in women and men patients a bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68: 684-91.
- Clinton, L. (2007). Greenstone. Clinicians' Corner: A Lifestyle Medicine: Approach to Anxiety and Depression in Primary Care. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1: 167-170, doi: 10.1177/1559827607300000.
- Collins, P.Y., Patel, V., Joestl, S.S., March, D., Insel T.R., y Daar, S.S. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 6: 475 (7354): 27-30.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellano de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América latinas*, 12: 217-236.
- Connolly, R.K., Helmer, A., Cristancho, M.A., Cristancho, P., y O'Reardon, J.P. (2012). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73 (4): e567-73.
- Coppen, A. y Bolander-Gouaille, C. (2005). Treatment of depression: time to consider folic acid and vitamin B12. *Journal of Psychopharmacology*, 19 (1): 59-65.
- Cordain, L., Eaton, S.B., Sebastian, E., Mann, N., Lindbergh, S., y Watkins, B.A. (2005). Origins and evolution of the Western diet: health implications for the 21st century. *American Journal of Clinical Nutrition*, 81, 341-354.
- Crawford, M.A., Bazinet, R.P., y Sinclair, A.J. (2009). Fat intake and CNS functioning: Ageing and disease. *Annal of Nutrition and Metabolism*, 55: 202-228.

- Carney, C.P. y Jones, L.E. (2006). Medical comorbidity in women and men patients a bipolar disorders: a population-based controlled study. *Psychosomatic Medicine*, 68: 684-91.
- Czeisler, C.A., Buxton, O.M., y Khalsa, S.B.S. (2005). En: M.H. Kryger, T. Roth, W.E. Dement (4ª Ed), *Principles and practice of sleep medicine: The human circadian timing system and sleep-wake regulation* (pp. 375-94). Philadelphia: W.B. Saunders.
- Davidson, J.R. (2010). Major depressive disorder treatment guidelines in American and Europe. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (Suppl. E1), e04.
- de Benedetti, F., Barbini, B., Fulgosi, M.C., Colombo, C., Dallaspezia, S., y Pontiggia, A. (2005). Combined total sleep deprivation and light therapy in the treatment of drug-resistant bipolar depression: acute response and long-term remission rates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (12): 1535-40.
- de Benedetti, F., Dallaspezia, S., Fulgosi, M.C., Barbini, B., Colombo, C., y Smeraldi, E. (2007). Phase advance is an actimetric correlate of antidepressant response to sleep deprivation and light therapy in bipolar depression. *Chronobiology International*, 24 (5): 921-37.
- de Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M., Cohen, D., y Asai, I. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10 (1): 52-77.
- de la Cerda, P., Cervelló, E., Cocca, A., y Viciano, J. (2011). Effect of an aerobic training program as complementary therapy in patients with moderate depression. *Perceptual and Motor Skills Journal*, 112 (3): 761-9.

- Dinas, P.C., Koutedakis, Y., y Flouris, A.D. (2011). Effects of exercise and physical activity on depression. *Irish Journal of Medical Science*, 180 (2): 319-25.
- Duffy, J.F. y Wright, K.P. Jr. (2005). Entrainment of the human circadian system by light. *Journal of Biological Rhythms*, 20: 326-38.
- Duna, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clark, C.G., y Chambliss, H.O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and response dose. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 1-8.
- Dunn, A.L., Trivedi, M.H., Kampert, J.B., Clark, C.G., y Chambliss, H.O. (2005). Exercise treatment for depression: efficacy and dose response. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 1-8.
- Eaton, S.B., Konner, M.J., y Cordain, L. (2010). Diet-dependent acid load, Paleolithic [corrected] nutrition, and evolutionary health promotion. *American Journal of Clinical Nutrition*, 91, 295-297.
- Eliakim, A., Brasel, J.A., y Cooper, D.M. (1999). GH response to exercise: assessment of the pituitary refractory period, and relationship with circulating components of the GH- IGF-I axis in adolescent females. *Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, 12 (1): 47-55.
- Ellis, N., Crone, D., Davey, R., y Grogan, S. (2007). Exercise interventions as an adjunct therapy for psychosis: a critical review. *British Journal of Clinical Psychology*, 46 (Pt 1): 95-111.

- Elmslie, J.L., Silverstone, J.T., Mann, J.I., Williams, S.M., y Romans, S.E. (2000). Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61: 179-84.
- Elswick, S., O'Donnell, L., Dinon, N., Stachnik, A., y Rippe, J. (2011). Incorporating Lifestyle Medicine Into a Large Health Care System: The Orlando Health Experience. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5: 192-199. [Serie on-line] Doc: 10.1177/1559827610389131.
- Esquivel, G., Díaz-Galvis, J., Schruers, K., Berlanga, C., Lara-Muñoz, C., y Griez, E. (2008). Acute exercise reduces the effects of a 35% CO₂ challenge in patients with panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 107 (1-3): 217-20.
- Farmer, M.E., Locke, B.Z., Moscicki, E.K., Dannenberg, A.L., Larson, DB., y Radlof LS. (1988). Physical activity and depressive symptoms: The NHANES I Epidemiologic Follow-Up Study. *American Journal of Epidemiology*, 128 (6): 1340-1351.
- Fasmer, O.B. (2001). The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders. *Cephalalgia*, 21: 894-9.
- Ferrando, L., Franco-A., L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., y Franco L. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versión en español 5.0.0. DSM-IV. Madrid: Instituto IAP.
- Flegal, K.M., Carroll, M.D., Ogden, C.L., y Curtin, L.R. (2010). Prevalence and trends in obesity among US adults, 1999-2008. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 303, 235-241.

- Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: a means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63: 463-73.
- Freeman, M.P. (2009). Omega-3 fatty acids in major depressive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (Suppl 5), 7-11.
- Freeman, M.P., Fava, M., Lake, J., Trivedi, M.H., Wisner, K.L., y Mischoulon, D. (2010). Complementary and alternative medicine in major depression disorder: the American Psychiatric Association Task Force report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71 (6): 669-81.
- Furmaga, H., Carrero, F.R., y Frazer, A. (2012). Vagal nerve stimulation rapidly activates brain-derived neurotrophic factor receptor TrkB in rat brain. *PLoS One*, 7 (5): e34844.
- García-Portilla, M.P., Saiz, P.A., Benabarre, A., Sierra, P., Pérez, J., y Rodríguez, A. (2008). The prevalence of metabolic syndrome in patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 106: 197-201.
- García-Toro, M., Ibarra, O., Gili, M., Salvà, J., Monzón, S., y Vives, M. (2010). Effectiveness of hygienic-dietary recommendations as enhancers of antidepressant treatment in patients with Depression: Study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 9 (10): 404.
- Germain, A. y Kupfer, D.J. (2008). Circadian rhythm disturbances in depression. *Human Psychopharmacology*, 23 (7): 571-85.
- Giedke, H. y Schwärzler, F. (2002). Therapeutic use of sleep deprivation in depression. *Sleep Medicine Reviews*, 6 (5): 361-77.

- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M., y Bernardo M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, vol. 12, nº1, pp. 131-135.
- Golden, R.N., Gaynes, B.N., Ekstrom, R.D., Hamer, R.M., Jacobsen, F.M., y Suppes, T. (2005). The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 162(4):656-62.
- Gómez-Candela, C., Bermejo, L.M., y Loria, V. (2011). Importance of balanced omega6/omega3 ratio for the maintenance of health: nutritional recommendations. *Nutrición Hospitalaria*, 26 (2): 323-9.
- Gören, J.L. y Tewksbury, A.T. (2011). The use of omega-3 fatty acids in mental illness. *Journal of Pharmacy Practice*, (Epub ahead of print).
- Grandner, M.A., Patel, N.P., Hale, L., y Moore, M. (2009). Mortality associated with sleep duration: the evidence, the possible mechanisms, and the future. *Sleep Medicine Reviews*, 14 (3): 191-203.
- Greden, J.F. (2003). *Revisiones en psiquiatría: Tratamiento de la depresión recidivante*. Ed: Ars médica, Barcelona.
- Greenberg, P.E., Kessler, R.C., Birnbaum, H.G., Leong, S.A., Lowe, S.W., y Berglund, P.A. (2003). The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (12): 1465-75.
- Greener, M.J. y Guest, J.F. (2005). Do antidepressants reduce the burden imposed by depression on employers? *CNS Drugs*, 19 (3): 253-64.

- Grimaldi, S., Partonen, T., Saarni, S.I., Aromaa, A., y Lönnqvist, J. (2008). Indoors illumination and seasonal changes in mood and behavior are associated with the health-related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1; 6: 56.
- Guardiola-Lemaitre, B. (2005). Agonistes et antagonistes des récepteurs mélatoninergiques: effets pharmacologiques et perspectives thérapeutiques. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 63: 385-400.
- Gutiérrez-Fraile, M., García-Calvo, C., Prieto, R., y Gutiérrez-Garitano, I. (2011). Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39, 349-355.
- Guy, W. (1976). *Early Clinical Drug Evaluation (ECDEU) Assessment Manual*. Rockville, National Institute Mental Health.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56-62.
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., y Luque, I. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126 (12): 445-51.
- Harris, A.H., Cronkite, R. y Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93 (1-3), 79-85.

- Harris, M.A., Oelbaum, R., y Flomo, D. (2007). State of the Art Reviews: Changing and Adhering to Lifestyle Changes: What Are the Keys? *American Journal of Lifestyle Medicine*, 1: 214-219, doi: 10.1177/1559827606298979.
- Harvey, S.B., Hotopf, M., Overland, S., y Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 357-364.
- Hartey, T.A., Knox, S.S., Fekedulegn, D., Barbosa-Leiker, C., Violanti, J.M., y Andrew, M.E. (2012). Association between depressive symptoms and metabolic syndrome in police officers: results from two cross-sectional studies. *Journal of Environmental and Public Health*, 2012: 861219.
- Harvey, S.B., Hotopf, M., Overland, S., y Mykletun, A. (2010). Physical activity and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 357-364.
- Hattar, S., Lucas, R.J., Mrosovsky, N., Thompson, S., Douglas, R.H., y Hankins, M.W. (2003). Melanopsin and rod-cone photoreceptive systems account for all major accessory visual functions in mice. *Nature*, 424 (6944): 76-81.
- Hawton, K. y van Heeringen, K. (2009) Suicide. *Lancet*. 2373 (9672): 1372-81.
- Hession, M., Rolland, C., Kulkarni, U., Wise, A., y Broom, J. (2009). Systematic review of randomized controlled trials of low-carbohydrate vs. low-fat/low-calorie diets in the management of obesity and its comorbidities. *Obesity Reviews*, 10, 36-50.
- Hickie, I.B. y Rogers, N.L. (2011). Novel melatonin-based therapies: potential advances in the treatment of major depression. *Lancet*, 378 (9791): 621-31.

- Hickie, I., Davenport, T., y Wakefield, D. and Dubbo Infection Outcomes Study Group. (2006). Post-infective and chronic fatigue syndromes precipitated by viral and non-viral pathogens: prospective cohort study. *British Medical Journal*, 333: 575.
- Hidaka, B.H. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, doi: 10.1016/j.jad.2011.12.036.
- Holick, M.F. (2005). The vitamin D epidemic and its health consequences. *Journal of Nutrition*, 135, 2739S-2748S.
- Hoogendijk, W.J., Lips, P., Dick, M.G., Deeg, D.J., Beekman, A.T., y Penninx, B.W. (2008). Depression is associated with decreased 25-hydroxyvitamin D and increased parathyroid hormone levels in older adults. *Archives of General Psychiatry*, 65, 508-512
- Howland, R.H. (2010). Therapeutic armamentarium for treating depression. *Postgraduate Medicine*, 122 (4): 66-93.
- Hyman, M.A., Ornish, D., y Roizen, M. (2009). Lifestyle medicine: treating the causes of disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 1
- Imayama, I., Alfano, C.M., Kong, A., Foster-Schubert, K.E., Bain, C.E., y Xiao, L. (2011). Dietary weight loss and exercise interventions effects on quality of life in overweight/obese postmenopausal women: a randomized controlled trial. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 8: 118.
- Ina, K., Hayashi, T., Nomura, H., Ishitsuka, A., Hirai, H., y Iguchi, A. (2011). Depression, quality of life (QoL) and will to live of community-dwelling postmenopausal women in three Asian countries: Korea, China and Japan. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53 (1): 8-12.

- Jack, K., McLean, S.M., Moffett, J.K., y Gardiner, E. (2010). Barriers to treatment adherence in physiotherapy outpatient clinics: a systematic review. *Manual Therapy*, 15: 220-8.
- Jacka, F.N., Pasco, J.A., y Mykletun, A. (2010). Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *American Journal of Psychiatry*, 167 (3): 305-311.
- Jacobs, D.R. y Steffen, L.M. (2003). Nutrients, food, and dietary patterns as exposures in research: a framework for food synergy. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 78, 508S.
- Jacobs, D.R., Gross, M.D., y Tapsell, L.C. (2009). Food synergy: an operational concept for understanding nutrition. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 89, 1543S-1548S.
- Javaras, K.N., Pope, H.G., y Lalonde, J.K. (2008). Co-occurrence of binge eating disorder with Psychiatric and medical disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69 (2): 266-273.
- Johannessen, L., Strudsholm, U., Foldager, L., y Munk-Jorgensen, P. (2006). Increased risk of hypertension in patients with bipolar disorder and patients with anxiety compared to background population and patients with schizophrenia. *Journal of Affective Disorder*, 95: 13-7.
- Judd, L.L., Paulus, M.J., Schettler, P.J., Akiskal, H.S., Endicott, J., y Leon, A.C. Does incomplete recovery from first lifetime major depressive episode herald a chronic course of illness? *American Journal of Psychiatry*, 157 (9): 1501-4.

- Kahl, K.G., Greggersen, W., Schweiger, U., Cordes, J., Balijepalli, C., y Lösh, C. (2011). Prevalence of the metabolic syndrome in unipolar major depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, dec 20.
- Kallestad, H., Langsrud, K., y Hansen, B. (2007). Sleep deprivation as antidepressive treatment. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 17; 127 (10): 1360-3.
- Kaplan, K.A. y Harvey, A.G. (2009). Hypersomnia across mood disorders: a review and synthesis. *Sleep Medicine Reviews*, 13: 275-85.
- Katon, W.J., Russo, J.E., Heckbert, S.R., Lin, E.H., Ciechanowski, P., y Ludman, E. (2010). The relationship between changes in depression symptoms and changes in health risk behaviors in patients with diabetes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25: 466-75.
- Katz, M. y Klerman, G.L. (1979). Introduction: overview of the clinical studies program. *American Journal of Psychiatry*, 136: 49-51.
- Kennaway, D.J. (2010). Clock genes at the heart of depression. *Journal of Psychopharmacology*, 24 (2 Suppl): 5-14.
- Kennedy, N. y Paykel, E.S. (2004). Residual symptoms at remission from depression: impact on long-term out-come. *Journal of Affective Disorders*, 80 (2-3): 135-44.
- Kessler, R.C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35 (1): 1-14.

- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., y Eshleman, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51 (1): 8-19.
- Kessler, R.C., Merikangas, K.R., Berglund, P., Eaton, W.W., Koretz, D.S., y Walters, E.E. (2003). Mild disorders should not be eliminated from the DSM-V. *Archives of General Psychiatry*, 60 (11): 1117-22.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Belury, M.A., Porter, K., Beversdorf, D.Q., Lemeshow, S., y Glaser, R. (2007). Depressive symptoms, omega-6:omega-3 fatty acids, and inflammation in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 69 (3): 217-24.
- Kilbourne, A.M., Cornelius, J.R., Han, X., Pincus, H.A., Shad, M., y Salloum, I. (2004). Burden of general medical conditions among individuals with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 6: 368-73.
- Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. *Occupational Medicine*, 53, 103-108.
- Koenigs, M. y Grafman, J. (2009). The functional neuroanatomy of depression: distinct roles for ventromedial and dorsolateral prefrontal cortex. *Behavioral Brain Research*, 201, 239-43.
- Kojima, M., Wakai, K., Kawamura, T., Tamakoshi, A., Aoki, R., y Nakayama, T. (2000). Sleep patterns and total mortality: a 12-year follow-up study in Japan. *Journal of Epidemiology*, 10 (2): 87-93.

- Kripke, D.F., Garfinkel, L., Wingard, D.L., Klauber, M.R., y Marler, M.R. (2002). Mortality associated with sleep duration and insomnia. *Archives of General Psychiatry*, 59 (2): 131-6.
- Kripke, D., Simons, R., Garfinkel, L., y Hammond, E. (1979). Short and long sleep and sleeping pills: is increased mortality associated? *Archives of General Psychiatry*, 36, 103.
- Krishnan, K.R., DeLong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, R., y Gordon, C. (2002). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biological Psychiatry*, 15; 52 (6): 559-88.
- Kubesch, S., Bretschneider, V., Freudenmann, R., Weidenhammer, N., Lehmann, M., y Spitzer, M. (2003). Aerobic endurance exercise improves executive functions in depressed patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (9): 1005-12.
- Kuczmarski, M.F. y Cremer-Sees, A. (2010). Higher Healthy Eating Index 2005 scores associated with reduced symptoms of depression in an urban population: Findings from the Healthy Aging in Neighborhoods of Diversity Across the Life Span (HANDLS) study. *Journal of the American Dietetic Association*, 110 (3): 383-389.
- Kupfer, D.J. y Charney, D.S. (2003). Difficult-to-treat depression. *Biological Psychiatry*, 15; 53 (8): 633-4.
- Lambert, G.W., Reid, C., Kaye, D.M., Jennings, G.L., y Esler, M.D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet*, 360, 1840-1842.

- Larsen, T.M., Dalskov, S.M., van Baak, M., Jebb, S.S, Papadaki, A., y Pfeiffer, A.F.H. (2010). Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance. *The New England Journal of Medicine*, 363, 2102-2113.
- Leblanc, M., Beaulieu-Bonneau, S., Merette, C., Savard, J., Ivers, H., y Morin, C.M. (2007). Psychological and health-related quality of life factors associated with insomnia in a population-based sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 63: 157-166.
- Lenz, T.L. (2010). Combining Lifestyle Medicine With Medication Therapy Management Services in a Community Pharmacy Setting. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 4: 484-487 [Serie on line] Doi: 10.1177/1559827610379557.
- Lenz, T.L. (2011). Developing a lifestyle medicine toolbox promote health behavior change. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5: 232-235 [Serie on line] Doi:10.1177/1559827610394394.
- Leppämäki, S., Haukka, J., Lönnqvist, J., y Partonen, T. (2004). Drop-out and mood improvement: a randomized controlled trial with light exposure and physical exercise. *BMC Psychiatry*, 11; 4: 22.
- Leppämäki, S.J., Partonen, T.T., Hurme, J., Haukka, J.K., y Lönnqvist, J.M. (2002). Randomized trial of the efficacy of bright-light exposure and aerobic exercise on depressive symptoms and serum lipids. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63 (4): 316-21.
- Leppämäki, S., Partonen, T., Lönnqvist, J. (2002). Bright-light exposure combined with physical exercise elevates mood. *Journal of Affective Disorders*, 72 (2): 139-44.

- Lewis, L. y Hoofnagle, L. (2003). Treatment-resistant depression: the patient perspective. *Biological Psychiatry*, 53 (8): 635-9.
- Lewis, B.A. y Kennedy, B.F. (2011). Effects of exercise on depression during pregnancy and postpartum: a review. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5: 370-378 Doi: 10.1177/1559827610392891.
- Lieveise, R., van Someren, E.J., Nielsen, M.M., Uitdehaag, B.M., Smith, J.H., y Hoogendijk, W.J. (2011). Bright light treatment in elderly patients with nonseasonal major depressive disorder: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 68 (1): 61-70.
- Lin, P.Y. y Su, K.P. (2007). A meta-analysis review of double-blind, placebo-controlled trials of antidepressant efficacy of omega-3 fatty acids. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68: 1056-61.
- Lobstein, D.D., Rasmussen, C.L., Dunphy, G.E., y Dunphy, M.J. (1989). Beta-endorphin and components of depression as powerful discriminators between joggers and sedentary middle-aged men. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (3): 293-305.
- López, P., González-Pinto, A., Mosquera, F., Aldama, A., González, C., y Fernández de Corres, B. (2007). *Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida en pacientes hospitalizados*. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco, Departamento de Sanidad. Informe N°: Osteba D-07-02.

- López-Ibor, J.J., Alonso, J., y Haro, J.M. (2007). Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (ESEMeD): aportaciones para la salud mental en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (suppl. 2)
- Luppino, F.S., de Wit, L.M., Bouvy, P.F., Stijnen, T., Cuijpers, P., y Pennix, B.W. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry*, 67, 220-229.
- Lustberg, L. y Reynolds, C.F. (2000). Depression and insomnia: questions of cause and effect. *Sleep Medicine Reviews*, 4: 253-62.
- Lynette, L., Craft, P.H., y Perna, F.M. (2004). The benefits of exercise for the clinically depressed. *Journal of Clinical Psychiatry*, 6 (3): 104-111.
- Macchi, M.M. y Bruce, J.N. (2004). Human pineal physiology and functional significance of melatonin. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 25: 177-95.
- Makrides, M., Gibson, R.A., McPhee, A.J., Yelland, L., Quinlivan, J., y Ryan, P. (2010). Effect of DHA supplementation during pregnancy on maternal depression and neurodevelopment of young children: a randomized controlled trial. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 304 (15): 1675-1683.
- Manber, R., Edinger, J.D., Gress, J.L., San Pedro-Salcedo, M.G., Kuo, T.F., y Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31, 489-495.
- Mansour, H.A., Monk, T.H., y Nimgaonkar, V.L. (2005). Circadian genes and bipolar disorder. *Annals of Medicine*, 37: 196-205.

- Marchesi, C., de Ferri, A., Petrolini, N., Govi, A., Manzini, G.C., y Coiro, V. (1989). Prevalence of migraine and muscle tension headache in depressive disorders. *Journal Affective Disorders*, 16: 33-6.
- Mark, K. y Lyons, M.D. (2011). Deep brain stimulation: Current and future clinical applications. *Mayo Clinic Proceedings*, 86 (7): 662-672.
- Márquez, D., Bustamante, E., Blissmer, B.J., y Prohaska, T. (2009). Health Promotion for Successful Aging. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 3: 12-19, Doi: 10.1177/1559827608325200.
- Marshall, S.J. y Ramírez, E. (2011). A new paradigm in physical activity promotion. *American Journal of Lifestyle Medicine*, vol 5 N°: 6 518-530. [Serie on line] Doi: 10.1177/1559827610395487.
- Mathers, C.D. y Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, e442-3.
- Martinsen, E.W. (1990). Benefits of exercise for the treatment of depression. *Sports Medicine*, (6): 380-9.
- Martinsen, E.W. y Raglin, J.S. (2007). Themed Review: Anxiety/Depression: Lifestyle Medicine Approaches. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 159-166, Doi: 10.1177/1559827606298713.
- Martiny, K., Bengtsson, P., y Lund, V. (2007). Physical therapies for depression—light, exercise, TMS and sleep deprivation. *Ugeskr Laeger*, 16; 169 (16): 1450-2.

- McElroy, S.L., Frye, M.A., Suppes, T., Dhavale, D., Keck, P.E. Jr., y Leverich, G.S. (2002). Correlates of overweight and obesity in 644 patients with bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63: 207-13.
- McIntrey, R.S., Soczynska, J.K., Beyer, J.L., Woldeyohannes, H.O., Law, C.W., y Miranda, A. (2007). Medical comorbidity in bipolar disorder: re-prioritizing unmet needs. *Current Opinion in Psychiatry*, 20: 406-16.
- McIntrey, R.S., Konarski, J.Z., Soczynska, J.K., Wilkins, K., Panjwani, G., y Bouffard, B. (2006). Medical comorbidity in bipolar disorder: implications for functional outcomes and health service utilization. *Psychiatric Services*, 57: 1140-4.
- Mead, G.E., Morley, W., Campbell, P., Greig, C.A., McMurdo, M., y Lawlor, D.A. (2008). Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*, (4): CD004366.
- Melanson, K.J. (2007). Dietary Factors in Reducing Risk of Cardiovascular Diseases. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 24-28, doi:10.1177/1559827606294793. A
- Melanson, K.J. (2007). Nutrition Review: Diet and Nutrients in the Prevention and Treatment of Type 2 Diabetes. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 339-343, doi: 10.1177/1559827607304574. b
- Meyer, B.L. y Taylor, E.J. (2008). A holistic approach to severe depression. *Holistic Nursing Practice*, 22 (2): 81-86.
- Miller, A.L. (2005). Epidemiology, etiology, and natural treatment of seasonal affective disorder. *Alternative Medicine Review*, 10 (1): 5-13.
- Mintz, J., Mintz, L.I., Arruga, M.J., y Hwang, S.S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of General Psychiatry*, 49 (10): 761-8.

- Miró E., Iáñez M.A., y Cano-Lozano, M.C. (2002). Patrones de sueño y salud. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (2): 301-326.
- Monés, J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía Española*, 76 (2): 71-7.
- Moore, R.Y. (2007). Suprachiasmatic nucleus in sleep-wake regulation. *Sleep Medicine*, 8 (Suppl 3): 27-33.
- Moore, R.Y. y Speh, J.C. (2004). Serotonin innervation of the primate suprachiasmatic nucleus. *Brain Research*, 1010: 169-73.
- Mora, R. (2012). Medicina del estilo de vida: la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5 (1): 48-52.
- Moussavi, S., Chatterji, S., Verdes, E., Tandon, A., Patel, V., y Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*, 370, 851-858.
- Murray, C.J. y López, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *The Lancet*, 24; 349 (9064): 1498-504.
- Muñoz, M.A., Fito, M., Marrugat, J., Covas, M.I., y Schrader, H. (2008). Adherence to the Mediterranean diet is associated with better mental and physical health. *British Journal of Nutrition*, 15, 1-7.
- Nahas, R. y Sheikh, O. (2011). Complementary and alternative medicine for the treatment of major depressive disorder. *Canadian Family Physician*, 57 (6): 659-63.

- Nesse, R. (2004). Natural selection and the elusiveness of happiness. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359, 1333.
- Ng, F., Dodd, S., y Berk, M. (2007). The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 101 (1-3): 259-262.
- NICE. (2004). *The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. London: National Collaborating Centre for Mental Health. Self-harm. Informe N°.: 16. National Institute for Clinical Excellence.
- NICE. (2006). *Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community based exercise programs for walking and cycling*. National Institute of Clinical Excellence.
- Nielsen, L., Danielson, K., y Sorensen, T. (2011). Short sleep duration as a possible cause of obesity: critical analysis of epidemiological evidence. *Obesity Reviews*, 12, 78-92.
- Nieman, D.C. (2011). Moderate exercise improves immunity and decreases illness rates. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5: 338-345. [Serie on line] Doi: 10.1177/1559827610392876.
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C., y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30 (1): 133-54.
- NSF. (2009). *Sleep in America Poll: Summary of Findings*. National Sleep Foundation.

- O'Connor, P.J., Herring, M.P., y Carvalho, A. (2010). Mental Health Benefits of Strength Training in Adults. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 4: 377-396, doi:10.1177/1559827610368771.
- Oedegaard, K.L. y Fasmer, O.B. (2005). Is migraine in unipolar depressed patients a bipolar spectrum trait? *Journal of Affective Disorders*, 84: 233-42.
- Ohayon, M.M. y Roth, T. (2003). Place of chronic insomnia in the course of depressive and anxiety disorders. *Journal of Psychiatric Research*, 37: 9-15.
- Ohayon, M.M. (2007). Insomnia: a ticking clock for depression? *Journal of Psychiatric Research*, 41: 893-894.
- OMS. (2000). *Prevención del suicidio: un instrumento para trabajadores de atención primaria de salud*. [Internet]. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Toxicología, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/entity/mental_health/media/primaryhealthcare_workers_spanish.pdf
- OMS. (2010). *Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud*. Ginebra, Suiza. Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva. Organización Mundial de la Salud.
- Ornish, D., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Brown, S.E., Gould, K.L., y Merritt, T.A. (1998). Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA: The journal of the American Medical Association*, 280, 2001-2007.

- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Armstrong, W.T., y Ports, T.A. (1990). Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial. *Lancet*, 336: 129-33.
- Osby, U., Brandt, L., Correia, N., Ekblom, A., y Sparen, P. (2001). Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Archives of General Psychiatry*, 58: 844-50.
- Ota, K.T. y Duman, R.S. (2012). Environmental and pharmacological modulations of cellular plasticity: Role in the pathophysiology and treatment of depression. *Neurobiology of Disease*, doi: 10.1016/j.nbd.2012.05.022.
- Pacchierotti, C., Iapichino, S., Bossini, L., Pieraccini, F., y Castrogiovanni, P. (2001). Melatonin in psychiatric disorders: a review on the melatonin involvement in psychiatry. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 22: 18-32.
- Pagoto, S., Bodenlos, J.S., Kantor, L., Gitkind, M., Curtin, C., y Ma, Y. (2007). Association of major depression and binge eating disorder with weight loss in a clinical setting. *Obesity*, 15 (11): 2557-2559.
- Pan, A., Keum, N., Okereke, O.I., Sun, Q., Kivimaki, M., y Rubin, R.R. (2012). Bidirectional Association between Depression and Metabolic Syndrome: A systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *Diabetes Care*, 35 (5): 1171-80.
- Pauley, S.M. (2004). Lighting for the human circadian clock: recent research indicates that lighting has become a public health issue. *Medical Hypotheses*, 63, 588-596.

- Peet, M. (2004). International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: an ecological analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 404-8.
- Pereira, A.C., Huddleston, D.E., Brickman, A.M., Sosunov, A.A., Hen, R., y McKhann, G.M. (2007). An in vivo correlate of exercise-induced neurogenesis in the adult dentate gyrus. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 104 (13): 5638-43.
- Perica, M.M. y Delas, I. (2011). Essential fatty acids and psychiatric disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 26 (4): 409-25.
- Peet, M. (2004). International variations in the outcome of schizophrenia and the prevalence of depression in relation to national dietary practices: an ecological analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 404-8.
- Pflug, B. y Tölle, R. (1971). Disturbance of the 24-hour rhythm in endogenous depression and the treatment of endogenous depression by sleep deprivation. *International Pharmacopsychiatry*, 6 (3): 187-96.
- Pollan, M. (2008). *In Defense of Food: An Eater's Manifesto*. Perquin Pr.
- Prevost, R.R. (2007). Pharmacy Review: Lifestyle Approaches to Anxiety and Depression: The Pharmacists' Perspective. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 185-187, doi: 10.1177/1559827607300012.
- Raison, C.L., Capuron, L., y Miller, A.H. (2006). Cytokines sing the blues: inflammation and the pathogenesis of depression. *Trends in Immunology*, 27, 24-31.

- Raison, C.L., Lowry, C.A., y Rook, G.A.W. (2010). Inflammation, sanitation, and consternation: loss of contact with coevolved, tolerogenic microorganisms and the pathophysiology and treatment of major depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1211.
- Ramos-Brieva, J.A. y Cordero-Villafáfila, A. (1986). Relación entre validez y seguridad de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso-Españolas, Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14: 335-338.
- Ramos-Brieva, J.A. y Cordero-Villafáfila, A. (1986). Validación de la versión castellana de la Escala de Hamilton para la Depresión. *Actas Luso-Españolas, Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 14: 324-334.
- Raymond, N.C., Bartholomew, L.T., Lee, S.S., Peterson, R.E., y Raatz, S.K. (2007). A comparison of energy intake and food selection during laboratory binge eating episodes in obese women with and without a binge eating disorder diagnosis. *International Journal of Eating Disorder*, 40 (1): 67-71.
- Reddy, A.B. y O'Neill, J.S. (2010). Healthy clocks, healthy body, healthy mind. *Trends in Cell Biology*, 20, 36-44.
- Rethorst, C.D., Wipfli, B.M., y Landers, D.M. (2009). The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials. *Sports Medicine*, 39 (6), 491-511.
- Rethorst, C.D., Toups, M.S., Greer, T.L., Nakonezny, P.A., Carmody, T.J., y Grannemann, B.D. (2012). Pro-inflammatory cytokines as predictors of antidepressant effects of exercise in major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 1-6.

- Riediger, N.D., Othman, R.A., Suh, M., y Moghadasian, M.H. (2009). A systematic review of the roles of n-3 fatty acids in health and disease. *Journal of the American Dietetic Association*, 109, 668-679.
- Riemann D., Berger M., y Voderholzer U. (2001). Sleep and depression-results from psychobiological studies: an overview. *Biological Psychology*, 57 (1-3): 67-103.
- Roca, M., Gili, M., García-Toro, M., Salvà, J., García-Campayo, J., y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 119: 52-8.
- Roca, M., Amengol, S., Salvador-Carulla, L., Monzón, S., Salvà, J., y Gili, M. (2011). Adherence to medication in depressive patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 31 (4): 541-3.
- Rodríguez-Martos, A., Gual, A., y Llopis, J. (1999). La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Medicina clínica*, 112: 446-50.
- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., y Davenport, Y. (1984). Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41 (1): 72-80.
- Ross, B.M., Seguin, J., y Sieswerda, L.E. (2007). Omega-3 fatty acids as treatments for mental illness: which disorder and which fatty acid? *Lipids in Health and Disease*, 6, 21.

- Rubenfire, M., Mollo, L., Krishnan, S., Finkel, L., Weintraub, M., y Gracik, T. (2011). The metabolic fitness program: lifestyle modification for the metabolic syndrome using the resources of cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 31 (5): 282-9.
- Ruiz, J.M., Pedrero, E.J., Olivar, A., Llanero, M., Rojo, G., y Puerta, C. (2010). Personality and frontal symptomatology in addicts and nonclinical population: toward a neuropsychology of personality. *Adicciones*, 3, 233-243.
- Sánchez-Villegas, A., Delgado-Rodríguez, M., Alonso, A., Schlatter, J., Lahortiga, F., y Serra- Majem, L. (2009). Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression: the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. *Archives of General Psychiatry*, 66 (10): 1090-8.
- Sánchez-Villegas, A., Verberne, L., de Irala, J., Ruiz-Canela, M., Toledo, E., y Serra- Majem, L. (2011). Dietary fat intake and the risk of depression: the SUN Project. *PLoS One*, 26; 6 (1): e16268.
- Sánchez-Villegas, A., Galbete, C., Martínez-González, M.A., Martínez, J.A., Razquin, C., y Salas-Salvado, J. (2011). The effect of the Mediterranean diet on plasma brain-derived neurotrophic factor (BDNF) levels: the PREDIMED-NAVARRA randomized trial. *Nutritional Neuroscience*, 14 (5): 195-201.
- Savane, D., Feve, B., Frances, Y., Corruble, E., Lancon, C., y Chanson, P. (2009). Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale Journal*, 35 (4): 330-9.

- Scarmeas, N., Luchsinger, J.A., Schupf, N., Brickman, A.M., Cosentino, S., y Tang, M.X. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302: 627-37.
- Schatzberg, A.F. (2006). *Mood disorders self-assessment program: sintomatología, epidemiología y patogénesis de los trastornos del humor. Estudios recientes sobre biología y tratamiento de la depresión*. American Psychiatric Association. Washington D.C.
- Serra-Majem, L., Roman, B., y Estruch, R. (2006). Scientific evidence of interventions using the Mediterranean diet: a systematic review. *Nutrition Reviews*, 64, S27-S47.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., y Weiller, E. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20: 22-33; quiz 34-57.
- Sherbourne, C., Wells, K.B., y Judd, L.L. (1996). Functioning and well-being of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153: 213-218.
- Shoelson, S.E., Herrero, L., y Naaz, A. (2007). Obesity, inflammation, and insulin resistance. *Gastroenterology*, 132, 2169-2180.
- Simopoulos, A.P. (2002). "The importance of the ratio of omega-6/omega-3 essential fatty acids". Dossier: Polyunsaturated fatty acids in biology and diseases. *Biomedicine & Pharmacotherapy*, 56 (8): 365-379.

- Sinclair, A.J., Begg, D., Mathai, M., y Weisinger, R.S. (2007). N-3 fatty acids and the brain: review of studies in depression. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, 16 (suppl 1): 391-397.
- Singh, N.A., Stavrinou, T.M., Scarbek, Y., Galambos, G., Liber, C., y Singh, M.A. (2005). A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults. *The Journal of Gerontology a Biological Science Medicine*, 60 (6): 768-76.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., y Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The Journal Mental Health Policy and Economic*, 9 (2): 87-96.
- Sofi, F. (2009). The Mediterranean diet revisited: evidence of its effectiveness grows. *Current Opinion in Cardiology*, 24, 442.
- Solomon, D.A., Leon, A.C., Endicott, J., Mueller, T.I., Coryell, W., y Shea M.T. (2004). Psychosocial impairment and recurrence of major depression. *Comprehensive Psychiatry*, 45 (6): 423-30.
- Soria, V. y Urretavizcaya, M. (2009). Ritmos circadianos y depresión. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (4): 222-232.
- Spormaker, V.I. y van den Bout, J. (2005). Depression and anxiety complaints: relations with sleep disturbances. *European Psychiatry*, 20: 243-5.
- Srinivasan, V., Pandi-Perumal, S.R., Trakht, I., Spencer, D.W., Hardeland, R., y Poeggeler, B. (2009). Pathophysiology of depression: role of sleep and the melatonergic system. *Psychiatry Research*, 28; 165 (3): 201-14.

- Srinivasan V., Maestroni G.J.M., y Cardinali, D.P. (2005). Melatonin immune function and aging. *Immunity & Ageing*, 2: 17.
- Stegmann, M.E., Ormel, J., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., y Demyttenaere, K. (2010). Functional disability an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *Journal of Affective Disorders*, 124, 38-44.
- Stern, L. (2004). The effects of low-carbohydrate versus conventional weight loss diets in severely obese adults: one-year follow-up of a randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 140, 778.
- Steward, A.L., Greenfield, S., Hays, R.D., Wells, K., Rogers, W.H., y Berry, S. (1989). Functional status and well-being of patients with chronic conditions. Results from the medical outcomes study. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 262: 907-913.
- Strandvik, B. (2011). The omega-6/omega-3 ratio is of importance! *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 85 (6): 405-6.
- Sublette, M.E., Ellis, S.P., Geant, A.L., y Mann, J.J. (2011). Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (12): 1577-84.

- Sullivan, G.R. y Bongar, B. (2009). *Assessing suicide risk in the adult patient*. En: Kleespies PM, ed. *Behavioral emergencies an evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*. Washington (DC): American Psychological Association.
- Sumaya, I.C., Rienzi, B.M., Deegan, J.F. II, y Moss, D.E. (2001). Bright light treatment decreases depression in institutionalized older adults: a placebo-controlled crossover study. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56: M356-M360.
- Svestka, J. (2008). Sleep deprivation therapy. *Neuro Endocrinology Letters*, 29 Suppl 1: 65-92.
- Szklo-Coxe, M., Young, T., Finn, L., y Mignot, E. (2007). Depression: relationships to sleep paralysis and other sleep disturbances in a community sample. *Journal of Sleep Research*, 16: 297-312.
- Terre, L. (2007). Behavioral Medicine Review: The Lifestyle Factor. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 181-184, doi: 10.1177/1559827607299652.
- Teychenne, M., Ball, K., y Salmon, J. (2010). Sedentary behavior and depression among adults: a review. *International Journal of Behavioral Medicine*, 17, 246-254.
- Thomsen, A.F. y Kessing, L.V. (2005). Increased risk of hyperthyroidism among patients hospitalized with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 7: 351-7.

- Toobert, D.J., Strycker, L.A., Glasgow, R.E., Barrera, M., y Angell, K. (2005). Effects of the Mediterranean lifestyle program on multiple risk behaviors and psychosocial outcomes among women at risk for heart disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 29, 128-137.
- Toobert, D.J., Glasgow, R.E., Strycker, L.A., Barrera, M. Jr., Ritzwoller, D.P., y Weidner, G. (2007). Long-term effects of the Mediterranean lifestyle program: a randomized clinical trial for postmenopausal women with type 2 diabetes. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 17: 41.
- Toffer, A. (1981). *The third wave*. London: Pan Books LTD.
- Tordeurs, D., Janne, P., Appart, A., Zdanowicz, N., y Reynaert, C. (2011). Effectiveness of physical exercise in psychiatry: A therapeutic approach? *L'Encephale*, 37 (5): 345-52.
- Torrent, C., Amann, B., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., Reinares, M., y Comes, M. (2008). Weight gain in bipolar disorder: pharmacological treatment as a contributing factor. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118: 4-18.
- Tosh, G., Clifton, A., y Bachner, M. (2011). General physical health advice for people with serious mental illness. *Schizophrenia Bulletin*; 37 (4): 671-673.
- Tourlouki, E., Polychronopoulos, E., Zeimbekis, A., Tsakountakis, N., Bountziouka, V., y Lioliou, E. (2010). The "secrets" of the long lived in Mediterranean islands: the MEDIS study. *European Journal of Public Health*, 20: 659-64.

- Trivedi, M.H., Greer, T.L., Church, T.S., Carmody, T.J., Grannemann, B.D., y Galper, D.I. (2011). Exercise as an augmentation treatment for nonremitted major depressive disorder: a randomized, parallel dose comparison. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (5): 677-84.
- Tsuno, N., Besset, A., y Ritchie, K. (2005). Sleep and depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (10): 1254-69.
- Tunis, S.L., Croghan, T.W., Heilman, D.K., Johnstone, B.M., y Obenchain, R.L. (1999). Reliability, validity, and application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol. *Medical Care*, 37; 7: 678-691.
- Tuunainen A., Kripke D.F., y Endo T. (2004). Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database of Systematic reviews*, (2): CD004050.
- Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? The birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007.
- Ustun, T.B., Ayuso-Mateos, J.L., Chatterji, S., Mathers, C., y Murray, C.J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184: 386-92.
- Valenzuela, M. y Sachdev, P. (2009). Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (3): 179-87.

- Valero, A., Ruiz, F., García, M.E., Granero, A., y Martínez, A.M. (2007). Relation of the physical-sport activity practice and alcohol consumption of citizens older a 14 years old. *Adicciones*, 19, 239-250.
- Valladares, A., Dilla, T., y Sacristán, J.A. (2008). La depresión: una hipoteca social. Últimos avances en el conocimiento del coste de la enfermedad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 36.
- Vega, M., Blasco, H., Baca, E., y Díaz, C. (2002). El suicidio. *Salud Global Salud Mental*, 4: 2-15.
- Voderholzer, U., Dersch, R., Dickhut, H.H., Herter, A., Freyer, T., y Berger, M. (2011). Physical fitness in depressive patients and impact of illness course and disability. *Journal of Affective Disorders*, 128 (1-2): 160-4.
- van Cauter, E., Leproult, R., y Kupfer, D.F. (1996). Effects of gender and age on the levels and circadian rhythmicity of plasma cortisol. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 81: 2468-73.
- Warburton, D.E., Nicol, C.W., y Bredin, S.S. (2006). Health benefits of physical activity: the evidence. *Canadian Medical Association Journal*, 174 (6): 801-9.
- Ware, J.E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health-Survey (SF-36): Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30: 473-483.
- Wirtz-Justice, A., Graw, P., Krauchi, K., Sarrafzadeh, A., English, J., y Arendt, J. (1996). "Natural" light treatment of seasonal affective disorder. *The Journal of Affective Disorders*, 12; 37 (2-3): 109-20.

- Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Berger, M., Lam, R.W., Martiny, K., y Terman, M. (2005). Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders. *Psychological Medicine*, 35, 939-944.
- Wirz-Justice, A. (2006). Biological rhythm disturbances in mood disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 21: S11-5.
- Wise, L.A., Adams-Campbell, L.L., Palmer, J.R., y Rosenberg, L. (2006). Leisure time physical activity in relation to depressive symptoms in the Black Women's Health Study. *Annals of Behavioral Medicine*, 32 (1): 68-76.
- Yary, T. y Aazami, S. (2012). Dietary intake of zinc was inversely associated with depression. *Biological Trace Element Research*, 145 (3): 286-90.
- Young, S.N. (2007). How to increase serotonin in the human brain without drugs. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 207; 32: 394-99.
- Zeugmann, S., Quante, A., Popova-Zeugmann, L., Kössler, N., Heuser, I., y Anghelescu, I. (2012). Pathways linking early life stress, metabolic syndrome, and the inflammatory marker fibrinogen in depressed inpatients. *Psychiatria Danubina*, 24 (1): 57-65.
- Zoeller, R.F. Jr. (2007). Physical Activity and Fitness in the Prevention of Coronary Heart Disease and Associated Risk Factors. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 29-33, doi: 10.1177/1559827606293845. A

- Zoeller, R.F. Jr. (2007). Physical Activity: The Role of Physical Activity and Fitness in the Prevention and Management of Type 2 Diabetes Mellitus. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 1: 344-350, doi: 10.1177/1559827607304696. b
- Zoeller, R.F. Jr. (2009). Lifestyle in the Prevention and Management of Cancer: Physical Activity. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 3: 353-361, doi: 10.1177/1559827609338680

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXOS

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 1

PROTOCOLO APROBADO POR EL CEIC



Dr. Mauro García Toro
servicio de psiquiatría
Hospital Son Llàtzer.

Palma, 27 de febrero de 2008

El Comité Ético de Investigación Clínica de les Illes Balears, en su reunión 03/08 de día 27 de febrero de 2008, evaluó las aclaraciones del estudio N° IB 733/06 PI, denominado, **EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE HACER RECOMENDACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURADAS COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE EN LA DEPRESIÓN** del investigador principal Dr. Mauro García Toro del servicio de psiquiatría del Hospital Son Llàtzer.

Una vez presentadas y evaluadas, este Comité acuerda emitir informe favorable.

Lo que le comunica a los efectos oportunos.

Atentamente,

Isabel Mª Borrás Rosselló
Secretaria en funciones del CEIC Illes Balears

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 2

HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO PARA LOS PARTICIPANTES

A continuación se le van a explicar todos los aspectos relevantes del estudio que Vd. debe conocer.

Su médico le ha preguntado si está interesado en participar en un estudio. Esta información le ayudará a decidir si participar o no. Si después de haber leído esta información le quedara alguna duda, consulte con él con total libertad. Usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin necesidad de dar ninguna explicación y sin que le suponga ningún perjuicio.

Su estado actual, técnicamente denominado Depresión Bipolar, Depresión Mayor o Trastorno Distímico, es bastante frecuente. El tratamiento farmacológico y psicoterapéutico se ha demostrado de elección preferente en estas enfermedades, pero por desgracia hay alrededor de una cuarta parte de las personas afectadas que no mejoran totalmente con ellos. Este está siendo su caso, al menos en el presente estudio.

En los últimos años son diversos los estudios que nos hablan de la eficacia de los hábitos higiénico-dietéticos en la mejora de la sintomatología afectiva, asociados al tratamiento antidepressivo. Por ello un grupo de psiquiatras estamos interesados en explorar esta alternativa. En la actualidad, algunos médicos ya están haciendo estas recomendaciones de forma informal y no estructuradas; por lo que, lo que nosotros proponemos es la elaboración de una corta

lista de recomendaciones higiénico-dietéticas en relación a actividad física, exposición a la luz solar, hábitos de sueño y alimentación. Sin embargo, es importante destacar que no todos los pacientes que lleven a cabo dichas recomendaciones experimentarán alguna mejoría. Además, en el estudio en el que se le ofrece participar, existe la posibilidad de que Vd. sea asignado por azar a dos grupos con dos tipos diferentes de recomendaciones. Pensamos que una de ellas, puede ser más útil que la otra, y su comprobación es el objetivo de este estudio.

Si Vd. es una mujer en edad fértil, con el más mínimo riesgo de quedarse embarazada durante el estudio (por no usar un método anticonceptivo seguro), no puede participar en este estudio.

Su participación le supondrá algunas molestias y riesgos. Durante el periodo de estudio, cuya duración es de 6 meses, será visitado en otras dos ocasiones más, realizándose en ellas diversos controles clínicos, analíticos (análisis de sangre y orina) y neurofisiológicos. En dichas visitas, deberá rellenar así mismo una serie de cuestionarios con el objetivo fundamental de evaluar la eficacia de dichas recomendaciones, siendo la duración de las sesiones aproximadamente de una hora. En algunos casos se le pedirá que lleve un actígrafo (equipo de medida del tamaño de un reloj de pulsera que registra los movimientos de la muñeca y la exposición a la luz solar) durante unas dos semanas. Como beneficios esperables del estudio destacamos la posibilidad de que mejore de su actual episodio de Depresión y de que ayude a más largo plazo a mejorar los conocimientos sobre esta enfermedad, lo que sin duda sería beneficioso para todas las personas afectadas. No obstante, insistimos en que Vd. puede empezar y retirarse cuando quiera del estudio, sin que esto suponga ninguna consecuencia en

su asistencia sanitaria. Al final del estudio los resultados se publicarán en una revista médica, pero la identidad de los participantes permanecerá en el anonimato. La confidencialidad de los datos también se preservará de acuerdo a las normativas vigentes (Ley 14/1999, Declaración de Helsinki).

Es muy importante recordarle que durante el transcurso del estudio, su médico puede modificar su pauta farmacológica según considere necesario dada su situación clínica.

A continuación se le pedirá que si decide libremente participar firme un formulario de consentimiento informado del cual recibirá copia fechada.

Muchas gracias por su colaboración.

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Universitat de les Illes
Balears.

Contacto:

Documento de Consentimiento informado

El Sr. / Sra.

.....
.....

Declara haber sido informado sobre el proyecto:

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE HACER RECOMENDACIONES
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURADAS COMO TRATAMIENTO COADYUVANTE
EN LA DEPRESIÓN**

Que tiene como objetivo estudiar la influencia observada en su Depresión de una serie de
recomendaciones higiénico-dietéticas que le propondremos y que en ningún caso podrán
perjudicarle a corto o largo plazo.

Que es promovido por la Universidad de les Illes Balears (IUNICS), y financiado por una beca
FIS recientemente concedida por el Instituto Carlos III.

Se me ha informado convenientemente de las condiciones de mi participación, en las que se incluyen someterme a pruebas neuropsicológicas y neurofisiológicas.

Mis datos, debidamente procesados y debidamente desvinculados de mi identidad, serán utilizados para llevar a cabo dichas hipótesis. El equipo investigador me garantiza que en todo momento se aplicarán las leyes y normativas referentes a los aspectos éticos y de protección de datos de carácter personal.

Mi participación es totalmente voluntaria y sé que puedo retirarme del estudio cuando quiera.

RIESGOS:

Su participación no supone riesgo alguno para usted. Llevar un dispositivo de registro (actígrafo) no es molesto ni doloroso (es muy similar a un reloj de pulsera).

BENEFICIOS:

Es posible que usted no se beneficie directamente de los resultados, pero podrán servir en el futuro para una mejor comprensión de las enfermedades mentales y, en consecuencia, de sus estrategias de tratamiento.

COMPENSACIÓN:

Ni usted ni los investigadores responsables recibirán ningún tipo de compensación económica o de cualquier otro tipo por su participación.

CONFIDENCIALIDAD:

Toda la información que se obtenga referente a usted será utilizada sólo para este estudio, considerada y tratada de manera confidencial.

Antes de tomar mi decisión, he leído atentamente este documento. He hecho tantas preguntas como he creído oportuno hasta entenderlo perfectamente y deseo participar.

Firma del participante

Conformidad de participación

Fecha: de..... 20

Nombre y apellidos del investigador	
Institución	IUNICS
Teléfono de contacto	
Dirección electrónica	

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 3

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV PARA LOS TRASTORNOS AFECTIVOS

INCLUIDOS EN EL ESTUDIO

TRASTORNOS UNIPOLARES:

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE

TRASTORNO DISTÍMICO

TRASTORNOS BIPOLARES:

TRASTORNO BIPOLAR I, EPISODIO MÁS RECIENTE DEPRESIVO

TRASTORNO BIPOLAR II, episodio actual o más reciente depresivo

CRITERIOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, EPISODIO ÚNICO

- A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.
- B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo, y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.
- C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.

CRITERIOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR, RECIDIVANTE

- A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.
Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.
- B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos de una enfermedad médica.

Criterios DSM-IV para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

CRITERIOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO DISTÍMICO

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.
Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- B. Presencia, mientras está deprimido, de 2 (o más) de los siguientes síntomas:
 - (1) Pérdida o aumento de apetito
 - (2) Insomnio o hipersomnia
 - (3) Falta de energía o fatiga

(4) Baja autoestima

(5) Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones

(6) Sentimientos de desesperanza

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o a una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).

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

**CRITERIOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO BIPOLAR I, EPISODIO MÁS RECIENTE
DEPRESIVO**

- A. Actualmente (o el más reciente) es un episodio depresivo mayor.
- B. Previamente se ha presentado al menos un episodio maníaco o un episodio mixto.
- C. Los episodios afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

**CRITERIOS DSM-IV PARA EL TRASTORNO BIPOLAR II, episodio actual o más reciente
depresivo.**

- A. Presencia (o historia) de uno o más episodios depresivos mayores.
- B. Presencia (o historia) de al menos un episodio hipomaníaco.
- C. No ha habido ningún episodio maníaco o mixto.
- D. Los síntomas afectivos en los Criterios A y B no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

E. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar el episodio actual o más reciente:

Depresivo: si el episodio actual (o más reciente) es un episodio depresivo.

Criterios DSM-IV para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
9. Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios DSM-IV para el episodio hipomaniaco

- A. Un período diferenciado durante el que el estado de ánimo es persistentemente elevado, expansivo o irritable durante al menos 4 días, y que es claramente diferente del estado de ánimo habitual.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido 3 (o más) de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es sólo irritable) y han estado presentes en un grado significativo:
 - 1) Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - 2) Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras solo 3 horas de sueño).

- 3) Más hablador de lo habitual o verborreico.
 - 4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 - 5) Distraibilidad (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
 - 6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
 - 7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, enzarsarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- C. El episodio está asociado a un cambio inequívoco de la actividad que no es característico del sujeto cuando está asintomático.
- D. La atención del estado de ánimo y el cambio de la actividad son observables por los demás.
- E. El episodio no es suficientemente grave como para provocar un deterioro laboral o social importante o para necesitar hospitalización, ni hay síntomas psicóticos.
- F. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro medicamento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).
- Nota:** Los episodios parecidos a los hipomaníacos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar II.

Criterios DSM-IV para el episodio maníaco

- A. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo, han persistido 3 (o más) de los siguientes síntomas (4 si el estado de ánimo es sólo irritable) y han estado presentes en un grado significativo:
- 1) Autoestima exagerada o grandiosidad.
 - 2) Disminución de la necesidad de dormir (por ejemplo, se siente descansado tras solo 3 horas de sueño).
 - 3) Más hablador de lo habitual o verborreico.
 - 4) Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
 - 5) Distraibilidad (por ejemplo, la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes).
 - 6) Aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios o sexualmente) o agitación psicomotora.
 - 7) Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (por ejemplo, enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas).
- C. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

- D. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.
- E. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro medicamento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a la manía que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar I.

Criterios DSM-IV para el episodio mixto

- A. Se cumplen tanto los criterios para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un periodo de 1 semana.
- B. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

C. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento u otro medicamento) ni a una enfermedad médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

Nota: Los episodios parecidos a los mixtos que están claramente causados por un tratamiento somático antidepresivo (por ejemplo, un medicamento, terapia electroconvulsiva, terapia lumínica) no deben diagnosticarse como trastorno bipolar I.

ANEXO 4

FICHA DEL PACIENTE: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

SEXO: Masculino
Femenino

EDAD:

ESTADO CIVIL: Soltero / a
Con pareja
Separado / a
Viudo / a

PERSONAS CON LAS QUE CONVIVE EL PACIENTE:

Vive solo / a
Con sus padres
Con otros familiares
Con su propia familia (cónyuge, pareja, hijos)
Vive en una residencia o en un piso asistido
Otra situación

DOMICILIO: Zona rural (< 5.000 habitantes)
Zona urbana

HISTORIA ACADÉMICA

NIVEL DE ESTUDIOS FINALIZADOS: Sin estudios
Primarios
Secundarios
Profesional
Universitarios

HISTORIA OCUPACIONAL

SITUACIÓN LABORAL: Estudiante
Ama de casa
Trabajo remunerado
En paro
Jubilado / a
Prestación por incapacidad
Otros (especificar)

Trabajo habitual:

FICHA DEL PACIENTE: CUESTIONARIO CLÍNICO INICIAL

DERIVACIÓN: Atención primaria
 USM
 Hospitalización
 UCIES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES (Padres y hermanos)

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	SI	NO	En caso afirmativo, DESCRIPCIÓN	FAMILIAR
TRASTORNO DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA				
SÍNDROME DEMENCIAL				
TRASTORNOS PSICÓTICOS				
TRASTORNOS AFECTIVOS				
TRASTORNOS ANSIOSOS				
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS				
TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN				
ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS				
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS				
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD				
INTENTOS DE SUICIDIO				
OTROS (Especificar)				

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES SOMÁTICOS ¿Ingresos, IQ, accidentes?

PATOLOGÍA POR APARATOS Y SISTEMAS	NO	SI	DIAGNÓSTICO	AÑO
NEUROLÓGICO				
RESPIRATORIO				
CARDIOVASCULAR				
HEMATOLÓGICO				
ORL				
HEPATOBILIAR-GASTROINTESTINAL				
PIEL				
MUSCULOESQUELÉTICO				
ENDOCRINO				
RENAL-GENITOURINARIO				
NEOPLASIAS				
ALERGIA-HIPERSENSIBILIDAD				
OBSTETRICIA-GINECOLOGÍA				
OTROS				

¿ES UNA MUJER CON POSIBILIDAD DE QUEDARSE EMBARAZADA?

NO

SI → ¿TOMA MÉTODO ANTICONCEPTIVO? SI / NO

Tipo:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES PSIQUIÁTRICOS (Diagnósticos previos que le han dado)

ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	SI	NO	En caso afirmativo, ESPECIFICAR	INGRESOS
TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA				
DEMENCIA				
TRASTORNOS PSICÓTICOS				
TRASTORNOS AFECTIVOS				
TRASTORNOS ANSIOSOS				
TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS				
TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN				
ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS				
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS				
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD				
INTENTOS DE SUICIDIO				
OTROS (Especificar)				

CUADRO CLÍNICO A ESTUDIO

Edad de inicio de la enfermedad:

Historia de la enfermedad:

NÚMERO DE EPISODIOS PREVIOS: 0
1
2 – 5
6 – 10
> 10

EPISODIO ACTUAL:
DURACIÓN (semanas, meses o años):

TRATAMIENTO ACTUAL:

PSICOLÓGICO: SI / NO TIPO:

FARMACOLÓGICO:
SOMÁTICO:

PSIQUIÁTRICO:

¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA CON ESTE TRATAMIENTO? < 1 mes
1 – 3 meses
> 3 meses

¿CÓMO SE SIENTE CON ESTA MEDICACIÓN?
Ha remitido el cuadro por el que se pautó.
Ha mejorado bastante.
Ha mejorado algo.
No ha mejorado.
Ha empeorado.

FICHA DEL PACIENTE: CUESTIONARIO CLÍNICO FINAL

¿CÓMO SE ENCUENTRA DESDE LA PRIMERA VEZ QUE NOS VIMOS?

Peor
Igual
Mejor

TRATAMIENTO ACTUAL:

PSICOLÓGICO: SI / NO

TIPO:

Inicio:

FARMACOLÓGICO:

SOMÁTICO

PSIQUIÁTRICO:

¿SE LE HA MODIFICADO DURANTE ESTE TIEMPO EL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO O SE LE HA AÑADIDO ALGÚN FÁRMACO?

SI / NO

Inicio:

¿DESDE LA VISITA ANTERIOR HA OCURRIDO ALGUNA SITUACIÓN ESTRESANTE QUE TE HAYA AFECTADO (pareja, familia, amigos, trabajo, estudios, etc...)?

SI / NO

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFICA:

¿HAS TENIDO QUE ACUDIR DURANTE ESTE TIEMPO A URGENCIAS O HAS INGRESADO DURANTE ESTE TIEMPO?

Nº DE INGRESOS:

Nº DE CONSULTAS AL SERVICIO DE URGENCIAS:

(MOTIVO)

DURANTE LOS 6 MESES DE ESTUDIO:

¿HA RETOMADO TODAS SUS TAREAS DOMÉSTICAS? SI NO A MEDIAS
¿HA RETOMADO TODAS SUS ACTIVIDADES DE OCIO? SI NO A MEDIAS

SI TUVO QUE INTERRUMPIR SUS ESTUDIOS O TRABAJO POR LA CLÍNICA DEPRESIVA
OBJETO DE ESTUDIO ¿LOS HA RETOMADO?

SI ¿CUÁNTO TIEMPO HA ESTADO DE BAJA? Días
NO ¿CUÁNTO TIEMPO LLEVA DE BAJA? Día
No ha lugar

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 5

ENCUESTA SOBRE HÁBITOS DE VIDA

FECHA:

NOMBRE:

1. **¿Estás trabajando?** **SI / NO**
Si es así, indica en qué trabajas, qué turno laboral haces y cuántas horas trabajas en total al día:
2. **Indica que actividades cotidianas haces durante el día y el tiempo que empleas en ellas.**
3. **¿Haces actividades de ocio?** **SI / NO**
Si tu respuesta es afirmativa, cuales:
4. **¿Haces actividad física, incluyendo el andar y el ejercicio realizado en el trabajo?** **SI / NO**
Si tu respuesta es afirmativa:
- Indica que actividades realizas:
- Frecuencia con que las realizas:
- 1. < 1 hora
 - 2. 1 – 3 horas / día
 - 3. > 3 horas / día
 - 4. No sabe
5. **¿Cuántas horas diarias se expone a la luz del sol (NO incluir la que se toma a través de la ventana)?**
- 1. < 1 hora
 - 2. 1 – 3 horas / día
 - 3. > 3 horas / día
 - 4. No sabe
6. **¿Duermes bien?** **SI / NO**

7. ¿Tomas medicación para dormir? **SI / NO**
Indica cual:

8. ¿Duermes siesta? **SI / NO**
¿Cuánto tiempo?

9. ¿Cuántas horas duermes?
Indica a qué horas te acuestas y a qué hora te levantas:

10. ¿Tienes horarios regulares para las comidas? **SI / NO**

11. ¿Cuántas veces tomas fruta?

1. A diario
2. Varias veces a la semana
3. Alguna vez al mes
4. Nunca

12. ¿Cuántas veces tomas verdura?

1. A diario
2. Varias veces a la semana
3. Alguna vez al mes
4. Nunca

13. ¿Cuántas veces tomas pescado?

1. A diario
2. Varias veces a la semana
3. Alguna vez al mes
4. Nunca

14. ¿Tomas café, té o algún otro tipo de estimulante? **SI / NO**
Si es afirmativa, ¿cuántos tomas al día?

15. ¿Fumas? **SI / NO**
Nº de cigarrillos / día:

16. ¿Tomas alcohol? **SI / NO**

1. A diario
2. Varias veces a la semana
3. Alguna vez al mes
4. Nunca

17. ¿Tomas algún otro tipo de drogas?

	A diario	Varias veces a la semana	Alguna vez al mes	En el pasado	Nunca
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras (especificar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 6



1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

1

MINI

MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW

**Versión en Español 5.0.0
DSM-IV**

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

FRANCIA: **Y. Lecrubier, 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

© Copyright 1992, 1994, 1998, 1999 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Todos los derechos están reservados. Ninguna parte de este documento puede ser reproducida o transmitida en forma alguna, ni por cualquier medio electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias y sistemas informáticos, sin previa autorización escrita de los autores. Investigadores y clínicos que trabajen en instituciones públicas o lugares no lucrativos (incluyendo universidades, hospitales no lucrativos e instituciones gubernamentales) pueden hacer copias del MINI para su uso personal.

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

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 sí 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 periodo de tiempo que se explora. El entrevistador debe leerlas tantas veces como sea necesario. Sólo aquellos síntomas que ocurrieron durante el período de tiempo explorado deben ser considerados al codificar las respuestas.

Respuestas con una flecha encima (\rightarrow) 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).

Frasas 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.

Para preguntas, sugerencias, sesiones de entrenamiento o información acerca de los últimos cambios en la MINI se puede comunicar con:

David V Sheehan, M.D., M.B.A.
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: +1 813 974 4544
Fax: +1 813 974 4575
e-mail: dsheehan@hsc.usf.edu

Yves Lecrubier, M.D./Thierry Hergueta, M.S.
INSERM U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 Paris, Francia
Tel.: +33 (0) 1 42 16 16 59
Fax: +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail: hergueta@ext.jussieu.fr

Laura Ferrando, M.D.
IAP
Velázquez, 156,
28002 Madrid, España
Tel.: +91 564 47 18
Fax: +91 411 54 32
e-mail: iap@lander.es

Marelli Soto, M.D.
University of South Florida
3515 East Fletcher Avenue
Tampa, FL USA 33613-4788
Tel.: +1 813 974 4544
Tel.: +1 813 974 4544
Fax: +1 813 974 4575
e-mail: mon0619@aol.com

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

A. Episodio depresivo mayor

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

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

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

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

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

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE	

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

5

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 periodo 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
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL	

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

6

B. Trastorno distímico

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

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

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

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

7

C. Riesgo de suicidio

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

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

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
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON «EXALTADO» O «EUFÓRICO», CLARIFIQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con «exaltado» o «eufórico» es un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente «exaltado», «eufórico», o lleno de energía?	NO	SÍ	2
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado durante varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha notado usted o los demás, que ha estado más irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas?	NO	SÍ	3
<p>SI SÍ:</p>					
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO	SÍ	4
¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a?			NO	SÍ	

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

9

D4	<p>¿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?</p> <p style="text-align: center;">EL EPISODIO EXPLORADO ERA:</p>	NO	SÍ	12
		↓ <input type="checkbox"/>	↓ <input type="checkbox"/>	
		<i>HIPOMANÍACO MANÍACO</i>		
	¿CODIFICÓ NO EN D4 ?	NO	SÍ	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	EPISODIO HIPOMANÍACO		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	
	¿CODIFICÓ SÍ EN D4 ?	NO	SÍ	
	ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.	EPISODIO MANÍACO		
		ACTUAL	<input type="checkbox"/>	
		PASADO	<input type="checkbox"/>	

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

E. Trastorno de angustia

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

11

F. Agorafobia

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

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

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

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA con agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

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

NO	SÍ
AGORAFOBIA ACTUAL sin historial de trastorno de angustia	

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

12

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

NO SÍ 4
FOBIA SOCIAL
(trastorno de ansiedad social)
ACTUAL

H. Trastorno obsesivo-compulsivo

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

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

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

I. Estado por estrés postraumático (opcional)

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

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el cual otras personas han muerto y/u otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATASTROFE NATURAL	NO	SÍ	1
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (p. ej., lo ha soñado, ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	NO	SÍ	2
I3	En el último mes:			
a	¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar?	NO	SÍ	3
b	¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento?	NO	SÍ	4
c	¿Ha disminuido su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales?	NO	SÍ	5
d	¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros?	NO	SÍ	6
e	¿Ha notado que sus sentimientos están adormecidos?	NO	SÍ	7
f	¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir antes que otras personas?	NO	SÍ	8
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	
I4	Durante el último mes:			
a	¿Ha tenido usted dificultades para dormir?	NO	SÍ	9
b	¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje?	NO	SÍ	10
c	¿Ha tenido dificultad para concentrarse?	NO	SÍ	11
d	¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta?	NO	SÍ	12
e	¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa?	NO	SÍ	13
	¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3?	NO	SÍ	
I5	¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales o han sido causa de gran ansiedad?	NO	SÍ	14

NO SÍ 14
ESTADO POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
ACTUAL

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

15

J. Abuso y dependencia de alcohol

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

J1	¿En los últimos 12 meses, ha tomado 3 o más bebidas alcohólicas en un período de 3 horas en tres o más ocasiones?	NO	SÍ	1				
J2	En los últimos 12 meses:							
a	¿Necesitaba beber más para conseguir los mismos efectos que cuando usted comenzó a beber?	NO	SÍ	2				
b	¿Cuando reducía la cantidad de alcohol, temblaban sus manos, sudaba, o se sentía agitado? ¿Bebía para evitar estos síntomas o para evitar la resaca (p. ej., temblores, sudoraciones o agitación)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA.	NO	SÍ	3				
c	¿Durante el tiempo en el que bebía alcohol, acababa bebiendo más de lo que en un principio había planeado?	NO	SÍ	4				
d	¿Ha tratado de reducir o dejar de beber alcohol pero ha fracasado?	NO	SÍ	5				
e	¿Los días en los que bebía, empleaba mucho tiempo en procurarse alcohol, en beber y en recuperarse de sus efectos?	NO	SÍ	6				
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de sus pasatiempos, o estando con otros, debido a su consumo de alcohol?	NO	SÍ	7				
g	¿Continuó bebiendo a pesar de saber que esto le causaba problemas de salud, físicos o mentales?	NO	SÍ	8				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE J2?							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL	
NO	SÍ							
DEPENDENCIA DE ALCOHOL ACTUAL								
J3	En los últimos 12 meses:							
a	¿Ha estado usted varias veces intoxicado, embriagado, o con resaca en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, el trabajo o la casa? ¿Esto le ocasionó algún problema? CODIFIQUE SÍ SÓLO SI ESTO LE HA OCASIONADO PROBLEMAS.	NO	SÍ	9				
b	¿Ha estado intoxicado en alguna situación en la que corría un riesgo físico, por ejemplo conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	10				
c	¿Ha tenido problemas legales debido a su uso de alcohol, por ejemplo un arresto, perturbación del orden público?	NO	SÍ	11				
d	¿Ha continuado usted bebiendo a pesar de saber que esto le ocasionaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	12				
	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE J3?							
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>NO</th> <th>SÍ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL	
NO	SÍ							
ABUSO DE ALCOHOL ACTUAL								
MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)								

.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

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, pildoras adelgazantes.
 - Cocaína:** inhalada, intravenosa, crack, *speedball*.
 - Narcóticos:** heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.
 - Alucinógenos:** LSD (ácido), mescalina, peyote, PCP (polvo de ángel, *peace pill*), *psilocybin*, STP, hongos, éxtasis, MDA, MDMA.
 - Inhalantes:** pegamento, éter, óxido nitroso (*laughing gas*), *amyl* o *butyl nitrate* (*poppers*).
 - Marihuana:** hachís, THC, pasto, hierba, mota, *reefer*.
 - Tranquilizantes:** Qualude, Seconal («reds»), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, «Miltown», Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.
 - Otras sustancias:** esteroides, pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra sustancia?
- ESPECIFIQUE LA/S SUSTANCIA/S MÁS USADA/S: _____

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

- SÓLO UNA DROGA/CLASE DE DROGA HA SIDO UTILIZADA.
- SÓLO LA CLASE DE DROGA MÁS UTILIZADA ES EXPLORADA.
- CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO.)

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

- a ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? NO SÍ 1
 - b ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudaciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna/s droga/s para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? NO SÍ 2
- CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA
- c ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? NO SÍ 3
 - d ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) pero ha fracasado? NO SÍ 4

1.1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

17

e	¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (>2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas?	NO	SÍ	5				
f	¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas?	NO	SÍ	6				
g	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud?	NO	SÍ	7				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS ACTUAL								
<p>Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en los últimos 12 meses:</p>								
K3 a	¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? (CODIFIQUE SÍ, SÓLO SI LE OCACIONÓ PROBLEMAS)	NO	SÍ	8				
b	¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (p. ej., conducir un automóvil, una motocicleta, una embarcación, o utilizar una máquina, etc.)?	NO	SÍ	9				
c	¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo, un arresto o perturbación del orden público?	NO	SÍ	10				
d	¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA/CLASE DE DROGA SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas?	NO	SÍ	11				
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS RESPUESTAS DE K3? ESPECIFICAR LA/S DROGA/S: _____</p>		<table border="1"> <tbody> <tr> <td>NO</td> <td>SÍ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL</td> </tr> </tbody> </table>			NO	SÍ	ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL	
NO	SÍ							
ABUSO DE SUSTANCIAS ACTUAL								

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

L. Trastornos psicóticos

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

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

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

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

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

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

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

19

L7	a	¿Alguna vez, estando despierto, ha tenido visiones o ha visto cosas que otros no podían ver? ENTREVISTADOR/A: INVESTIGUE SI ESTAS VISIONES SON CULTURALMENTE INAPROPIADAS.	NO	SÍ	13
	b	Si SÍ: ¿Ha visto estas cosas el pasado mes?	NO	SÍ	14
BAJO EL PUNTO DE VISTA DEL ENTREVISTADOR/a:					
L8	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN LENGUAJE DESORGANIZADO, INCOHERENTE O CON MARCADA PÉRDIDA DE LAS ASOCIACIONES?	NO	SÍ	15
L9	b	¿PRESENTA EL PACIENTE ACTUALMENTE UN COMPORTAMIENTO DESORGANIZADO O CATATÓNICO?	NO	SÍ	16
L10	b	¿HAY SÍNTOMAS NEGATIVOS DE ESQUIZOFRENIA PROMINENTES DURANTE LA ENTREVISTA (UN APLANAMIENTO AFECTIVO SIGNIFICATIVO, POBREZA DEL LENGUAJE [ALOGIA] O INCAPACIDAD PARA INICIAR O PERSISTIR EN ACTIVIDADES CON UNA FINALIDAD DETERMINADA)?	NO	SÍ	17
L11		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «b»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «b»?	NO SÍ TRASTORNO PSICÓTICO ACTUAL		
L12		¿CODIFICÓ SÍ EXTRAÑO EN 1 O MÁS PREGUNTAS «a»? o ¿CODIFICÓ SÍ (EN VEZ DE SÍ EXTRAÑO) EN 2 O MÁS PREGUNTAS «a»? VERIFIQUE QUE LOS DOS SÍNTOMAS OCURRIERAN DURANTE EL MISMO PERÍODO DE TIEMPO o ¿CODIFICÓ SÍ EN L11?	NO SÍ 18 TRASTORNO PSICÓTICO DE POR VIDA		
L13	a	¿CODIFICÓ SÍ EN 1 O MÁS PREGUNTAS DE L1b a L7b Y CODIFICÓ sí EN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (ACTUAL) o EPISODIO MANÍACO (ACTUAL O PASADO)?	NO	SÍ	
	b	SI CODIFICÓ SI EN L1EA: Anteriormente me dijo que usted tuvo un periodo/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 periodos en los que se sintió deprimido(a)/exaltado(a)/irritable?	NO SÍ 19 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUAL		

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

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"/> libras
	c	¿ES EL PESO DEL PACIENTE INFERIOR AL PESO MÍNIMO CORRESPONDIENTE A SU ESTATURA (VER TABLA A CONTINUACIÓN)?	NO	SÍ

En los últimos 3 meses:

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

PARA MUJERES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5 Y M6?

PARA HOMBRES: ¿CODIFICÓ SÍ EN M5?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA ACTUAL	

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

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

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

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

21

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 periodo de 2 horas?	NO	SÍ	7
N2	¿En los últimos 3 meses, se ha dado usted al menos 2 atracones por semana?	NO	SÍ	8
N3	¿Durante estos atracones, se siente descontrolado comiendo?	NO	SÍ	9
N4	¿Hace usted algo para compensar o evitar ganar peso como consecuencia de estos atracones, como vomitar, ayunar, practicar ejercicio, tomar laxantes, enemas, diuréticos (pastillas de agua) u otros medicamentos?	NO	SÍ	10
N5	¿Influye grandemente en la opinión que usted tiene de sí mismo su peso o la figura de su cuerpo?	NO	SÍ	11
N6	¿CUMPLEN LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE CON LOS CRITERIOS DE ANOREXIA NERVIOSA?	NO ↓ Ir a N8	SÍ	
N7	¿Ocurren estos atracones solamente cuando está por debajo de (____ libras/kg)? (ENTREVISTADOR/A: ESCRIBA EN EL PARÉNTESIS EL PESO MÍNIMO DE ESTE PACIENTE EN RELACIÓN A SU ESTATURA, BASADO EN LA TABLA DE ESTATURA/PESO QUE SE ENCUENTRA EN EL MÓDULO DE ANOREXIA NERVIOSA.)	NO	SÍ	12

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

NO	SÍ
BULIMIA NERVIOSA ACTUAL	

¿CODIFICÓ **SÍ** EN N7?

NO	SÍ
ANOREXIA NERVIOSA TIPO COMPULSIVO/PURGATIVO ACTUAL	

O. Trastorno de ansiedad generalizada

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

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

NO SÍ
**TRASTORNO
DE ANSIEDAD
GENERALIZADA
ACTUAL**

1. MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

23

P. Trastorno antisocial de la personalidad (opcional)

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

P1 Antes de cumplir los 15 años:

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

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

P2 Después de cumplir los 15 años:

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

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

ESTO CONCLUYE LA ENTREVISTA

MINI 5.0.0 (1 de enero de 2000)

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 7

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

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO**

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

11. Ansiedad somática	<p>0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante</p> <p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<p>0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales</p>
13. Síntomas somáticos generales	<p>0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier síntoma bien definido se califica 2</p>
14. Síntomas genitales	<p>0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante</p> <p>Síntomas como</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	<p>0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas</p>
16. Pérdida de peso (completar A o B)	<p>A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación)</p> <p>0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</p> <p>B. Según peso evaluado por el psiquiatra (evaluaciones siguientes)</p> <p>0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)</p>
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	<p>0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo</p>

Validación de la versión española por Ramos-Brieva.

ANEXO 8

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Delante de cada frase marque con una cruz el círculo que mejor refleje su situación actual.

1. Estado de ánimo
 - Esta tristeza me produce verdaderos sufrimientos
 - No me encuentro triste
 - Me siento algo triste y deprimido
 - Ya no puedo soportar esta pena
 - Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar
2. Pesimismo
 - Me siento desanimado cuando pienso en el futuro
 - Creo que nunca me recuperaré de mis penas
 - No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal
 - No espero nada bueno de la vida
 - No espero nada. Esto no tiene remedio
3. Sentimientos de fracaso
 - He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo, profesional, etc.)
 - He tenido más fracasos que la mayoría de la gente
 - Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena
 - No me considero fracasado
 - Veo mi vida llena de fracasos
4. Insatisfacción
 - Ya nada me llena
 - Me encuentro insatisfecho conmigo mismo
 - Ya no me divierte lo que antes me divertía
 - No estoy especialmente insatisfecho
 - Estoy harto de todo
5. Sentimientos de culpa
 - A veces me siento despreciable y mala persona
 - Me siento bastante culpable
 - Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable
 - Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable
 - No me siento culpable
6. Sentimientos de castigo
 - Presiento que algo malo me puede suceder
 - Siento que merezco ser castigado
 - No pienso que esté siendo castigado
 - Siento que me están castigando o me castigarán
 - Quiero que me castiguen
7. Odio a sí mismo
 - Estoy descontento conmigo mismo
 - No me aprecio
 - Me odio (me desprecio)
 - Estoy asqueado de mí
 - Estoy satisfecho de mí mismo
8. Autoacusación
 - No creo ser peor que otros
 - Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal
 - Me siento culpable de todo lo malo que ocurre
 - Siento que tengo muchos y muy graves defectos
 - Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores
9. Impulsos suicidas
 - Tengo pensamientos de hacerme daño, pero no llegaría a hacerlo
 - Siento que estaría mejor muerto
 - Siento que mi familia estaría mejor si yo muriera
 - Tengo planes decididos de suicidarme
 - Me mataría si pudiera
 - No tengo pensamientos de hacerme daño
10. Periodos de llanto
 - No lloro más de lo habitual
 - Antes podía llorar, ahora no lloro ni aun queriéndolo
 - Ahora lloro continuamente. No puedo evitarlo
 - Ahora lloro más de lo normal

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO**

Inventario de Depresión de Beck
(Beck Depression Inventory, BDI)

-
11. Irritabilidad
- No estoy más irritable que normalmente
 - Me irrito con más facilidad que antes
 - Me siento irritado todo el tiempo
 - Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba
-
12. Aislamiento social
- He perdido todo mi interés por los demás y no me importan en absoluto
 - Me intereso por la gente menos que antes
 - No he perdido mi interés por los demás
 - He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos
-
13. Indecisión
- Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones
 - Tomo mis decisiones como siempre
 - Ya no puedo tomar decisiones en absoluto
 - Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda
-
14. Imagen corporal
- Estoy preocupado porque me veo más viejo y desmejorado
 - Me siento feo y repulsivo
 - No me siento con peor aspecto que antes
 - Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo)
-
15. Capacidad laboral
- Puedo trabajar tan bien como antes
 - Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
 - No puedo trabajar en nada
 - Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo
 - No trabajo tan bien como lo hacía antes
-
16. Trastornos del sueño
- Duermo tan bien como antes
 - Me despierto más cansado por la mañana
 - Me despierto unas 2 horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir
 - Tardo 1 o 2 horas en dormirme por la noche
 - Me despierto sin motivo en mitad de la noche y tardo en volver a dormirme
 - Me despierto temprano todos los días y no duermo más de 5 horas
 - Tardo más de 2 horas en dormirme y no duermo más de 5 horas
 - No logro dormir más de 3 o 4 horas seguidas
-
17. Cansancio
- Me canso más fácilmente que antes
 - Cualquier cosa que hago me fatiga
 - No me canso más de lo normal
 - Me canso tanto que no puedo hacer nada
-
18. Pérdida de apetito
- He perdido totalmente el apetito
 - Mi apetito no es tan bueno como antes
 - Mi apetito es ahora mucho menor
 - Tengo el mismo apetito de siempre
-
19. Pérdida de peso
- No he perdido peso últimamente
 - He perdido más de 2,5 kg
 - He perdido más de 5 kg
 - He perdido más de 7,5 kg
-
20. Hipocondría
- Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas
 - Estoy preocupado por dolores y trastornos
 - No me preocupa mi salud más de lo normal
 - Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro
-
21. Libido
- Estoy menos interesado por el sexo que antes
 - He perdido todo mi interés por el sexo
 - Apenas me siento atraído sexualmente
 - No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo
-

ANEXO 9

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

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

ANEXO 10

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

Actividades	Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No me limita
a. <i>Esfuerzos intensos</i> (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. <i>Esfuerzos moderados</i> (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir <i>varios</i> pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir <i>un solo</i> piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar <i>1 km o más</i>	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar <i>una sola manzana</i> (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

4. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de su salud física?*

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costó más de lo normal)?	1	2

5. Durante las *4 últimas semanas* ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, *a causa de algún problema emocional* (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Sí	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, <i>por algún problema emocional?</i>	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, <i>por algún problema emocional?</i>	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, <i>por algún problema emocional?</i>	1	2

**EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO**

Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud
(Short-Form, SF-36)

6. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?						
Nada	1					
Un poco	2					
Regular	3					
Bastante	4					
Mucho	5					
7. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante <i>las 4 últimas semanas</i> ?						
No, ninguno	1					
Sí, muy poco	2					
Sí, un poco	3					
Sí, moderado	4					
Sí, mucho	5					
Sí, muchísimo	6					
8. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿hasta qué punto <i>el dolor</i> le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el estar fuera de casa y las tareas domésticas)?						
Nada	1					
Un poco	2					
Regular	3					
Bastante	4					
Mucho	5					
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante <i>las 4 últimas semanas</i> . En cada pregunta responda lo que más se parezca a cómo se ha sentido usted. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> cuánto tiempo...						
	<i>Siempre</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>Muchas veces</i>	<i>Algunas veces</i>	<i>Sólo alguna vez</i>	<i>Nunca</i>
a. ...se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g. ...se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h. ...se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i. ...se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
10. Durante <i>las 4 últimas semanas</i> , ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?						
Siempre	1					
Casi siempre	2					
Algunas veces	3					
Sólo algunas veces	4					
Nunca	5					
11. Por favor, diga si le parece <i>cierta</i> o <i>falsa</i> cada una de las siguientes frases:						
	<i>Totalmente cierta</i>	<i>Bastante cierta</i>	<i>No lo sé</i>	<i>Bastante falsa</i>	<i>Totalmente falsa</i>	
a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5	
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5	
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5	
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5	

(Versión española 1.3 – July 15, 1994 por Jordi Alonso, MD, PhD: on behalf of the IQOLA Project.)

Adaptada y validada al castellano por Alonso y colaboradores.

ANEXO 11

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M Esperanza Gómez Gazol

Este es un cuestionario para la valoración de algunos de sus rasgos de personalidad. Conteste según sea su manera de ser habitual y no según se encuentre en un momento dado.

Ponga una cruz en su respuesta: V para verdadero y F para falso. En el caso de contestar V (verdadero) no olvide señalar el grado de intensidad de su respuesta: **1.** A veces, **2.** Con frecuencia y **3.** Siempre

Nombre	Fecha
---------------	--------------

1. Más vale no confiar en los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

2. Me gustaría dar a la gente su merecido.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

3. Prefiero realizar actividades que pueda hacer yo solo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

4. Prefiero estar conmigo mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

5. ¿ Piensa la gente que es usted: raro, excéntrico...?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

6. ¿Cree que está más en contacto con lo paranormal que la mayoría de la gente?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

7. Soy demasiado emocional.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

8. Cuido mucho mi apariencia.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

9. Hago cosas que están fuera de la ley.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

10. Tengo poco respeto por los derechos de los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

11. Creo que soy especial y me merezco que me lo reconozcan.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

12. ¿Cree que la gente le envidia por su valía?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

13. ¿Sus emociones son como una montaña rusa?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

14. ¿Es usted impulsivo?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

15. ¿Se pregunta con frecuencia cuál es su papel en la vida?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

16. ¿Se siente aburrido y vacío con facilidad?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

17. ¿Le considera la gente demasiado perfeccionista, obstinado, rígido.....?

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

18. Soy detallista, minucioso y demasiado trabajador.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

19. Necesito sentirme cuidado y protegido por los demás.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

20. Me cuesta tomar decisiones por mí mismo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

21. Soy nervioso.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

22. Tengo mucho miedo a hacer el ridículo.

V	A veces	Con frecuencia	Siempre	F
	1	2	3	

CUESTIONARIO SALAMANCA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Antonio Pérez Urdániz, Vicente Rubio Larrosa, M Esperanza Gómez Gazol

Nombre y apellidos:			
Fecha:	Sexo:	Edad:	Diagnóstico:
Estado Civil:			
Profesión:			
Tratamiento:			

CORRECCIÓN DEL CUESTIONARIO

Sume el total de los puntos obtenidos en las respuestas verdaderas para cada trastorno y refléjelas en la gráfica. Los ítems correspondientes a cada subescala son:

GRUPO A	PAR	PARANOIDE (ítems 1 y 2)
	ESQ	ESQUIZOIDE (ítems 3 y 4)
	EQT	ESQUIZOTÍPICO (ítems 5 y 6)
GRUPO B	HIST	HISTRIÓNICO (ítems 7 y 8)
	ANT	ANTISOCIAL (ítem 9 y 10)
	NAR	NARCISISTA (ítem 11 y 12)
	IE IMP	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO IMPULSIVO (ítems 13 y 14)
	IE LIM	Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad: SUBTIPO LÍMITE (ítems 15 y 16)
GRUPO C	ANAN	ANANCÁSTICO (ítems 17 y 18)
	DEP	DEPENDIENTE (ítem 19 y 20)
	ANS	ANSIOSO (ítems 21 y 22)

Según la nomenclatura del DSM-IV TR: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Antisocial, Narcisista y Dependiente
Según la nomenclatura del CIE-10: Trastorno de inestabilidad emocional subtipo impulsivo, Trastorno de inestabilidad emocional subtipo límite, Anancástico y Ansioso.

Refleje la puntuación en el siguiente gráfico:

PUNT	GRUPO A			GRUPO B					GRUPO C		
	PAR	ESQ	EQT	HIST	ANT	NAR	IE IMP	IE LIM	ANAN	DEP	ANS
6											
5											
4											
3											
2											
1											
0											

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS
HIGIÉNICO-DIETÉTICAS ESTRUCTURAS COMO
TRATAMIENTO COADYUVANTE EN
EL TRASTORNO DEPRESIVO

“El secreto de la felicidad no está en hacer siempre lo que se quiere, sino en querer siempre lo que se hace”

León Tolstoi

Ojalá vivas todos los días de tu vida!

Jonathan Swift

Olga Ibarra Uría