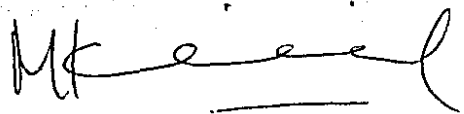


UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

11241  
295

CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"  
I. S. S. S. T. E.  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA

ASOCIACION ENTRE TRASTRONOS AFECTIVOS  
Y ALTERACIONES ELECTROENCEFALOGRAFICAS



TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A  
DR. JORGE ARTURO AZPEITIA HERNANDEZ

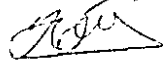


TUTORES: DRA. MARTHA PATRICIA ONTIVEROS URIBE



Y

DR. HECTOR ALEJANDRO ORTEGA SOTO



PSIQUIATRAS ADSCRITOS A LA DIVISION  
DE INVESTIGACIONES CLINICAS DEL  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

MEXICO, D. F.

1989.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



V. b. *[Handwritten]*  
15-11-89



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INTRODUCCION

### ANTECEDENTES Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los reportes estadísticos de las diversas instituciones del sector Salud indican que los padecimientos mentales están dentro de las primeras 20 causas de morbilidad en la República Mexicana (4, 12), y de éstos, los trastornos afectivos están dentro de las primeras 10 causas de morbilidad (10).

Algunos autores reportan que los trastornos afectivos se presentan con una frecuencia de 35 a 50% en la consulta médica general; y constituyen una de las principales causas de consulta psiquiátrica.

Se habla de una prevalencia del 40%, una incidencia mundial de 3 a 4 por 1 000 habitantes y tasas variables según la fuente de información; por ejemplo Estados Unidos reporta una tasa de 52.5 por 100 000 habitantes (8, 21). Las razones para esta variabilidad son: diferentes métodos de recolección de la información, diversos sistemas de clasificación y diferencias diagnósticas dependiendo del país y la época de donde provienen los estudios (10, 13).

Respecto a la etiología de los trastornos afectivos, existen diversas teorías de orden biológico, psicológico y social. Dentro de las de orden biológico se menciona la alteración de estructuras cerebrales y se relaciona a los trastornos afectivos con la epilepsia de los lóbulos temporal y frontal, principalmente con el primero (3, 5, 6, 7, 14, 15, 17, 18, 23, 24).

En 1937 Papez publicó un trabajo en el cual consideró al sistema límbico como un conjunto de estructuras cerebrales directamente involucradas con las experiencias emocionales. Mostró que estas estructuras forman un circuito que hace posible que los impulsos emocionales recibidos sean advertidos por el sujeto y transmitidos hacia las vísceras y músculos; según Papez, en este circuito los impulsos van del hipocampo a los cuerpos mamilares del hipotálamo a través del fórnix, por medio del tracto mamilar se dirigen al núcleo anterior del tálamo y a partir de él alcanzan el girus cingulum y la corteza cerebral. El circuito se completa mediante fibras que van del girus cingulum al hipocampo. El concepto de Papez sigue siendo esencialmente válido y hace posible la relación funcional de los procesos emocionales con los procesos intelectuales en la experiencia consciente.

A partir de entonces se han hecho múltiples estudios tratando de relacionar los síndromes afectivos con alteraciones cerebrales (22).

Se ha considerado al lóbulo temporal derecho responsable de la percepción y expresión de afecto y de los sentimientos, así como funciones de síntesis. Y al lóbulo temporal izquierdo como el responsable de los procesos cognitivos, analíticos, del lenguaje, el manejo de la lógica y la abstracción (6, 7, 14, 23).

La epilepsia del lóbulo temporal produce cuadros

muy variados, desde manifestaciones clínicas imperceptibles, hasta cuadros complejos que incluyen síntomas psicóticos, afectivos, esquizofreniformes, disfunciones sexuales y conductas agresivas. Se ha relacionado la lesión del lóbulo temporal izquierdo con sintomatología esquizofreniforme, mientras que en los pacientes con una lesión temporal derecha se presentan más los trastornos afectivos, siendo frecuentes la ansiedad y los intentos suicidas (6, 7, 14, 23).

Hay limitaciones técnicas para demostrar la asociación entre trastornos afectivos y alteraciones del lóbulo temporal, ya que el electroencefalograma clínico, sólo registra alteraciones superficiales. En la actualidad existen métodos más sofisticados como son: estudios de sueño, electroencefalogramas con electrodos faríngeos y esfenoideas, resonancia magnética, tomografía por emisión de positrones, que no se realizan en forma rutinaria sino más bien con fines de investigación (7, 9).

El electroencefalograma tiene una sensibilidad del 56 al 80%, su especificidad es limitada ya que informa del área de descarga paroxística, pero no acerca de su etiología.

En el Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía de la Secretaría de Salud, se realizó un estudio del análisis electroencefalográfico de 1 000 pacientes con epilepsia, mostrando que el 63% de los pacientes presentaban electroencefalograma anormal (9). En otro estudio realizado en la ciudad de México con 1 000 niños en edad escolar

sin manifestaciones clínicas de epilepsia, el 3.3% mostró un electroencefalograma anormal (9).

Ajmone Marsan y colaboradores estudiaron una población no epiléptica de 6 497 sujetos, encontrando que 142 (2.2%) presentaban descargas con características de algún tipo de epilepsia. De éstos, 20 (14.1%) desarrollaron crisis epilépticas con manifestaciones clínicas (9).

Con base a estos estudios se puede concluir que un sólo electroencefalograma es suficiente para documentar crisis epilépticas en poco más de la mitad de los pacientes; si se realizan múltiples estudios, la probabilidad aumenta y entonces la detección positiva de epilepsia de 55% se elevará al 80%. En el 20% restante es difícil detectar al trastorno por este método, debido al tipo de epilepsia, así el foco es profundo, si se trata de presentación ocasional, etc.

Algunos autores reportan que un 10 a 15% de la población general, presenta alteraciones electroencefalográficas sugestivas de algún tipo de epilepsia sin que la manifiesten clínicamente (8, 9). Se han hecho estudios intentando correlacionar las características clínicas de los diversos trastornos afectivos y la descripción del electroencefalograma. Nystrom encontró que el episodio depresivo mayor en su primer brote se asocia con un incremento en la amplitud delta en la derivación temporal. Los episodios recurrentes se asociaron con una disminución del total de la simetría alfa en las derivaciones temporal y parieto-oc

capital (20). El presente estudio correlacionó los hallazgos electroencefalográficos con el trastorno afectivo.

### OBJETIVOS

1. Identificar la frecuencia de los trastornos afectivos en la consulta externa del servicio de Psiquiatría, del Centro Hospitalario "20 de Noviembre", del ISSSTE, durante el período de tiempo comprendido del 15 de octubre de 1988 al 15 de noviembre de 1988.
2. Correlacionar la evaluación del investigador a través de la aplicación de la Escala de Depresión de Hamilton (11) con la autoevaluación del paciente en base al Inventario de Depresión de Beck (2).
3. Relacionar el trastorno afectivo con el trazo electroencefalográfico.

### TIPO DE ESTUDIO

Para cumplir los objetivos del presente estudio, se realizó una investigación de tipo prospectivo y de corte transversal.

### POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

La investigación se llevó a cabo en todos los pacientes que acudieron por primera vez a la consulta externa de Psiquiatría del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE, durante el período comprendido del 15 de octubre al

15 de noviembre de 1988.

#### CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

En el estudio se incluyeron todos aquellos pacientes que cumplieron criterios diagnósticos de Depresión Mayor y Trastorno Distímico, de ambos sexos y edad comprendida entre los 18 a 60 años.

Se excluyeron pacientes que en los últimos tres meses hayan recibido antidepresivos, benzodiazepinas, anticonvulsivantes o terapia electroconvulsiva; así como también pacientes epilépticos conocidos.

#### MATERIAL Y METODOS

A los pacientes que acudieron por vez primera a la consulta externa del servicio de Psiquiatría del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE, del 15 de octubre al 15 de noviembre de 1988, se les realizó historia clínica para fundamentar diagnóstico de Depresión Mayor o Trastorno Distímico, en base a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III (1) (Anexo 1).

El investigador aplicó la Escala de Depresión de Hamilton (11) y el paciente contestó el Inventario de Depresión de Beck al final de la entrevista inicial (2) (Anexos 2 y 3).

A los pacientes que reunieron criterios diagnósti-



cos para los trastornos afectivos mencionados, se les realizó electroencefalograma clínico con técnica convencional antes de que iniciaran tratamiento depresivo.

Posteriormente se correlacionaron los hallazgos electroencefalográficos con el trastorno afectivo. El análisis estadístico se hizo con estadística descriptiva: promedios, desviaciones estándar, porcentajes y correlación de Pearson en las calificaciones de las escalas de Depresión de Hamilton e Inventario de Depresión de Beck.

### RESULTADOS

En un total de 44 pacientes evaluados en la consulta externa de primera vez, del servicio de Psiquiatría del Centro Hospitalario "20 de Noviembre" del ISSSTE; el diagnóstico que ocupó el primer lugar fue el de trastornos afectivos, con un total de 21 pacientes (47.7%). En segundo lugar los síndromes orgánicos cerebrales con 9 pacientes (20.3%), en tercer lugar los trastornos por déficit de atención con hiperactividad con 8 pacientes (18.1%), en cuarto lugar los trastornos por ansiedad con 5 pacientes (11.3%) y en quinto lugar la epilepsia del lóbulo temporal con 1 paciente (2.2%) (Cuadro 1).

El estudio incluyó únicamente a 21 pacientes que cursaban con trastorno afectivo. En la muestra predominó el sexo femenino, fueron 13 mujeres (61.9%) y 8 hombres (38.1%); la edad promedio fue de  $34 \pm 12$  años con un rango

de 19 a 55 años. La mayoría de los pacientes eran casados 16 (76.1%). En 9 pacientes se identificó algún acontecimiento desencadenante (42.8%), que pudo haber sido conflicto con yugal, con los hijos, laboral, económico (cuadro 2).

De los 21 pacientes con trastornos afectivos, 15 (71.4%) tuvieron diagnóstico de Depresión Mayor y 6 (28.6%) diagnóstico de Trastorno Distímico. Para 13 pacientes (62%) éste fue el primer episodio depresivo y en 8 (38%) era un Episodio Depresivo Recurrente (cuadro 3). En la Escala de Hamilton el puntaje promedio fue de 23.6 con una desviación estándar de 4.1 y un rango de 18 a 34. La calificación promedio del Inventario de Depresión de Beck fue de 24.3 con una desviación estándar de 6.4 y un rango de 18 a 39.

La correlación de Pearson entre la Escala de Hamilton de Depresión aplicada por el investigador y el Inventario de Depresión de Beck contestado por el paciente fue de  $r(19) = .66; p = .001$ . Lo que indica que hubo una correlación significativa entre ambas evaluaciones (cuadro 4). El resultado del electroencefalograma fue normal en 17 pacientes (81%) y anormal en 4 pacientes (19%) (cuadro 5).

Se describe el sexo, edad, número de episodios depresivos, tiempo de evolución del cuadro actual y diagnóstico de Trastorno Afectivo en ambos grupos (cuadro 6).

De los 4 pacientes con electroencefalograma anormal las alteraciones reportadas en el mismo fueron: ondas paroxísticas en los lóbulos frontales o temporales. Sin que ninguno de estos pacientes tuviera manifestaciones clínicas de

epilepsia (cuadro 7).

### CONCLUSIONES

Se encontró que los trastornos afectivos en la consulta externa psiquiátrica de primera vez, ocuparon el primer lugar con una frecuencia de 47.7%, lo cual no difiere de lo reportado en estudios previos (4, 10, 12, 13). El tipo de diagnóstico de trastornos afectivos con mayor frecuencia encontrado en la muestra fue el de Depresión Mayor 71.4% y en segundo lugar el Trastorno Distímico 28.6%, no se hizo el diagnóstico de otro tipo de trastorno afectivo (Trastorno Afectivo Mayor Fase Maníaca, Trastorno Ciclotímico). Probablemente esto se debió a que estos problemas son vistos en el servicio de Urgencias y canalizados para internamiento al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez de la Secretaría de Salud.

En nuestro estudio predominaron los pacientes del sexo femenino, 13 mujeres y 8 hombres, lo cual concuerda con lo reportado en la literatura (4, 8, 10, 13, 15, 16).

La evaluación del investigador en cuanto a la intensidad de los síntomas depresivos, calificada a través de la Escala de Depresión de Hamilton correlacionó en forma significativa en la autoevaluación del paciente al contestar el Inventario de Depresión de Beck  $p = 0.001$ .

En los hallazgos electroencefalográficos reportados

En los hallazgos electroencefalográficos reportados como anormales en 4 pacientes (19.04%), el trazo era sugerente pero no concluyente de epilepsia temporal o frontal; clínicamente no existía evidencia de epilepsia en estos pacientes, de hecho los pacientes con antecedentes de epilepsia, no fueron incluidos en este estudio.

La frecuencia de electroencefalogramas anormales encontrados en nuestra muestra es mayor que la reportada por otros autores, que mencionan un 10 a 15% de EEG anormales en la población general (8). Este es un dato que llama la atención pero no podemos determinar su origen.

La anormalidad en el EEG de estos 4 pacientes no la consideramos causal del trastorno afectivo, probablemente fue solo un hallazgo concurrente. Se debe realizar un seguimiento de estos pacientes, para determinar si la anormalidad en el EEG cambia la evolución del cuadro depresivo a la respuesta al tratamiento antidepresivo. Y sólo variamos si el trastorno afectivo y la alteración electroencefalográfica tienen relación.

CUADRO No. 1

FRECUENCIA DE ALTERACIONES PSIQUIATRICAS, EN EL PERIODO DE UN MES,  
EN LA CONSULTA EXTERNA DE PRIMERA VEZ, SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
DEL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE" DEL ISSSTE.

<u>D I A G N O S T I C O</u>	<u>No. DE CASOS</u>	<u>PUNTAJE</u>
1. TRASTORNOS AFECTIVOS:	21	47.7%
Depresión Mayor,	15	34.2%
Trastorno Distímico.	6	13.5%
2. SINDROMES ORGANICOS CEREBRALES:	9	20.3%
S.O.C. Delirante,	6	13.6%
S.O.C. Afectivo,	2	4.5%
S.O.C. Personalidad.	1	2.2%
3. TRASTORNOS POR DEFICIT DE ATENCION CON HIPERACTIVIDAD.	8	18.1%
4. TRASTORNOS POR ANSIEDAD:	5	11.3%
Trastorno por Ansiedad Genera- lizada,	3	6.6%
Neurosis Obsesivo Compulsiva,	1	2.2%
Trastorno por Ansiedad debido a stress postraumático.	1	2.2%
5. EPILEPSIA DEL LOBULO TEMPORAL.	1	2.2%
Total:	44	100

CUADRO No. 2

## DATOS DEMOGRAFICOS

N = 21  
n (%)

SEXO:	masculino	8 (38.1)
	femenino	13 (61.9)
ESTADO CIVIL:	casados	16 (76.2)
	solteros	5 (23.8)
EDAD $\bar{X}$ + D.E.	34	12
EVENTO PRECIPITANTE:	presente	8 (38.1)
	ausente	13 (61.9)

CUADRO No. 3

TIPO DEL TRASTORNO AFECTIVO  
n (%)

<u>PACIENTES</u>	<u>DIAGNOSTICO</u>
	PRIMERA VEZ 12 (80)
15 (71.4)	DEPRESION MAYOR
	RECURRENTES 3 (20)
6 (28.6)	TRASTORNO DISTIMICO
TOTAL 21 100	

CUADRO No. 4

## RESULTADO DE LAS ESCALAS UTILIZADAS

N = 21

Escales	$\bar{X}$	D.E.	Rango	$r(10) = .66; p = .001$
Escales de Depresión de Hamilton	23.6	4.1	18 - 34	
Inventario de Depresión de Beck	24.3	6.4	18 - 39	



## CUADRO No. 5

## RESULTADOS DEL ELECTROENCEFALOGRAMA

N = 21

n (%)

Electroencefalograma normal	17	(81.0)
Electroencefalograma anormal	4	(19.0)

CUADRO No. 6

DESCRIPCION DE LAS CARACTERISTICAS CLINICAS DE LOS PACIENTES  
CON ELECTROENCEFALOGRAMA (EEG) NORMAL Y ANORMAL

EEG	Normal	Sexo F/M	E d a d X ± d.e	Número de Episodio Depresivo Inicial Recurrente		Tiempo Evolución (meses) X ± d.e	D i a g n ó s t i c o Depresión Mayor/T. Distímico	
	n = 17	11/6	37.63 ± 11.93	10	7	26.38 ± 32.2	11	6
	n = 24	2/2	23.25 ± 4.03	3	1	13.67 ± 7.09	4	0

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 7

DESCRIPCION DEL ELECTROENCEFALOGRAMA ANORMAL

N = 4

1. ONDAS PAROXISTICAS EN REGION FRONTAL IZQUIERDA.
2. ONDAS PAROXISTICAS EN REGIONES BIFRONTALES.
3. ONDAS PAROXISTICAS EN REGION TEMPORAL IZQUIERDA.
4. ONDAS PAROXISTICAS EN REGIONES BITEMPORALES.

DIAGRAMA DE MATERIAL Y METODO

CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA  
DEL CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"



HISTORIA CLINICA A LOS PACIENTES DE  
PRIMERA VEZ



DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS AFECTIVOS  
DSM-III



APLICACION DE LA ESCALA DE HAMILTON POR EL  
INVESTIGADOR



AUTOAPLICACION DEL INVENTARIO DE DEPRESION  
DE BECK



TOMA DEL ELECTROENCEFALOGRAMA

**ANEXOS**

## ANEXO I

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA LOS TRASTORNOS AFECTIVOS DSM-III CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

- A. Estado de ánimo disfórico o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades o pasatiempos habituales. El estado de ánimo disfórico se caracteriza por los siguientes síntomas: depresión, tristeza, melancolía, desesperanza, apatía, falta de iniciativa e irritabilidad. La alteración del estado de ánimo puede ser predominante y relativamente persistente aunque no siempre es el síntoma más llamativo; en cualquier caso, no hay cambios momentáneos de un estado de ánimo disfórico a otro; como ocurre con el paso de la ansiedad a la depresión o cólera, tal como se observa en los estados de confusión psicótica aguda (el estado de ánimo disfórico en los niños menores de 6 años puede inferirse a partir de la persistente tristeza de la expresión facial).
- B. Por lo menos cuatro de los siguientes síntomas han estado presentes casi diariamente, durante dos semanas como mínimo (en los niños menores de 6 años, tres de los cuatro primeros síntomas, como mínimo):
1. poco apetito o pérdida significativa de peso (sin estar bajo dieta) o aumento del apetito con ganancia significativa de peso (no se opera la ganancia de peso esperada en los niños menores de 6 años);

2. insomnio o hipersomnias;
  3. agitación o enlentecimiento psicomotor (no bastan los sentimientos subjetivos o de estar enlentecido) (hipoactividad en los niños menores de 6 años);
  4. pérdida de interés o placer en las actividades habituales o disminución de la motivación sexual fuera de los períodos delirantes o alucinatorios (signos de apatía en los niños menores a 6 años);
  5. pérdida de energía;
  6. sentimientos de inutilidad, autorreproche o de culpa excesiva o inapropiada (puede ser delirante);
  7. quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento, tales como enlentecimiento del pensamiento o indecisión no acompañada de incoherencias o pérdida notable de la capacidad asociativa;
  8. pensamientos repetitivos de muerte, ideación suicida, deseos de estar muerto o intentos de suicidio.
- C. Cuando no está presente el síndrome afectivo (véase criterios A y B, ya citados más arriba); es decir, antes de que se haya desarrollado, o después de haber remitido, ninguno de los siguientes síntomas dominan en el cuadro clínico:
1. preocupación por ideas delirantes o alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo (véase la definición más abajo);
  2. conducta extraña,

- D. No hay sobreañadida una esquizofrenia, ni un trastorno esquizofreniforme, ni un trastorno paranoide.
- E. Todo ello, no es debido a ningún trastorno mental ni al duelo no complicado.

#### CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO

- A. Durante los dos últimos años (o uno en el caso de los niños y adolescentes) el sujeto ha presentado durante mucho o todo el tiempo síntomas característicos del síndrome de depresivo, pero no con la suficiente gravedad y duración como para cumplir los criterios de un episodio depresivo mayor.
- B. Las manifestaciones del síndrome depresivo pueden ser relativamente persistentes, o estar separadas por períodos de estado de ánimo normal que duran de unos días a pocas semanas pero no más de unos meses.
- C. Durante los períodos depresivos hay un llamativo estado de ánimo depresivo (p. ej.: triste, melancólico, abatido, bajo), o una notable pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y pasatiempos habituales.
- D. Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo tres de los siguientes síntomas:
  - 1. insomnio o hipersomnia;
  - 2. bajo nivel de energía o cansancio crónico;
  - 3. sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación;



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 4. disminución de la efectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa;
  - 5. disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad;
  - 6. retraimiento social;
  - 7. pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras;
  - 8. irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores);
  - 9. incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos;
  - 10. menor activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud o inquietud;
  - 11. actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados, o sentimientos de lástima hacia uno mismo;
  - 12. llanto o sollozo;
  - 13. pensamiento repetitivo de muerte o suicidio.
- E. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia, o pérdida de la capacidad asociativa.
- F. Si al trastorno se sobreañade a un trastorno mental preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia de alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

ANEXO 2

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.

1. ANIMO DEPRIMIDO: (Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado).

0. Ausente.
1. Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio.
  2. Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea.
  3. Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir, mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto, etc.
  4. Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.

2. SENTIMIENTOS DE CULPA:

0. Ausentes.
1. Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien.
  2. Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación.
  3. Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.
  4. Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

3. SUICIDIO:

0. Ausente.
1. Siente que no vale la pena vivir.
  2. Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.
  3. Ideas o gestos suicidas.
  4. Intentos de suicidio.

4. INSOMNIO INICIAL:

0. Sin dificultad para conciliar el sueño.
1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora).
  2. Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.

5. INSOMNIO INTERMEDIO:

0. Sin dificultad.
1. Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche.
  2. Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño).

6. INSOMNIO TERMINAL:

0. Sin dificultad.
1. Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse.
  2. Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama.

7. TRABAJO Y ACTIVIDADES:

0. Sin dificultad.
1. Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos.
  2. Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
  3. Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.
  4. Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina, si las hay.

1. RETARDO: (lentitud de pensamiento y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora).
- 0. Ausente.
  - 1. Ligero retardo durante la entrevista.
  - 2. Obvio retardo durante la entrevista.
  - 3. Entrevista difícil debido al retardo.
  - 4. Estupor completo.

9. AGITACION:
- 0. Ninguna.
  - 1. Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc...) con las manos.
  - 2. Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.

0. ANSIEDAD PSIQUICA:
- 0. Ausente.
  - 1. Tensión subjetiva e irritabilidad.
  - 2. Preocupación por cosas triviales.
  - 3. Actitud aprehensiva aparente por su expresión o al hablar.
  - 4. Expresa miedo o temor espontáneamente.

1. ANSIEDAD SOMATICA: (Equivalentes fisiológicas de la ansiedad). Gastrointestinales: (boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, eructos). Cardiovascular: (palpitaciones, jaquecas). Respiratorio: (hiperventilación, suspiros). Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.
- 0. Ausente.
  - 1. Leve.
  - 2. Moderada.
  - 3. Severa.
  - 4. Incapacitante.

2. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:
- 0. Ninguno.
  - 1. Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantéz en el abdomen.
  - 2. Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Tomó laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13. SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL:

- 0. Ninguno.
- 1. Sensación de pesantéz en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga.
- 2. Todo síntoma físico específico se califica con 2.

14. SINTOMAS GENITALES: (pérdida de la libido, trastornos menstruales).

- 0. Ausentes.
- 1. Moderados.
- 2. Severos.

15. HIPOCONDRIASIS:

- 0. Ausente.
- 1. Aborto en su propio cuerpo.
- 2. Preocupación por su salud.
- 3. Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc.
- 4. Delirios hipocondríacos

16. PERDIDA DE PESO: (Complétese ya sea A o B).

- A: Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento).
- B: Cuando se evalúa semanalmente.

(A)

- 0. Sin pérdida de peso.
- 1. Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.
- 2. Pérdida de peso definitiva según el paciente.

(B)

- 0. Pérdida menor de 0.5 Kg. de peso en la semana.
- 1. Más de 0.5 Kg.
- 2. Más de 1 Kg.

17. INTROSPECCION:

- 0. Reconoce que ha estado deprimido y enfermo.
- 1. Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc.
- 2. Niega estar enfermo.

18. VARIACIONES DIURNAS: (Complétese a.m. o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde).

A.M.	P.M.
0. Ausente	0. Ausente
1. Moderada	1. Moderada
2. Severa	2. Severa

19. DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas).

0. Ausentes.  
1. Leves.  
2. Moderados.  
3. Severos.  
4. Incapacitantes.

20. SINTOMAS PARANOIDES:

0. Ninguno.  
1. Sospechoso.  
2. Suspícaz.  
3. Ideas de referencia.  
4. Delirios de referencia y/o persecución.

21. SINTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS:

0. Ausentes.  
1. Moderados.  
2. Severos.

TOTAL: \_\_\_\_\_

ANEXO 3  
INVENTARIO DE BECK

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1)  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
- 2)  No me siento desanimado acerca del futuro.  
 Me siento desanimado acerca del futuro.  
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
- 3)  No me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que otras personas.  
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
 Siento que como persona soy un completo fracaso.
- 4)  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
 No disfruto las cosas como antes.  
 Ya no obtengo satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
- 5)  No me siento culpable.  
 En algunos momentos me siento culpable.  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
 Me siento culpable todo el tiempo.
- 6)  No siento que seré castigado.  
 Siento que puedo ser castigado.  
 Creo que seré castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
- 7)  No me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento a disgusto conmigo mismo.  
 Me odio a mí mismo.
- 8)  No siento que sea peor que otros.  
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9)  No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
 Quisiera suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
- 10)  No lloro más que de costumbre.  
 Lloro más que antes.  
 Lloro todo el tiempo.  
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
- 11)  Ahora no estoy más irritable que antes.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado todo el tiempo.  
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
- 12)  No he perdido el interés en la gente.  
 No me interesa la gente como antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.  
 He perdido todo el interés en la gente.

- 13)  Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.  
 Se me dificulta tomar decisiones.  
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14)  No siento que me vea más feo que antes.  
 Me preocupa que me vea viejo y feo.  
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que, me vea feo.  
 Creo que me veo horrible.
- 15)  Puedo trabajar tan bien como antes.  
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.  
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
 No puedo trabajar para nada.
- 16)  Duermo tan bien como antes.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme.  
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
- 17)  No me canso más de lo habitual.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 He canso de hacer casi cualquier cosa.  
 He siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18)  Mi apetito es igual que siempre.  
 Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 Casi no tengo apetito.  
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19)  No he perdido peso o casi nada.  
 He perdido más de 2.5 kilos.  
 He perdido más de 5 kilos.  
 He perdido más de 7.5 kilos.  
(Estoy a dieta SI NO).
- 20)  Mi salud no me preocupa más que antes.  
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malstar estomacal, o estreñimiento.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21)  Mi interés por el sexo es igual que antes.  
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
 He perdido completamente el interés en el sexo.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 1ra. Edición, Editorial Masson, Barcelona, 1984.
2. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. et al: An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry, 4:561-571, 1961.
3. Benson F: Interictal behavior disorders in epilepsy. Psychiatric Clinics of North America, 9 (2), 1986.
4. Elorriaga H: Los trastornos mentales y nerviosos en la República Mexicana y en el Distrito Federal. 1975. Salud Pública de México, XVIII (3):581-592, 1976.
5. Edeh J, Toone B: Relationship between interictal psychopathology and the type of epilepsy. British Journal of Psychiatry, 151:95-101, 1987.
6. Fedio P, Martin A: Ideative-Emotive behavioral characteristics of patients following left or right temporal lobectomy. Epilepsia 24 (2):117-130, 1983.
7. Fedio P: Behavioral characteristics of patients with temporal lobe epilepsy. Psychiatric Clinics of North America. 9(2):267-281, 1986.
8. Freedman A, Kaplan H, Sadock B: Tratado de Psiquiatría. Tomo I, Ed. Salvat, México, 1988.
9. Feria A, Martínez D, Rubio F: Epilepsia. 209-231. Ed. Trillas, México, 1986.
10. Gutiérrez H, Tovar H: La vigilancia epidemiológica de las alteraciones mentales. Salud Pública de México. 26:464-483. 1984.
11. Hamilton H: Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol, 6:278-296, 1967.
12. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Información Estadística Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 3, Secretaría de Programación y Presupuesto, 1984.
13. Jeffrey H, Boyd J, Weissman M: Epidemiology of affective disorders. Arch Gen Psychiatry, 38:1039-1046, 1981.
14. Janice R, Stevens J: Psychiatric Aspects of Epilepsy. J Clin Psychiatry, 49 (4):49-55, 1988.



15. James A, Benedek T: Depresión y Existencia Humana, pp. 7-102, Ed. Salvat, Barcelona, España, 1981.
16. Myrna M, Weissman M, Klerman G: Epidemiology of mental disorders. Arch Gen Psychiatry, 35:705-863, 1978.
17. Mckenna P, Kane J, Parrish K: Psychotic Syndromes in Epilepsy. Am J Psychiatry 142 (8):895-904, 1985.
18. Mcallister T, Price T: Aspects of the behavior of psychiatric in patients with frontal lobe damage: Some implications for diagnosis and treatment. Comprehensive Psychiatry 28 (1):14-21, 1987.
19. Muller HF: Prefrontal cortex dysfunction as common factor in psychosis. Acta Psychiatric Scand. 71:431-440, 1985.
20. Nystrom C, Matousek M, Hallstrom T: Relationship between EEG and clinical characteristics in major depressive disorders. Acta Psychiatr Scand. 73:390-394, 1986.
21. Padilla P, Pelaez O: Detección de trastornos mentales en el primer nivel de atención médica. Salud Mental 8 (3): 66-72, 1985.
22. Papez JW: A proposed mechanism of emotion. Arch Neurol Psychiatry, 38:725-743, 1937.
23. Trimble M: Psychiatric Aspects of Biology. Psychiatric Developments, 4:285-300, 1987.
24. Tucker G, Price T, Johnson V, Mcallister T: Phenomenology of temporal lobe dysfunction: A link to atypical psychosis-a series of cases. The Journal of Nervous and Mental Disease 174 (6):348-356, 1986.