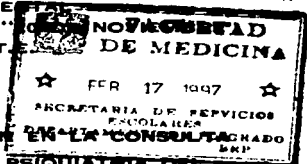




11241 4
24.
**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y
SALUD MENTAL
CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"
I.S.S.T.**



**"INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN LA CONSULTA
EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL
HOSPITAL "20 DE NOVIEMBRE"**

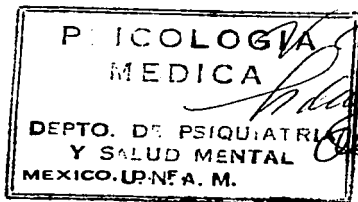
TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA
P R E S E N T A :**

DR. EUGENIO BUSTILLOS SANCHEZ



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



1997



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

106.
~~DR. FRANCISCO J. VALENCIA GRANADOS~~
~~PROFESOR TITULAR DEL CURSO~~
~~ISSSTE~~

~~DR. RICARDO ORTEGA RIVERA~~
~~ASESOR DE TESIS~~
~~ISSSTE~~

~~DR. FRANCISCO CALDERON MARTINEZ~~
~~COORDINADOR DE ENSEÑANZA DE LA DIVISION~~
~~DE MEDICINA INTERNA~~
~~CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"~~
~~ISSSTE~~

~~DR. ERASMO MARTINEZ CORDERO~~
~~JEFE DE LA OFICINA DE INVESTIGACION~~
~~Y DIVULGACION CIENTIFICA~~
~~CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"~~
~~ISSSTE~~

~~DR. EDUARDO LLAMAS GUTIERREZ~~
~~COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION~~
~~CENTRO HOSPITALARIO "20 DE NOVIEMBRE"~~
~~ISSSTE~~

cc. Guzmán

DEDICATORIAS

**A MIS PADRES:
Olga y Fernando.**

**A MI ESPOSA:
Liz.**

**A MIS HIJOS:
Itzalmartzin, Eugenio, Iyhali.**

INDICE

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES	2
DEFINICION DEL PROBLEMA	10
OBJETIVO	10
MATERIAL Y METODO	10
ANALISIS	15
RESULTADOS	15
DISCUSION	19
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	19
CONCLUSIONES	20
ANEXO	21
BIBLIOGRAFIA	22

"INCIDENCIA DE LA DEPRESION EN LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DEL HOSPITAL 20 DE NOVIEMBRE"

1.- INTRODUCCION

Hipócrates inicia la descripción de los trastornos depresivos, atribuyéndole el término melancolía, y considerándola como un producto de la influencia de la bilis negra y de la flema sobre el encéfalo.

500 años después, en el s. II A.C., Aretéo de Capadocia reconoció una asociación entre la melancolía y la manía, observando que el trastorno se presentaba en forma episódica, crónica y no remite, creyendo también que se debía a un desequilibrio humoral.

Posteriormente, en el s. XIX, el médico francés Falret describió un cuadro característico de depresión, con remisiones y exacerbaciones, con una duración creciente, y algunas veces asociada a manía, siendo más frecuente entre las mujeres que entre los hombres.

Kraepelin en 1896 separó las psicosis funcionales en dos grandes grupos, la demencia precoz y la psicosis maniaco-depresiva, ésta última llegó a incluir a casi todas las anomalías del talamte y se mostraba independiente de las fuerzas sociales y psicológicas externas, lo que sugirió una causa innata de la enfermedad (1).

Freud, en su trabajo Duelo y Melancolía (1917), señaló la génesis psicodinámica de la depresión. Señaló que tanto el duelo como la melancolía tienen en común una respuesta a la pérdida del "objeto del amor", siendo la diferencia entre ambos que la melancolía involucra sentimientos intensos de ambivalencia, generalmente hostiles hacia el objeto. Al perderse éste, los sentimientos negativos no resueltos se revierten hacia el interior del propio sujeto, resultando entonces, la melancolía (2).

Finalmente, no podemos olvidar la participación neurobioquímica en las alteraciones afectivas como un factor participante importante.

1.1.- Importancia de la Epidemiología en la Psiquiatría (3)

La epidemiología psiquiátrica es la disciplina que se encarga de investigar, cuantitativa y cualitativamente la etiología y la distribución de los procesos de salud y enfermedad mental en las diversas poblaciones humanas, utilizando como unidad básica de análisis los grupos poblacionales y no los individuos aislados.

Actualmente, las aplicaciones de esta área se agrupan en tres niveles:

a) Nivel descriptivo.-

Realiza estudios para estimaciones básicas en determinada población, v. gr., el diagnóstico de comunidad o la identificación de nuevos síndromes.

b) Nivel analítico.-

Incluye estudios que abarcan las variaciones en los índices de los trastornos entre grupos diferentes y que son útiles para establecer los factores de riesgo individual y de grupo, y/o realizar estudios históricos.

c) Nivel experimental.-

Realiza estudios para probar asociaciones entre diferentes factores de riesgo y los trastornos mentales con la finalidad de disminuir la frecuencia de la enfermedad.

Se han logrado avances en los conocimientos epidemiológicos-

cos de la psiquiatría. Tanto en los aspectos de clasificación, como en los métodos de definición y confirmación de casos contamos con aportaciones valiosas, tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico para trastornos mentales en su III edición revisada de la Asociación Psiquiátrica Americana, y la IX y X ediciones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. También contamos con importantes instrumentos de medición para realizar diagnósticos estandarizados, v. gr., la Cédula de Entrevista Diagnóstica (DIS), la Cédula de Entrevista Clínica Diagnóstica (SCID), la Standardized Psychiatric Interview (SPI) y la Entrevista Psiquiátrica Modificada (EPM) entre otros.

Al utilizar cualquiera de los instrumentos de medición en la epidemiología psiquiátrica, se busca fundamentar científicamente la valuación de los trastornos mentales; obtener datos para una clasificación práctica y precisa, con un énfasis en la verificación de los cambios en la evolución natural de la enfermedad; detectar o identificar pacientes que presenten alguna alteración mental y que ameriten tratamiento especializado e informar acerca del grado de severidad del padecimiento con un alto grado de sensibilidad y especificidad (4).

Otros aspectos, también importantes, son llegar a un nivel razonable de acuerdo diagnóstico, a través de entrevistas psiquiátricas, tratando que no sea el juicio del psiquiatra, el único criterio válido para determinar si una persona está o no afectada por un trastorno mental; que el empleo de instrumentos estructurados donde exista una definición precisa de los términos y criterios diagnósticos y de clasificación con respecto a los diferentes signos y síntomas de las afecciones psiquiátricas, ayude a eliminar los factores de varianza en la apreciación diagnóstica (5).

Así pues, el estudio epidemiológico de la depresión no es una tarea sencilla ni exenta de dificultades, en parte debido a la fami-

liaridad de la terminología utilizada para su descripción, tanto en la medicina general como en el área de la salud mental; y por otra , a la simplificación, muy recurrida en la práctica clínica para describir fenómenos altamente complejos, lo que origina confusiones que repercuten sobre la eficiencia del clínico.

2.- ANTECEDENTES

A lo largo de las dos últimas décadas, diferentes autores de varios países han realizado estudios para conocer la prevalencia, la incidencia y la frecuencia de las alteraciones afectivas en general, o específicamente de la depresión.

Requeriría de una investigación especial el conocer, si no todas, al menos la mayoría de las aportaciones realizadas en este campo, lo que superaría las intenciones del presente estudio, baste mencionar que es abundante la información y que las cifras reportadas tienen un amplio rango de variabilidad entre los diferentes autores, y los países donde se realizó la investigación. Ante tal eventualidad, el Dr. Angst (10) recomienda vigilar la metodología de los estudios, dado que los porcentajes bajos pueden deberse a un pobre diseño metodológico, lo que hace suponer al autor que la morbilidad real se subestima.

Para evitar extendernos en forma tal que pudiera parecer redundante ante la abundancia de la información, recurriremos al empleo de cuadros, tratando de resumir las investigaciones principales en las siguientes páginas.

CUADRO I

PREVALENCIA DE LA DEPRESION MAYOR
SEGUN DIVERSOS AUTORES
PARA LA POBLACION GENERAL Y POR SEXO

AUTOR	AÑO	PAIS	POBLA - CION GENERAL	SEXO	
				M	F
DSM-III-R (6)	1988	USA		5-12 %	9-26 %
WEISSMAN (7)	1988	USA	1.4 - 4.4 %		
DHADPHALE (8)	1989	KENYA	9.2 %		
ZUNG (9)	1990	USA	13 %		
ANGST (10)	1991	SUIZA	1.2 - 14.8 %		
ANGST Ibd.	1991	NUEVA ZELANDA	16.8 %		
ANGST (11)	1992	SUIZA	14.4 %		
WITTCHEM (12)	1992	ALEMA - NIA	12.90%		
SANCHEZ (3)	1986	MEXICO	1.2 % ⁺		
SANCHEZ Ibd.	1988	MEXICO	2% ⁺		
GONZALEZ (13)	1990	MEXICO	1-3%		
BERLANGA (14)	1991	MEXICO	5.8%		

(+) De tipo psicótico.

CUADRO II

PREVALENCIA DEL TRASTORNO BIPOLAR
SEGUN DIVERSOS AUTORES
PARA LA POBLACION GENERAL

AUTOR	AÑO	PAIS	POBLACION - GENERAL	SEXO	
				M	F
DSM-III-R (6)	1988	USA	0.4 - 1.2%		
ANGST (11)	1992	SUIZA	3.3%		
WEISSMAN (9)	1988	USA	1.2%		
KELLER (15)	1991	USA	1%		

CUADRO III

PREVALENCIA DE LA DISTIMIA
SEGUN DIVERSOS AUTORES
PARA LA POBLACION GENERAL Y POR SEXO

AUTOR	AÑO	PAIS	POBLACION GENERAL	SEXO	
				M	F
WEISSMAN (7)	1988	USA	3-3.1%		
ANGST (11)	1992	SUIZA	0.9%		
SANCHEZ (3)	1992	MEXICO	26.2%	21.9%	28.1%

CUADRO IV

PREVALENCIA DE LA CICLOTIMIA
SEGUN DIVERSOS AUTORES
PARA LA POBLACION GENERAL

AUTOR	AÑO	PAIS	POBLA - CION GENERAL	SEXO	
				M	F
DSM-III-R (6)	1988	USA	0.4 - 3.5 %		
ANGST (11)	1992	SUIZA	1.3 %		

3.- DEFINICION DEL PROBLEMA

La presente investigación se originó ante la inquietud de conocer la incidencia de la depresión en la consulta externa del servicio de Psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre", porque aunque sabemos que generan un número importante de consultas, provenientes tanto de clínicas de adscripción, hospitales generales y otros servicios del mismo hospital; no la conocemos precisamente, originándose una falta de optimización de los recursos de atención para los de rechabientes.

4.- OBJETIVO

La finalidad del presente estudio es conocer la incidencia de la depresión en la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre".

5.- MATERIAL Y METODO

5.1.- Tipo de investigación

Proponemos una investigación Clínica, Exploratoria, Transversal, Propectiva, Abierta y de Salud Pública.

5.2.- Grupo de estudio

Compnde a los derechohabientes que asisten a la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

5.3.- Grupo problema

Se integrará por aquellos derechohabientes que cursen con un trastorno depresivo.

5.4.- Tamaño de la muestra.

Será una muestra abierta, captada entre los derechohabientes que asisten por vez primera a la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, en un período comprendido entre el 1o. de agosto de 1992 y el 31 de julio de 1993.

5.5.- Criterios de inclusión

Se incluirán en el presente estudio a todos los derechohabientes que acudan por vez primera a la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE, dentro del período estipulado, de ambos sexos y mayores de 16 años, demostrando que cursan con depresión.

5.6.- Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio a todos los derechohabientes que acudan en forma subsecuente, todos aquellos menores de 16 años, otros diagnósticos diferenciales de la depresión como las psicosis esquizofrénicas, los síndromes demenciales, los trastornos reactivos, el duelo no complicado, el trastorno limítrofe de la personalidad, los trastornos por somatización, las fobias y los trastornos por angustia; así como aquellos derechohabientes que cursen con alguna complicación médica.

5.7.- Criterios de eliminación

Se eliminarán a los derechohabientes que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio, o aquellos que no acudan a su cita de evaluación.

5.8.- Descripción general del estudio

A todos los derechohabientes que asisten por vez primera a la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE se les otorgará una cita para aplicarles una Historia Clínica Psiquiátrica y realizarles un reconocimiento médico general, tarea que será desempeñada por residentes de la especialidad en Psiquiatría del mismo hospital, de primer y segundo año. A continuación, si se establece el diagnóstico de depresión, se les otorgará una segunda cita para aplicarles la cédula de la Entrevista Psiquiátrica Modificada (EPM), siendo ésta última aplicada por el residente responsable de la investigación únicamente. No se recibió entrenamiento especial sobre la aplicación de la EPM, sólo se recurrió al manual descriptivo desarrollado por Padilla y cols. (16).

5.9.- Descripción General del Instrumento

La organización global de la EPM se encuentra integrada por cuatro secciones básicas:

- I. Historia Médica General.
- II. Síntomas Reportados.
- III. Anormalidades Manifiestas.
- IV. Impresión Diagnóstica.

Cada una de ellas, si bien tienen características particulares, guardan una dependencia de continuidad que es la base de la sustentación para formar la estructura funcional del proceso de la entrevista psiquiátrica, por esta razón, el orden de las secciones es el mismo que se sigue durante su aplicación.

La sección I, Historia Médica General, es una parte no estructurada de la entrevista, compuesta por siete reactivos abiertos que son subtítulos para registrar en forma resumida, la historia médica y el estado clínico actual de la persona entrevistada. Genera información sobre la identificación del sujeto, sus aspectos sociod

ográficos, sus antecedentes personales y familiares, tanto psiquiátricos como no psiquiátricos. Desde el punto de vista funcional, esta sección tiene como objetivo permitir al clínico investigador establecer un clima adecuado para la entrevista, con un buen rapport y relajación del paciente.

La sección II, Síntomas Reportados, consiste de un interrogatorio más detallado y sistemático acerca de los síntomas psiquiátricos que la persona entrevistada haya presentado durante el último mes previo a la entrevista. La sección está integrada por trece reactivos que se investigan con preguntas obligatorias y opcionales, específicas para cada uno de ellos. El orden de los reactivos es el siguiente:

- a) Síntomas Somáticos.
- b) Fatiga.
- c) Alteraciones en el Sueño.
- d) Irritabilidad.
- e) Disminución de la Concentración.
- f) Animo Depresivo.
- g) Ansiedad y Preocupación.
- h) Fobias.
- i) Obsesiones y Preocupación.
- j) Despersonalización.
- k) Adicciones: Alcoholismo, Uso de Drogas, Tabaquismo.

La sección III, Anormalidades Manifiestas, está integrada por doce reactivos, agrupados en tres escalas:

- Escala para anormalidades en la conducta.
- Escala para anormalidades en el estado de ánimo.
- Escala para anormalidades perceptuales y cognitivas.

La sección IV, Impresiones Diagnósticas, es la última sección

ción de la EPM y está integrada por cuatro reactivos:

- a) Confiabilidad de la información.
- b) Puntaje de severidad.
- c) Diagnóstico.
- d) Calificación global de severidad.

Al final de la hoja de respuestas el investigador cuenta con un espacio suficiente para codificar algún tipo de información extra de su interés personal. (Ver anexo I).

6.- ANALISIS DE LOS DATOS

Una vez terminada la fase de investigación, se procedió al análisis de la muestra.

En primer lugar, separadamente se estudiaron los datos sociodemográficos de los pacientes por sexo. A continuación, utilizando fórmulas estadísticas simples se estudió por sexo, en el grupo total de pacientes, la incidencia de las alteraciones afectivas.

7.- RESULTADOS

Se captaron un total de 125 pacientes, de los cuales se eliminaron 30 debido a la rezoificación por las obras de remodelación del hospital; otros 15 se eliminaron por no reunir adecuadamente los criterios de inclusión, y 10 más por no asistir a su segunda cita de evaluación. Al término del estudio la muestra incluyó a 70 pacientes.

7.1.- Aspectos sociodemográficos por sexo

En el cuadro I se muestran los aspectos sociodemográficos de acuerdo al sexo en la muestra obtenida.

La muestra se conformó por 13 varones (18.57%) y 57 mujeres (81.43%).

Para los varones, predominaron las alteraciones afectivas en el grupo de la 5o. década, con una edad promedio de 47 años. El estado civil más frecuente fue el de los casados con 9 pacientes (69.23%), seguido del grupo de divorciados o separados con 3 pacientes (23.07%), y con un sólo paciente soltero (7.70%), sin haber viudos o uniones libres. En cuanto a la escolaridad, predominó el grupo de doce años y menos con 9 pacientes (69.23%), seguido del grupo de más de doce años con 3 pacientes (23.07%), presentándose un sólo

caso de analfabetismo (7.70%). Según la ocupación, los empleados correspondieron a 11 pacientes (84.61%), siendo éste el mayor porcentaje, seguidos de los jubilados con 2 pacientes (15.39%), no se encontraron masculinos desempleados.

Para el grupo femenino, las alteraciones afectivas predominaron simultáneamente en los grupos de la 40., 50. y 60. décadas y tuvieron una edad promedio de 45 años. En cuanto al estado civil, el mayor grupo fue el de las pacientes casadas con 27 (47.37%), seguidas de las solteras con 11 (19.30%), y después, las divorciadas o separadas con 11 (19.30%), a continuación, las viudas con 7 pacientes (12.68%), finalmente, 1 paciente (1.75%) en unión libre. Para la escolaridad, 55 pacientes (96.50%) tuvieron una escolaridad de doce años y menos, y sólo dos (3.50%) de más de doce años. Según la ocupación, 33 pacientes (57.90%) eran empleadas y 24 (42.10%) se dedicaban a las labores del hogar.

7.2.- Incidencia de las alteraciones afectivas

En el cuadro II se muestra la incidencia de las alteraciones afectivas encontradas de acuerdo al sexo.

En el grupo de varones predominó la Depresión Mayor con 7 casos (53.84%), seguidos de la Depresión Neurótica con 6 casos, correspondiendo al 46.16%.

En el grupo femenino, el mayor número de casos correspondió a la Depresión Neurótica con 30 (52.63%), seguida de la Depresión Mayor con 27 casos (47.37%).

En el total de la muestra, 70 pacientes), la alteración afectiva más frecuente fue la Depresión Neurótica con 36 casos, correspondiendo a un 51.42%, seguida de la Depresión Mayor con 34 casos (48.58%).

CUADRO I.

ASPECTOS SOCIODEMOGRAFICOS POR SEXO.

Pacientes con trastornos afectivos. Consulta externa psiquiátrica. H.R. 30 de Noviembre. ISSSTE.
1993.

ASPECTO DEMOGRAFICO.	HOMBRES.	MUJERES.	TOTAL.
EDAD.	n = 13. 18.57%. Mdn. 47a.	n = 57. 81.43%. Mdn. 45a.	n = 70. 100%.
ESTADO CIVIL.			
Soltero (a).	7.70%.	19.30%.	17.14%.
Casado (a).	69.23%.	47.37%.	51.43%.
Viudo (a).	- - - -	12.28%.	10.0 %.
Divor./Sep.	23.07%.	19.30%.	20.0 %.
Unión Libre.	- - - -	1.75%.	1.43%.
NIVEL DE EDUCACION.			
Hasta doce años.	69.23%.	96.50%.	81.42%.
13 años y más.	23.07%.	3.50%.	18.58%.
OCUPACION.			
Empleados.	84.61%.	87.90%.	81.43%.
Jubilados.	15.38%.	- - - -	2.85%.
Desempleados. (Regar).	- - - -	42.10%.	35.72%.

CUADRO II

INCIDENCIA DE LAS ALTERACIONES AFECTIVAS POR SEXO
Pacientes con trastornos afectivos. Consulta ex -
terna psiquiátrica. H. R. 20 de Noviembre. ISSSTE

1993

TRASTORNO	HOMBRES n = 13	MUJERES n = 57	TOTAL n = 70
DEPRESION NEUROTICA	46.16%	52.63%	100%
DEPRESION MAYOR	53.83%	47.17%	100%

8.- DISCUSION

La muestra obtenida durante la realización de la investigación se formó abierta, lo que puede haber condicionado la presencia en mayor número de mujeres, 57 casos (81.43%), que de varones, 13 casos (18.57%), sin embargo, estos datos concuerdan con la literatura revisada donde se menciona una mayor prevalencia para el sexo femenino (3, 6, 7, 12, 13).

La alteración afectiva más frecuente correspondió a la Depresión Neurótica, tanto para la muestra total, como para el sexo femenino, lo que corrobora los hallazgos de otros autores, tanto en otros países como en población mexicana (3, 14, 19).

Así mismo, en cuanto a la prevalencia por edad, los hallazgos de nuestra investigación concuerdan con los de otros autores para el predominio de las alteraciones afectivas alrededor de la 50. década (3, 6).

9.- LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y RECOMENDACIONES

La forma abierta de obtener la muestra limitó las posibilidades estadísticas del estudio, aún cuando se haya contrastado la mayor incidencia de las alteraciones afectivas en el sexo femenino, ya que hubo una gran diferencia numérica entre la población masculina y la femenina.

Otra variable que se presentó durante el estudio y que no estaba contemplada fue el cierre de la unidad hospitalaria, lo que provocó una disminución considerable en el número de la muestra original, esperándose en el futuro que ante la alta especialización se modifique el tipo de padecimiento que con mayor frecuencia acudía a la consulta externa del servicio de psiquiatría, por lo que estudios futuros deberán abordar este aspecto.

10.- CONCLUSIONES

Los datos resultantes de la presente investigación señalan una alta incidencia de las alteraciones afectivas entre la población derechohabiente de la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital "20 de Noviembre" del ISSSTE.

La Depresión Neurótica fue el diagnóstico más frecuente en contrado, seguido de la Depresión Mayor.

En términos generales, los hallazgos del presente estudio coinciden con los expuestos por otros autores en la literatura revisada.

A N E X O



Instituto de Seguridad
Social del Estado
Secretaría de Salud

FOLIO _____

COORDINACION DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
ENTREVISTA PSIQUIATRICA MODIFICADA (EPM)

HOJA DE CALIFICACION _____ FECHA _____

APELLIDO PATERNO _____ APELLIDO MATERNO _____ NOMBRE _____

1.- HISTORIA MEDICA GENERAL

INVESTIGAR:

1.1.- SEXO: _____ EDAD: _____ ESTADO CIVIL: _____
ESCOLARIDAD: _____ OCUPACION: _____

1.2.- MOTIVO DE CONSULTA Y/O HOSPITALIZACION

NUMERO DE CONSULTAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES : :
NUMERO DE HOSPITALIZACIONES EN EL ULTIMO AÑO : : :

1.3.- MEDICAMENTOS QUE HA TOMADO EN EL ULTIMO MES:

1.4.- ANTECEDENTES NO PSIQUIATRICOS:

1.5.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS:

1.6.- ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS FAMILIARES DE IMPORTANCIA:

1.7.- SI EL CUESTIONARIO FUE CONTESTADO EN DIA DIFERENTE
A LA ENTREVISTA; COMO HA SIDO SU ESTADO DE SALUD -
CON RELACION A ESE DIA?

- 0= MISMO DIA
- 1= MUCHO MEJOR
- 2= LIGERAMENTE MEJOR
- 3= IGUAL
- 4= LIGERAMENTE PEOR
- 5= MUCHO PEOR

2. SINTOMAS REPORTADOS (Para codificar consulte la seccion 2 del manual)

2.1. - SINTOMAS SOMATICOS.....

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> DISNEA | <input type="checkbox"/> PERDIDA DE PESO |
| <input type="checkbox"/> PALPITACIONES | <input type="checkbox"/> AUMENTO DE PESO |
| <input type="checkbox"/> DOLOR U OPRESION | <input type="checkbox"/> SUDORACION EXCESIVA |
| <input type="checkbox"/> PRECORDIAL | <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL |
| <input type="checkbox"/> SENSACION DE DESMAYO | <input type="checkbox"/> DISFUNCION SEXUAL |
| <input type="checkbox"/> MAREO | <input type="checkbox"/> OTROS, ESPECIFIQUE: |
| <input type="checkbox"/> PARESIAS | |

2.2. - FATIGA.....

- | | |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MANANAS | <input type="checkbox"/> TARDES\NOCHES |
|----------------------------------|--|

2.3. - ALTERACIONES EN EL SUEÑO.....

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INSOMNIO INICIAL | <input type="checkbox"/> INSOMNIO TERMINAL |
| <input type="checkbox"/> INSOMNIO INTERMEDIO | <input type="checkbox"/> HIPERSOMIA |

2.4. - IRRITABILIDAD.....

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SELECTIVA | <input type="checkbox"/> GENERAL |
|------------------------------------|----------------------------------|

2.5. - DISMINUCION DE LA CONCENTRACION.....

2.6. - ANIMO DEPRESIVO.....

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MANANAS | <input type="checkbox"/> MOTIVADO |
| <input type="checkbox"/> TARDES\NOCHES | <input type="checkbox"/> INMOTIVADO |
| <input type="checkbox"/> MOMENTANEAS | <input type="checkbox"/> RECURRENCIAS |

2.7. - ANSIEDAD.....

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MANANAS | <input type="checkbox"/> SITUACIONAL |
| <input type="checkbox"/> TARDES\NOCHES | <input type="checkbox"/> GENERAL |

2.8. - FOBIAS.....

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ACORAFOBIA | <input type="checkbox"/> FOBIA SOCIAL |
| <input type="checkbox"/> FOBIAS SIMPLES | <input type="checkbox"/> OTRAS, ESPECIFIQUE |
| (ZOOFOBIAS, CLAUSTRO-FOBIAS, ETC.) | |

2.9. - OBSESIONES Y COMPULSIONES.....

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> RIGIDEZ, PERFECCIONISMO | <input type="checkbox"/> ACTOS COMPULSIVOS |
| <input type="checkbox"/> INDECISION | <input type="checkbox"/> IDEAS OBSESIVAS |

2.10. - DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION.....

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DESREALIZACION | <input type="checkbox"/> DESPERSONALIZACION |
|---|---|

2.11. - ALCOHOLISMO.....

2.12. - USO DE DROGAS.....

2.13. - TABAQUISMO.....



3. ANORMALIDADES MANIFIESTAS

3.1.-LENTITUD Y CARENCIA DE ESPONTANEIDAD.....

- 1.- ACTITUD Y LENGUAJE NORMALES. RESPONDE LAS PREGUNTAS CON PRONTITUD, ESPONTANEIDAD Y EXPRESIVIDAD. HAY EVIDENCIA DE LENTITUD Y/O Poca ESPONTANEIDAD PERO EL CLINICO LO CONSIDERA COMO UNA CARACTERISTICA HABITUAL. O CARECE DE SIGNIFICADO PATOLOGICO.
- 3.- LENTITUD Y/O FALTA DE ESPONTANEIDAD EN LA ENTREVISTA, ATRIBUIBLES A ENFERMEDAD PSIQUIATRICA Y NO A UNA CARACTERISTICA HABITUAL.
- 4.- FACILMENTE SE APRECIA RETARDO PSICOMOTOR ATRIBUIBLE A ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.
- 5.- EL RETARDO PSICOMOTOR ES MUY INTENSO.
(SI LA CALIFICACION ES MAYOR DE 2 POR FAVOR CONSIGNE USTED LA RAZON):

3.2.-DEFENSIVO; SUSPICAZ:

- 1.- COOPERADOR, AMISTOSO. SU COMPORTAMIENTO ES NORMAL DURANTE LA ENTREVISTA
- 2.- DEFENSIVO Y DESCONFIADO. SE CONSIDERA UNA FORMA - HABITUAL DE RESPONDER O CARECE DE SIGNIFICADO PATOLOGICO.
- 3.- EVASIVO Y FRANCAMENTE DEFENSIVO. PUEDE PREGUNTAR LA RAZON DE ALGUNOS REACTIVOS.
- 4.- SUSPICACIA AL GRADO DE OBSTACULIZAR EN OCASIONES LA ENTREVISTA, DEMANDANTE Y EXIGENTE. MUESTRA DESCONTENIDO Y ANTAGONISMO OCASIONAL.
- 5.- SUSPICACIA INTENSA. EL SUJETO PUEDE MANIFESTAR -- QUE EL ENTREVISTADOR O ALGUNA PARTE DE LA ENTREVISTA SON PARA INCOMODARLO Y MOLESTARLO. PUEDE MANIFESTAR IDEAS DELIRANTES DE REFERENCIA. PUEDE REHUSAR CONTESTAR LAS PREGUNTAS, MOSTRANDO SE HOSTIL Y DEMANDAR SALIR DEL CONSULTORIO

SI CALIFICA 3 O MAS, CONSIGNE UN EJEMPLO:

3.3.- HISTRIONICO:

- 1.- AUSENCIA DE MANIFESTACIONES HISTRIONICAS.
 - 2.- AUMENTO EN LA EXPRESIVIDAD DE LAS EMOCIONES.
 - 3.- LLAMA LA ATENCION HACIA SI MISMO INCESANTEMENTE (EGOCENTRICO).
 - 4.- HIPERREACTIVIDAD ANTE ESTIMULOS MENORES.
 - 5.- BROTES DE ENOJO IRFACCIONAL O BERRINCHES C CONDUCTA MARCADAMENTE MANIPULATIVA.
- SI CALIFICA 3 O MAS CONSIGNE UN EJEMPLO:
-

3.4.- DEPRIMIDO:

- 1.- AUSENCIA DE MANIFESTACIONES DEPRESIVAS.
 - 2.- SE MUESTRA TRISTE O APESADUMBRADO CON MOTIVO REAL O BIEN, UNA FORMA HABITUAL DE SER
 - 3.- MUESTRA TRISTEZA, DESESPERANZA, ENSIMISMAMIENTO, - FACIES DE TRISTEZA, MINUSVALIA.
 - 4.- LLORA DURANTE LA ENTREVISTA, FACIES DEPRESIVAS. -- RETARDO PSICOMOTOR, INHIBICION.
 - 5.- PRESENTA FACIES DE DEPRESION, LLANTO INCONTROLABLE, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, SEVERO RETARDO PSICO MOTOR E INHIBICION.
- SI CALIFICA 3 O MAS CONSIGNE UN EJEMPLO:
-

3.5.- ANSIOSO, TENSO, AGITADO.....

- 1.- AUSENCIA DE MANIFESTACIONES ANSIOSAS, TENSION O AGITACION
 - 2.- LA TENSION ES UNA CARACTERISTICA HABITUAL Y ES UNA RESPUESTA RAZONABLE A LA ENTREVISTA.
 - 3.- EL PACIENTE MUESTRA DISCRETA TENSION MOTORA. -- INQUIETUD, MUEVE SUS MANOS O LAS FROTA, DIFICULTAD PARA RELAJARSE, RESPIRACION SUSPIRANTE, PAR PADRO FRECUENTE, LENGUAJE PRESUMOSO.
 - 4.- FACIES DE PREOCUPACION, Gesticulacion, BLOQUEO - INQUIETUD MOTORA, IMPACIENCIA, SE MUEVE MUCHO - DISTRACTIBILIDAD.
 - 5.- IRRITABILIDAD, BROTES EMOCIONALES INCONTROLABLES AGITACION MOTORA, TEMBLOR, SUDORACION, FILIERRACION, PALIDEZ O RUBORIZACION, FACIES DE TEMOR O INCLUSO DE TERROR, DESMAYOS.
- SI CALIFICA 3 O MAS CONSIGNE UN EJEMPLO:
-

**3.6.-EUFORICO, EXALTADO**

- 1.- AUSENCIA TOTAL DE EUFORIA Y EXALTACION DURANTE LA ENTREVISTA.
- 2.- ENTUSIASMO COMO CARACTERISTICA HABITUAL Y/O APROPIADA A LA CIRCUNSTANCIA DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA.
- 3.- EXALTACION LEVE, EUFORICO. EL JUICIO DEL PACIENTE NO ESTA ALTERADO.
- 4.- EXALTACION MARCADA, ALTERACIONES MODERADAS EN EL JUICIO, PENSAMIENTO Y CAPACIDAD INTROSPECTIVA DEL PACIENTE. LA ENTREVISTA PRESENTA DIFICULTADES MOMENTANEAS.
- 5.- SEVERA EXALTACION: RISA CONTAGIOSA, CHISTES, FUGA DE IDEAS, ALTERACIONES SEVERAS EN EL JUICIO.

SI CALIFICA 3 O MAS CONSIGNE UN EJEMPLO:

3.7.-APLANADO, INCONGRUENTE

- 1.- ESTADO DE ANIMO SIN INCONGRUENCIA NI APLANAMIENTO.
- 2.- LAONICO CON RESPECTO A ALGUNOS TEMAS AFECTIVOS PERO COMO CARACTERISTICA HABITUAL.
- 3.- FALTA DE RESPUESTA EMOCIONAL CLINICAMENTE SIGNIFICATIVA AL DISCUTIR TEMAS DE IMPORTANCIA O ALGUNAS RESPUESTAS EMOCIONALES INCONGRUENTES DURANTE LA ENTREVISTA.
- 4.- FALTA IMPORTANTE DE RESPUESTA EMOCIONAL, FRIALDAD, DESAPEGO, INCAPACIDAD PARA TRANSMITIR SENTIMIENTOS, RETRACCION DE CONTACTOS AFECTIVOS, O MUESTRA PREOCUPACION REALISTA ACERCA DEL FUTURO Y DA RESPUESTAS FRACAMENTE INCONGRUENTES.
- 5.- NINGUNA RESPUESTA EMOTIVA ADECUADA, INCONGRUENCIA IDEOAFECTIVA SEVERA.

SI CALIFICA 3 O MAS, CONSIGNE UN EJEMPLO:

3.8.-INTERPRETACIONES ERRONEAS, TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO Y DELIRIOS.....

- 1.- SIN ANORMALIDADES EN ESTA AREA
- 2.- CREENCIAS EXCENTRICAS E INTERPRETACIONES ERRONEAS TRIVIALES Y CULTURALES: APROXIMACIONES EN LA SINTAXIS NO DEBIDAS A TRASTORNOS DEL PENSAMIENTO. SUPERSTICIONES.
- 3.- IDEAS SOBREALORADAS. IDEAS SIMPLES DE REFERENCIA; ERRORES DE JUICIO EVIDENTES, PERCEPCIONES DELIRANTES Y ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO LEVES COMO RESPUESTA INADCUADA EN FORMA AISLADA.
- 4.- DELIRIOS: CULPA, NIHILISTAS, CELOTIPIAS Y OTROS QUE ALTERAN LA COMUNICACION EN FORMA MOMENTANEA.
- 5.- DELIRIOS SEVEROS QUE AFECTAN LA CONDUCTA Y LA COMUNICACION INTENSAMENTE A LO LARGO DE LA ENTREVISTA.

SI CALIFICA CON 3 O MAS, CONSIGNE UN EJEMPLO:

3.9.-ALUCINACIONES.....

- 1.- AUSENCIA DE ALUCINACIONES.
- 2.- EXPERIENCIAS PERCEPTUALES NO PATOLOGICAS: HIPNAGOGICAS E ILUSIONES TRANSITORIAS.
- 3.- ALUCINACIONES ELEMENTALES (RUIDOS DE MAQUINARIA, ZUMBIDOS).
- 4.- ALUCINACIONES OCASIONALES (1 O 2 VECES POR SEMANA) DURANTE EL ULTIMO MES.
- 5.- ALUCINACIONES FRECUENTES (3 O MAS VECES POR SEMANA) QUE AFECTAN INTENSAMENTE LA VIDA DEL SUJETO, O ALUCINANDO DURANTE LA ENTREVISTA.

IDENTIFICAR CON UNA X EL TIPO DE ALUCINACION:

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ELEMENTALES | <input type="checkbox"/> AUDITIVAS |
| <input type="checkbox"/> VISUALES | <input type="checkbox"/> OLFATORIAS |
| <input type="checkbox"/> OTRAS | |
-

SI CALIFICA 3 O MAS, CONSIGNE UN EJEMPLO:

3.10.-ALTERACIONES EN EL INTELECTO Y DAMO ORGANICO.....

- 1.- AUSENTE. NO EXISTEN ALTERACIONES EN EL INTELECTO O DAMO ORGANICO.
- 2.- FALLAS DE MEMORIA NO SIGNIFICATIVA O INTELIGENCIA LIMITROFE, SIN EVIDENCIA DE SUBNORMALIDAD MENTAL.
- 3.- DAMO ORGANICO LEVE: DISMNESIA: OLVIDA FECHA, NOMBRES, NO ALCANZA METAS AL INTENTAR VARIAS ACCIONES Y LO CONSIDERA COMO UN CAMBIO DE SU FUNCIONAMIENTO HABITUAL E INTERFIERE DISCRETAMENTE EN SU DESEMPEÑO; O SUBNORMALIDAD MENTAL DISCRETA QUE HA REQUERIDO EDUCACION ESPECIAL.
- 4.- DAMO ORGANICO MODERADO. DISMNESIA: ESTA INCAPACITADO PARCIALMENTE EN SU FUNCIONALIDAD HABITUAL Y HACE ESFUERZOS PARA COMPENSAR SU TRASTORNO DE MEMORIA (POR EJEMPLO: TIENE QUE APUNTA LAS COSAS QUE ANTES RECORDABA). ES CAPAZ DE REALIZAR ALGUNOS CALCULOS SIMPLES EN ALGUNOS CASOS, O SUBNORMALIDAD MENTAL MODERADA. TIENE PROBLEMAS EN LA ATENCION, QUE PUEDEN SER FLUCTUANTES.
- 5.- DAMO ORGANICO GRAVE. DISMNESIA: ESTA TOTALMENTE INCAPACITADO DEBIDO A PROBLEMAS DE MEMORIA, ORIENTACION Y JUICIO, INTENSAMENTE AFECTADO, O SUBNORMALIDAD MENTAL GRAVE.

SI CALIFICA 3 O MAS, CONSIGNE UN EJEMPLO:

3.11.-EXCESIVA PREOCUPACION POR LAS FUNCIONES CORPORALES.....

- 1.- SIN ALTERACIONES O LA PREOCUPACION ESTA BIEN SUSTENTADA
- 2.- EL PACIENTE ESTA UNICAMENTE PREOCUPADO PERO NO MUY LESTO, O EXISTE DUDA EN EL ENTREVISTADOR.
- 3.- PREOCUPACION PATOLOGICA SECUNDARIA A ESTADOS DE ANSIEDAD, DEPRESION U OTROS SINTOMAS PSICOLOGICOS.
- 4.- GRADO MARCADO DE PREOCUPACION. EL PACIENTE HABLE CONSTANTEMENTE DE SUS SINTOMAS.
- 5.- SE MUESTRA DELIRANTE.

SI CALIFICA 3 O MAS CONSIGNE UN EJEMPLO:

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

3.12.- CONTENIDO DEPRESIVO DEL PENSAMIENTO.....

- 1.- AUSENCIA DE PENSAMIENTOS DEPRESIVOS.
- 2.- TENDENCIA PESIMISTA NO PATOLOGICA.
- 3.- PENSAMIENTO DEPRESIVO PATOLOGICO LEVE (AUTODEPRECIACION, CULPA Y DESESPERANZA).
- 4.- IDEAS DEPRESIVAS INTENSAS Y FRECUENTES (AUTODEPRECIACION, CULPA, PUEDEN PRESENTARSE IDEAS SUICIDAS ESTRUCTURADAS, RUMIACION PERSISTENTE DE QUE TODO TERMINE O DESESPERANZA SEVERA).
- 5.- CONTENIDOS DELIRANTES DEPRESIVOS: NIHILISTAS, CULPA Y AUTODEVALUATORIOS. INTENTOS DE SUICIDIO.

IDENTIFIQUE CON UNA X EL TIPO DE CONTENIDO DEPRESIVO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AUTODEPRECIACION | <input type="checkbox"/> IDEAS SUICIDAS |
| <input type="checkbox"/> CULPA PATOLOGICA | <input type="checkbox"/> ACTOS SUICIDAS |
| <input type="checkbox"/> DESESPERANZA | |
- SI CALIFICA 3 O MAS CONSIGNE UN EJEMPLO:
-

4.- IMPRESIONES DIAGNOSTICAS.

4.1.- CONFIABILIDAD DE LA INFORMACION.....

- 1.- BUENA
- 2.- REGULAR
- 3.- POBRE

4.2.- PUNTAJE DE SEVERIDAD.....

4.3.- DIAGNOSTICO.

CODIGO
(CIE-9)

PRINCIPAL _____

ASOCIADO _____

RASGOS DE PERSONALIDAD _____



4.4.- TOTAL GLOBAL DE SEVERIDAD.....

- 1.- SUJETO ASINTOMATICO EN SU DIMENSION MENTAL.
- 2.- PRESENTA ALTERACIONES EMOCIONALES O PSICOLOGICAS PERO NO AMERITAN TRATAMIENTO PSIQUIATRICO PORQUE NO SON SUFICIENTEMENTE INTENSAS O SE CONFUNDEN CON UNA ESTRUCTURA CARACTEROLOGICA.
- 3.- SINTOMATOLOGIA MODERADA. NO COMPLICADA. REQUIERE AYUDA EN CONSULTA EXTERNA.
- 4.- NECESITA AYUDA PSIQUIATRICA FORZOSAMENTE EN CONSULTA EXTERNA, E INCLUSO PODRIA BENEFICIARSE CON INTERNAMIENTO, AUNQUE NO ES INDISPENSABLE.
- 5.- EL SUJETO REQUIERE HOSPITALIZACION PSIQUIATRICA FORZOSAMENTE.

4.5.- NOMBRE DEL ENTREVISTADOR. _____

Observaciones: _____

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Woodruff H.A. Jr., Guse S.B., Goodwin D.V.: El diagnóstico en psiquiatría. México: Manual Moderno, 1978: 2-4.
- 2.- Freud S.: Obras completas. 4; Madrid: Biblioteca Nueva, 1981: vol. 3 - 2091-2100.
- 3.- Sánchez Báez J. J.: Epidemiología de la Depresión. Trabajo presentado en el I curso Monográfico sobre Depresión en el Hospital Regional 20 - de Noviembre. ISSSTE, México, Julio 1982.
- 4.- Ebbán M., Medina Mora M.E., Paldón O., Padilla P.: Sensibilidad del - Cuestionario General de Salud de Goldberg para detectar la evolución de pacientes en tratamiento psiquiátrico. Salud Mental, VII, 7, No. 3: -- 68-71.
- 5.- Campillo Serrano C., Caraveo Anduaga J., Medina Mora M., Martínez Lanza P.: Confiabilidad entre clínicos utilizando la "Entrevista Psiquiátrica Estandarizada" de Goldberg en una versión mexicana. Acta psiquiat.- paico. Amér. lat., 1981; 27: 44-53.
- 6.- American Psychiatric Association: DSM-III-R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona: Masson, 1980.
- 7.- Weissman M.M., Leaf P.J., Tischler G.L., Blaser D.G., Karme M., Bruce M.L., Florio L.P.: Affective disorders in five United States communities. Psychol. Med., 1988; 18 (3). 141-53.
- 8.- Dhadphale M., Cooper G., Cartwright Taylor L., : Prevalence and presentation of depressive illness in a primary health care setting in Kenya. Am. J. Psychiatry, 1989; 146 (5). 659-61.
- 9.- Zung W.W., Madruder Habib K., Vélez R., Alling W.: comorbidity of anxiety and depression in general medical patients: a longitudinal study. J. Clin. Psychiatry, 1990; 51 Suppl. 80.

- 10.- Angst J.: Epidemiología reciente de los trastornos afectivos. Trabajo presentado en el simposio "La depresión hacia el año 2000" durante el XII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Acapulco, Noviembre 1991.
- 11.- Angst J.: Epidemiology of depression. *Psychopharmacology*, 1992: -- 106 Suppl. S71-4.
- 12.- Wittchen H.U., Kessler C.A., Von Zerssen D., Krieg J.C., Zaudig M.: Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-Up Study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 1992: 241 (4). 247-58.
- 13.- González S.: Aspectos clínicos de la depresión. Trabajo presentado en el simposio "Nuevos horizontes en el tratamiento de la depresión" llevado a cabo durante el Congreso Nacional de Psiquiatría Biológica. Acapulco, Octubre 1990.
- 14.- Berlanga Cisneros C.: Importancia de la comorbilidad en depresión. Trabajo presentado en el simposio "La depresión hacia el año 2000" durante el XII Congreso Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana. Acapulco, Noviembre 1991.
- 15.- Keller M.E., L.A. Baker: Bipolar disorder: epidemiology, course, - diagnosis and treatment. *Bull. Menninger Clin.*, 1991: 55 (2) -- 172-81.
- 16.- Padilla Galina P., Sánchez Més J., Gómez Espinosa M., Fuschel Regina C.: La entrevista clínica (estandarizada) para la confirmación de caso psiquiátrico. (versión modificada y adaptada para México a partir de la entrevista psiquiátrica de Goldberg). Trabajo inédito.