

12  
2ej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA MEDICA Y

SALUD MENTAL

T E S I S

PROYECTO: VALIDEZ DE DIAGNOSTICO Y CONCURRENTES  
DE LA APLICACION DE UNA TRADUCCION AL  
CASTELLANO DEL INVENTARIO DE BECK PARA  
LA DEPRESION EN PACIENTES NEUMOLOGICOS  
HOSPITALIZADOS.

ALUMNO: DR. MICHAEL PATRICK REDMOND GARCIA

TUTOR: ING. JOSE CORTES SOTRES

ASESOR: DR MARIO ROBERTO TORRES CASTILLO

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1991



## **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 está 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.

## TRABAJO DE INVESTIGACION

### 1. TITULO DEL PROYECTO:

"VALIDEZ DE DIAGNOSTICO Y CONCURRENTES DE LA APLICACION DE UNA TRADUCCION AL CASTELLANO DEL INVENTARIO DE BECK PARA LA DEPRESION EN PACIENTES NEUMOLOGICOS HOSPITALIZADOS".

### 2. DEPARTAMENTO A CARGO DEL PROYECTO:

CLINICA DE ESTUDIOS ESPECIALES  
DIVISION DE INVESTIGACIONES CLINICAS I.M.P.  
SERVICIO DE PSIQUIATRIA I.N.E.R.

### 3. INSTITUCION RESPONSABLE:

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA

### 4. INVESTIGADOR RESPONSABLE:

DR. MICHAEL PATRICK REDMOND GARCIA.

### 5. INTRODUCCION:

#### 5.1 Antecedentes:

Existen dificultades inherentes para obtener diagnósticos consistentes y adecuados con el objeto de investigación y terapia de los trastornos depresivos, eso es debido por el desacuerdo que puede existir entre los diferentes terapeutas en cuanto al diagnóstico de un mismo

paciente.

Se ha estudiado la forma de desarrollar criterios objetivos cuantificables que puedan estar basados en manifestaciones de diversos tipos incluyendo las conductuales.

Intentos de diversos investigadores se han orientado a a convertir observaciones clínicas y razonamientos en medidas objetivas, lo que ha dado como resultado a una amplia gama de escalas de medición psiquiátrica. De esta manera tenemos una variedad de pruebas de papel y lápiz que tienen como propósito la medición de alguna psicopatología; por ejemplo tenemos la depresion-elation test desarrollada por Jasper ya desde 1930, la cual estaba orientada a medir distintos rasgos de personalidad específicos.

El estudio de la depresión ha constituido un reto, dada la gran diversidad de medidas y definiciones hasta la misma ignorancia del fenómeno clínico. Por esta razón los síntomas y síndromes depresivos son frecuentemente inadvertidos y por lo tanto, no tratados.

En 1960, Beck presentó un reporte que describía el desarrollo de un instrumento diseñado para medir las manifestaciones conductuales de la depresión, tenía la facultad de ser autoaplicable y basado en una serie de eventos homogéneos en relación a cuadros depresivos, lo cual difiere de la escala de depresión de Minnessota (MPPPI), que aunque tiene la facultad de ser autoaplicable, muestra estar basado en factores analíticos, los cuales pueden ser heterogéneos en los cuadros depresivos.

El estudio de la escala presentada por Beck ha sido objeto de diversas investigaciones, en las cuales se ha tratado de validar su uso, tanto en pacientes psiquiátricos, como en poblaciones sanas, obteniéndose buenos resultados, al momento de realizar la correlación clínica con los hallazgos encontrados en los diversos estudios, en los que incluso se han tomado diversos parámetros, tales como la edad, sexo y otras variables demográficas. De esta manera toma vital importancia llevar a cabo validaciones de instrumentos útiles en el diagnóstico de una entidad tan común como lo es la de depresión, y en este caso se consideró que la escala de Beck reunía las características para ser utilizada en un estudio de esta categoría.

Originalmente la construcción de la escala de Beck fue primariamente derivada de la clínica, dado que su autor en el curso de su experiencia en psicoterapia psicoanalítica en pacientes deprimidos, realizó observaciones sistemáticas y registros de las actitudes características y los síntomas de los pacientes deprimidos. El seleccionó un grupo de actitudes y síntomas que aparecían ser específicas de estos pacientes deprimidos, además que fueran consistentes en las descripciones de depresión contenidas en la literatura psiquiátrica.

En base al procedimiento anterior, el autor construyó un inventario compuesto de 21 categorías de síntomas y actitudes. Cada categoría describe una manifestación conductual específica de depresión y consiste en una serie gradual de 4 enunciados autoevaluables.

Cada reactivo consiste en una serie de enunciados en diferentes grados para un mismo rubro sintomático, se pide al paciente que seleccione el que se acerque más a su condición en el momento de la evaluación. Los valores numéricos dados a cada enunciado van de 0 a 3 lo que indica el grado de severidad del reactivo, de esta manera al ser 21 los reactivos y tener estos un valor máximo de 3 cada uno tenemos que el rango total de la escala es de 0 a 63. Los 21 apartados del inventario de síntomas y actitudes de la depresión quedaron de la manera siguiente:

- 1) Animo
- 2) Pesimismo
- 3) Sensación de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) sentimientos de culpabilidad
- 6) sensación de castigo
- 7) Descontento
- 8) autoacusación
- 9) Deseos autopunitivos
- 10) Llanto
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Imagen corporal
- 15) Inhibición laboral
- 16) trastorno del sueño
- 17) Fatigabilidad
- 18) Pérdida del apetito

- 19) Pérdida de peso
- 20) Preocupación somática
- 21) Pérdida de la libido

Es importante remarcar que las diferentes categorías fueron escogidas en base a su relación con las manifestaciones conductuales presentes en la depresión y de ninguna manera reflejan alguna teoría en relación con la etiología o los procesos psicológicos subyacentes en los cuadros depresivos.

Los primeros 14 reactivos se han conocido como evaluadores de síntomas afectivo-cognitivos, y los 7 restantes de síntomas vegetativo-somáticos, esto es que el 33.3% de los reactivos están en relación con alteraciones de tipo somático en el paciente deprimido, y dado que es menor el porcentaje de estos, hace que este inventario sea útil en pacientes con problemas orgánicos asociados, ya que estos síntomas en ocasiones pueden resultar de la propia enfermedad, por lo que deben destacarse más los síntomas afectivo-cognitivos en los pacientes medicamente enfermos.

En su estudio original, Beck presentó una investigación que trataba de validar el inventario, aplicándolo en población psiquiátrica general, utilizando como regla de oro el juicio de cuatro psiquiatras experimentados, los cuales trataban de expresar el grado de patología afectiva en cuatro diferentes niveles (sin depresión; depresión leve; depresión moderada y depresión severa) a manera de posteriormente buscar los diferentes puntos de corte de la puntuación del inventario, que pudieran marcar el nivel de la depresión en relación con su expresión clínica, por lo que desde enton-

cas se han realizado diversos estudios en los que tratan tanto de validar la escala, así como determinar los diferentes puntos de corte que nos puedan indicar el nivel de la patología afectiva existente en los pacientes, quedando estandarizada hasta ahora de la manera siguiente:

- 0-9 puntos.... Sin depresión
- 10-15 puntos... Depresión leve
- 16-23 puntos... Depresión Moderada
- 24-63 puntos... Depresión Severa

Sin embargo, desde los tiempos de Beck en que los criterios diagnósticos vigentes estaban basados en el DSM-I creado por la Asociación Psiquiátrica Americana en 1952 y el ICD-6 creado por la OMS en 1951, estos criterios han sufrido cambios importantes de tal forma que en la actualidad en que se encuentran vigentes tanto el DSM III-R y el proceso de creación del ICD 10 así como la tendencia a unir las dos clasificaciones, hace que la validación de la escala en el presente tome relevancia, pues como se ha visto a lo largo de la historia de la investigación en depresión, la utilización de esta escala ha sido importante, dada su fácil aplicación y su confiabilidad. Pero dada la gran diversidad de presentación de los cuadros depresivos dentro de las diferentes áreas de la medicina, también provocan cambios en los resultados de instrumentos como en este caso el Inventario de Beck para la Depresión. Por esta razón es importante seguir realizando estudios validatorios de instrumentos como este en diferentes poblaciones tanto de culturas como de entidades nosológicas como bien puede ser el caso de los pacientes neurológicos.



En relación a los trastornos depresivos, la investigación clínica actual se basa en un modelo teórico en que los trastornos pueden ser concebidos dentro de las siguientes categorías:

Episodio depresivo mayor

Trastorno distímico

Trastorno adaptativo. (con ánimo deprimido)

Siendo estas las que pueden ser detectadas en base al inventario propuesto por Beck, haciéndose el diagnóstico diferencial en base a la historia clínica psiquiátrica realizada por nuestra especialidad. Pero como sabemos, estas tres entidades necesitan tratamiento, por lo que su detección oportuna en centros de concentración de pacientes, donde el volumen de estos es grande, hace necesaria la utilización de instrumentos que las detecten fácilmente.

Sabemos que la dificultad para respirar tiene muchas implicaciones psiquiátricas. El paciente reacciona emocionalmente a molestias tales como la disnea, pérdida de la capacidad funcional, y la amenaza de muerte, mientras que la hipoxia, hipercarbia, hiperventilación, la falla respiratoria y los medicamentos, todos tienen efectos directos sobre el cerebro. La depresión está frecuentemente asociada con las enfermedades pulmonares y esta puede variar de un episodio depresivo mayor a un trastorno distímico o una reacción de ajuste con ánimo deprimido, siendo también común encontrar en estos pacientes sintomatología ansiosa, dado que el sofoco y la incapacidad respiratoria se acompaña de miedo que en o-

caciones puede llegar incluso al pánico. Por lo que la presentación de las diferentes manifestaciones psicológicas de las enfermedades pulmonares dependerán de la enfermedad específica, la edad de inicio, la etiología de la enfermedad y la severidad de la misma, no sin esto olvidar los factores psicodinámicos de cada caso, la representación que la enfermedad tiene en la familia, el rol del paciente, sus conflictos, disparadores conductuales y eventos medioambientales que pueden verse involucrados en la exacerbación de los síntomas o enfermedades respiratorias como en el asma por ejemplo, en la que se ha encontrado una íntima relación con el sistema nervioso autónomo y substancias tales como la epinefrina, norepinefrina, histamina y prostaglandinas, estando el sistema nervioso central directamente relacionado con la producción y regulación del metabolismo de estas substancias por lo que la estimulación cerebral, particularmente en el sistema límbico, afecta el equilibrio de los neurotransmisores y al mismo tiempo alterando el sistema nervioso autónomo, lo cual podría ser el mecanismo fisiopatológico que relacione a las emociones con asma, ya que la alteración de los neurotransmisores puede producir cambios en la reactividad del sistema inmunológico. Por otro lado existen enfermedades pulmonares que el solo diagnóstico puede desencadenar una reacción depresiva, como es el caso del Carcinoma Broncogénico o bien el cuadro depresivo ser el primer síntoma de la enfermedad. Muchas veces la enfermedad pulmonar se acompaña con autoestima baja, dada la incapacidad en diferentes áreas como puede ser la sexual por ejemplo, por lo que los pacientes desea

rían incluso un contacto humano mas cercano e incrementarían su necesidad de ser cuidados o viceversa, presentar un abandono de si mismos tal que podría complicar el tratamiento médico de la enfermedad, como puede presentarse en los pacientes que cursan con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica , lo cual se ve asociado frecuentemente en los paciente que son internados en ocasiones repetidas y por periodos prolongados.

La inestabilidad en el estado de ánimo también puede ser un efecto secundario de los medicamentos que se utilizan frecuentemente en el tratamiento de enfermedades pulmonares, especialmente los corticoesteroides, los cuales al deprimir el sistema inmune, producen susceptibilidad a infecciones superimpuestas a la enfermedad.

En los pacientes pulmonares, la depresión se puede manifestar de diversas maneras, con sintomatología tal como la desesperanza, sentirse indefenso, bajo de energía, culpa y retardo psicomotor, o en otros casos ideación suicida, la cual en ocasiones puede manifestarse pasivamente con alteraciones voluntarias en el tratamiento.

El diagnóstico de depresión mayor puede dificultarse en pacientes con enfermedad pulmonar crónica, dado que muchos síntomas depresivos y pulmonares se pueden sobreponer tales como la fatiga, falta de fuerza, perdida de peso, anorexia, y pérdida del interés en las actividades habituales. Por otro lado, tenemos las alteraciones en el sueño, las cuales pueden ser debidas a episodios de apnea del sueño, tos nocturna tan bien como ataques de asma.

La depresión puede estar íntimamente asociada con pérdidas múltiples y significativas que tiene que sobrellevar el individuo que padece enfermedad pulmonar crónica, las cuales pueden abarcar desde la pérdida del trabajo y su capacidad de ganar dinero, pérdida de su fuerza física y cambios en la apariencia física, algunas de estas pérdidas son debidas a la disminución de la función respiratoria y otras pueden atribuirse a efectos colaterales de los fármacos, considerando nuevamente a los corticosteroides, los cuales pueden producir "cara de luna", hirsutismo y acné, lo cual puede representar un serio conflicto en los pacientes.

Es común encontrar en los hospitales de Neumología pacientes con infecciones crónicas, tales como tuberculosis y otras de origen micótico, que pueden también producir molestias y pérdidas importantes, además de otras enfermedades de pronóstico reservado a corto plazo, como la fibrosis intersticial difusa, las cuales se presentan con alteraciones emocionales.

Por último es importante considerar en estos pacientes de tipo neumológico, a un grupo que cada vez crece y a un ritmo alarmante como lo es el caso de los pacientes con el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, los cuales son captados frecuentemente por servicios de neumología, al presentar infecciones pulmonares. Estos pacientes al conocer su diagnóstico, suelen presentar reacciones depresivas importantes.

En vista de todo lo anterior, es pertinente la realización de un estudio en el cual se valide la aplicación del In

ventario para la depresión de Beck, a manera de facilitar en el futuro la investigación de estos trastornos en los pacientes Neumológicos hospitalizados, pues esto no solo conlleva a la validación de la escala en sí, sino que además nos dará una visión de la frecuencia e intensidad de los trastornos depresivos en estos pacientes, además que de funcionar esta escala en la población elegida, puede plantearse el uso sistemático de este instrumento diagnóstico dentro de un plantel de concentración de pacientes neumológicos como el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por parte del personal médico no psiquiatra, de tal forma que los cuadros depresivos sean detectados aún en las formas subclínicas y se incremente el número de interconsultas con el servicio de psiquiatría, promoviendo así el enlace de esta con la neumología. Además de lograr la objetivización de una alteración frecuente que puede pasar inadvertida.

## 5.2 Problema:

¿Los puntajes totales de una traducción al castellano del inventario de Beck para la depresión permiten identificar a aquellos pacientes que cursan con alguna modalidad de síndrome depresivo, diagnosticado mediante la entrevista clínica?

(validez concurrente, Beck vs MAD).

## 5.3 Objetivos:

- Determinar los puntajes en el inventario de Beck para la

que presentan aquellos pacientes neumol6gicos diagnosticados como "deprimidos" y contrastarlos con el de "no deprimidos".

- Determinar la sensibilidad y la especificidad de distintos puntos de corte del inventario de Beck para la depresi6n para cada una de las condiciones diagn6sticas consideradas como "depresi6n".

#### 5.4 Hip6tesis I:

Los pacientes diagnosticados como deprimidos obtendran - puntajes mas altos en el inventario de Beck para la depresi6n.

#### Hip6tesis II:

La determinaci6n de la mayor sensibilidad y especificidad dar4 un punto de corte que discrimine pacientes deprimidos y no deprimidos.

#### 6. POBLACION ESTUDIADA:

Se estudiaron 50 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, en un periodo comprendido entre los meses de Noviembre y Diciembre de 1990 y Enero de 1991, con cualquier tipo de enfermedad respiratoria, mayores de 18 a6os que supieran leer, y que previa informaci6n aceptaron participar en el estudio. Fueron excluidos aquellos pacientes que por la gravedad del trastorno m6dico no pudie-

ron resolver los cuestionarios, que presentaron algún trastorno psicótico o confusión mental.

## 7. DISEÑO, METODO Y PROCEDIMIENTOS:

Se trató de un estudio metodológico, analítico y transversal. Como tareas iniciales se procedió a lo siguiente: Revisión de la traducción al castellano del inventario con el fin de que el lenguaje fuese lo mas claro posible, diseño de una hoja de datos demográficos para las siguientes variables: Edad, sexo, estado civil, ingresos mensuales (en pesos M.N.), personas que dependen de este ingreso, diagnóstico médico y días de evolución de este padecimiento. Se redactó una entrevista semiestructurada de acuerdo al DSM III -R, para los diagnósticos de depresión mayor, reacción de ajuste con ánimo deprimido y trastorno distímico y finalmente se realizó un estudio piloto para conocer los posibles problemas que pudieran presentarse. La descripción del diseño se da a continuación:

- 1.- Durante un periodo de tres meses se estudiaron a 50 pacientes que reunieron las características de población ya señaladas
- 2.- Los pacientes recibieron la hoja de datos demográficos y el inventario de Beck para la depresión.
- 3.- El mismo día fueron evaluados mediante la entrevista psiquiátrica semiestructurada mencionada. (la mitad fueron entrevistados antes de recibir el cuestionario y la otra mitad despues).

4.- El mismo día recibieron la escala de ansiedad y depresión de Hamilton para hospital general (HAD), la mitad resolvieron antes el inventario de Beck para la depresión y la otra mitad después.

## 8. ANÁLISIS DE RESULTADOS:

- Se comparó la media del puntaje de Beck, el grupo de deprimidos vs no deprimidos con la prueba t de student.
- Se calcularon sensibilidad y especificidad considerando los puntajes de Beck como posibles puntos de corte en relación al diagnóstico realizado con la entrevista semiestructurada que será la regla de oro.

## 9. RECURSOS QUE SE UTILIZARON:

Copias del inventario para depresión de Beck HAD y hoja de datos demográficos, instalaciones del I.N.E.R. (expedientes clínicos y pacientes), Bibliotheca del Instituto Mexicano de Psiquiatría.

## 10. RESULTADOS:

### 10.1 Datos Demográficos:

Para realizar el estudio inicialmente se revisaron 157 expedientes clínicos de pacientes hospitalizados en el I.N.E.R.



de los cuales 84 fueron de pacientes femeninos y 73 de pacientes masculinos, realizandose discriminación en base a los factores de exclusión del estudio, encontrandose que el analfabetismo fué el factor mas común por lo que solo pudo incluirse a este estudio solo el 32.1% de las mujeres y el 31.5% de los hombres siendo un total de 23 hombres y 27 mujeres incluidos en el estudio; por lo que a la muestra efectiva se refirere, se trató del 54% de pacientes femeninos y 46% de pacientes masculinos, encontrandose un promedio de edad de 35 años para las mujeres y 41 años para los hombres; en relación al padecimiento médico que les afectaba tenían un tiempo de evolución de 10 a 14-600 dias siendo mas notorio en las mujeres, ya que el tiempo máximo encontrado en un paciente masculino fué de 7200 dias. (1279 dias de diferencia en la media) lo cual evidencia que en la media de los dias de evolución se encuentra involucrada la diferencia relacionada a que los padecimientos por lo que los pacientes masculinos acuden es mas agudo. (Tabla cuadro 1).

En relación al estado civil (Cuadro 2) el 51% de las mujeres se encontraban casadas y 22.2% solteras siendo estos los predominantes a este grupo, y con relación a los hombres se encontró que tanto el grupo de solteros y de casados representaron el 39% del total, siendo el restante viudos, divorciados y en unión libre. La escolaridad de la muestra, muestra hallazgos interesantes pues el 40% de las mujeres y el 26% de los hombres solo tenían estudios correspondientes a primaria incompleta; 29.6% de las mujeres primaria completa y el 30% de los hombres con escolaridad similar, y el 11% de mujeres contra el 30% de los hombres tenían secundaria; por último el 11% de las mujeres tenían profesión contra el 4.3% de los hombres, por lo que resul

ta evidente que en el medio rural el sexo femenino tiene una escolaridad inferior al masculino así como en el medio rural las mujeres permanecen en su hogar a pesar de tener una educación profesional.

Con respecto a la ocupación de la muestra estudiada nos encontramos con que en el sexo femenino el 81% tiene labores del hogar, lo cual confirma lo antes establecido, el resto fueron estudiantes (4%) empleadas y comerciantes (8%). Cabe mencionar que la única mujer estudiante se encontraba internada por patología secundaria a intubación prolongada por intento de suicidio con 870 cursando con cuadro depresivo mayor. En relación a los hombres la distribución de la ocupación fue más distribuida siendo el 26% de empleados y subempleados, el 26% de campesinos y el 39% sin ocupación. Esto pone de relevancia que, a fines de llenar la hoja de datos demográficos es más fácil encontrar hombres sin ocupación (39%) contra mujeres (0%) dado que a las mujeres sin ocupación se les refiere como ocupadas en las labores del hogar. (Cuadro 4)

El lugar de residencia que presentó la muestra estudiada mostró que el 63% de las mujeres vivían en el área metropolitana y el 37% en provincia; en relación al sexo masculino el 78% vive en el área metropolitana y el 21% en provincia. Esto pone de relevancia que en el hospital I.N.E.R. la gran mayoría de los pacientes tienen acceso a este Instituto y por lo tanto pueden ser vistos posteriormente.

En cuanto a ingresos el 81% de las mujeres y 61% de los hombres percibieron entre 200 y 600 mil pesos al mes, destacándose que el promedio de personas que dependieron de este ingreso fue de 4, por lo que

se puede apreciar que el medio socioeconómico que prevaleció fue muy bajo y solo el 10% de las mujeres y 21% de los hombres recibía más de 800 mil pesos al mes (Cuadro 6). Lo cual concuerda con los hallazgos en relación a la educación y ocupación de la muestra.

En relación a la patología que provocaba que los pacientes estuvieran internados en la Institución, la más común fue la Tuberculosis Pulmonar atacando al 40% de las mujeres y el 30% de los hombres. Entre las más importantes patologías que atacaron a las mujeres fueron el asma bronquial y la masa tumoral en estudio; y en relación a los hombres el 21% fue neumonía o empiema, y el 21.8% de la muestra masculina se encontró con SIDA. (Cuadro 7).

De acuerdo a la entrevista semiestructurada y en relación a los resultados obtenidos en las escalas de Beck y MAD se encontró que el 37% de las mujeres y el 48% de los hombres no presentaron ningún diagnóstico psiquiátrico, siendo más común el diagnóstico de reacción de ajuste con depresión (18% mujeres y 30% hombres); encontrándose que el 7.4% de las mujeres y el 8.8% de los hombres cursaban con cuadro depresivo mayor; de allí el 18% de las mujeres y 4.3% de los hombres tenían reacción de ajuste con ansiedad; el 11% de las mujeres y 4.3% de los hombres tuvieron reacción de ajuste mixta y por último el 7.4% de las mujeres presentó trastorno distímico solo el 4.3% de los hombres lo presentó. (Cuadro 8)

## 10.2 VALIDEZ:

En el cuadro 9 se puede apreciar que en relación a la distribución de los puntajes obtenidos en el inventario de Beck con los dife

rentes diagnosticos. Esto nos muestra que la media obtenida en los - pacientes deprimidos y en los de reacción de ajuste mixta los puntajes son de 14 y 12 respectivamente, siendo ambas mucho mayores a las obtenidas en los pacientes con diagnóstico de ansiedad o normales (6- y 5 respectivamente). Se penso inicialmente realizar un análisis de Varianza para comparar los resultados entre deprimidos y no deprimidos, pero ante un resultado tan evidente en relación al mas alto - puntaje obtenido por los deprimidos este se obvió. En lo que respecta a la concurrente escala HAD en relación a la entrevista semiestructurada nos topamos que las medias de los puntajes van de la manera - siguiente: 18 a trastornos de ajuste mixtos, 17 a deprimidos, 14 a los ansiosos y 8 a los normales. (Cuadros 9 y 10)

Al aplicar la t de "student" a los grupos deprimidos contra los no deprimidos no encontramos que el valor es de 5.64 por lo que P tiene una significancia menor a 0.001 . Teniendo un valor de F 31.80 lo cual indica una P de 0.001 muy significativa.

Se obtuvo la sensibilidad y la especificidad de la prueba de Beck y HAD tomando como posibles puntos de corte a todas las puntuaciones de las pruebas encontrandose para el inventario de Beck la puntuación de 8 (85% de sensibilidad y 91% de especificidad) y en el caso de la escala HAD el punto de corte mas sensible y específico fué de 12 (81% sensible y 79% específico). Los valores se muestran en los cuadros 11 y 12 así como en las figuras 1 y 2, en las que se realizaron sendas curvas de ROC para el inventario de Beck y la escala HAD a manera de presentar en forma visual el poder discriminativo de ambas escalas lo cual nos hace evidente los puntos de corte optimos a considerar en

la población estudiada. Notándose que en ambas la sensibilidad y especificidad se logró en puntos de corte similares a los reportados en otros estudios.

#### 10. DISCUSION:

Si analizamos los resultados obtenidos en los datos demográficos nos encontramos con hallazgos que son interesantes en relación a la población que caracteriza al I.N.E.R. Primero tomaremos en cuenta que se estudiaron en un solo corte transversal a 157 pacientes con el objeto de llegar a juntar la muestra de 50 pacientes, discriminándose a los pacientes que no sabían leer ni escribir, por lo que solo del 31 al 32% de los pacientes fueron capaces de entrar al estudio lo cual limita el uso de cualquier escala autoaplicable en esta institución (Beck, HAD). Por otro lado encontramos que la muestra resulta ser heterogénea en lo que a patología y tiempo de evolución de los pulmones se refiere, pero también muestra homogeneidad en relación a la educación, ingresos lugar de residencia y ocupación. Esto facilitó la realización del estudio.

No fué objetivo del estudio hablar de los diagnósticos médicos de la población en estudio, pero ante los hallazgos es necesario hacer un par de consideraciones, en relación a la patología más frecuentemente encontrada TBP resulta ser una enfermedad crónica, incapacitante y que ocurre principalmente en medio socioeconómico bajo, lo cual se asocia frecuentemente con depresión. Por otro lado, resulta alarmante la frecuencia de SIDA encontrada en la muestra de pacientes masculinos (21.8%), lo cual abre un campo importante de acción en los posibles riesgos de enfermedades de tipo afectivo en pacientes neumog

lógicos dadas las implicaciones sociales, familiares y psicológicas que este trastorno puede traer.

Tampoco era objeto del estudio conocer la prevalencia de trastornos afectivos en población de Neumología, pero si consideramos de manera conjunta al episodio depresivo mayor, trastorno distímico y la reacción de ajuste con ánimo depresivo, nos topamos que aproximadamente el 40% de los pacientes neumológicos necesitan atención psiquiátrica, lo cual es similar a estudios previos.

Resulta muy necesario considerar el factor de ansiedad en los pacientes neumológicos, por lo que fué importante realizar la aplicación de la escala HAD y su relación al diagnóstico de la entrevista semiestructurada, pues esto contamina fácilmente el diagnóstico de las enfermedades de tipo afectivo. El realizar la validación de ambas escalas nos revela que los puntajes obtenidos en los pacientes deprimidos y ansiosos fué mayor que los no deprimidos, lo cual era de esperarse dado los resultados previos de estudios similares, siendo el resultado de la escala de Beck confiable para la detección de los cuadros depresivos mas severos, evadiendo la posibilidad de que la ansiedad pudiera alterar la prueba. Esto es dado ya que hay mas de 6 puntos de diferencia en la media encontrada entre los trastornos depresivos y los de ansiedad. Lo mismo ocurrió para la escala HAD.

Por último, los puntos de corte encontrados para la escala de Beck fueron similares a los encontrados en la literatura siendo el de 8 el óptimo para esta población. Resulta importante considerar que en el caso de la escala HAD el punto de corte fué bajo en rela-

ción a estudios previos que reportan un valor hasta de 17. esto puede estar condicionado por la diferencia que pudiera haber entre la sensación subjetiva del paciente, sus mecanismos de defensa ante lo objetivo de una entrevista semiestructurada en pacientes con problemas de índole neurológica.

## 11. CONCLUSIONES:

De acuerdo al los datos obtenidos y el análisis estadístico realizado, nos encontramos conque el problema de realizar diagnósticos con ayuda de escalas autoaplicables se limita en este tipo de hospitales en que el nivel de educación es bajo, por lo que en base a los datos obtenidos por el servicio de Trabajo Social podrían discriminar a aquellos en que por rutina se pudiera aplicar este tipo de instrumentos. Pero en este estudio si se demuestra a la comunidad médica que tanto la escala de Beck como la MAD son muy utiles para el estudio de síndromes depresivos, ya que resultó evidente que los pacientes deprimidos obtuvieron los puntajes mas altos, existiendo una alta correlación con la entrevista semiestructurada los resultados obtenidos en las escalas. En esta población los puntos de corte a considerarse son de 8 para la de Beck y de 12 para la MAD. De esta manera podemos considerar que su uso en el I.N.E.R. pueda ser tomado en cuenta para estudios posteriores.

CUADRO 1  
 CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

SEXO	n	%	EDAD		DIAS DE ENFERMEDAD	
			$\bar{X}$ =	SD	$\bar{X}$	RANGO
FEMENINO	27	54	35.5	± 13.1	1915	12- 14600
MASCULINO	23	46	41.2	± 16.7	686	10- 7200
TOTAL	50	100				



CUADRO 2

ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA ESTUDIADA

ESTADO CIVIL	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
SOLTERO	6	22.2	9	39.1
CASADO	14	51.8	9	39.1
DIVORCIADO	4	14.8	2	8.7
UNION LIBRE	2	7.4	2	8.7
VIUDO	1	5.8	1	4.4
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

CUADRO 3  
 ESCOLARIDAD DE LA MUESTRA ESTUDIADA

ESCOLARIDAD	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
PRIMARIA INCOMPLETA	11	40.7	6	26.2
PRIMARIA COMPLETA	8	29.6	7	30.4
SECUNDARIA	3	11.1	7	30.4
PREPARATORIA	2	7.5	2	8.7
PROFESIONAL	3	11.1	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

CUADRO 4  
OCUPACION DE LA MUESTRA ESTUDIADA

OCUPACION	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
EMPLEADO	2	7.4	3	13.0
SUBEMPLEADO	-	-	3	13.0
OBRAERO	-	-	2	8.7
CAMPESINO	-	-	5	21.7
HOGAR	22	81.5	-	-
ESTUDIANTE	1	3.7	-	-
COMERCIANTE	2	7.4	1	4.5
SIN OCUPACION	-	-	9	39.1
TOTAL	27	100	23	100

CUADRO 5

RESIDENCIA DE LA MUESTRA ESTUDIADA

RESIDENCIA	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
AREA METROPOLITANA	17	63	18	78.3
PROVINCIA	10	37	5	21.7
OTRO PAIS	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

CUADRO 6  
INGRESOS DE LA MUESTRA ESTUDIADA

INGRESOS (EN MILES)	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
0 - 200	1	3.7	2	8.8
201 - 400	10	37.0	7	30.4
401 - 600	12	44.4	5	21.7
601 - 800	1	3.7	4	17.4
801 - 1000	2	7.5	4	17.4
MAS DE 1000	1	3.7	1	4.3
<b>TOTAL</b>	<b>27</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

CUADRO 7

DIAGNOSTICO MEDICO DE LA MUESTRA ESTUDIADA

DIAGNOSTICO	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
TUBERCULOSIS PULMONAR	11	40.7	7	30.6
BRONQUIECTASIAS	1	3.7	1	4.3
NEUMONIA y/o EMPIEMA	1	3.7	5	21.8
MASA TUMORAL EN ESTUDIO	3	11.2	1	4.3
E.P.O.C.	0	0	1	4.3
ASMA	5	18.5	1	4.3
SIDA	0	0	5	21.8
ALVEOLITIS ALERGICA	2	7.4	0	0
NEUMONITIS INSTERTICIAL	2	7.4	0.	0
BRONQUITIS	1	3.7	1	4.3
OTRO	1	3.7	1	4.3
TOTAL	27	100	23	100

CUADRO 8

## DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DE LA MUESTRA ESTUDIADA

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	FEMENINO		MASCULINO	
	n	%	n	%
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR	2	7.4	2	8.8
REACCION DE AJUSTE c/DEPRESION	5	18.5	7	30.5
REACCION DE AJUSTE c/ANSIEDAD	5	18.5	1	4.3
REACCION DE AJUSTE MIXTA	3	11.2	1	4.3
TRASTORNO DISTIMICO	2	7.4	1	4.3
SIN DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO	10	37.0	11	47.8
TOTAL	27	100	23	100

## CUADRO 9

## DISTRUBUCION DE LAS PUNTUACIONES TOTALES DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK DE ACUERDO A GRUPO DIAGNOSTICO

	$\bar{x}$	SD	RANGO
DEPRIMIDOS	14.84	6.87	7 - 36
ANSIOSOS	6.83	1.72	4 - 9
MIXTOS	12.0	3.37	8 - 16
SIN DIAGNOSTICO	5.67	2.89	0 - 11



## CUADRO 10

DISTRIBUCION DE LAS PUNTUACIONES TOTALES DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD Y DEPRESION PARA HOSPITAL GENERAL (HAD) DE ACUERDO A GRUPO DIAGNOSTICO

	$\bar{x}$	SD	RANGO
DEPRIMIDOS	17.05	5.10	7 - 29
ANSIOSOS	14.00	3.52	9 - 18
MIXTOS	18.25	4.03	16 - 24
SIN DIAGNOSTICO	8.52	3.20	2 - 14

## CUADRO 11

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INVENTARIO DE BECK PARA LA  
DEPRESION CON DIFERENTES PUNTOS DE CORTE

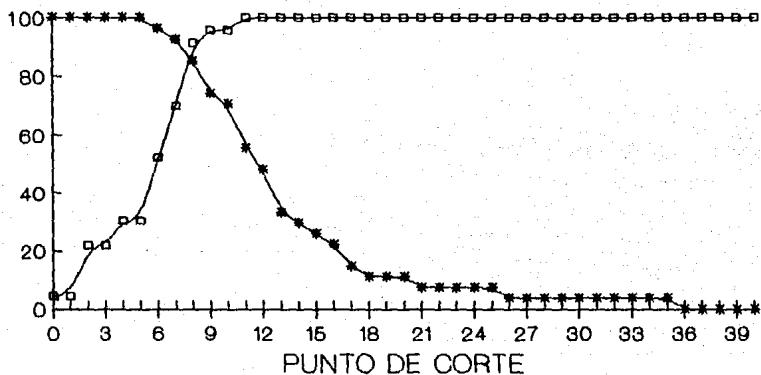
PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
5	100	30.4
6	96.3	52.2
7	92.6	69.6
8	85.2	91.3
9	74.1	95.7
10	70.4	95.7
11	55.6	100.0
12	48.1	100.0

## CUADRO 12

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL INVENTARIO DE HAMILTON PARA  
ANSIEDAD Y DEPRESION DE HOSPITAL GENERAL (HAD) CON DIFERENTES  
PUNTOS DE CORTE

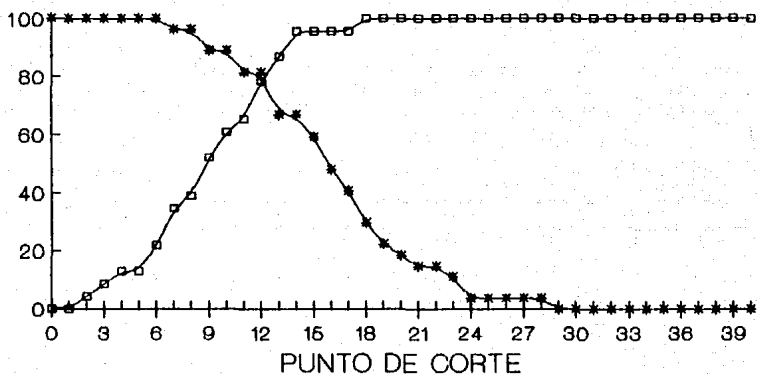
PUNTO DE CORTE	SENSIBILIDAD	ESPECIFICIDAD
6	100.0	21.7
7	96.3	34.8
8	96.3	39.1
9	88.9	52.2
10	88.9	60.9
11	81.5	65.2
12	81.5	78.3
13	66.7	87.0
14	66.7	95.7
15	59.3	95.7
16	48.1	95.7
17	40.7	95.7
18	29.6	100.0

**ESCALA DE BECK**  
**SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD**  
**PACIENTES NEUMOLOGICOS HOSPITALIZADOS**



—\*— SENSIBILIDAD    —□— ESPECIFICIDAD

**ESCALA HAD**  
**SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD**  
**PACIENTES NEUMOLOGICOS HOSPITALIZADOS**



—\*— SENSIBILIDAD    —□— ESPECIFICIDAD

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA PARA TRASTORNOS DEPRESIVOS DSM-III

## DEPRESION MAYOR

1. ¿Cómo ha sentido su estado de ánimo las últimas dos semanas?
2. ¿Ha sentido tristeza, desesperanza, apatía o irritabilidad?
3. ¿Ha notado algún cambio en su apetito o en su peso?
4. ¿Ha tenido problemas para dormir?
5. ¿Se ha sentido inquieto o muy lento? (evaluar ésto también por observación)
6. ¿Ha perdido el interés o gusto por sus actividades regulares?
7. ¿Ha disminuído su interés por el sexo?
8. ¿Ha sentido pérdida de energía o fatiga en relación a como se sentía anteriormente?
9. ¿Se ha sentido inútil?
10. ¿Ha tenido ideas de autorreproche o culpa?
11. Piensa que ha disminuido su capacidad de concentración
12. Piensa que le sea más difícil tomar decisiones.
13. ¿Ha llegado a tener deseos de morir?
14. ¿Ha pensado en el suicidio?
15. ¿Ha sufrido la pérdida de un familiar cercano recientemente o alguna pena equiparable?
16. Evaluar trastornos de la percepción o del pensamiento
17. Evaluar trastornos de la conciencia
18. ¿Se siente peor en la mañana, al mediodía o en la noche?

TRASTORNO DISTIMICO

1. ¿Ha tenido un período mayor de 2 años, en que la mayoría de los días se ha sentido con el ánimo decaído o sin interés por las cosas que antes disfrutaba?
2. ¿Cuál ha sido el período más largo en el que usted se ha sentido triste, abatido, sin interés por las cosas?

3. Durante los periodos usted a menudo (3 criterios):

¿presenta insomnio?

¿duerme demasiado?

¿tiene poca energía?

¿se siente muy cansado todo el tiempo?

¿se siente mal consigo mismo?

¿se siente inútil o fracasado?

¿tiene problemas para hacer las cosas bien?

¿tiene problemas para concentrarse, poner atención o pensar con claridad?

¿no le gusta estar con la gente?

¿ha perdido interés por las cosas placenteras?

¿se siente irritable, o se enoja con facilidad?

¿se siente menos platicador que antes?

¿se siente inquieto?

¿se siente pesimista hacia el futuro?

¿siente lástima por sí mismo?

¿le dan deseos de llorar o sollózar?

¿piensa sobre la muerte?

¿tiene deseos de morir?

TRASTORNO ADAPTATIVO

En los 3 últimos meses se ha producido:

la muerte de un ser querido

la pérdida de trabajo

enfermedad de un familiar

problemas legales que le impidan su libertad

cambio de residencia

presencia de una enfermedad

incapacidad para realizar su funcionamiento social y laboral

¿Las reacciones son exageradas a lo que normalmente usted esperaría?

Por favor responda, lo más verazmente posible, a las aseveraciones que aparecen a continuación completando o marcando con una X en el espacio correspondiente. La información es totalmente confidencial.

- 1.- Nombre: \_\_\_\_\_
- 2.- Edad:   años
- 3.- Sexo 1  F 2  M
- 4.- Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle y Número Colonia Ciudad Estado C.P.
- 5.- Tel.: \_\_\_\_\_
- 6.- Estado Civil:  
1  Soltero 2  Casado 3  Divorciado 4  Unión libre
- 7.- Escolaridad:  
1  Sin educación escolar 2  Primaria incompleta 3  Primaria completa  
4  Secundaria 5  Preparatoria o equivalente  
6  Profesional
- 8 - Ocupación:  
1  Empleado 2  Obrero 3  Técnico 4  Profesionista  
5  Subempleado 6  Campesino 7  Hogar 8  Estudiante  
9  Ninguna 10  Otros.  
Si está desempleado ¿Cuál es la razón?  
1  Por su padecimiento 2  Otros, especifique: \_\_\_\_\_
- 9.- Situación Económica:  
Ingreso mensual total (aproximado) de su familia:  pesos  
Número de personas que dependen de este ingreso:   
Provee el mayor ingreso familiar: 1  Usted 2  Su esposo (a)  
3  Su(s) hijo(s) 4  Otros



10.- Problema médico:

Problema de salud por el que acude al hospital: \_\_\_\_\_

Tiempo que ha padecido este problema:

1   Días    2   Meses    3   Años

Tratamiento recibido:

1  Médico    2  No-médico    3  Ninguno

En caso de haber recibido tratamiento, éste consistió en:

1  Medicamentos    2  Cirugía    3  Ambos    4  Otros

especifique: \_\_\_\_\_

Recibió tratamiento durante la última semana: 1  Sí    2  No

NO ANOTAR EN ESTOS ESPACIOS

Fecha:   /   /

Paciente No.

Hospital : \_\_\_\_\_

Diagnóstico médico actual: \_\_\_\_\_

En caso de pacientes hospitalizados, fecha de ingreso   /   /

Encuestador: \_\_\_\_\_

Diagnóstico de la entrevista (DSM-III).

1  Episodio depresivo mayor    2  Reacción de ajuste con ánimo depresivo

3  Desorden distímico    4  Síndrome orgánico cerebral afectivo (Depresi

5  Otros, especifique: \_\_\_\_\_

## 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 describe 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 aservaciones 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 mi mismo.
- 8)  No siento que sea peor que otros.  
 Me crítico a mi 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.  
 Llora más que antes.  
 Llora todo el tiempo.  
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.

- 11)  Ahora no estoy mas 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)  Tengo 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 me 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.  
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
 Me 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, malestar 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.

## ESCALA H.A.D.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mayor ayuda.

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente.

Lea cada pregunta y marque con una "x" la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

Me siento tenso/a o nervioso/a:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

- Definitivamente igual que antes
- No tanto como antes
- Solamente un poco
- Ya no disfruto con nada

Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- Sí y muy intenso
- Sí, pero no muy intenso
- Sí, pero no me preocupa
- No siento nada de eso

Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- Igual que siempre
- Actualmente algo menos
- Actualmente mucho menos
- Actualmente en absoluto

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- Casi todo el día
- Gran parte del día
- De vez en cuando
- Nunca

Me siento alegre:

- Nunca
- Muy pocas veces
- En algunas ocasiones
- Gran parte del día

Soy capaz de permanecer sentado/a tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Raras veces
- Nunca

Me siento lento/a y torpe:

- Gran parte del día
- A menudo
- A veces
- Nunca

Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago:

- Nunca
- Sólo en algunas ocasiones
- A menudo
- Muy a menudo

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuida como debería hacerlo
- Es posible que no me cuide como debería
- Me cuida como siempre lo he hecho

Me siento inquieto/a como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No, en lo absoluto

Espero las cosas con ilusión:

- Como siempre
- Algo menos que antes
- Mucho menos que antes
- No, en lo absoluto

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- Muy a menudo
- Con cierta frecuencia
- Raramente
- Nunca

Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- A menudo
- Algunas veces
- Pocas veces
- Casi nunca

12. BIBLIOGRAFIA:

- 1.- APA DSM III- R, 1987.
- 2.- Arch Gen Psychiatry  
44: 550, 1987
- 3.- Beck y cols Arch Gen Psychiatry  
4: 561, 1961
- 4.- Bøch P. Acta Psychiat Scand  
Supl 295 1981
- 5.- Cavanaugh. Psychotherapy and Psychosomatics  
45: 97, 1986
- 6.- Nielsen A. Arch Gen Psychiat  
37: 999. 1980
- 7.- Rodin y Voshart Am Jour of Psychiat  
143: 696, 1986
- 8.- Yang y cols. Comprehensive Psychiatry  
144: 226, 1987
- 9.- Wayne Katon C. Psychoththerapy  
23: 274, 1982
- 10.- Covino N. Psychoth and Psychosom.  
37: 144, 1982
- 11.- Hollender M Arch Gen Psychiat  
33: 49, 1976
- 12.- Kiecolt-Glaser Psychosomatics  
27: 621, 1986
- 13.- Klerman G. Psychiat Clin of NA  
4: 301, 1981
- 14.- Levitan H Psychoth and Psychosom.  
39: 165, 1983
- 15.- Lindogard B. Journal of Af Disord.  
4: 383, 1982
- 16.- Reite M. Life Scien.  
29: 1133, 1981.
- 17.- Thompson & Thompson Psychosomatics  
25: 809, 1984

- 18.- Bowton D. Chest  
874: 91, 1987
- 19.- Lahndarsup A. Eur Resp Jour  
977: 2, 1989
- 20.- Gayle RC. Int Jour of Rehab Therap.  
335: 11, 1988.
- 21.- Ligth RM. Chest  
35: 87, 1985
- 22.- Garnefsky N Acta Psychiat Scand.  
295: 81, 1990
- 23.- Kashani JH J. Am Acad Chil Adolesc Psychiatry  
278: 29, 1990
- 24.- Grubac P. Med Arch  
161: 43, 1989
- 25.- Stear RA. J Pers Asses.  
693: 53, 1989
- 26.- Stoudemire Principles of medical Psychiatry  
553 : 25 ,1987
- 27.- Kaplan H Comprehensive textbook of Psychiatry V  
1159: 25.7 1990
- 28.- Stoudemire Advanc in Psychosom Med  
1 : 14 ,1985
- 29.- Knapp Mech & Threr.  
1985
- 30.- Agle Med Clin of NA  
749: 61, 1977.