

11241
2 ej 13

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

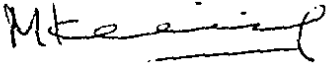
REPORTE DE INVESTIGACION

DEPRESION EN EL ASILO



INVESTIGADOR: JESUS COVARRUBIAS NEWTON

ASESOR: DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH Z.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Distrito Federal. Noviembre de 1989





Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

INDICE

1	DEFINICION DEL PROBLEMA	1
1.1	Título	1
1.2	Antecedentes	1
1.3	Objetivos	11
1.4	Hipótesis	11
2	DEFINICION DE LA POBACION	11
2.1	Criterios de inclusión y exclusión	12
2.2	Ubicación temporoespacial	13
3	DISEÑO ESTADISTICO	13
4	VARIABLES	14
5	ESCALAS DE MEDICION	14
6	PROCESO DE CAPTACION DE LA INFORMACION	16
6.1	Flujograma	16
7	ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION	16
8	CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	17
9	RECURSOS	17

10	LOGISTICA	18
11	DEONTOLOGIA	18
12	INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	19
13	PLAN DE PRESENTACION DE LA INFORMACION	19
14	TIPO DE ESTUDIO	19
15	TABLAS	20
15.1	Residentes, familiares y personal: Escalas Hamilton y Zung	20
15.2	Residentes, familiares y personal: Escala de eventos vitales	21
15.3	Residentes, familiares y personal: Escala de eventos vitales	22
15.4	Residentes: Escalas Hamilton, Zung, Depresión Geriátrica y eventos vitales..	23
15.5	Familiares: Escalas Hamilton, Zung y eventos vitales	24
15.6	Personal: Escalas Hamilton, Zung y eventos vitales	25
16	GRAFICAS	26
16.1	Residentes, familiares y personal: Escalas Hamilton y Zung	26
16.2	Residentes, familiares y personal: Escala de eventos vitales	27
16.3	Residentes: Escalas Hamilton y Zung	28
16.4	Familiares: Escalas Hamilton y Zung	29
16.5	Personal: Escalas Hamilton y Zung	30
16.6	Residentes: Escalas Hamilton, Zung y Depresión Geriátrica	31
17	CONTRASTACION DE HIPOTESIS	32

18	CONCLUSIONES	34
19	BIBLIOGRAFIA	36
20	ANEXOS	38
20.1	Escala de depresión geriátrica (EDG)	38
20.2	Escala Hamilton	40
20.3	Escala Zung	42
20.4	Escala de eventos vitales	43

PROTOCOLO DE EXPERIMENTO

1 DEFINICION DEL PROBLEMA

1.1 Título

DEPRESION EN EL ASILO

1.2 Antecedentes

¿De qué tipo de viejo y de que tipo de depresión estamos hablando cuando nos referimos a la depresión en instituciones asilares?

Para tener una perspectiva adecuada sobre este tipo de viejo, es menester re conocer que la vejez, como las etapas que le preceden, constituye la suma de los momentos de la vida del ser humano, es decir, su historia, con todas las variables que esto implica, y a las que se ha enfrentado en ese transcurso de momentos. Variables mismas que pueden agruparse en genéticas, nutriciona les, ambientales y sedentarias. Así, habrá viejos para quienes algunos conceptos aplicables a la vejez les sean inválidos (atletas, intelectuales, longevos, por ejemplo). Al igual que habrá jóvenes, o hasta niños, para quienes ya apliquen conceptos de vejez (por ejemplo, los diabéticos juveniles, progéricos, ermitaños).

Por consiguiente, los tipos de viejos que pueden encontrarse son más de ochenta (1), de acuerdo con su historia: el jubilado, el enfermo, el sabio, el quejumbroso, el rico, etc.

Hay también varias formas y grados de depresión (2, 3, 4). Prácticamente cualquiera puede presentarse en el viejo que va a ser internado o que es ya residente de una institución asilar, pues las circunstancias y variables en derredor de un paciente que necesita este tipo de cuidados pueden ser de lo más diverso y atribuibles o no, específicamente, al proceso y/o época de la vejez. Por ejemplo, Llano () menciona a la muerte del cónyuge, asociada a

padeamiento somático y "...también podemos intuir una disminución en la tolerancia hacia el viejo y sus carencias, al ver que un alto porcentaje de ellos tiene familia directa". Sosa (6) refiere por separado a la muerte del cónyuge y a los padecimientos físicos. No obstante, hay cierta controversia acerca de la autenticidad de las formas exclusivas de depresión en la vejez. Aun así, hay casos en los que es evidente la presencia de una depresión del viejo, cuyo primer episodio ocurre después de los 65 años, sin personalidad previa característica, con particular importancia de las experiencias traumáticas como factores desencadenantes y con alto riesgo suicida (7).

Otros autores hablan de la preponderancia de síntomas afectivos y cognitivos en las depresiones de los viejos, en contraposición de síntomas somáticos y conductuales, más frecuentes en las etapas previas de la vida (8). En estas apreciaciones los resultados dependen frecuentemente del origen de la muestra estudiada, con el consabido riesgo de sesgo. El hecho de que los síntomas somáticos en los viejos puedan implicar posibilidades de otros diagnósticos no significa que la presentación de depresión en este grupo etario tenga menos componentes somáticos, como sucede en la forma enmascarada. También hay casos en los que un humor depresivo se confunde con un cuadro depresivo (6).

Ya con esta perspectiva, cabe aclarar que el encuadre de este trabajo se refiere tanto al viejo que se encuentra interando por un problema específico de depresión, como al que es ya residente, temporal o permanentemente, de un asilo, con o sin diagnóstico de depresión; entendiendo por asilo, una institución, pública o privada, en donde se reciben viejos que por diversas razones ya no son autosuficientes, y ofreciéndoseles los cuidados mínimos necesarios para su subsistencia cotidiana. En este sentido cumple el asilo una función de protección, pero...protección ¿ante que?, ¿ante el paciente mismo,

ante la pérdida de su autosuficiencia, ante su deterioro, ante la falta de servicios que la comunidad debe ofrecerle, o protección de la comunidad ante este tipo de pacientes? Y en este último caso, más que asilar, ¿está teniendo función de aislar, la institución, a esos pacientes de la sociedad?

El asilo puede percibirse como un lugar remoto y grande, manejado más por crisis que por planes, con un pobre liderazgo, con personal no adiestrado y sin incentivos, con presupuestos bajos y con el público y la ley indiferentes, además de acumularse en él pacientes crónicos y con recaídas. Así lo percibe Leibenluft (9).

El viejo con enfermedades crónicas, especialmente las de tipo mental y las físicas incapacitantes, es el paciente más abandonado por las ciencias médicas y quizá también por la sociedad en general, aun ahora, en los albores del siglo XXI. Este será un alarmante problema en el futuro próximo de acuerdo con las estadísticas demográficas, si no se realizan las acciones necesarias para evitar una situación caótica. Kay refiere que el 30% de los viejos reclusos en asilos presentan síntomas psiquiátricos, que pueden ser tan severos como los que presentan pacientes de la misma edad internados en hospitales psiquiátricos y concluye que los trastornos psiquiátricos son frecuentes en todas las instituciones para viejos (10). Curiosamente, Llano, en su estudio de diez pacientes asilados, no encontró depresión (3: SOC no psicótico asociado a trastorno circulatorio; 2: demencia presenil; y 5: sin diagnóstico psiquiátrico), pero si enfatiza: "Si valuamos nosotros, periódicamente, en un grupo de viejos asilados la fluidez mental, la dificultad de adquisiciones intelectuales nuevas, sus modificaciones de la afectividad, de orientación general, su memoria para eventos personales pasados y recientes, su comunicación y la presencia o ausencia de condiciones psicóticas, podemos

hacer más objetivos los padecimientos psiquiátricos de los asilados" (5).

El viejo con enfermedades crónicas también es el paciente que más tiende a tornarse dependiente biológica, psicológica y/o socialmente, es decir, es quien pierde su autosuficiencia con más facilidad. De este tipo de pacientes, es el deprimido quien se enfrenta de una manera singular con el asilo, pues quizás sea quien más se dé cuenta de su realidad. Aunque paradójicamente el deprimido tiene hiperpresencia dirigida hacia su mundo interno, lo cual le provocaría, aparentemente, una 'evasión' de su realidad circundante; sin embargo, no puede aislarse de esa realidad en donde están suscitándose una serie de fenómenos, es decir, que independientemente de la causa, sintomatología y tipo de depresión, el viejo asilado y deprimido tiene una serie de agravantes.

Primera

El despojo, sensación y/o realidad que experimenta el paciente al haberle sido expropiadas sus pertenencias, familiares, amistades, costumbres o hábitos y ámbito social cuando ingresó.

- 1) Pertenencias con las que probablemente había desarrollado una catexia de muchos años, más importante conforme pasaba el tiempo, por la misma disminución de otras catexias o de su desaparición.
- 2) Familiares con quienes existe una gran ambivalencia mutua. Estos se sienten culpables por haber depositado al paciente en el asilo, pero por otro lado, se hacía impostergable su salida del hogar de quien lo acogía, o de su propio domicilio, por la afectación de la dinámica y privacía familiares, misma que había llegado ya a una indiferencia, o que iba incrementándose progresivamente, hasta llegar a una tensión inusitada, e inclusive hasta la desesperación, o bien, porque resultaba inhumano dejarlo a su propia merced en su domicilio, siendo ya incapaz de autogobernar

se. El paciente maneja su ambivalencia, por un lado, manipulando a sus familiares antes de y durante su internamiento diciendo... 'si, lo que pasa es que ya no me quieren, se van a deshacer de mi, van a dejar que me maten en este lugar...no nos dan de comer, la comida es mala, no nos atienden, aqui me voy a morir, sáquenme de aqui, quieren quedarse con mi dinero', etc. Por otro lado, el paciente quiere, tal vez secretamente, estar en un lugar donde pueda sentirse a solaz y no a solas.

- 3) Amistades que han representado un importante apoyo en su pasado y quizás más en un presente que se vacía cada día más por su disminución, ya sea por cambio de domicilio, por enfermedad, o por muerte (11).
- 4) Costumbres que han sido básicas para su vida cotidiana.
- 5) Ambito social en general, que le ha servido como continente.

Segunda

Angustia: Como reacción ante el despojo del que ha sido objeto, encontrándose en un medio ajeno, hostil, poco gratificante y viendo como van empeorando, deteriorándose algunos compañeros, hecho que a diario le recuerda ... 'como se ven me verá'.

Tercera

Irritabilidad y agresividad: Al no poder canalizar su angustia, ni haber quien le escuche.

Cuarta

Culpa: Al sentir que es un estorbo, una carga o algo más para quienes lo acogían antes de y/o durante su internamiento, para aquellos con quienes convive en la institución y para el personal a su servicio.

Quinta

Abandono: Al disminuir visitas de familiares y amistades, siendo además difícil formar otras.

Sexta

Insuperabilidad: Al ver como otros compañeros se encuentran mejor que él y que su propia recuperación es muy lenta, nula o en retroceso, y que finalmente será imposible lograrla.

Séptima

Cercanía de la muerte: Al ver como van muriendo otros pacientes, ya sea de su propia recámara, alguien con quien comía, o con quien charlaba en la sala, hecho que también a diario le recuerda ...'podría ser yo el siguiente', y por si fuera poco, esa cercanía lo mantiene continuamente en duelo. Puede haber miedo a morir, no olvidemos que en la mitología griega Hypnos y Tánatos son hermanos gemelos.

Octava

Indiferencia: Del personal encargado de atenderle, y en ocasiones maltrato o abuso.

Novena

Regresión: A formas más seguras de interacción durante el proceso de adaptación a esa nueva vida, provocándole de paso una inseguridad vital (12).

Todos estos factores tienen un efecto acelerador en su deterioro global y actúan como tensores psicosociales, al igual que la disminución o pérdida de sus facultades en cualquiera de los terrenos, biológico, psicológico y/o social.

El aparente incremento en la frecuencia de la depresión en la vejez puede ser entendido desde una perspectiva multicausal, debido a un aumento en la vulnerabilidad al trastorno y a una elevada incidencia de tensores psicosociales, según Sosa, quien añade "...conforme avanza la edad, la contribución de la herencia al desarrollo de la depresión disminuye, aumentando los

factores ambientales" (6).

Pero por otro lado, hay evidencias recientes de la Dra. Murphy (13) de que la depresión no aumenta con la edad y que la falta de apoyos puede ser el producto final de problemas de personalidad de toda la vida y no una inevitable consecuencia del envejecimiento. También se sabe, como lo señala la OMS este año, que la mayoría de los trastornos mentales pueden desarrollarse a cualquier edad, que la mayoría de las afecciones que atacan al viejo no se deben al envejecimiento y que su desarrollo y reacción al tratamiento son iguales a los de gente más joven. Sin embargo, continúa la OMS, muchas son las personas que creen equivocadamente que la enfermedad mental en el viejo es inevitablemente progresiva y que el tratamiento no puede más que ser paliativo. Concluye 'es de gran importancia que esta concepción errónea que frecuentemente conlleva un nihilismo terapéutico, se elimine' (11). A pesar de esto, es evidente que la situación asilar es distinta.

Con este panorama podemos preguntarnos que papel juega el psiquiatra en la prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de esta entidad clínica.

Para responder a esta interrogante, es menester analizar la situación actual de los asilos en nuestro medio.

En primer término, tanto por parte de familiares y allegados, como de personal y autoridades, el asilo continúa funcionando como depósito e inclusive como imán de pacientes no necesariamente crónicos, pero si difíciles y/o indeseables, ya que la infraestructura hospitalaria 'les queda grande', al no necesitar, la mayoría del tiempo, de los servicios de segundo o tercer nivel de la institución, excepto durante agudizaciones o interurrencias de su padecimiento de base o de algún otro, y su hogar 'les queda chico' por no contar con la infraestructura mínima de atención médica y psicosocial de primer

nivel.

En segundo término, la educación que podría gestar cambios en este fenómeno se soslaya, a la par de tantos otros problemas que afligen a nuestra sociedad.

En tercer lugar, y muy importante, la falta de psiquiatras en las instituciones asilares implica que los trastornos psiquiátricos en general, y no solo la depresión, pasan desapercibidos, se detectan pero no se tratan o se tratan inadecuadamente, con los concomitantes efectos iatrogénicos, mismos que pueden llegar a ser graves. Esta falta ocurre tanto en los puestos operativos como en los directivos. A nivel operativo parece haber cierta resistencia de los colegas a trabajar en una institución que, desde su nombre, tiene un matiz depresivo. Asimismo, el trabajo no es atractivo pecuniariamente. Pero probablemente el factor que más aleje al psiquiatra del asilo sea el de una especie de transferencia negativa, de rechazo, en la que él mismo se ve reflejado como un viejo deteriorado y asignado, consignado o confinado en un asilo. Para el psiquiatra con un puesto directivo existen, además de estas resistencias, algunas características inherentes a su función que debe poseer, señaladas por Silver y Marcos (14), como son ciertos rasgos de personalidad, entre ellos la motivación, la creatividad, cierta inteligencia, una gran energía, perseverancia y tolerancia para la ambigüedad, la novedad y la sorpresa. Otros requisitos señalados son la destreza clínica y el adiestramiento administrativo, experiencia en el puesto y un asesor, tutor o maestro.

Cuarto. Los psiquiatras que llegan a tratar a estos pacientes no tienen habitualmente adiestramiento geropsiquiátrico.

Quinto. La relación pacientes-personal está muy contaminada y prejuiciada, lejos de un abordaje humanista y con conflictos en el manejo transferencial.

Sexto. La institución funciona como depositaria de la conflictiva del pa-

ciente, de la familia y de su propio personal.

Séptimo. Poco se consideran otras alterantivas terapéuticas.

Ya vislumbramos con esto que la depresión en el asilo corre el grave riesgo de ser sinónimo de deterioro, y el asilo mismo de convertirse en antesala de la muerte.

Sin lugar a dudas, los mejores diagnósticos son los que se hacen antes de su expresión clínica. En otras palabras, cualquier clínico puede diagnosticar un conjunto de síntomas y signos, pero no cualquiera puede prever las circunstancias que provocarán la aparición de dichos síntomas y signos. Para ello se requiere el desarrollo de cierta perspicacia clínica, mucho más valiosa cuando se trata de los problemas de la vejez, pues la labilidad progresiva de los diversos tejidos y sistemas del organismo, incluidos los mentales, los hacen más proclives a la pérdida de la autonomía, al duelo, a la miseria a la soledad y a las enfermedades, ocasionando la rápida evolución de estas, de lo subclínico a lo delicado y a lo grave.

La mejor expresión de este tipo de medicina más fina, de más calidad, es la medicina preventiva. El caso de la depresión no es una excepción. Con los métodos clínicos habituales y las escalas desarrolladas para la detección de este trastorno, como las que se utilizarán en este estudio, es fácil diagnosticarla. Empero, las formas atípicas, la enmascarada, la pseudodemencia, la crónica y la psicótica, son algunas de las formas que requieren un juicio geropsiquiátrico suficientemente desarrollado y hábil para su correcta detección, valoración y tratamiento en condiciones asilares, pues el único síntoma puede ser la ansiedad o el miedo, la hipomnesia, la pérdida de peso, un dolor persistente, problemas conductuales, el abuso de medicamentos, etc.

(11). O bien, la depresión puede ser iatrogénica, por medicación antihiper-

tensiva (alfametildopa, guanetidina, reserpina, hidralazida, propranolol, clonidina) y con sintomatología de fatiga, astenia, apatía, anorexia. Los digitales pueden producir síntomas similares, además de pérdida de peso e hipomnesia. Asimismo, los hipnóticos, neurolépticos, corticosteroides, antiinflamatorios no esteroides y la polifarmacia, muy común en el viejo, y más aun en el asilado o en el que está por asilarse, pueden estar condicionando una depresión. Otras causas de depresión son las secundarias a otros padecimientos, como sucede con las neoplasias, las alteraciones en la glucemia, problemas metabólicos o de desequilibrio electrolítico, disfunciones hepáticas, endocrinas como el hipotiroidismo o, infecciones que pueden semejar depresiones primarias (6).

Sobre la baja especificidad de la mayoría de las escalas utilizadas en la evaluación de la depresión en los viejos, Pérez Almeida comenta (8) '...han sido construidas utilizando como muestras referenciales, a partir de las cuales se eligen los items más adecuados, grupos con escasa o nula representación del sector de la población comprendido por encima de los 65 años. Ello trae como consecuencia que la depresión detectada con este tipo de escalas haga especial hincapié en los signos y síntomas que diferencian bien entre adultos deprimidos y no deprimidos, pero que fallan al diferenciar entre viejos'. Menciona también que los correlatos somáticos y conductuales sirven para evaluar la depresión en los adultos, pero que 'esos síntomas no son específicos de los estados depresivos de los viejos, sino comunes a otros muchos cuadros que poco o nada tienen que ver con la depresión'.

También la depresión larvada, o la que cursa con importantes componentes existenciales, requieren especial consideración. Lo idóneo sería detectar y tratar las circunstancias que pueden culminar en una depresión antes de que esta rebase el horizonte clínico, disminuyendo así los costos de la enferme-

dad, desde un nivel individual hasta el social.

1.3 Objetivos

- 1 Evidenciar que en las instituciones asilares la depresión es un fenómeno conspicuo, tanto entre los residentes y sus familiares responsables, como entre el personal.
- 2 Demostrar que los eventos de la vida son vividos con tensión significativa, por lo menos moderada, por residentes, familiares de estos y personal de las instituciones asilares.
- 3 Demostrar que existe concordancia entre las escalas Hamilton y Zung en residentes, familiares responsables de estos y personal de las instituciones asilares.
- 4 Demostrar que existe concordancia entre las escalas Hamilton, Zung y Depresión Geriátrica en los viejos asilados en instituciones asilares.

1.4 Hipótesis

- 1 La depresión en la institución asilar estudiada abarca a sus residentes, familiares responsables de estos y a su personal.
- 2 Los eventos de la vida de los residentes, de sus familiares responsables y del personal de la institución asilar estudiada son vividos con una tensión significativa, por lo menos moderada.
- 3 Existe concordancia entre las escalas Hamilton y Zung en cada uno de los grupos, residentes, familiares responsables de estos y personal de la institución asilar estudiada.
- 4 Existe concordancia entre las escalas Hamilton, Zung y Depresión Geriátrica en el grupo de viejos asilados estudiados.

2 DEFINICION DE LA POBLACION

Se ha seleccionado una muestra de diez residentes, diez familiares responsables (no necesariamente correspondientes unos con otros) y diez empleados.

La institución de donde se deriva la muestra es privada, y en general, aun

que no exclusivamente, recibe pacientes viejos, mayores de sesenta años, con enfermedades crónicas, físicas y/o mentales. Los empleados laboran turno diurno o nocturno y uno de ellos vive en la institución.

2.1 Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión.

Pacientes:

Mayores de 45 años.

Ambos sexos.

Internados.

Familiares:

Primer familiar responsable.

Involucrado en la problemática asilar del paciente.

Empleados:

Mínimo de un mes de trabajo en la institución.

Exclusión.

Pacientes:

Incapacidad intelectual para realizar las pruebas.

Incapacidad de los órganos de los sentidos correspondientes para realizar las pruebas.

Familiares:

Que no visiten al paciente por lo menos una vez por mes.

Empleados:

Escolaridad primaria incompleta.

2.2 Ubicación temporoespacial

La muestra se escogió de la población de viejos internados en la institución asilar Huehuetecalli, sita en Porfirio Díaz 106, Del Valle; B. Juárez, DF 03100. México. El estudio se realizó durante el mes de octubre de mil novecientos ochentainueve. El nivel socioeconómico de los pacientes es medio a medioalto, idem sus familiares. Los empleados son de nivel socioeconómico mediobajo a medio.

3 DISEÑO ESTADISTICO

Se realizó con diez pacientes que reúnan los criterios de inclusión, idem familiares y empleados. Por consiguiente, se formaron tres grupos correspondientes, uno de pacientes, otro de familiares y el último de empleados, todos abiertos.

Todos los integrantes de cada grupo tienen una historia clínica, mediante la cual se identificaron los síntomas, signos, síndromes y entidades nosológicas y trastornos que interfirieran con el estudio (DSM3R: ejes 1 y 2).

Las diferentes escalas se aplicaron de la siguiente manera:

Pacientes:

Escala de depresión geriátrica.

Escala de Hamilton.

Escala de Zung.

Escala de eventos de la vida.

Familiares:

Escala de Hamilton.

Escala de Zung.

Escala de eventos de la vida.

Empleados:

Escala de Hamilton.

Escala de Zung.

Escala de eventos de la vida.

4 VARIABLES

Edad en años: Cuantitativa discontinua.

Sexo: Cualitativa nominal.

Peso: Cuantitativa continua.

Diagnóstico: Cualitativa nominal.

Enfermedades agregadas: cuantitativa discontinua.

Eventos vitales: Cuantitativa discontinua.

Signos vitales: Cuantitativa discontinua.

Escalas de depresión: Cuantitativa discontinua.

Ejecución: Cuantitativa discontinua.

5 ESCALAS DE MEDICION

En 1960 Max Hamilton hizo un análisis de las escalas existentes para medir síntomas y trastornos mentales, y elaboró una escala que se usa hasta la fecha, sobretudo para medir la intensidad de la depresión en investigaciones con antidepressivos. La escala consta de 17 variables, algunas de las cuales se definen como categorías de interés creciente, otras por términos equivalentes. La forma en que se cuantifica el registro incluye 5 variables adicionales: variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides, síntomas obsesivos y otros síntomas. Esta escala ya ha sido utilizado en nuestro medio en otras investigaciones, en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez (18) y en la Clínica San Rafael (25), en donde se ha validado el punto de corte en 19, igual al punto de corte original.

Zung y Durhan se dieron cuenta de que las escalas existentes hasta la fecha eran inadecuadas, pues por su extensión requerían de mucho tiempo para su aplicación, eran especialmente difíciles de resolver para enfermos depresivos con trastornos psicómotores y, por otra parte, no eran autoaplicables, por lo que los resultados obtenidos podían ser matizados por la interpretación personal del entrevistador. Por tanto, Zung y Durhan decidieron elaborar una escala que reuniera los siguientes requisitos: 1) Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de

depresión; 2) que incluyera por consiguiente los síntomas más representativos de depresión; 3) que fuera breve y sencilla; 4) de aplicación más cuantitativa y; 5) que pudiera ser autoaplicada por el enfermo, a fin de recabar su respuesta directa. Una vez definidas las áreas a investigar, se elaboraron 20 reactivos que se refieren a las mismas, planteando 10 en sentido positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente encuentre una tendencia en el estudio. La escala está planteada de tal manera que un índice bajo señala la poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depresión clínicamente significativa; su punto de corte es de 50 para ambos sexos. Además tiene la ventaja de ser autoaplicable, tiene un alto índice de confiabilidad, validez y consistencia. Considerando el promedio de la calificación de la depresión se puede observar que es similar a las normas de calificación original del autor en todos los grupos valorados, lo que permite concluir que las normas de la escala típica son válidas para el empleo en nuestra población. También sirve para diferenciar a la depresión como síndrome (18).

La escala de depresión geriátrica (EDG), creada por los doctores Yesavage y Brink (15), es una de las alternativas más importantes con las que el profesional cuenta actualmente los estados depresivos de los viejos. Asimismo, demuestra ser eficaz como medida operativa de la eficacia de los tratamientos y, hasta cierto punto y junto con otras pruebas, en el diagnóstico diferencial causa/efecto entre cuadros depresivos y demenciales (8). La versión que se utilizó en este trabajo es una adaptación de González F (16) a la realidad parapsiquiátrica española, en la que se redujo el número de ítems, de 30 a 20, se redujo el tiempo de aplicación, de 30' - 45', a 20-30' y se incrementó significativamente el poder discriminativo de la prueba, además de haberse ampliado el intervalo de respuesta, de 2 a 4 categorías. También, considerando la rigidez de categorías de los reactivos y de sus respuestas y las dificultades encontradas por los trastornos en los órganos de los sentidos, se modificó la forma de aplicación: de la escala, utilizándola como guión de entrevista más que como escala per se.

En la parte central de la escala se observan fuertes diferencias entre hombres y mujeres, de forma tal que una misma puntuación debe ser entendida como más depresiva si pertenece a un hombre que si pertenece a una mujer. Las puntuaciones y calificaciones se encuentran en el anexo 1. Los puntos de corte obtenidos son 21 para hombres y 23 para mujeres.

La escala de eventos vitales (19) se diseñó originalmente considerando que la presencia de eventos vitales pueden preceder a la enfermedad y asumiendo que tanto los cambios positivos como los negativos pueden causar desequilibrio, aunque otros autores consideran que la potencialidad de un acontecimiento para causar enfermedad depende más bien de lo deseable o indeseable que sea (20,21). Consta de 44 reactivos y se califica de acuerdo con el nivel de tensión experimentado, (1) no ocurrió, (2) nula, (3) leve, (4) moderada y (5) severa.

6 PROCESO DE CAPTACION DE LA INFORMACION

6.1 Flujograma

Historia clínica completa, incluyendo valoración psiquiátrica en los ejes 1 y 3.

Explicación, por grupo, del estudio que se les realizará.

Aplicación de las escalas de depresión geriátrica, Hamilton, Zung y eventos de la vida, de acuerdo con la distribución de las mismas para cada grupo.

El estudio es sincrónico.

7 ANALISIS E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

Considerando que la población (muestra) estudiada es heterogénea y el estudio sincrónico, el análisis procedente será exclusivamente descriptivo. Asi mismo, los resultados de este experimento no son concluyentes, sino inferentes y solo válidos para la muestra.

8 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra consta de 10 pacientes, 10 familiares y 10 empleados y proviene de una población de 19 pacientes, 19 familiares y 16 empleados.

De los pacientes de la población, 5 son hombres y 14 mujeres;

de los pacientes de la muestra, 3 son hombres y 7 mujeres.

De los familiares de la población, 4 son hombres y 15 mujeres;

de los familiares de la muestra, 1 es hombre y 9 mujeres.

De los empleados de la población, 2 son hombres y 8 mujeres;

de los empleados de la muestra, 2 son hombres y 8 mujeres.

El rango de edad de los pacientes es de 46 a 94 años, con un promedio de 73.7 y una moda de 75.

La escolaridad de los pacientes es mínima de secundaria y máxima de licenciatura.

El estado civil de los pacientes es el siguiente: 6 viudos, 2 divorciados, 1 casado y 1 soltero.

La población de la institución es captada espontáneamente o a través de un medio de publicidad.

9 RECURSOS

Humanos

Residente de primer año de Psiquiatría que labora en la institución como médico de base.

El investigador y una comunicóloga.

Financieros
Huehuecalli.

Materiales:
Huehuecalli.

Asesoría:
Dr. Miguel Krassoievitch Z.
Dr. Andrés Roche B.

Metodología y estadística:
Dr. Andrés Roche B.

10 LOGISTICA

Actividades.

Octubre:

Primera semana: Selección de la muestra.

Segunda semana: Recolección de la información.

Tercera semana: Procesamiento y análisis de la información.

Cuarta semana: Integración del reporte.

11 DEONTOLOGIA

Los tres grupos conocen la forma en que se hará el estudio . Por

razones de riesgo de sesgar la muestra no se explicaron los contenidos de los primeros dos capítulos de este estudio.

12 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Historia clínica. Escalas: Depresión Geriátrica, Hamilton, Zung, eventos vitales.

13 PLAN DE PRESENTACION DE LA INFORMACION

Objetivo 1

Tabla y gráfica comparativas de los promedios en las escalas Hamilton y Zung de cada grupo.

Objetivo 2

Tabulación y graficación de la escala de eventos vitales de cada grupo.

Objetivo 3

Tabulación y graficación de las escalas aplicadas en cada grupo.

Objetivo 4

Tabulación y graficación de las escalas aplicadas.

14 TIPO DE ESTUDIO

Protocolo experimental, descriptivo, prospectivo y sincrónico.

15. TABLAS

15.1 Residentes, familiares y personal

Comparación de los promedios en las escalas Hamilton y Zung de cada uno de los grupos. Valoración única.

	Hamilton	Zung
Residentes	18	46
Familiares	13	33
Personal	11	34
Deprimidos	> 19	> 50
Residentes	no	no
Familiares	no	no
Personal	no	no

15.2 Residentes, familiares y personal

Eventos vitales, nivel de tensión (en orden decreciente) y número de casos (solo se reportan cuando son 4 o más) en cada grupo.

Número de casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Residentes										
Cambios significativos (c.s.)										
en sus hábitos de alimentación	5	4	3	2	2					
Cambio de residencia	4	3	2	2						
C.s. en actividades recreativas	3	2	2	2	2					
Enfermedad seria o lesión signific.	5	4	4	2						
Familiares										
Logro personal notable	5	2	2	2						
C.s. en la salud o conducta de algún miembro de la familia	5	5	5	4	4	3				
Problemas con parientes	5	5	5	4	4	3	3			
C.s. en el número de discusiones con el cónyuge	5	5	4	2						
Vacaciones	4	2	2	2	2	2				
Personal										
Problemas con el jefe o con compañeros de trabajo										
	5	4	2	2	2					
C.s. en sus hábitos de alimentación	4	3	3	2						
C.s. en reuniones familiares	4	3	3	2	2					
C.s. en el aspecto económico	5	3	3	3	3	2	2	2		
Reajustes laborales	4	4	3	3						
Vacaciones	4	2	2	2						

15.3 Residentes, familiares y personal

Calificación individual, promedio y distribución porcentual de eventos vitales.

Caso	Residente	Familiar	Personal
1	120	105	89
2	59	104	70
3	57	70	69
4	54	63	69
5	52	62	68
6	50	61	65
7	47	55	53
8	46	52	49
9	44	49	48
10	44	46	48
\bar{X}	57	67	63
%	31	36	33

15.4 Residentes

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton, Zung, Depresión Geriátrica (EDG) y eventos vitales (EV). Valoración única.

Residente	Hamilton	Zung	EDG	EV
1	27	47	43	120
2*	22	45	19	54
3*	22	41	29	44
4	18	53	34	44
5	15	46	26	47
6*	14	44	30	46
7	12	55	32	57
8	12	53	37	59
9	5	42	27	44
10	5	40	17	52
\bar{X}	15	47	29	57

Deprimidos: Hamilton (>19): n = 3

Zung (>50): n = 3

EDG (σ^2 :>20; q :>23): n = 8

* hombres

15.5 Familiares

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton, Zung y eventos vitales (EV). Valoración única.

NC.

Familiar JC.	Hamilton	Zung	EV
1	33	41	70
2*	21	57	105
3*	17	32	61
4	16	40	55
5	14	24	63
6	12	33	62
7*	12	31	46
8	2	29	52
9	2	20	49
10	2	20	104
\bar{X}	13	33	67

Deprimidos: Hamilton (>19): n = 3

Zung (>50): n = 3

* hombres

15.6 Personal

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton, Zung y eventos vitales (EV). Valoración única.

Empleado	Hamilton	Zung	EV
1	27	45	70
2	17	42	49
3	13	38	68
4	10	27	69
5	9	30	89
6*	7	29	48
7*	7	29	48
8	7	27	53
9	4	43	65
10	4	33	69
\bar{X}	11	34	63

Deprimidos: Hamilton (>19): n = 1

Zung (>50): n = 0

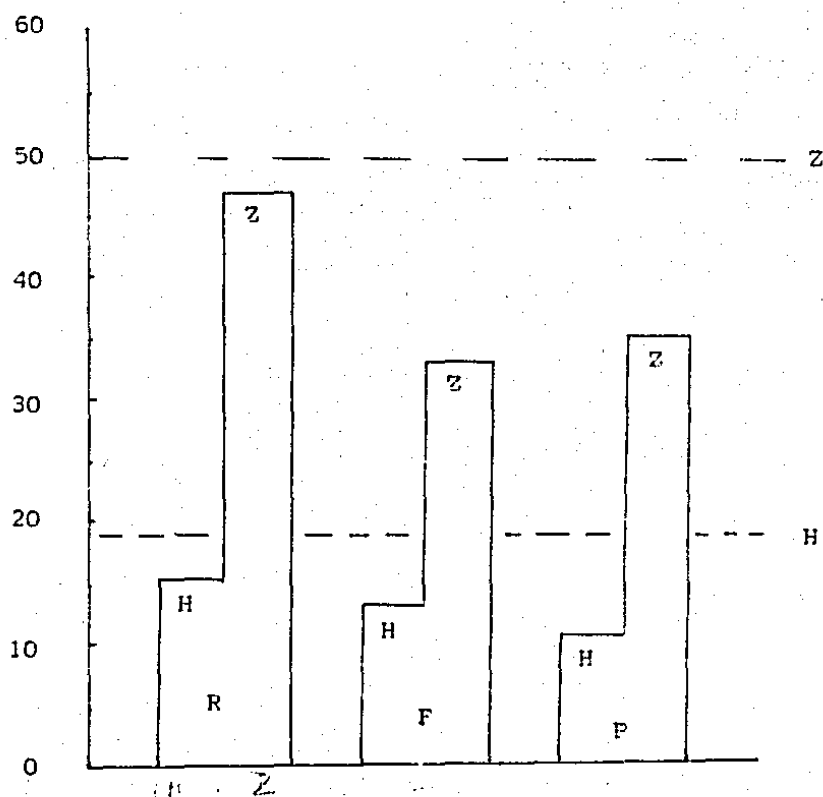
* hombres

16 GRAFICAS

16.1 Residentes, familiares y personal (R,F,P)

Comparación de los promedios en escalas Hamilton y Zung de cada grupo (H,Z)

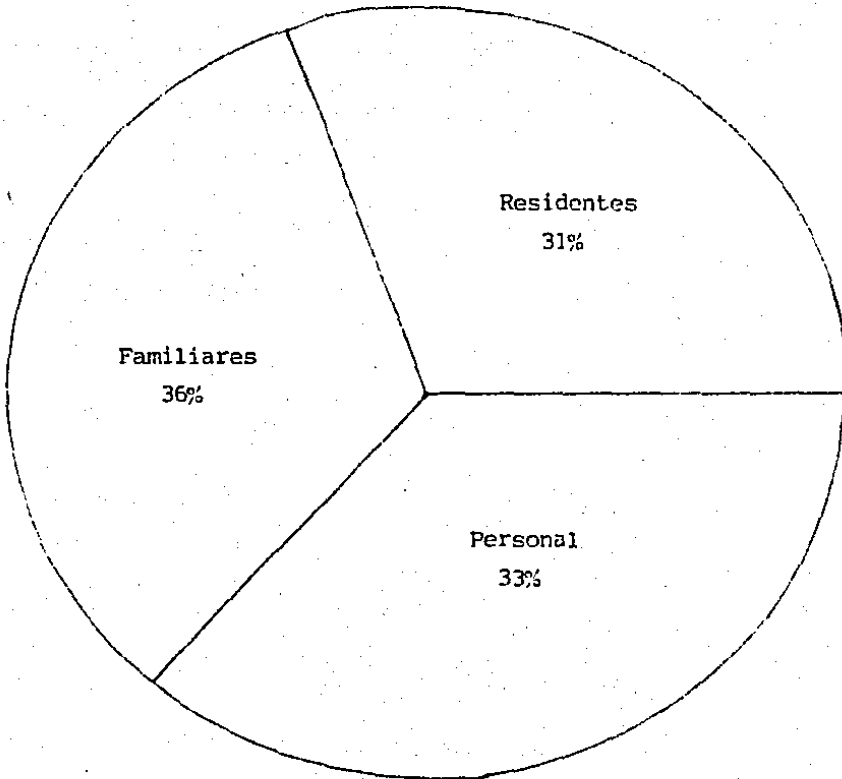
Valoración única.



Fuente: Tabla (15.1)

16.2 Residentes, familiares y personal.

Eventos vitales: Distribución porcentual de cada grupo.

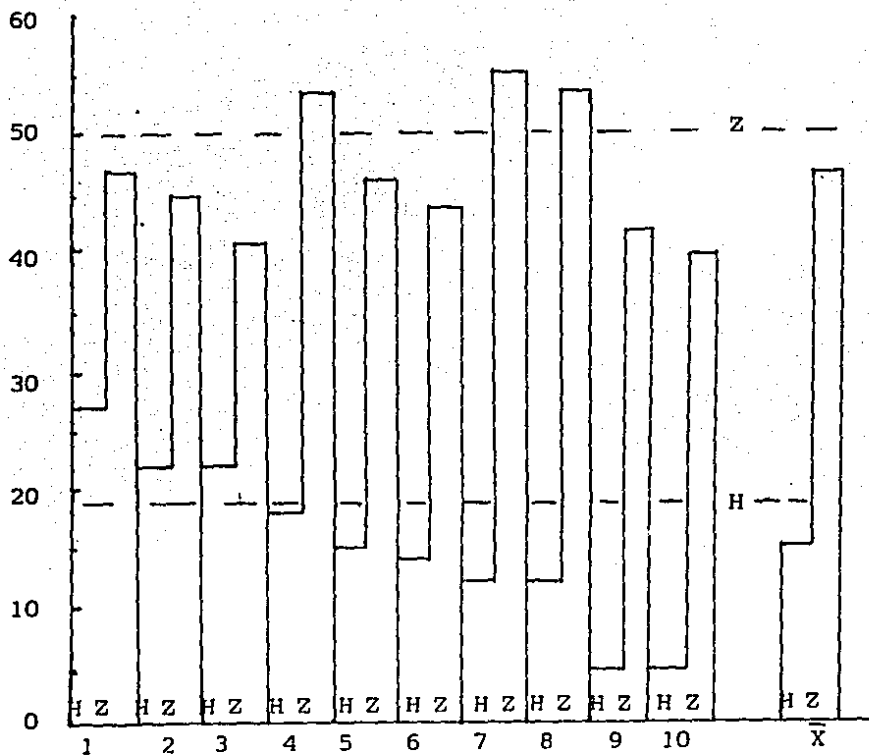


Fuente: Tabla (15.3)

16.3 Residentes

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton (H) y Zung (Z).

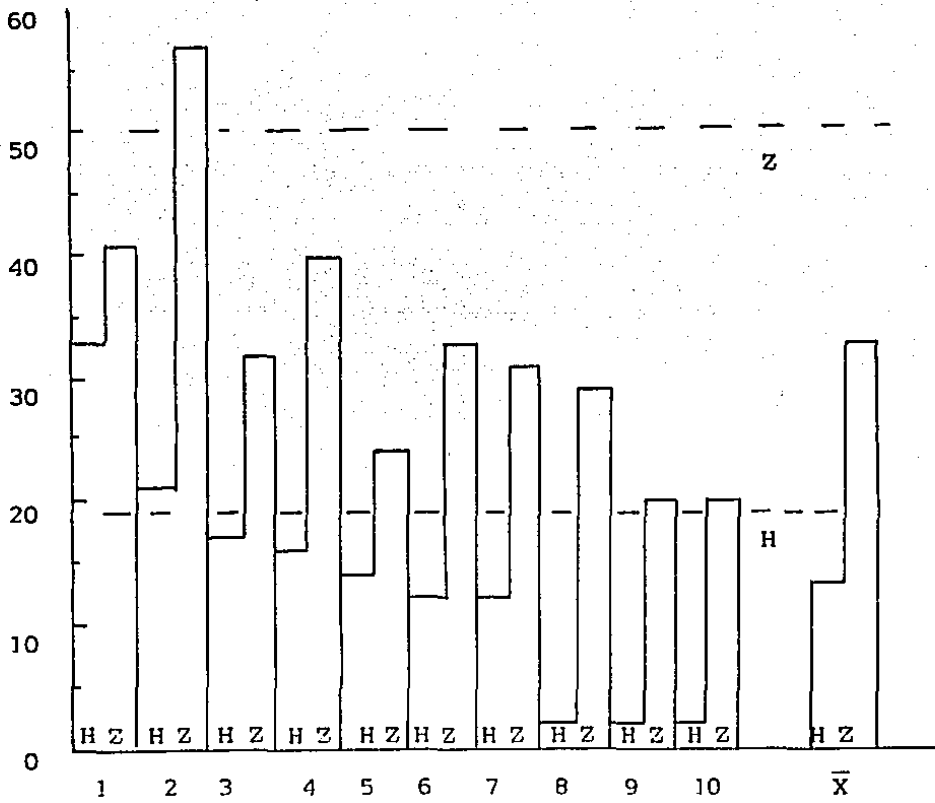
Valoración única.



Deprimidos: H: n = 3; Z: n = 3; H,Z: n = 0

Fuente: Tabla (15.4)

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton (H) y Zung (Z).
 Valoración única.



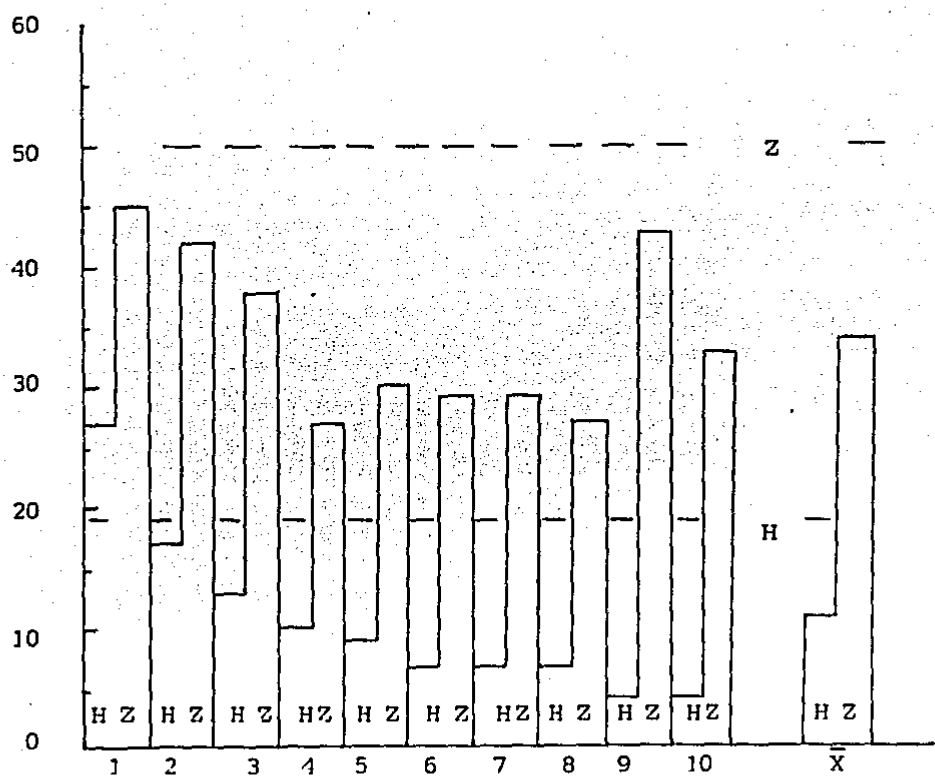
Deprimidos: H: n = 2; Z: n = 1; H,Z: n = 1

Fuente: Tabla (15.5)

16.5 Personal

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton (H) y Zung (Z).

Valoración única.

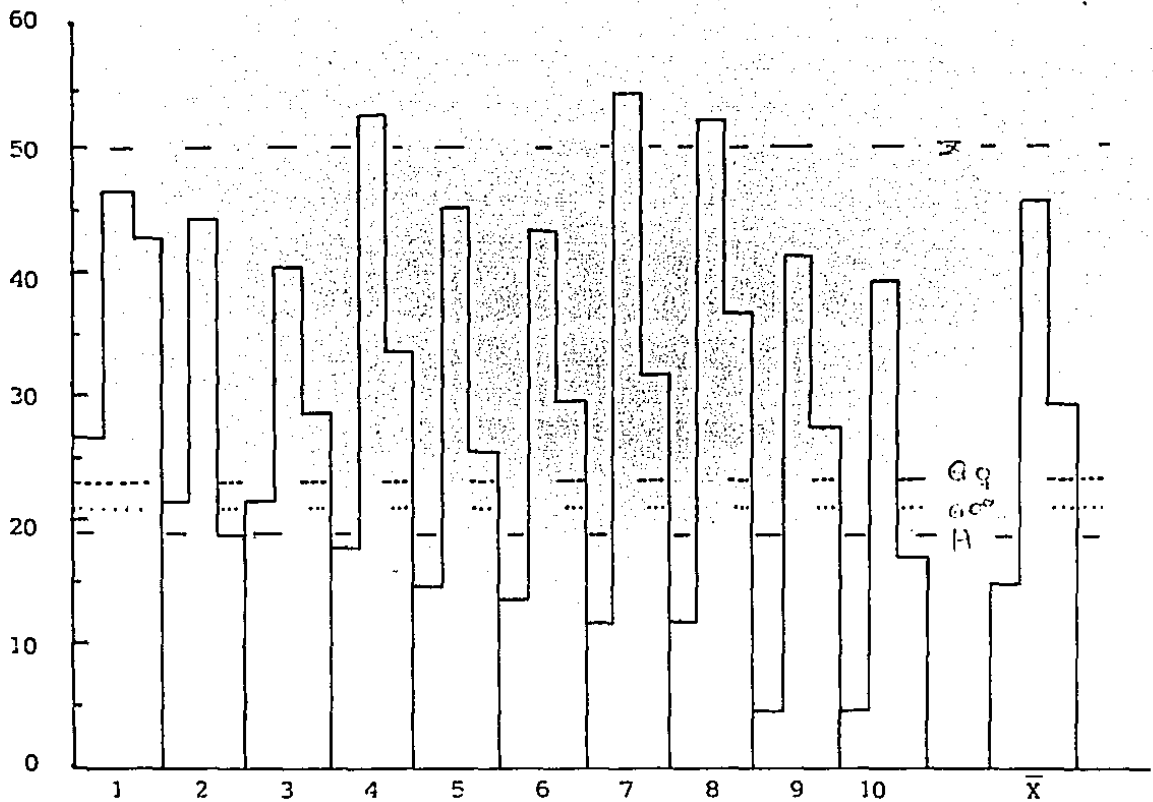


Deprimidos: H: n = 1; Z: n = 0

Fuente: Tabla (15.6)

16.6 Residentes

Resultados individuales y promedio en escalas Hamilton (H), Zung (Z) y Depresión Geriátrica (G). Valoración única.



Deprimidos: H: n = 3; Z: n = 3; G: n = 8; H,G: n = 2; Z,G: n = 3

Fuente: Tabla (15.4)

17 CONTRASTACION DE HIPOTESIS

1 De acuerdo con los resultados de las escalas Hamilton y Zung (tabla (t) 1 y gráfica (g) 1), ninguna de las muestras estudiadas (residentes, familiares y personal), en promedio, está deprimida. Individualmente, hay 3 residentes deprimidos (H:3; Z:3), 2 familiares deprimidos (H:2 y uno de ellos también en Z) y 1 empleado deprimido (H).

Así, puede inferirse que en las muestras estudiadas, considerando su promedio, no hay depresión. Empero, queda sin dilucidar si los promedios resultantes son mayores que los que presenta la población general y, en dicho caso, si esto puede representar un matiz o humor depresivo.

2 Se reportan (t2) los eventos ocurridos al 40% o más de cada muestra. Se consideró significativa la ocurrencia de tensión, por lo menos moderada, en el 30% de la muestra correspondiente. Así, en la muestra de residentes, la enfermedad seria o lesión significativa fue el único evento significativo, resultado congruente con la época de la vida en que se encuentra la mayoría de los individuos y con el proceso asilar por el que atraviesan.

En la muestra de familiares hubo 3 eventos significativos de acuerdo con los criterios utilizados, cambios significativos (c.s.) en la salud o conducta de algún miembro de la familia, problemas con parientes y c.s. en el número de discusiones con el cónyuge, eventos todos relacionables directamente con la problemática de tener un pariente en una institución asilar.

En la muestra de personal no hubo evento significativo de acuerdo con los criterios utilizados, sin embargo, cabe mencionar dos hechos. Primero, el evento que abarcó más individuos, consideradas las 3 muestras inclusi-

ve, fue el de c.s. en el aspecto financiero en el personal, que en general provocaron leve o nula tensión. Segundo, 3 empleados tuvieron cambio de residencia, todos con tensión severa.

En cuanto al porcentaje de eventos vitales y nivel de tensión (t3,g2), los 3 grupos tienen una proporción semejante.

- 3 En la muestra de residentes (t4,g3) no hay concordancia en los 3 casos de depresión medida con la escala Hamilton, con la escala Zung. Tomada la muestra en promedio si hay concordancia entre la escala Hamilton y la escala Zung, pues en ninguna hay depresión.

En la muestra de familiares (t5,g4) no hay concordancia entre las escalas Hamilton y Zung a nivel individual, ya que en un caso de depresión medida con escala Hamilton no hay depresión con la escala Zung, y en el segundo caso de depresión medida con la escala Hamilton si hay concordancia con la escala Zung. Tomada la muestra en promedio si hay concordancia entre las escalas Hamilton y Zung, pues en ninguna hay depresión.

En la muestra de personal (t6,g5) no hay concordancia en el único caso de depresión, detectado con la escala Hamilton, con la escala Zung. Tomada la muestra en promedio si hay concordancia entre la escala Hamilton y la escala Zung, pues en ninguna hay depresión.

- 4 Entre la escala Hamilton y la escala Zung (t4,g6) no hay concordancia, pues ninguno de los 3 casos de depresión medida con la escala Hamilton concuerda con alguno de los casos de depresión medida con la escala Zung. Entre la escala Hamilton y la EDG (t4,g6) hay concordancia en 2 de los 3 casos de depresión medida con la escala Hamilton.
- Entre la escala Zung y la EDG (t4,g6) si hay concordancia en los 3 casos de depresión medida con la escala Zung.

Probablemente el hallazgo más interesante de este estudio ($t_{1,36}$) sea el número de deprimidos detectados con la EDG ($n = 8$), dentro de los cuales están incluidos todos los casos de depresión medidos con la escala Zung ($n = 3$) y 2 de los 3 casos de depresión medida con la escala Hamilton. Esto abre interrogantes sobre el uso de las escalas aplicadas.

18 CONCLUSIONES

1. La primera hipótesis no se corrobora. No hay depresión en ninguno de los promedios de las tres muestras. Quizás esto se deba a que la depresión en la institución asilar estudiada esté aminorada por la estimulación y comunicación que se tiene continuamente en las tres poblaciones. Es menester realizar estudios similares con poblaciones mayores y que no dejen de incluir a familiares y personal para dilucidar esta hipótesis. Además, sería conveniente incluir en las muestras de familiares y personal la EDG, dada la utilidad que ha tenido en poblaciones de pacientes no viejos (24), de manera que se estudien tanto los aspectos cognitivos y afectivos, como los somáticos y conductuales.
2. Aunque el porcentaje de nivel de tensión en eventos vitales fue similar para cada grupo, el de familiares fue el mayor y en el que con los eventos significativos se evidencia una relación con la problemática asilar del paciente asilado. También se evidenció que en cada grupo hay niveles de tensión distintos para cada eventos y no hubo eventos imbrincados entre los grupos. Al parecer, cada grupo pasa por etapas distintas. Ciertamente, son grupos etarios distintos los de cada muestra. Por otro lado, la tipificación de la ocurrencia de eventos vitales en el

último semestre parece ser inadecuada para la época de la vejez, en la que en un período de un semestre pocos eventos vitales del tipo que se utilizan en la escala pueden ocurrir. Quizás resulte más adecuado el cuestionario extendiéndosele el período de ocurrencia a 1 o 5 años y/o modificando algunos de sus reactivos.

La hipótesis se corrobora para los eventos vitales ocurridos en residentes y familiares, no así para el personal, muestra en la que aunque un evento tuvo el 30% de ocurrencia con tensión severa en todos los casos en los que se presentó, no alcanzó el nivel significativo fijado para este estudio (40%).

- 3 La hipótesis se corrobora considerando el promedio de cada muestra y no se corrobora en casos individuales.

- 4 No hay concordancia entre la escala Hamilton y la EDG y si la hay entre la escala Zung y la EDG. La hipótesis no se corrobora, pues con las escalas Hamilton y Zung no se alcanzó el nivel de depresión y con la EDG sí se alcanza. La primera probabilidad es que sean falsos positivos los detectados con la EDG, pero ya se mencionó que los correlatos somáticos y conductuales (alteraciones del sueño, anorexia, disminución de conductas sociales, etc.), detectados más por las escalas Hamilton y Zung, se presenta preferentemente en la población más joven y los síntomas cognitivos y afectivos, valorados más por la EDG, en la población más vieja. Es probable también que la depresión en el viejo tenga todos los componentes señalados, es decir, somáticos, conductuales, somáticos, cognitivos y afectivos. Si este es el caso, sería importante utilizar ambos tipos de escalas en esta clase de estudios, pues existe la posibilidad de que en algunos se presente un tipo de síntomas y en otros otra categoría de síntomas de las cuatro mencionadas. Además, los síntomas somáticos y conductuales se presentan en otros cuadros en los viejos, que poco o nada tienen que ver con la depresión.

Esto probablemente signifique que la EDG sea una prueba más sensible para detectar depresión en el viejo, por lo menos en el asilado, o que la depresión en este tipo de viejo tenga más componentes cognitivos y afectivos que somáticos y conductuales. Otra posibilidad es que con la EDG se detecten más adecuadamente las depresiones exclusivas de los viejos.

19 BIBLIOGRAFIA

- 1 Monarrez V., S.: Comunicación personal.
- 2 World Health Organization. International classification of Diseases. 9 revision. Manual of the ICD, Injuries and Causes of Death, Clinical Modification, WHO. Geneva 1979
- 3 DSM III R. Diagnosyic and Statistical Manual of Mental Disorders, edition 3, revised. American Psychiatric Association. Washington, December 1987.
- 4 RDC. Spitzer, RL, Endicott, J, Robins, E: Research Diagnostic Criteria Arch Gen Psych: 35: 773, 1978.
- 5 Llano G., CM: Alteraciones Psiquiátricas en Ancianos Asilados. Tesis 7 Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM. 1974.
- 6 Sosa, AL: Depresión en el Anciano. Psiquiatría, 1: 44-54. 1989.
- 7 Krassoievitch Z., M: Aspectos clínicos de la Depresión en el Anciano. Psiquiatría, 6: 29-35. 1976.
- 8 Pérez Almeida, E. et al: La Geriatric Depression Scale (GDS) como Instrumento de Evaluación de la Depresión. Bases de la Misma, Modificaciones Introducidas y Adaptación de la Prueba a la Realidad Geropsiquiátrica Española. Congreso Mundial de Gerontología. Acapulco, México. 1989
- 9 Leibenluft, E, MD et al: The Academic Dilemma of the Inpatient Unit Director. Am J Psychiatry 146: 73-76, 1989.
- 10 Kay, D: Old Age. Mental Disorders in Newcastle upon Tyne. Br J Psychiatry, 1964.
- 11 Organization Mondiale de la Santé: La Santé des Personnes Agées. Serie de Rapports Techniques. 1989.
- 12 Murphy, E, MD, MRC Psych: The Impact of Depression in Old Age in Close Social Relationships. Am J Psychiatry 142: 323-327, 1985.

- 13 Ibidem.
- 14 Silver M, MD, Marcos, L, MD: The Making of the Psychiatrist Executive. Am J Psychiatry 146: 29-34. 1989.
- 15 Yesavage, JA et al: Development and Validation of a Geriatric Depression Scale. A Preliminary Report. J of Psychhiatric Res., 17: 1:37-49. 1983.
- 16 González F, MA: Características Técnicas y Modificaciones Introducidas en Dos Escalas de Depresión. Geriatrika: 4,5: 235-240. 1988.
- 17 Kaplan, H, MD, Sadock, B, MD: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Fifth Edition. 1989.
- 18 Roche B, AG: Uso de Dos Antidepresivos en Ancianos. Tesina. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. UNAM. 1987.
- 19 Holems, TH, Rahe, RH: The Social Adjustment Rating Scale. J of Psychosom Res: 11: 213-218. 1967.
- 20 Paykel, ES et al: Contribution of Life Events to Causation of Psychiatric Illness. Psychol Med : 8: 245-253. 1978.
- 21 Paykel, ES et al: Life Events and Depression. A Controlled Study. Arch Gen Psych: 21: 753-760. 1960.
- 22 Secin D, R: Acontecimientos Vitales y Enfermedad Neoplásica. Salud Mental 7: 4: 67-70. 1984.
- 23 Tamkin, AS et al: comparison Among Four Measures of Depression in Younger and Older Alcoholics. Psychol Reports, 59: 287-293. 1986.
- 24 Yesavage, JA: Differences in Geriatric Depression Scales Factors in Young and Old Normals and Depressives. Comunicación personal al Dr. González F. Citado por (8).

20.1 CORRECCION E INTERPRETACION DE LA ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA
(EDG)

M.A GONZALEZ FELIPE, 1989

Este programa corrige y barema la versión española de la EDG, efectuada por el Dr. M. A. González Felipe. La mencionada versión está formada por veinte ítems de tipo Likert, cada uno de ellos con cuatro categorías de respuesta. La baremación está realizada sobre una muestra de viejos institucionalizados en una residencia privada (n=131).

DATOS GENERALES

NOMBRE DEL SUJETO:

EDAD DEL SUJETO

SEXO (1-HOMBRE; 2-MUJER)

FECHA DE APLICACION:

APLICACION DE LA ESCALA

A continuación figuran los veinte ítems de la EDG. Deberá dar la puntuación da da por el sujeto sin preocuparse por la inversión de los ítems, la cual será te nida en cuenta por el programa.

Las contestaciones deberán ser cualquiera de los números 0, 1, 2 o 3. Cualquier otra respuesta será considerada como error y hará que tenga que repetir el dato. Los ítems invertidos son el 1, 6, 7, 11, 14 y 19. En los enunciados aparecen con un(*). En cualquier caso, usted no se debe preocupar por ellos y deberá introducir siempre las puntuaciones directas.

0 = NO, NUNCA (Lo enunciado por el ítem no sucede nunca).

1 = NO MUCHO (Lo enunciado por el ítem sucede menos veces de las que sucede).

2 = SI, A VECES (Lo enunciado por el ítem no sucede siempre, pero sucede mas veces de las que no sucede).

3 = SI, SIEMPRE (Lo enunciado por el ítem ocurre siempre).

	0	1	2	3
1 * ¿Está usted satisfecho con su vida?				
2 ¿Actualmente le interesan menos cosas que antes?				
3 ¿Cree que su vida está vacía?				
4 ¿Se aburre a menudo?				
5 ¿Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?				
6 * ¿Es usted alegre y optimista la mayoría de las veces?				
7 * Por lo general, ¿es usted feliz?				
8 ¿Se siente a menudo desamparado y/o desvalido?				
9 ¿Con frecuencia se siente usted nervioso y/o inquieto?				
10 ¿Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?				
11 * ¿Es agradable estar vivo?				
12 ¿Se siente a veces descorazonado y triste?				
13 ¿Cree usted que ya no sirve para nada?				
14 * Por lo general, ¿está usted contento?				
15 ¿La mayoría de la gente se encuentra mejor que usted?				
16 ¿Se entristece por cosas pequeñas, sin importancia?				
17 ¿Tiene a veces ganas de llorar?				
18 ¿Le cuesta concentrarse y atender las cosas?				
19 * ¿Se despierta, por lo general, animado?				
20 ¿Evita el contacto social?				

P.D = 18 P.C. = 25 Cat. Diag. = Sin depresión.

CATEGORIA	CENTILES	G. TOTAL	HOMBRES	MUJERES
Sin depresión	0 - 30	0 - 23	0 - 20	0 - 23
Normal	31 - 50	24 - 29	21 - 24	24 - 31
Depresión ligera	51 - 60	30 - 32	25 - 26	32 - 34
Fuerte depresión	61 - 85	33 - 42	27 - 42	35 - 43
Depresión muy fuerte	86 - 100	43 - 60	43 - 60	44 - 60

ITEM	PUNTUACION	ITEM	PUNTUACION	ITEM	PUNTUACION
1	3	8	0	14	3
2	0	9	0	15	0
3	0	10	0	16	0
4	0	11	3	17	0
5	0	12	0	18	0
6	3	13	0	19	3
7	3			20	0

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

Enfermo	Fecha
.....	Valoración n.
Edad.....	Nacionalidad
.....	Sexo
Estado	Profesión
.....	(Indicar si está o no jubilado)
Tratamiento	Dosib.

Completar todos los puntos. Poner con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desanimo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o 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 reflexión sobre errores pasados o malas acciones. 3. La indiferencia natural es un castigo. Ideas de sufrimiento de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o el oronuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3. Suicidio	0. Ausente 1. Lo piensa que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Desea no estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intento de suicidio (cualquier intento sería se clasifica 4)
4. Insomnio precoz	0. No hay dificultad para dormir 1. Se puede dormir en las ocasiones para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se queda despierto algunas para dormirse cada noche.
5. Insomnio medio	0. No hay dificultad 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 clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
6. Insomnio tardío	0. No hay dificultad 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad. 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 (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, facultad de concentración empeorada, actividad no es disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo caótico. 4. Torpeza absoluta.
9. Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla 4. Temores expresados sin preguntarle			
11. Ansiedad somática	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. </td> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle; padding: 0 10px;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> (Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria Sudación.) </td> </tr> </table>	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	}	(Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria Sudación.)
0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante.	}	(Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria Sudación.)		
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	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 o para sus síntomas gastrointestinales.			
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno. 1. Pesaduz en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.			
14. Síntomas genitales	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. </td> <td style="vertical-align: middle; padding: 0 20px;">Síntomas como:</td> <td style="vertical-align: middle;"> Pérdida de libido Trastornos menstruales </td> </tr> </table>	0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como:	Pérdida de libido Trastornos menstruales
0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante.	Síntomas como:	Pérdida de libido Trastornos menstruales		
15. Hipocondría	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.			
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) </td> <td style="vertical-align: top; padding-left: 20px;"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;">} Por término medio.</td> </tr> </table>	A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.	} Por término medio.
A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)	B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana.	} Por término medio.		
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	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, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo.			
18. Variación diurna	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="vertical-align: middle; padding: 0 10px;">M T</td> <td style="vertical-align: middle;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table>	0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
0. Ausente 1. Ligera 2. Grave	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)		
19. Despersonalización y falta de realidad	0. Ausente. 1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad 2. Moderada. Ideas nihilistas 3. Grave. 4. Incapacitante.			
20. Síntomas paranoias	0. Ninguno. 1. } Sospechosos. 2. } 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución.			
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.			
22. Otros síntomas. (Especificar)	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. </td> <td style="vertical-align: middle; padding-left: 20px;">Suma total puntuaciones</td> <td style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.	Suma total puntuaciones	
0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves.	Suma total puntuaciones			

20.3	S I N T O M A S	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUA- MENTE
1.-	Me siento abalido y melancólico				
2.-	En la mañana me siento mejor				
3.-	Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.-	Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.-	Como igual que antes solía hacerlo				
6.-	Todavía disfruto de las relaciones sexuales				
7.-	Noto que estoy perdiendo peso				
8.-	Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.-	El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.-	Me canso sin hacer nada				
11.-	Tengo la mente tan clara como antes				
12.-	Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.-	Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.-	Tengo esperanza en el futuro				
15.-	Estoy más irritable de lo usual				
16.-	Me resulta fácil tomar decisiones				
17.-	Siento que soy útil y necesario				
18.-	Mi vida tiene bastante interés				
19.-	Creo que les haría un favor a los demás muriéndome				
20.-	Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____	Fecha: _____
Dr.: _____	
Diagnóstico: _____	Total calif. básica
Observaciones: _____	

_____	Total indice AMD

EVENTOS DE LA VIDA

Número de proyecto

1	2	3	4	5	6
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de paciente

7	8	9
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Número de tarjeta

10	11
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Paciente: _____

Nombre (s)

Apellidos

A continuación se presentan una serie de eventos que ocurren a muchas personas. Por favor indique si estos eventos le ocurrieron en los últimos 6 meses y el nivel de tensión (preocupación, angustia, nervios, molestia) que usted considera que le ocasionó cada evento. Es importante que usted conteste a todas las preguntas.

El evento le ocasionó tensión:

severa
5moderada
4leve
3nula
2no le ocurrió
1Anote el N° que -
correspon
de en esta
sección.

1. Matrimonio

 12

2. Problemas con el jefe o con compañeros de trabajo

 13

3. Ser encarcelado o detenido en alguna institución

 14

4. Muerte del cónyuge

 155. Cambios significativos en hábitos de dormir
(duerme más o duerme menos que lo usual) 16

6. Muerte de un familiar cercano

 177. Cambio(s) significativo(s) en sus hábitos de alimentacion
(come más o menos de lo usual, diferentes horarios de comida) 18

	Anote el N° que - correspon- de en esta sección.
8. Privación o pérdida de un préstamo (hipoteca)	<input type="checkbox"/> 19
9. Cambio(s) en hábitos personales, vestimenta, maneras, etc.	<input type="checkbox"/> 20
10. Muerte de un amigo	<input type="checkbox"/> 21
11. Violaciones menores de la ley (perturbar la paz, infracción de tránsito).	<input type="checkbox"/> 22
12. Logro personal notable	<input type="checkbox"/> 23
13. Embarazo (de la esposa, o usted misma)	<input type="checkbox"/> 24
14. Cambio(s) significativo(s) en la salud o conducta de algún miembro de la familia.	<input type="checkbox"/> 25
15. Problemas o dificultades sexuales	<input type="checkbox"/> 26
16. Problemas con parientes	<input type="checkbox"/> 27
17. Cambio(s) significativo(s) referente a reuniones familiares (mucho más o mucho menos de lo usual)	<input type="checkbox"/> 28
18. Cambio(s) significativo(s) en el aspecto económico (mucho mejor o mucho peor de lo usual)	<input type="checkbox"/> 29
19. Inclusión de un nuevo miembro a la familia (por nacimiento, adopción, otro familiar que viene a vivir con la familia)	<input type="checkbox"/> 30
20. Cambio de residencia (cambio a una nueva dirección)	<input type="checkbox"/> 31

Anote el
N° que -
correspon-
de en esta
sección.

- | | | |
|---|----------------------|----|
| 21. Hijo o hija se va de la casa (por casamiento, ir a vivir a otra ciudad, etc.) | <input type="text"/> | 32 |
| 22. Separación del cónyuge o pareja (casamiento o noviazgo) | <input type="text"/> | 33 |
| 23. Cambio(s) significativo(s) en actividades religiosas (mucho más o mucho menos que lo usual) | <input type="text"/> | 34 |
| 24. Reconciliación con el cónyuge o pareja (esposo(a) novio(a)) | <input type="text"/> | 35 |
| 25. Ser despedido del trabajo o expulsado de la escuela. | <input type="text"/> | 36 |
| 26. Divorcio (de usted, o de los padres) | <input type="text"/> | 37 |
| 27. Cambio a otro tipo de trabajo diferente del que usted realiza usualmente | <input type="text"/> | 38 |
| 28. Cambio(s) significativo(s) en el número de discusiones con el cónyuge, o con los padres (mucho más o mucho menos de lo usual en lo que refiere al cuidado y atención a los niños, hábitos personales, etc.) | <input type="text"/> | 39 |
| 29. Cambio significativo de responsabilidades en el trabajo (promoción, estancamiento, cambios, etc) | <input type="text"/> | 40 |
| 30. La esposa empieza o deja de trabajar fuera de la casa | <input type="text"/> | 41 |
| 31. Cambio significativo de horario o condiciones de trabajo | <input type="text"/> | 42 |
| 32. Cambio significativo en actividades recreativas (más o menos de lo usual) | <input type="text"/> | 43 |

Anote el
N° que -
correspon-
de en esta
sección.

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 33. Petición de un préstamo considerable | <input type="checkbox"/> | 44 |
| 34. Verse implicado con drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> | 45 |
| 35. Enfermedad seria o lesión significativa que requiere hospitalización o no necesariamente | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 36. Reajustes en el trabajo (reorganización, bancarrota) | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 37. Cambio(s) significativo(s) en su vida o actividades sociales (ir al cine, a bailar, visitas, etc.) | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 38. Cambio(s) significativo(s) referente a condiciones de vivienda (construcción de una nueva casa, remodelación, deterioro de la casa-habitación, o colonia, etc.) | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 39. Retiro o jubilación del trabajo | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 40. Vacaciones | <input type="checkbox"/> | 51 |
| 41. Reprobar en la escuela | <input type="checkbox"/> | 52 |
| 42. Cambio de escuela (Universidad) o lugar de estudio | <input type="checkbox"/> | 53 |
| 43. Iniciación o terminación de actividades escolares | <input type="checkbox"/> | 54 |
| 44. Le han ocurrido otros eventos no mencionados anteriormente
¿Cuáles? _____ | <input type="checkbox"/> | 55 |
| _____ | <input type="checkbox"/> | 56 |
| _____ | <input type="checkbox"/> | 57 |