

11241
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO 14
20

FACULTAD DE MEDICINA

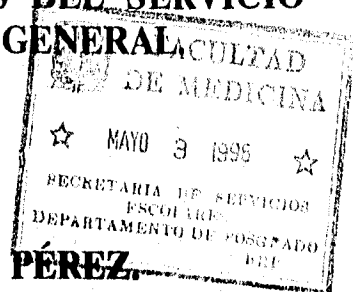
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y
SALUD MENTAL

TÍTULO:

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS DEL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL

ALUMNO

DRA. MARÍA CONSUELO HERRERA PÉREZ.



MÉDICO RESIDENTE DE TERCER GRADO DE LA ESPECIALIDAD DE
PSIQUIATRÍA

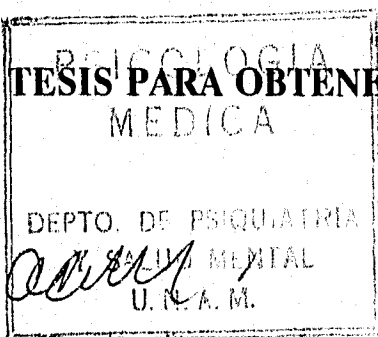
ADSCRITO AL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO
ALVAREZ".

TUTOR TEÓRICO.

TUTOR METODOLÓGICO.

~~DR. CARLOS CASTANEDA G.~~

DR. JORGE A. PEÑA ORTEGA.



TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIZACION
EN PSIQUIATRÍA"

AÑO DE 1995.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN 1996

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

	Página
TITULO.....	2
INVESTIGADORES.....	3
SEDE.....	4
INTRODUCCION.....	5
MARCO DE REFERENCIA.....	23
DEFINICION DEL PROBLEMA.....	27
JUSTIFICACION.....	28
OBJETIVO.....	29
HIPOTESIS.....	30
DISEÑO DE INVESTIGACION.....	31
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	32
PLAN DE MANEJO ESTADISTICO.....	33
ORGANIZACION DE ACTIVIDADES.....	35
RECURSOS.....	36
CONCLUSIONES.....	37
GRAFICAS.....	39
PROPUESTAS.....	45
BIBLIOGRAFIA.....	46

TITULO

**"SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DIAGNÓSTICA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES INTERNADOS DEL SERVICIO DE
MEDICINA INTERNA DE UN HOSPITAL GENERAL"**

INVESTIGADORES

DR. JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA.

**JEFE DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSP. GENERAL
"DR. MANUEL GEA GONZALEZ".**

DRA. MA. CONSUELO HERRERA PÉREZ

**RESIDENTE DE TERCER AÑO DE PSIQUIATRÍA DEL
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ".**

SEDE

**ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ"**

INTRODUCCIÒN

La psiquiatría de enlace es la rama de la psiquiatría que se encarga del estudio de la interrelación que existe entre enfermedades médicas (Físicas) y psiquiátricas, engloba la aplicación clínica de enfermedad psiquiátrica y mádicina, estos 2 campos emergiendo simultaneamente. (12)

En las últimas décadas ha sido efectivamente explorada la hipótesis de que el carácter, los conflictos y las frustraciones de las personas al igual que las tensiones a las que se ven sujetas, influyen en sus enfermedades, el conjunto de teorías o conocimientos establecidos y criterios derivados, constituye el campo de la medicina psicosomática.

La medicina psicosomática postula como principio que la mente y el cuerpo no son dos instancias diferentes sino simplemente dos niveles de interacción del organismo o si se prefiere, las dos caras de un fenómeno global.

Lipowski define los objetivos de la medicina psicosomática como: Observar, describir y formular hipótesis que expliquen las relaciones entre los estados procesos y eventos psicológicos y los eventos biológicos que ocurren en una persona.

Aunque el término "Medicina psicosomática" es relativamente nuevo la influencia perturbadora de emociones adversas, sobre la salud o las enfermedades, fué reconocida desde tiempos antiguos. Sin embargo, el concepto medieval de la mente como fuerza mística determinó que su estudio fuera dejado en manos de los teólogos y filósofos, en tanto que los médicos se limitaron al estudio de los aspectos anatomo-fisiológicos de las enfermedades e hicieron a un lado la observación de que los acontecimientos de la vida y las emociones influyen en el origen, evolución y de enlace de los mismos. (9)

La corriente psicofisiológica, se inició a partir de los trabajos de Cannon acerca de la fisiología de las emociones y de los trabajos de Pavlov sobre reflejos condicionados como una forma principal de aprendizaje. El representante más destacado de esta corriente fue H. Wolf quien con sus colaboradores en la Universidad de Cornell, llevó a cabo sus investigaciones durante 30 años, hasta su muerte en 1962.

Hay dos formas de abordar el campo de la medicina psicosomática, la primera es limitándola a ciertas enfermedades tales como la ulcera péptica, la hipertensión arterial, la colitis membranosa, el asma bronquial, el hipertiroidismo, artritis reumatoide, ciertas neurodermatis y algunas de curso crónico recurrente, de etiología obscura en relación con los cuales, de mucho

tiempo atrás se ha pensado que los factores psicológicos juegan un papel importante.

Se considera que las emociones, bien sea por sí mismas o asociadas a otros factores ya sea actuando directamente o en forma indirecta, son capaces de contribuir en forma importante en trastornos fisiológicos que eventualmente producen cambios estructurales en órganos y sistemas.

Se piensa que la angustia, la pena, la ira y sus concomitantes fisiológicos tienen influencia en la iniciación, el mantenimiento o la exacerbación de diversos padecimientos. Aunque el conocimiento de los mecanismos biológicos que influyen en estos procesos es aun fragmentario, los datos bioquímicos, endocrinológicos, inmunológicos, etc. son cada vez más esclarecedores.

En las últimas décadas, el campo de la medicina psicosomática se ha depurado y ampliado para incluir investigaciones básicas y clínicas acerca de los mecanismos intermedios entre los estados psicológicos y las disfunciones viscerales ha explorado el papel de las situaciones sociales y culturales, estableciendo la cadena que va desde el ambiente humano y las situaciones adversas de la vida hasta las funciones celulares.

Las emociones son conocidas como estado subjetivos, respuestas conductuales y patrones de cambios fisiológicos, hormonales y químicos que ocurren en la totalidad del organismo, mediados por el sistema nervioso y el sistema endócrino. Algunas emociones como el gozo, la ternura, la alegría, etc. son placenteras y suaves y en general promueven el buen funcionamiento orgánico, en cambio las que están biológicamente relacionadas con las reacciones primarias de fuga y ataque, tales como el miedo, la angustia, la cólera, la hostilidad son displacenteras, junto a estas emociones otras como el desaliento, la impotencia, la desesperanza, son capaces de alterar la función de un sistema u órgano, o retardar la recuperación cuando se vuelven reiteradas persistentes.

Así pues dada la variabilidad de las enfermedades psicosomáticas es conducente pensar que la respuesta ante el estrés es individual y dependerá de la intensidad con la que el individuo responde a los estados de adaptación.

(11)

La historia de la Psiquiatría en un Hospital General de Estados Unidos y en particular de la consulta de psiquiatría de enlace ha sido examinada recientemente por Z.J. Lipowski . En 1966, Mendel examinó los programas de enseñanza en los Estados Unidos, para determinar hasta que extremo

tuvieron los residentes la oportunidad de adquirir una experiencia formativa sobre Psiquiatría de consulta (16). Observó que el 76% de los 202 programas examinados ofreció alguna capacitación en Psiquiatría de consulta, pero la mayoría de ellos estuvieron mal organizadas. diez años más tarde, Schubert y McKegey observaron solamente un ligero aumento en la cantidad de tiempo dedicado a la formación para la consulta psiquiátrica de enlace en los programas de residentes (11). Hoy la formación de este tipo de consulta es obligatoria según las normas de la American Board of Psychiatry and Neurology.

Existe un cierto número de razones que explican este crecimiento. Una fue el liderazgo del Dr. James Eaton, antiguo director de la Psychiatric Education Branch, del National Institute of mental Health. el Dr. Eaton proporcionó apoyo y estímulo para establecer programas de consulta de Psiquiatría de enlace en todo el país.

Hackett localizó el origen del interés organizado, en la vida mental de los pacientes, en el Massachusetts General Hospital, en 1873 cuando Jackson Putnam, un neurólogo de Harvard, volvió de su gira por los departamentos de medicina alemanes para practicar la especialidad.

Al final de la década de 1920 el Dr. Haward Means, jefe de medicina, encargo a William Herman, que estudiara a los pacientes que desarrollaban enfermedades mentales aunados a trastornos endócrinos.

En 1934 se organizó un departamento de Psiquiatría cuando se otorgó a Stanley Cobb la cátedra Bullard de Neuropatología y se le garantizó dinero suficiente por parte de la fundación Rockefeller para establecer un pabellón de estudio de los procesos psicosomáticos. Bajo la tutela del Dr. Cobb el departamento se expandió y llegó a ser conocido por su eclecticismo y por su interés en la relación mente-cerebro.

En 1956 el Dr. Lindemann estableció oficialmente el servicio de Consulta Psiquiátrica bajo la dirección de Avery Weisman. Durante el primer año del servicio de consulta se atendieron 130. En 1958, el número de consultas aumento a 370 y se organizó un programa de investigación activa, que más tarde se convertiría en una de las piedras angulares de la operación global (6).

En 1950 a 1960 se da auge a la Psiquiatría de enlace como respuesta a la necesidad de unir a la enfermedad física con la mental, manteniéndose en un período de enquistamiento hasta hace aproximadamente 10 años, los

investigadores incrementan su atención a la asociación de enfermedad física y otros trastornos psiquiátricos, algunos factores han contribuido a este desarrollo.

Primero: El rápido aumento de la consulta psiquiátrica de enlace. El hecho que el psiquiatra de enlace se integre a la enfermedad física como consecuencia a todos los tipos y frecuencia de trastornos psiquiátricos, dando esto margen a múltiples estudios obteniéndose datos que sirven para estudiar la necesidad de servicios psiquiátricos en hospitales generales.

Segundo: La tendencia demográfica mundial, el aumento del promedio de vida; incremento en la población mayor de 65 años y en quienes la prevalencia y la incidencia de enfermedad física y morbilidad psiquiátrica es alta, siendo estos trastornos especialmente comunes. Es importante establecer como estos trastornos psiquiátricos complican la enfermedad física. Esta información puede traducirse en una efectiva prevención de morbilidad psiquiátrica en estos pacientes.

Tercero: La prevalencia de enfermedades sistémicas crónicas, cardiovasculares, neoplásicas, musculoesqueléticas, y neurológicas es alta, y quizás se espere que este número se incremente por la expectativa de vida que

aumenta en las próximas décadas. Es claramente tener datos acerca de la frecuencia de trastornos psiquiátricos y severidad en pacientes que sufren estas enfermedades, como base para tomar medidas preventivas y terapéuticas.

Cuarto: El progreso médico ha traído consigo problemas psiquiátricos como resultado de efectos colaterales de algunos nuevos medicamentos y de procedimientos médicos como son las diálisis renales, cirugía de corazón abierto, cuidados intensivos, etc. Complicaciones psiquiátricas se desprenden de estos tratamientos médicos y quirúrgicos, incrementando la carga de la enfermedad causando efectos adversos en la calidad de vida.

Para adecuar los servicios psiquiátricos y tomar medidas efectivas tanto preventivas como terapéuticas es necesario obtener datos de la frecuencia y los tipos de enfermedades psiquiátricas resultados de las causas mencionadas. Además debemos de tomar en cuenta los aspectos intrapsíquicos o experienciales de la respuesta a la enfermedad del paciente, reflejada en la percepción, pensamiento, imagen y emociones que componen en la experiencia subjetiva de la enfermedad. Cada episodio de dolor, severidad del daño, tratamientos medicamentosos a largo plazo, enfermedades incapacitantes o daño permanente la respuesta en el paciente son manifestaciones múltiples, observándose frecuentemente síntomas de ansiedad y depresión (7).

Alteraciones de los sentimientos del cuerpo, están ligadas en enfermedades corporales con la angustia de los cardiacos, la opresión de los ataques de asma, el amodorramiento de la encefalitis, las enfermedades infecciosas iniciales, las innumerables sensaciones que conoce como síntoma la medicina interna. Los sentimientos son un fundamento de todo el estado sentimental. Su alteración en Psicosis y patología mental (apenas perceptible en lo interno) (13).

Depresión: La antigüedad griega reconoció la existencia de fenómenos depresivos a los cuales los médicos le dieron el nombre de melancolía, en referencia a la bilis negra, la " triseza moral parece ligada a perturbaciones de la bilis que, decían, osurecían los espíritus animales" (17).

Consiste en una alteración del estado de ánimo, puede ser episodio único o recurrente, la depresión está subclasificada para indicar el estado actual, indicándose leve, moderada o grave. los criterios del manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM III R) . para depresión mayor deben ser aplicados para los pacientes con enfermedad médica del mismo modo que se aplican a un paciente psiquiátrico primario.

Esto crea inmediatamente una dificultad académica, dado que uno de los criterios de exclusión del DSM III R (que la disforia no sea debida a ningún trastorno mental orgánico), puede ser interpretado como un diagnóstico excluyente de depresión mayor en cualquier paciente con una enfermedad médica preexistente; de ahí la importancia de la valoración por el psiquiatra.

El síndrome depresivo en pacientes medicamente enfermos comparte la fisiopatología de un trastorno afectivo mayor (primario) y el diagnóstico apropiado se hacen aplicando los mismos criterios. Dado que se dispone de muy poca información epidemiológica sobre la depresión en el paciente medicamente enfermo. Según los criterios del DSM III R, al menos cinco de los nueve síntomas siguientes deben de estar presentes durante la mayor parte del día, casi todos los días y debe de incluirse el ánimo deprimido o pérdida de interés o del placer:

- 1.- **Ánimo deprimido, subjetivo u observado.**
- 2.- **Notable disminución del interés o del placer en todas o casi todas las actividades, la mayoría de los días.**
- 3.- **Aumento o pérdida de peso significativa (más del 5% del peso corporal en 1 mes).**

4.- Insomnio o hipersomnias.

5.- Agitación o enlentecimiento psicomotor.

6.- Fatiga o falta de energía.

7.- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos e inapropiados.

8.- Capacidad disminuída para pensar o concentrarse o bien indecisión.

9.- Pensamientos recurrente de muerte o de suicidio.

El diagnóstico es esencial para el tratamiento. Dos cuestiones críticas se enfrentan al psiquiatra de enlace desde el comienzo 1.- ¿manifiesta el paciente depresión en el examen clínico? 2.- si es así, ¿se debe a una causa orgánica que pueda ser tratada o revertida?(2).

Depresión, una de esas palabras usadas por la mayoría de las personas para describir incluso las fluctuaciones del del ánimo menores y transitorias, tienen la desgracia de las palabras usadas en exceso, a menudo se piensa que es normal, y por lo tanto se descarta verosimilmente, incluso cuando es grave. Esto se aplica sobre todo a un paciente con enfermedad grave.

Ninguno de los síntomas enumerados anteriormente es patognomónico de la depresión mayor y no existe un marcador biológico definitivo para el trastorno, pero si el paciente tiene una enfermedad médica grave, ¿ Como

puede uno atribuir la anorexia o la fátiga a otra cosa que a la enfermedad en sí? Cuatro de los nueve síntomas diagnósticos podrían considerarse imposibles de adscribir exclusivamente a la depresión en un paciente médicamente enfermo, dificultad en el sueño, anorexia, fatiga o pérdida de energía y dificultad para la concentración.

Endicott ha desarrollado una lista de síntomas que el clínico puede sustituir y contar en lugar de aquellos cuatro: Apariencia temerosa o deprimida, retirada social o locuacidad disminuída; Cavilar tristemente; autocompasión o pesimismo y estado del ánimo no reactivo (puede ser alegrado, no sourie, no reacciona a a las buenas noticias) (12). En nuestro propio planteamiento ha sido contar todos los 9 síntomas, independientemente de su etiología.

Estas preocupaciones legítimas destacan la complejidad de la situación clínica, aunque merece la pena recordar que, si se pidió la interconsulta del psiquiatra, fué porque probablemente se estimó que los síntomas del paciente excedían los efectos de la enfermedad presente. Algunas veces, quien pide la consulta lo hace sín tener confianza en ella, esperando que el consultor pueda descubrir alguna sintomatología psiquiátrica que pueda ser tratada, aliviando con ello al paciente de su trastorno, que el tratamiento actual ha sido incapaz de modificar.

La primera ayuda procede del descubrimiento de síntomas que son más claramente consecuencia de una depresión mayor, tal como la presencia de auto-reproche, deseos de muerte o retraso psicomotor. El insomnio o hipersomnias pueden ser útiles también en el diagnóstico, aunque el paciente

puede tener tanto dolor, disnea o crisis clínicas frecuentes que el sueño se altere por estos eventos. Aunque los intereses libidinosos pueden no ser altos en un paciente en unidad de cuidados intensivos, algunas formas de interés pueden valorarse.

Una segunda ayuda para el diagnóstico consiste en liberar la búsqueda de los síntomas neurovegetativos específicos de los conceptos erróneos sobre la depresión por parte del paciente. Dicha etiqueta se considera a menudo como una explicación de que el médico del paciente pidiera la consulta psiquiátrica, porque se pensó que los síntomas del paciente fueran resultado de una simulación. La depresión es tanto un trastorno somático como un trastorno psíquico. Algunos pacientes que reconocen fácilmente un sentimiento como de tristeza, asumen erróneamente que ellos saben automáticamente cuando están deprimidos. Esto es más lógico que la asunción de que uno sabría, en presencia de múltiples síntomas.

Las manifestaciones somáticas de la depresión pueden incluso ser interpretadas por los pacientes como prueba de que tienen una enfermedad "no psíquica". Se necesita preguntar persistente y agresivamente para obtener la presencia o ausencia de los nueve síntomas de la depresión. (7)

La depresión como primer síntoma de enfermedad física: Se observa comúnmente en trastornos hipertiroides, síndrome de Cushing, aldosteronismo primario, enfermedad de Addison, estadios iniciales de la enfermedad de Parkinson, enfermedades infecciosas crónicas, neoplasias, fases iniciales de diabetes, lupus eritematoso sistémico y deficiencias vitamínicas. A menudo es una de las formas habituales de reacción ante la presencia de una

enfermedad física, algunos de los factores son la edad de instalación de la enfermedad, percepción del paciente a su imagen corporal como resultado de una enfermedad específica.

Depresión causada por farmacoterapia; existen mas de 200 fármacos específicos que han sido considerados como posibles causantes de depresión, estos incluyen anticonceptivos orales, drogas antihipertensivas (Reserpina, alfa metil dopa, propanolol, hidralazina, guanetidina y clonidina) y drogas psicotrópicas (Fenotiazinas, barbitùricos y benzodiacepinas).

Así pues, se menciona que la depresión es el más común de los trastornos psiquiátricos, afectando el 10% de la población en general durante el transcurso de la vida. La presencia básica de una o más situaciones médicas crónicas aumenta la prevalencia del trastorno del estado de ánimo recurrente (6 meses) y a lo largo de la vida desde el 5.8% al 9.4% y del 8.9% a 12.9% respectivamente. En general cuanto más grave es la enfermedad médica más probablemente resulta que la depresión se complique.

En el hospital general de Massachusetts el psiquiatra hará un diagnóstico de depresión mayor en alrededor del 20% de los casos lo que convierte a la depresión en el problema mas común en el hospital general.

El hecho de no tratar la depresión situa al paciente incluso en un riesgo más elevado de padecer ulteriores complicaciones y muerte(7).

HÍPOTESIS BIOLÓGICAS EN LA DEPRESIÓN.

1.-Hipótesis de catecolaminas. En el estado de depresión existe una cierta aberración funcional a nivel de la actividad aminérgica particularmente en los sistemas de las catecolaminas (norepinefrina, dopamina) y la indolamina (serotonina). Una disminución de la actividad de catecolaminas, sobre todo la norepinefrina, podría ser el mecanismo patogénico subyacente de la depresión.

2.-Hipótesis "permisiva". El defecto básico de la depresión sería un estado de actividad serotoninérgica disminuida que permite que la norepinefrina determine la presentación clínica.

3.-Hipótesis neuroendócrina. La hipersecreción de cortisol, una respuesta atenuada de la hormona del crecimiento, una respuesta atenuada de la hormona estimulante de la tirotrófina (TSH) a la hormona liberadora de tirotrófina (TRH), la disminución de la secreción de hormona luteinizante y las alteraciones de la secreción de vasopresina y calcitonina son factores asociados con la depresión.

A. Desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-suprarenal que determina una alteración del ritmo circadiano del cortisol. La depresión se debe a la insuficiencia de los mecanismos de retroalimentación para regular la secreción de cortisol, lo que determina la presencia de niveles elevados de cortisol.

B. Desregulación del eje hipotálamo-hipófisis-tiroides que determina una disminución de la función tiroidea. Es probable que exista una relación causal entre una respuesta anormal de la hormona estimulante de la tirotrófina a la hormona liberadora de tirotrófina y los síntomas depresivos.

4.-Hipótesis colinérgica. Estudios en seres humanos y animales han sugerido que el equilibrio relativo entre los sistemas neurotransmisores noradrenérgicos y colinérgicos podrían desempeñar un papel en la alteración de los estados de ánimo.

5.-Hipótesis de la regulación en menos. Se observa una disminución de la densidad de los receptores a nivel de los sitios receptores de membrana post-sinápticos, pero la afinidad de estos no se modifica.

6.-Hipótesis del sueño. Los hallazgos típicamente observados en el EEG de pacientes deprimidos contribuirían a confirmar un diagnóstico de depresión mayor.

7.-Hipótesis de la membrana "intercambio catiónico". El potencial de la membrana en reposo, el transporte y la reincorporación de las monoaminas y otras funciones de la membrana celular son llevadas a cabo parcialmente a través de mecanismos de transporte catiónico que forman parte integral de la membrana. La hipótesis de la membrana postula que existiría una deficiencia a nivel uno o más de estas funciones de transporte.

8.-Hipótesis genética. Estudios de ligamento genético con técnicas de DNA recombinante han sugerido que el brazo corto del cromosoma 11 podría ser un locus principal para los trastornos afectivos. (9,20)

NEUROENDOCRINOLOGÍA DE LOS ESTADOS AFECTIVOS :

CORTISOL:

El cortisol, sus derivados y el eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal constituyen el sistema neuroendocrino más extensamente estudiado en enfermos con desórdenes afectivos. Como es sabido, la corteza suprarrenal secreta cortisol en respuesta a la estimulación de la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), cuya síntesis y liberación parece ser inducida por el factor liberador de corticotropina, el que a su vez es elaborado por el hipotálamo.

Los hallazgos fundamentales en relación a la producción de cortisol en enfermos deprimidos, son los siguientes:

- 1.-Niveles aumentados de cortisol libre en la orina de 24 hrs.**
- 2.-Niveles aumentados de cortisol total en plasma.**
- 3.-Capacidad normal de la transcortina.**
- 4.-Niveles aumentados de cortisol en LCR.**

En enfermos deprimidos se ha encontrado que su perfil de secreción es diferente al de sus controles normales -ya que tiene un mayor número de episodios secretorios-, el tiempo-por-día durante el cual ocurre la secreción de cortisol es mayor, secreta cortisol activamente durante la noche, independientemente del estado de sueño o de vigilia, y la hipersecreción no responde a la administración de sedantes. Tales alteraciones no pueden atribuirse exclusivamente a estados de estrés.

En realidad, todos estos datos apoyan la posibilidad de que en los estados depresivos exista una lesión neuroendocrina consistente en una desinhibición del eje hipotálamo-hipofisiario-suprarrenal, la cual probablemente sea secundaria a una depresión hipotalámica de norepinefrina.

Hormona del crecimiento. Este subsistema neuroendócrino también parece alterado en estados depresivos. Como es bien sabido la secreción de la hormona del crecimiento está sujeta a diversas influencias metabólicas, farmacológicas y neuronales.

La secreción de hormona del crecimiento responde generalmente a situaciones de estrés; sin embargo en pacientes deprimidos, a pesar del estrés mismo de la enfermedad, los niveles basales de hormonales se han reportado generalmente dentro de límites normales.

Hormona luteinizante. La secreción de esta hormona es regulada por el factor hipotalámico de liberación de la hormona luteinizante. La concentración plasmática de la hormona luteinizante en mujeres postmenopáusicas con enfermedad unipolar depresiva se ha encontrado significativamente por debajo de la de sus controles.

Tiroides. En un estudio realizado por Brange y Copper han demostrado que pequeñas dosis de triyodotironina (aproximadamente 25 microgramos) potencian significativamente la eficacia terapéutica de los antidepresivos tricíclicos en mujeres deprimidas.

En otro estudio Kirkegard y sus colaboradores demostraron en un grupo de enfermos que cuando la recuperación clínica no es acompañada de un aumento en los niveles de tirotrópina, las depresiones recurrentes eran mucho más frecuentes que en aquellos casos en los que hubo una recuperación "hipofisiaria" simultáneamente a la recuperación clínica. La causa más frecuente de una disminución de hormona estimuladora de tiroides es el hipertiroidismo.

Endorfinas. Se piensa que pueden ser las que permitan el cabal entendimiento de la relación de entre el sistema neuroendocrino y otras funciones cerebrales.

Hay evidencia en la actualidad de que algunas endorfinas son neurotransmisores de sistemas específicos que permiten la integración sensorial en relación a cuadros doloroso y emocionales, así como de otros aún no identificados(21).

MARCO DE REFERENCIA:

En un estudio comparativo de diferentes tipos de medición para trastornos mentales en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna en 1993, en Monash Medical Center; se aplicaron en 1709 pacientes escalas autoaplicables, los hallazgos fueron clasificados por el DSM-III-R, obteniéndose los siguientes resultados: Trastornos de humor en un 25%, 12% trastornos de ansiedad, 11% abuso de drogas, 2% síndromes somáticos (4).

En 1993 se realizó, un estudio en Toledo, Oh. U.S.A. La relación entre depresión y períodos de estancia hospitalaria en pacientes de un hospital general. Se cree que la depresión complica el manejo de los pacientes hospitalizados.(5)

Los pacientes fueron evaluados durante 6 meses por un servicio de psiquiatría de enlace quienes tuvieron diagnósticos del DSM III R de depresión fueron retrospectivamente comparados con un grupo control sin ningún síntoma depresivo que fueron ingresados a unidades de medicina interna y cirugía en un periodo de tiempo idénticos. Los resultados en el grupo de deprimidos arrojaron datos significativos de estancias hospitalarias más largas, diez días o más que el grupo control. Los pacientes deprimidos quienes fueron tratados con antidepresivos, terapias de apoyo y consulta psiquiátricas un 83%. Con esto se demostró comparando los 2 grupos el impacto de la comorbilidad en relación con la enfermedad y el periodo de estancia hospitalaria teniendo un impacto en los costos del cuidado de salud (4).

En otro estudio realizado en el Reino Unido en 1991 relacionando la enfermedad psiquiátrica con HIV y sida. La enfermedad psiquiátrica en pacientes con infección de HIV y sida fueron referidos a consulta de psiquiatría de enlace durante un año los diagnósticos fueron hechos con el ICD 9 y CDC se evaluaron 60 pacientes de los cuales 35 tuvieron trastornos afectivos significativamente relacionados con el estadio IV de la enfermedad. Reacción de ajuste en 9 pacientes; 6 con estados paranoides; 4 demenciados, 14 con cambios de personalidad, y 2 con esquizofrenia paranoide (22).

En un reporte de experiencia clínica en la consulta psiquiátrica de enlace se reportan interconsultas con insuficiencia renal irreversible que van a ser sometidos a trasplante renal. Un total de 30 pacientes de los cuales 43%

desarrollo trastornos psiquiátricos; 8 con estados depresivos graves, 5 con trastornos ansiosos, y 1 con delirium. 5 pacientes se deprimieron posterior a reacción de ajuste. 3 de ellos se deprimieron posterior a el trasplante renal. Intervenciones psiquiátricas fueron realizadas en 13 pacientes en colaboración con los cirujanos responsables en compañía con el departamento de enfermería. Aquellos que tuvieron estados depresivos se tornaron poco cooperativos demostrando así que la depresión afecta el manejo del paciente (19,23).

En un estudio realizado en un hospital general de Kwait en un periodo de 3 meses un número de 1019 pacientes fueron estudiados y comparados con un grupo control de 100 pacientes quienes no tuvieron referencia a consulta psiquiátrica de enlace. En pacientes hospitalizados aumenta la frecuencia de enviados a interconsulta de psiquiatría de enlace es más alta por el servicio de medicina general llegando a ser de 74.4% en contraste con 11.4% referidos por el servicio de cirugía general el motivo más común fue depresión mayor con intento suicida en un 26% y depresión en un 19.5% (1).

La consulta de psiquiatría de enlace ha contribuido mucho para entender las complicaciones psicológicas de la enfermedad física. Ambas en general responden a la enfermedad y en particular a problemas relacionados a una enfermedad específica. Se realizaron 100 consultas psiquiátricas enviadas del servicio de reumatología 18% de los pacientes tenían lupus eritematoso, 36% tenían artritis reumatoide y 29% fibrositis. Los pacientes que tenían síndromes cerebrales orgánicos, o el uso de corticoesteroides eran un 15%. La mayoría de los pacientes con artritis reumatoide tuvieron diagnóstico de depresión (8).

La consulta de psiquiatría de enlace esta relacionada desde tiempos atras con depresión en el contexto de enfermedad física, y el enlace entre las 2 es de interés práctico y teórico. En relación a este tópico, la clasificación actualizada de estos sistemas son ambiguos. El estudio en cuanto a los criterios diagnósticos de depresión primaria, secundaria, es una dicotomía que no esta aclarada. La vista convencional de enfermedad física solamente precipita la depresión en el genéticamente predispuesto. El proceso de ajuste en la enfermedad física puede ser entendida en terminos de la vulnerabilidad incluyendo baja autoestima, conflictos de relación especialmente de pareja y experiencias negativas en el desarrollo de la vida. Una lista de factores potenciales de influencia en la presentación de depresión con enfermedad física es propuesta, son variables que tienen un importante peso: antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, antecedentes de depresión, personalidad

premorbid, los eventos de enfermedad, el grado de incapacidad, la presencia de patología cerebral y anomalías neuroendocrinas la calidad de soporte social durante el tiempo de la enfermedad. Demostrándose que los trastornos depresivos están asociados con la enfermedad física (el impacto del ataque) (18,3).

En otro estudio de pacientes hospitalizados en medicina interna y cirugía se compararon 2 grupos 25 "autoreferidos" con 787 referidos por otros a interconsulta de psiquiatría de enlace en ambos los trastornos depresivos fueron la primera causa (52%-25%) y trastorno de ansiedad (36%-11%). Las autoreferencias representan un cambio en el mecanismo de referencia del modelo médico donde el médico controla el acceso a los interconsultantes. El dato indica que puede haber un mecanismo en el cual el paciente puede contribuir al proceso de referencia y que incrementa la sensibilidad para problemas psicológicos relacionados con la enfermedad médica, nos gustaría imponer el uso de psiquiatría de enlace dentro del escenario médico (10)

En 1985 se realizó un estudio demostrándose que los pacientes con cáncer frecuentemente cursan con trastornos depresivos y ansiosos (15). La severidad de la enfermedad está estrechamente relacionada a mayor disforia (14).

Se realizó un estudio de 37 pacientes con dolor crónico, que fueron hospitalizados por un período de 3 semanas usando entrevistas de NIMH un rol de entrevistas diagnósticas y método de historia familiar los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes fueron trastornos depresivos (episodio actual 32.4%, episodio pasado 43.2% y abuso de alcohol 4.5%) más de la mitad de los pacientes habían tenido episodio depresivo mayor antes que se instalara dolor crónico concluyendo que el dolor crónico está relacionado con antecedentes de diagnóstico psiquiátrico e historia familiar (25)

En 1993 se realizó un estudio de la relación que existe entre la depresión y el período de estancia hospitalaria observándose que a mayor período de estancia hospitalaria aumentaban los síntomas depresivos complicando la evolución de los pacientes (24).

En 1994 se recibieron en el Hospital General GEA Gonzalez únicamente 87 interconsultas para el servicio de psiquiatría de enlace diagnosticándose trastornos depresivos en el 75% de los casos considerándose una cifra baja tomando en cuenta los porcentajes de pacientes que ingresan a dicho servicio. Lo que motivó este estudio.

Las escalas de categorización:

Actualmente se dispone de diversos instrumentos confiables para la evaluación, sistemática de los síntomas de la depresión. Si bien estos métodos inicialmente fueron empleados con fines de investigación, algunos de ellos son útiles para clínicos que deseen documentar el curso de una enfermedad depresiva en forma sistemática.

La escala de Hamilton para depresión (HRSD) es una lista de 24 ítem de síntomas depresivos, debe ser aplicada por un clínico durante la entrevista con el paciente. Es fácil de completar y no requiere un tiempo adicional además del necesario para obtener los datos relacionados con la progresión de la enfermedad.

Los parámetros que evalúa son: afecto deprimido, suicidio, trabajo, y pérdida de interés, retardo psicomotriz, ansiedad, síntomas gastrointestinales, síntomas somáticos generales, hipocondriasis, pérdida de peso, e insight.(12)

DEFINICION DEL PROBLEMA:

Se estudió la capacidad diagnóstica del servicio de medicina interna para identificar trastornos depresivos.

Se pretende valorar la capacidad diagnóstica de servicio de medicina interna para identificar trastornos depresivos. Para tal fin, voy a aplicar la escala de Hamilton para Depresión en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna (55 pacientes de manera subsecuente y una vez que cumplieron con los criterios de inclusión). Una vez obtenido el puntaje (18 y más), se investigará cuantos de estos se les pidió interconsulta por el Servicio de Medicina Interna, con esto se pretende obtener la sensibilidad y especificidad del servicio citado.

JUSTIFICACION:

El ambiente de hospital general es un sistema social, algo rigido con su propia historia, frontera, jerarquías, costumbres y tabus, el ingresar al medio hospitalario crea diferentes respuestas en el humano, reflejandose en las percepciones, pensamiento, imagen y emociones que componen la experiencia subjetiva de la enfermedad; así pues se manifiestan frecuentemente síntomas depresivos. La presencia básica de una o más situaciones medicas aumentan un 10% el riesgo de presentar trastornos del estado de animo. En el hospital general Massachusetts el psiquiatra hara un diagnostico de depresión mayor aproximadamente en un 20% de los casos. Lo que convierte a la depresión en el problema psiquiatrico más común en el hospital general. De ahí la importancia de conocer la sensibilidad del servicio para detectar los pacientes que cursen con trastornos depresivos y el envio a interconsulta de psiquiatria de enlace, para dar así un manejo integral al paciente mejorando su calidad de vida intra y extra hospitalariamente.

OBJETIVO:

Determinar la sensibilidad y especificidad en el servicio de medicina interna para hacer el diagnostico de trastornos depresivos en pacientes hospitalizados.

HIPOTESIS:

Espero encontrar una baja sensibilidad y especificidad del servicio de medicina interna, del hospital general "Dr. Manuel Gea González." e identificar y hacer diagnóstico de trastornos depresivos.

DISEÑO DE INVESTIGACION:

Comparativo, observacional, prospectivo y transversal.

Definición de la población: Pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, del hospital general DR: GEA GONZALEZ. en número de 55 (no se trabajo con muestra ya que no hay un registro de prevalencia, sobre el padecimiento).

Criterios de Inclusión:

- 1.- Mayores de 18 años y menores de 65 años.**
- 2.- Ambos sexos.**
- 3.- Cualquier escolaridad.**
- 4.- Aceptación voluntaria para participar en el estudio.**

Criterios de Exclusión:

- 1.- Trastorno mental orgánico con alteración de la consciencia.**
- 2.- Trastornos graves del lenguaje.**
- 3.- Retraso mental profundo.**
- 4.- Demencia.**

Procedimiento de recolección de datos:

En un período de tiempo de 1 mes, (un número de 55 pacientes) se les aplicó a los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital Gral. Dr. Manuel Gea Glonzález , una vez que cumplieron los criterios de inclusión y se conto con la aceptación voluntaria del paciente para ingresar al estudio. Se les aplicó la Escala de Hamilton para depresión tomándose un puntaje arriba de 18, para considerarse que cursaban con algún trastorno de tipo depresivo; está fué aplicada por un psiquiatra. Posteriormente se revisaron las interconsultas a el servicio de Psiquiatría por parte del servicio de medicina interna y los diagnosticos presuntivos. Se compararon y se cruzaron los diagnosticos echos por ambos servicios.

PLAN DE MANEJO ESTADISTICO:

$$\text{SENSIBILIDAD} = \frac{5 \text{ PACIENTES CON I.C.}}{5 \text{ PAC. CON I.C. mas 41 pac. sin I.C}}$$

$$\text{TOTAL} = 0.108$$

$$\text{ESPECIF.} = \frac{8 \text{ PAC. CON I.C. NEGATIVA}}{1 \text{ PAC. CON I.C. POSIT.} + 8 \text{ PAC. CON I.C. NEG.}}$$

$$\text{TOTAL} = 0.888$$

$$\text{VALOR PREDIC. POSIT.} = \frac{5 \text{ PAC.}}{5 + 1} = 0.833$$

$$\text{VALOR PREDIC. NEGAT.} = \frac{8 \text{ PAC.}}{41 + 8} = 0.163$$

De 55 pacientes que se les aplico la escala de Hamilton para depresión 46 pacientes obtuvieron un puntaje mayor de 18 en dicha escala, lo que representa el 83.636 % del total de los pacientes, que cursaban con algún tipo de trastorno depresivo.. De los 55 pacientes solo 5 se pidio interconsulta con diagnostico de Trastorno depresivo. lo que representa el 5% del total de la muestra.

De los 46 pacientes con puntaje mayor de 18 en la escala de Hamilton para depresión, los 5 que se solicito interconsulta concordaban con dicho puntaje, lo que representa el 10.86% de estos pacientes.

Concluyendo que el servicio de medicina interna es poco sensible, pero especifico para hacer el diagnostico de trastorno depresivo.

8 pacientes con un puntaje menor de 18 en la Escala de Hamilton para depresión, lo que representa el 14.54%

1 paciente con Interconsulta con otro diagnostico representando un .55%

ORGANIZACION DE ACTIVIDADES:

Cronograma:

Fecha de inicio: 15 de Agosto 1995.

Fecha de terminación: 20 de Noviembre de 1995.

Actividades:

- 1.- Revisión bibliografica (3 meses).**
- 2.- Elaboración de protocolo (1 mes).**
- 3.- Captación de la información (1 mes, en el cual se logro captar el número de pacientes que conformaron la muestra).**
- 4.- Procesamiento y analisis de los datos (15 días)**
- 5.- Elaboración del informe técnico final (15 días).**
- 6.- Divulgación de los resultados**

RECURSOS:

Recursos humanos:

**DRA: MARIA CONSUELO HERRERA PEREZ
DR: JORGE ANDRES PEÑA ORTEGA**

Recursos materiales:

Copias de escala de depresión de Hamilton Recursos financieros: El departamento de enseñanza del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez, facilitó las fotocopias de la escala de depresión de Hamilton para el presente estudio.

CONCLUSIONES

Se detecto que un porcentaje bajo de los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna que son enviados a interconsulta de psiquiatria de enlace (en nuestro estudio un número de 5) y un alto porcentaje con trastornos depresivos (en nuestro estudio 46 pacientes) , por lo tanto la mayoría de los pacientes no recibio ningún tratamiento específico para el trastorno depresivo. Quizas la mayor parte de los médicos internistas en el área de hospitalización se avoque principalmente al problema físico en si. Olvidandose del mundo interno del paciente, no diagnósticandose formalmente los trastornos emocionales o no están inclinados a conceptualizar la enfermedad en terminos psicológicos observadose estas deficiencia

Grafica 1:

El 65.5% de los pacientes fueron casados o en unión libre.

El 23.6% solteros.

El 7.3% viudos o separados.

El 1.8% divorciados o separados.

El 1.8% no respondieron.

Grafica 2:

El 42% de los pacientes curso la primaria sin concluir.

El 15% curso la Primaria Completa.

El 20% secundaria incompleta.

El 7.5% secundaria completa.

10% tecnica o más.

Grafica 3:

36 pacientes se dedicaban al hogar.

27 pacientes con empleo remunerado.

18 con empleo independiente.

15 pacientes desempleados

2 pacientes no respondieron.

Grafica 4:

13 pacientes con más de 2 salarios minimos.

12 con 1 salario.

8 pac. con menos de 1 salario.

7 pac. con más 2 salarios.

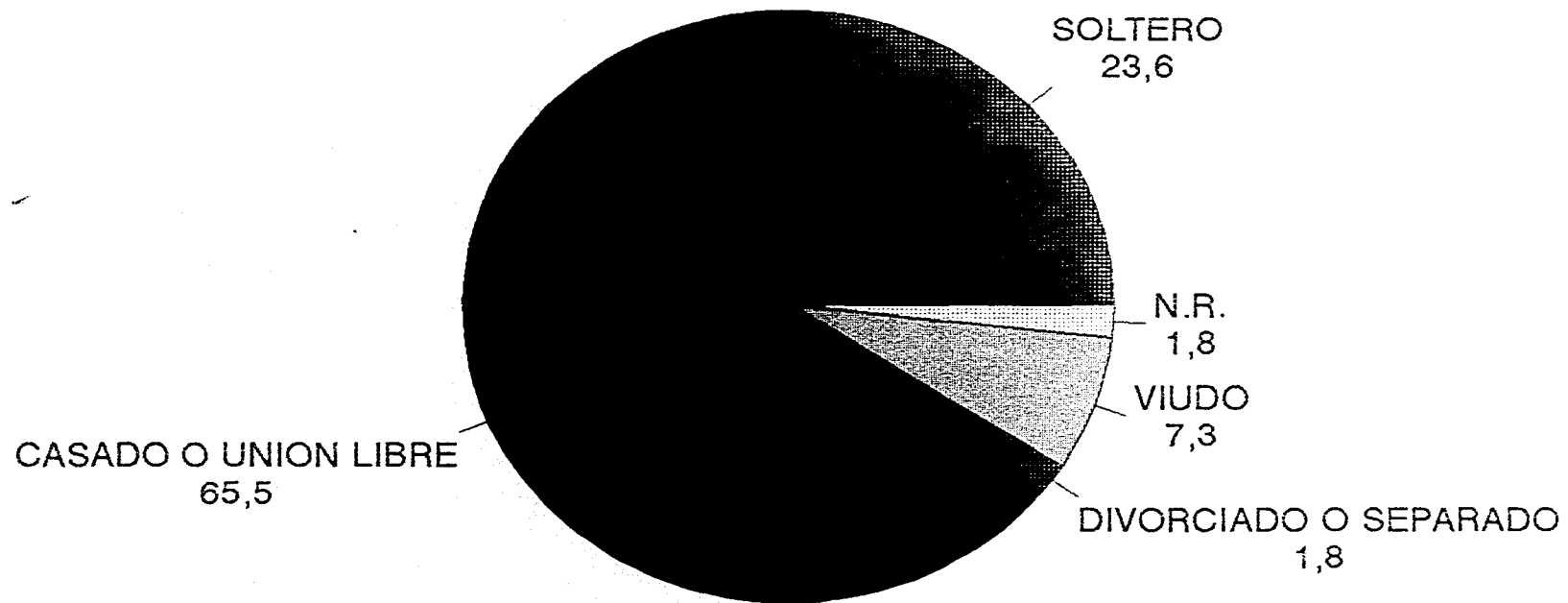
15 pac. no hay dato.

Grafica 5:

El 56.4 % de los pacientes de sexo masculino.

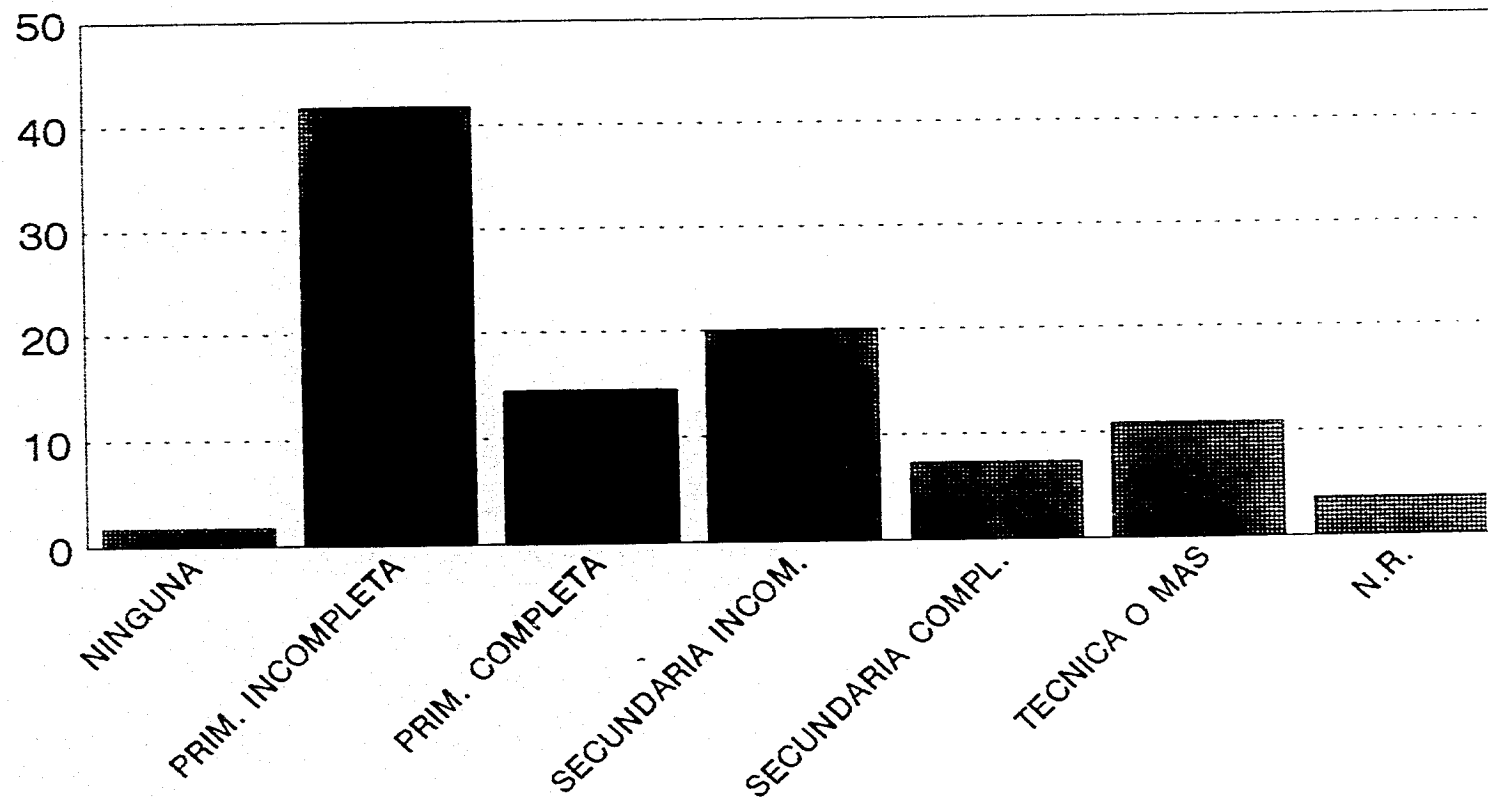
El 43.6% de los pacientes de sexo Femenino.

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PORCENTAJE SEGUN ESTADO CIVIL



N=55

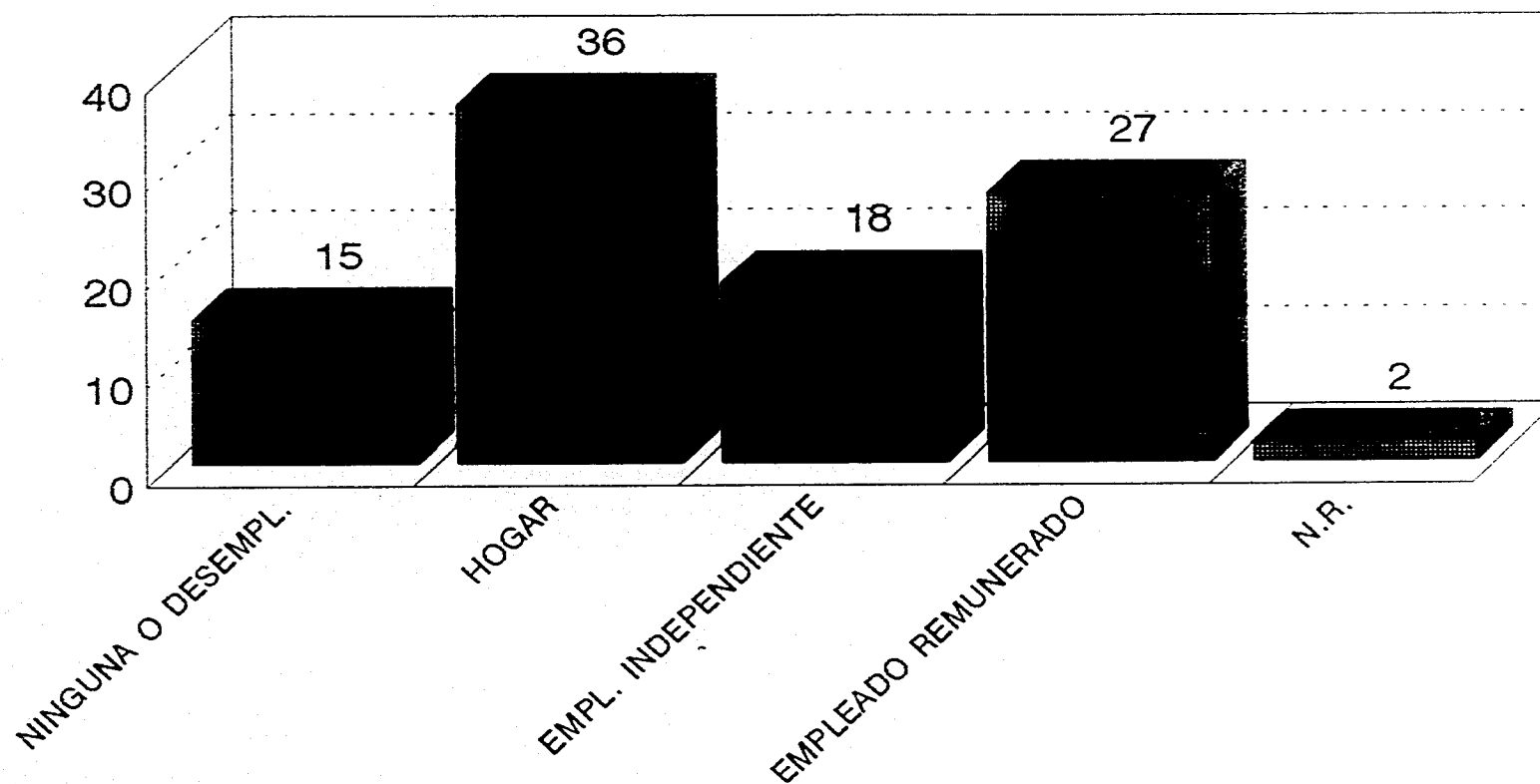
DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS PORCENTAJE SEGUN ESCOLARIDAD.



N=55

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

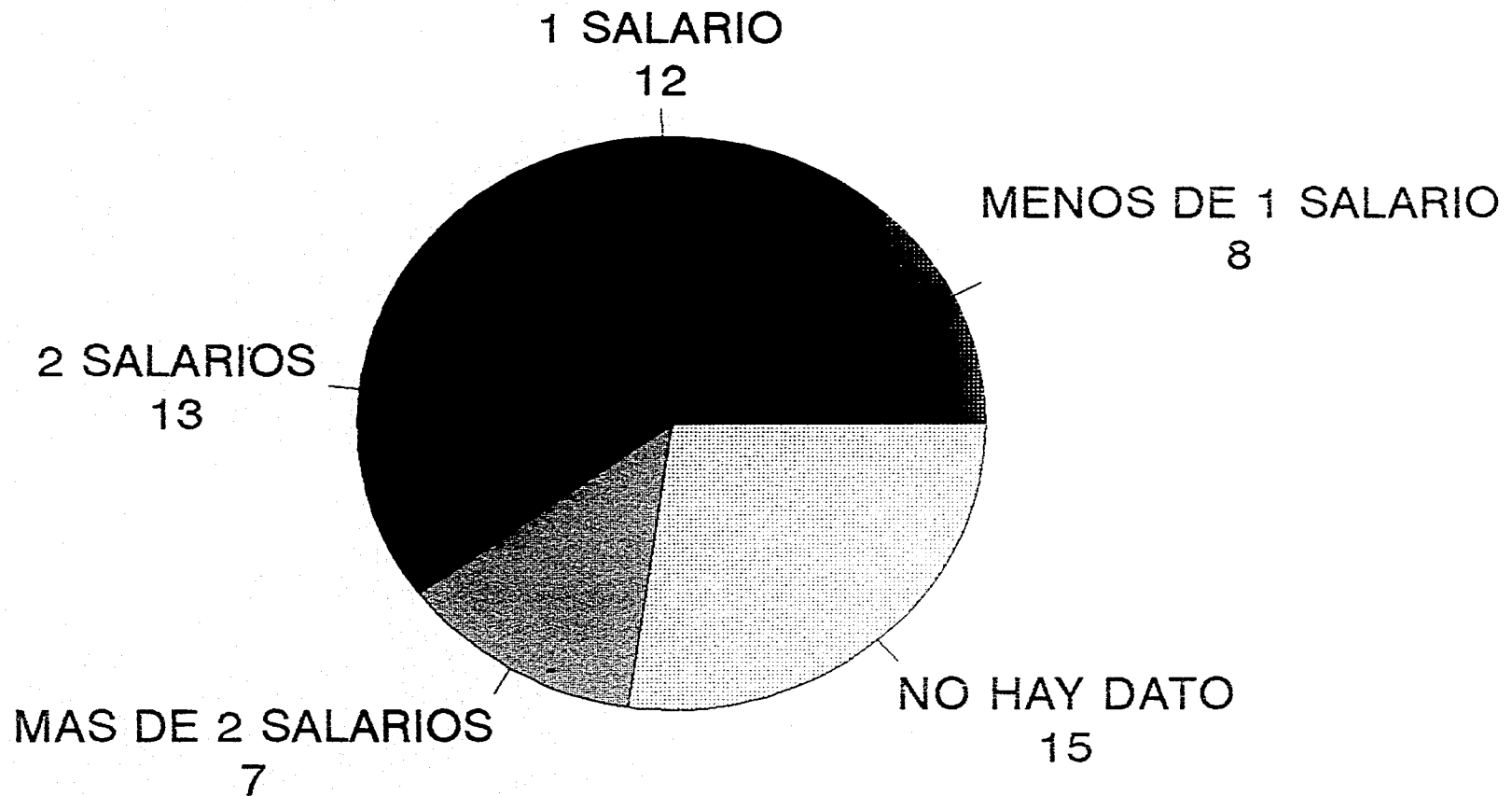
PORCENTAJE SEGUN OCUPACION



N=55

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

NUMERO DE PACIENTES SEGUN INGRESO.

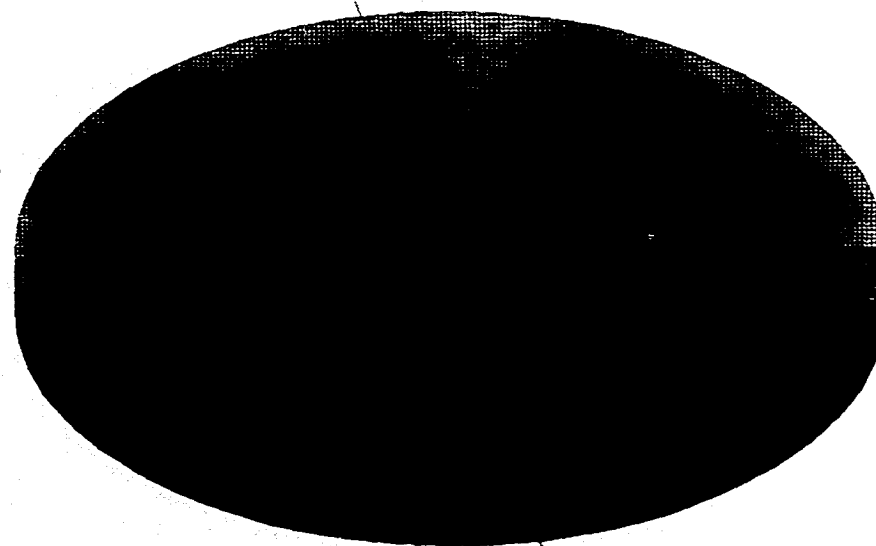


N=55

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

DE ACUERDO A SEXO

MASCULINO
56,4



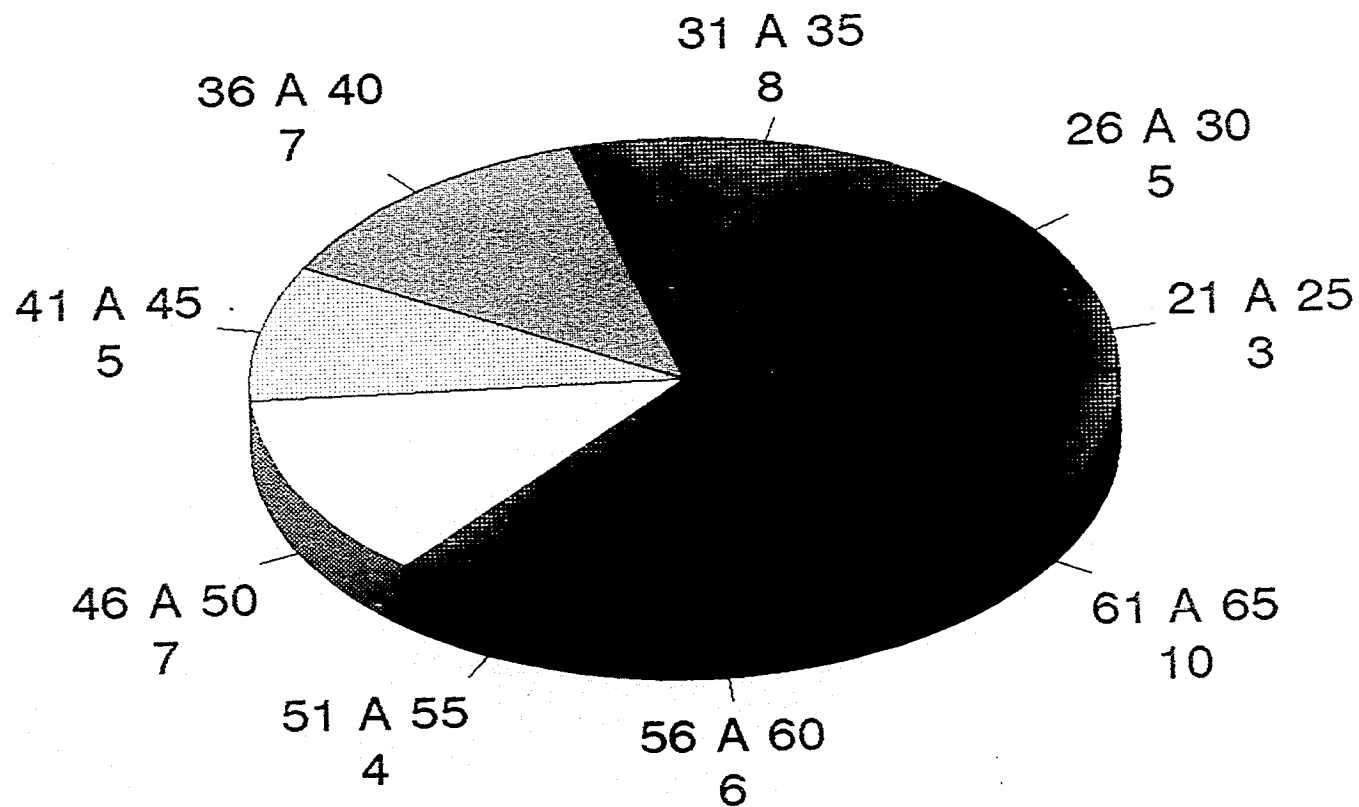
FEMENINO
43,6

N = 55

2014
17/03/2014
14:00
M. P. P. P.
M. P. P. P.
M. P. P. P.
M. P. P. P.

DEPRESION EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

DE ACUERDO A LA EDAD



N = 55

PROPUESTAS:

Involucrar en el trabajo de psiquiatría de enlace un contacto más estrecho y frecuente con el servicio de medicina interna, el equipo de atención, la familia, y el paciente, esclarecer los aspectos psicosociales de la atención del paciente.

Favorecer la detección temprana de los problemas psiquiátricos. Si no puede prevenirse su desarrollo. Por lo tanto la educación es la función principal de la psiquiatría de enlace y estimular la calidad de la atención es su objetivo.(aliviar la incomodidad emocional del paciente mediante la interconsulta a el psiquiatra. La buena consulta involucra comunicación estrecha con los médicos solicitantes, el equipo de la unidad y con la familia del paciente).

Observar el énfasis de la prevención.

Educación en consulta de psiquiatría de enlace:

Aumentar la receptividad del servicio de medicina interna, disponibilidad del equipo y el apoyo económico. Lo más importante es lo que el paciente necesita. La permanencia de un psiquiatra de enlace en el servicio para proporcionar a cada paciente la atención necesaria contribuyendo así a su salud mental durante la estancia hospitalaria, de esta manera aportar al paciente un lugar más humanista preocuparse por el tratamiento y convalecencia del paciente.

En el área de investigación:

Estimular más los estudios que involucren la enfermedad física y los aspectos psicológicos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Al-Ansari, El-Hilu/Patters of psychiatry consultation in Kwait general hospital/Gen. Hosp. Psychiatry/1990/12(4);257-63.
- 2.- American Psychiatric Association/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R/España/Masson/1987/255-280.
- 3.-Burack J.H.,Barret D.C./Depresive syptoms and CD 4 Lymphocyte decline among HIV-infected men/Jama/1993 Dec 1,270;21/2568-2573.
- 4.-Clarke D.M.,Minas I.H./Illnes behaviour as a determan of referral to a psychiatryeconsultation/Liasson service/Journal of. Psychiatry/1993, 25(3)/330-337.
- 5.-Clarke D.M.,Smith G.C./A Comparative study of screening instruments for mental disorders in general hospital patients/Journal Article Int-J-Psychiatry/1993 23(4)/ 323-337.
- 6.-Cassem N.H./Psiquiatria de enlace en el hospital general/España/Diaz de Santos/1994/1-10.
- 7.-Cassem N.H./Psiquiatria de enlace en el hospital general/España/Diaz De Santos/1994/291-324.
- 8.-Dorby p.l.,Schmidt P.J./Psychiatric consultation in reumatology: a review of 100 cases/Can.-J.-Psychiatric/1988 34(4)/290-293.
- 9.-Flaherty J.A./Psychiatry, Diagnosis & Therapy/México/Panamericana/ 1991/ 26-60.
- 10.-Fulop G, Strain J.J./Medical and surgical inpatients who referred themselves for psychiatric consultation/ Gen. Hosp. Psychiatric./ 1985 7(3)/ 267-271.
- 11.-Geofrey G./ Textbook of General Hospital Psychiatry/ U.S.A./1991/cap. 3 , 23-57.
- 12.-Kaplan H.L. Sadock B.J./ Tratado de Psiquiatria tomo II segunda edición / España / Masson / 1994 / 1256-126

13.-Jasper K./ *Allegorne Psychopatologic / México / Fondo de Cultura Económica / 1993 / 124-128.*

14.- Katram W.,Egan K. /*Chronic pain: life time psychiatric diagnosis and family history / A. J. of Psychiatric / 1985,142;10 / 1156-1160.*

15.-Linden M.,Borchelt M. / *The impact of somatic morbidity on the Hamilton Depression rating scale in the very old / Ac.-Psic.-Scand. / 1995,92;2 / 150-154.*

16.-Lipowsky / *Review of consultation psychiatric and psicosomatic medicine I: General principes , Psychosomatic medicine / U.S.A. / 1967 / 29, 153-171.*

17.-Marchais / *Les processus psychopaphologiques de l'adulte Nouvelle approche clinique en psychiatrie / Prensa médica mexicana, S.A. / 1981 /183-195.*

18.-Morris P.L. / *Depressive disorder associated with physical illeness, the impact of strokel / Gen. Hosp. Psychiatric / 1987,9;5 / 324-330.*

19.-Robinson J.K. et. alt. / *Depresion in cancer patients : evidence for different causes / Journal of Psychiatry / 1985,29;2 / 133-140.*

20.-Salín P., Ortega S.H. / *Manual de psicoquímica / México / cedis / 1989 / 156-160.*

21.- *Salud Mental / Juan Ramon de la Fuente / Endocrinologia de los estados afectivos / Salud Mental / 1988 / vol 1 año 1 / 28-35.*

22.-Seth R. , et. alt. / *Psychiatric illnesses in patients with HIV infection and AIDS referred to the liaison psychiatrist / Br. Journal of Psychiatry / 1991 Sept. 159 / 347-350.*

23.-Twashige T. , et. alt. / *Renal trasplantation psyquiatic aspects and interventions / J. Psychiatric Neurology / 1990, 44;1 / 17-18.*

24.-Verbosky L.A. ,et. alt. / *The relationship between depression and length of stay in the general hospital patient / Journal of psychiatry / 1993,54;5 / 177-181.*

25.-Wise T.N. , Mann L.S. / *Factors affecting anxiety and depression in psychitric consultation patients / Am. Journal of Psychatric / 1985,15;2 / 177-184.*

Nombre _____ EXPED: _____

EDAD: _____ OCUPACION _____ SEXO _____

DIAGNOSTICO MEDICO _____
ESCALA DE EVALUACION PSIQUIATRICA PARA DEPRESION DE HAMILTON
(HAMD).

1.- ANIMO DEPRIMIDO (Tristeza, desesperanza, sensacion de inutilidad)

- _____ 0 = Ausente
- _____ 1 = Indican estos sentimientos solo si se preguntan.
- _____ 2 = Indica estos sentimientos verbalmente de manera espontanea.
- _____ 3 = No comunica estos sentimientos verbalmente, sino mediante su expresion facial, postura, voz y tendencia a llorar.
- 4 = El paciente solo informa estos sentimientos a traves de su comunicacion verbal y no verbal.

2.- SENTIMIENTOS DE CULPA:

- _____ 0 = Ausentes
- _____ 1 = Auto-reproche, siente que ha defraudado a la gente.
- _____ 2 = Ideas de culpa o mentismo sobre errores pasados o acciones pecaminosas.
- _____ 3 = La enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa.
- _____ 4 = Oye voces acusatorias o denunciatorias y/o experimenta alucinaciones visuales que amenazan su vida.

3.- SUICIDIO:

- _____ 0 = Ausente.
- _____ 1 = Siente que no vale la pena vivir.
- _____ 2 = Desea estar muerto o piensa en una posible muerte.
- _____ 3 = Ideas o gestos suicidas.
- _____ 4 = Intentos de suicidio. (cualquier intento serio debe calificarse con 4).

4.- INSOMNIO TEMPRANO:

- _____ 0 = Sin dificultad para dormirse.
- _____ 1 = Se queja de dificultad ocasional para dormirse; por ejemplo, mas de 1/2 hora.
- _____ 2 = Se queja de dificultad para dormirse cada noche.

5.- INSOMNIO MEDIO:

- _____ 0 = Sin dificultad.
- _____ 1 = Se queja de estar inquieto y alterado por la noche.
- _____ 2 = Se despierta durante la noche; todos los pacientes que se levantan de la cama durante la noche deben calificarse con 2, (expeto si es para ir al baño).

6.- INSOMNIO TARDIO:

- _____ 0 = Sin dificultad.
- _____ 1 = Se despierta en la madrugada pero regresa a dormir.
- _____ 2 = Incapaz de volverse a dormir si se levanta de la cama.

7.- TRABAJO Y ACTIVIDADES:

- _____ 0 = Sin dificultad.
- _____ 1 = Pensamientos y sentimientos de incapacidad, cansancio o debilidad relacionados con las actividades, el trabajo o las diversiones.
- _____ 2 = Perdida de interes en la actividad, pasatiempos o trabajo, ya sea que esta sea reportada directamente por el paciente, o indirectamente por indiferencia, indecision y vacilacion (siente que tiene que autoimpulsarse para trabajar o llevar a cabo actividades).
- _____ 3 = Reduccion del tiempo real dedicado a las actividades o menor productividad. En el Hospital, califique con 3 si el paciente no dedica por lo menos 3 hs. al dia en actividades (tareas o pasatiempos en el hospital), aparte de las tareas del pabellon.
- _____ 4 = Dejo de trabajar debido a la enfermedad actual. En el hospital, califique con 4 si el paciente no emprende ninguna actividad aparte de las tareas del pabellon, o si es incapaz de llevar a cabo las tareas del pabellon sin ayuda.

8.- RETRASO: (Lentitud de pensamiento y palabra, alteracion de la concentracion; reduccion de la actividad motora).

- _____ 0 = Habla y pensamientos normales.
- _____ 1 = Ligero retraso en la entrevista.
- _____ 2 = Retraso obvio en la entrevista.
- _____ 3 = Entrevista dificil.
- _____ 4 = Completo estupor.

9.- AGITACION:

- _____ 0 = Ninguna.
- _____ 1 = Intranquilidad.
- _____ 2 = "Juega" con las manos, el cabello, etc.
- _____ 3 = En continuo movimiento, no puede quedarse quieto
- _____ 4 = Se aprieta las manos, se muerde las uñas, se jala el cabello, se muerde los labios.

10.- ANSIEDAD PSIQUICA:

- _____ 0 = Sin dificultad.
- _____ 1 = Tension e irritabilidad subjetivas.
- _____ 2 = Se preocupa por detalles.
- _____ 3 = Actitud aprehensiva, aparente en el rostro o en el habla.
- _____ 4 = Expresa sus temores sin que se los pregunten.

11.- ANSIEDAD SOMATICA: (Alteraciones fisiologicas que acompañan a la ansiedad tales como: Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, indigestion, diarrea, calambres, eructos. CVS: palpitaciones, cefalea. Respiratorios: hiperventilacion, suspiros. Miccionfrecuente. Sudoracion).

- _____ 0 =Ausente.
- _____ 1 = Leve.
- _____ 2 = Moderada.
- _____ 3 = Severa.
- _____ 4 = Incapacitante.

12.- SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES:

- 0 = Ninguno.
- _____ 1 = Perdida del apetito pero como sin estrimulo por parte del personal. Sensacion de pesadez abdominal.
- _____ 2 = Dificultad para comer sin exortacion por parte del personal. Pide o requiere laxantes o medicacion intestinal para sintomas gastrointestinales.

13.- SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL.

- _____ 0 = Ninguno.
- _____ 1 = Pesadez en las extremidades o en la parte trasera de la cabeza. Dolores de espalda, de cabeza, musculares. perdida de enrgia y facil cansancio.
- _____ 2 = Cualquier sintoma bien definido debe calificarse con 2.

14.- SINTOMAS GENITALES: (Perdida de la libido y alteraciones menstruales).

- _____ 0 = Ninguno.
- _____ 1 = Leves.
- _____ 2 = Severos.

15.- PERDIDA DE PESO:

- _____ 0 = Sin perdida de peso.
- _____ 1 = Perdida de peso ligera o dudosa.
- _____ 2 = Perdida de peso obvia o severa.
- _____ 3 = No se evaluo.

16.- PERSPICACIA:

- _____ 0 = Reconoce estar deprimido o enfermo.
- _____ 1 = Reconoce estar enfermo pero atribuye la causa a la mala comida, al clima, al exceso de trabajo, a un virus, a la necesidad del descanso, etc.
- _____ 2 = Niega por completo estar enfermo.

17.- HIPOCONDRIASIS:

- _____ 0 = Ausente.
- _____ 1 = Auto-absorción (corporal).
- _____ 2 = Se preocupa por la salud.
- _____ 3 = Se queja frecuentemente, solicita ayuda, etc.
- _____ 4 = Delirios hipochondriacos.

18.- VARIACION DIURNA:

- _____ 0 = Sin variación.
- _____ 1 = Presencia dudosa de variación diurna.
- _____ 2 = Presencia clara de variación diurna.

19.- DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (síntomas tales como sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas).

- _____ 0 = Ausente.
- _____ 1 = Leve.
- _____ 2 = Moderada.
- _____ 3 = Severa
- _____ = Incapacitante.

20.- SINTOMAS PARANOICOS

- _____ 0 = Ninguno.
- _____ 1 = Sospechosos.
- _____ 2 = Ideas de referencia.
- _____ 3 = Delirios de referencia y persecución.

21.- SINTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS.

- _____ 0 = Ausentes.
- _____ 1 = Leves.
- _____ 2 = Severos.

PUNTAJE TOTAL-----.