



11244

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"

PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES
CON SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO
DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA Y REUMATOLOGIA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN: REUMATOLOGIA
P R E S E N T A :
DR. LUCIO VENTURA RIOS

ASESOR DE TESIS:
DR. ARNOLDO KRAUS WEISMAN



[Firma]



MEXICO, D. F.

SUBDIVISION DE INVESTIGACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

2003

2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: LUCIO VENTURA RIOS

FECHA: 05-ENERO-2004

FIRMA: *L. Rios*

AGRADECIMIENTOS

A mi querida esposa por ser leal compañera.

A mis hijos, Eduardo y Ximena por ser el motor de mi vida.

A mis padres y hermanos por sus muestras de amor incondicional.

A mis amigos por su solidaridad en tiempos adversos y compañía constante.

A Dios por permitirme vivir y cumplir mis anhelos.

A todos aquellos que a lo largo de mi vida me han mostrado solidaridad, simpatía y compañerismo.

A mis queridos MAESTROS por la oportunidad de enseñarme además de Reumatología a brindar respeto, afecto y dedicación a los pacientes.

AGRADECIMIENTO ESPECIAL A:

MARIA DEL CARMEN FLORES

DR. ALDO SUAREZ

DR. ANTONIO R. VILLA

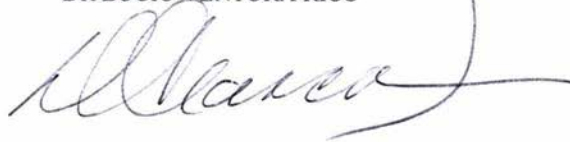
**INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"SALVADOR ZUBIRAN"**

**PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN SINDROME
DE SJÖGREN PRIMARIO**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
REUMATOLOGIA**

**P R E S E N T A
DR LUCIO VENTURA RIOS**



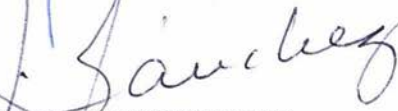
**DR DONATO ALARCON SEGOVIA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION REUMATOLOGIA**



**DR JORGE ALCOCER VARELA
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA**



**DR ARNOLDO KRAUS WEISMAN
ASESOR DE TESIS**



**DR JORGE SANCHEZ GUERRERO
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE INMUNOLOGIA Y REUMATOLOGIA**



**DR LUIS ESCANGA DOMINGUEZ
DIRECTOR DE ENSEÑANZA**



**INCMNSZ
INSTITUTO NACIONAL
DE CIENCIAS MEDICAS Y NUTRICION
"DR. SALVADOR ZUBIRAN"
DIRECCION DE ENSEÑANZA
México, D.F.**

INDICE

	PAGINA
INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	5
PACIENTES Y METODOS	6
Instrumentos y Escalas de Medición	8
RESULTADOS	9
DISCUSION	18
CONCLUSIONES	20
BIBLIOGRAFIA	21
ANEXOS	
1 Carta de consentimiento informado	23
2 Cuestionario de datos generales	24
3 Escala de Depresion del centro de Estudios epidemiológicos (CES-D)	25
4 Escada de Depresión y Ansiedad para Hospital	26
5 Inventario de Beck	28
6 Escala de Depresión de Hamilton	30

INTRODUCCION

La depresión es el trastorno psicológico que más comúnmente se asocia a enfermedades crónicas y es una de las enfermedades que más ha sido estudiada en reumatología (1). En las últimas décadas se publicaron por lo menos 11 estudios que apoyan una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre pacientes con enfermedades reumáticas que en la población general (2). La depresión se asocia a disminución en la actividad física, pobre adherencia al tratamiento y menor utilización de los servicios de salud, lo que en conjunto puede afectar adversamente el tratamiento de las enfermedades reumáticas (3). Sin embargo, el estudio de depresión en las enfermedades reumáticas es difícil, debido a que frecuentemente se acompaña de síntomas somáticos que se superponen o semejan síntomas de algunas enfermedades como artritis reumatoide. Incluso pueden amplificar los datos de la enfermedad favoreciendo que tanto el paciente como el médico atribuyan el empeoramiento de los síntomas a la enfermedad reumática (4).

La depresión es una patología incapacitante. Wells, en 1989, demostró que los pacientes con un trastorno depresivo o con síntomas depresivos aún en ausencia de alguna enfermedad, tuvieron un estado funcional similar o peor que los pacientes con una de 8 enfermedades crónicas, incluyendo a la artritis reumatoide; cuando los síntomas depresivos acompañaron una de las 8 enfermedades el deterioro funcional fue mayor (5).

Hay problemas metodológicos que dificultan la interpretación de la prevalencia de depresión en enfermedades reumáticas debido a errores conceptuales. Las dos formas principales de aproximación al fenómeno de lo depresivo son : 1) la nosografía psiquiátrica que mediante criterios estandarizados para diferenciar distintas entidades, sirve de base para entrevistas estructuradas o semiestructuradas y, 2) la evaluación de los síntomas depresivos mediante la utilización de instrumentos y escalas de medición. Ambos métodos han sido empleados en pacientes reumáticos, aunque la mayor parte de la literatura se ha basado en estas últimas, las cuales contienen múltiples preguntas que representan síntomas comunes de depresión. Las escalas son útiles para identificar prevalencia de sintomatología en diferentes poblaciones así como personas que podrían tener mayor riesgo de una enfermedad depresiva; sin embargo, tienen menor especificidad que las entrevistas diagnósticas (2, 6).

Entre los instrumentos usados en pacientes reumáticos se encuentran el inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI), la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D), el inventario para la depresión de Beck (BDI), la escala de depresión y ansiedad para hospital (HAD) y la escala de depresión de Hamilton (2).

Las enfermedades reumáticas más estudiadas en relación a enfermedad depresiva son AR, LEG, fibromialgia y osteoartritis (7). En relación a artritis reumatoide, diversos estudios han mostrado resultados controversiales sobre la prevalencia de depresión, sobre todo, cuando el análisis se hace a la luz del resto de parámetros clínicos de la enfermedad. Pincus (8) y Callahan (9) en estudios diferentes, utilizando MMPI y CES-D concluyeron que los puntajes elevados para hipocondrías, depresión e historia, reflejaban más la presencia y severidad de la AR, que una alteración emocional como tal. Hawley y Wolfe (10) usando CES-D en 400 pacientes con AR demostraron que el desarrollo de depresión estaba relacionado con factores socioeconómicos y no con factores clínicos; De Vellis y Blalock al aplicar CES-D concluyeron que por la sobreposición de síntomas somáticos de la depresión con aquellos de la AR, la utilización de esta prueba podría sobreestimar la prevalencia y severidad de la depresión. Katz y Yelin (2) en una población de 822 pacientes con AR durante un período de 3 años y mediante los datos del panel de estudio de esta, encontraron una prevalencia de 15 a 17% de pacientes con síntomas depresivos.

Olsen y colaboradores en una población de 71 pacientes con LEG, observaron asociación entre la presencia de síntomas depresivos y actividad de la enfermedad a nivel del sistema nervioso central y síndrome de Sjögren secundario en el 29%; no hubo correlación con actividad de la enfermedad en otros sitios (11).

Roca y colaboradores en 1996 determinaron la prevalencia de síntomas depresivos en 44 pacientes con esclerosis generalizada aplicando el inventario de depresión de Beck, el cuestionario de investigación de salud y la escala de ajuste psicosocial a la enfermedad. El 48% tuvieron depresión leve y 17% depresión moderada a severa; observaron una relación estadísticamente significativa entre depresión y aspectos de personalidad, ajuste psicosocial a la enfermedad y carencia de apoyo social (12).

El síndrome de Sjögren primario es un padecimiento inflamatorio crónico que afecta principalmente las glándulas exócrinas y que usualmente se manifiesta por xerostomía y xeroftalmía; puede ser primario o secundario dependiendo de su

asociación o no con otras enfermedades autoinmunes. Las manifestaciones extraglandulares son debidas a infiltrado linfocitario y de células plasmáticas en casi cualquier órgano. Se han encontrado infiltrados linfoides en pulmón, hígado, piel y riñón (13). El síndrome de Sjögren primario como varias de las enfermedades autoinmunes puede asociarse a trastornos afectivos y a depresión; algunos investigadores han reportado una reducción en el contacto social del paciente, aún en ausencia de incapacidad física, relacionada a la apariencia que creen tener por su enfermedad (11). La depresión no ocurre puramente como una respuesta a estrés social sino que puede ser una manifestación del padecimiento. Se desconoce la prevalencia de síntomas depresivos en esta enfermedad.

OBJETIVOS

1.- Establecer la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con síndrome de Sjögren primario en forma prospectiva en pacientes ambulatorios atendidos en el servicio de reumatología e inmunología del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

2.-Comparar la utilidad y eficacia de 3 escalas para depresión en este grupo de pacientes, tomando como estándar de oro la escala de depresión de Hamilton.

PACIENTES Y METODOS

Se incluyeron pacientes con diagnóstico de síndrome de Sjögren primario de acuerdo a los criterios de San Diego que consisten en una combinación de características clínicas y de laboratorio que incluyen la evidencia objetiva de queratoconjuntivitis seca y de un trastorno sistémico autoinmune manifestado por autoanticuerpos característicos y biopsia de glándulas salivales menores. Estos criterios excluyen pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana o alguna otra infección retroviral, infección por hepatitis B o C, sarcoidosis, neuropatía autonómica, síndrome de Fibromialgia, amiloidosis, y otras enfermedades que infiltran las glándulas salivales y lagrimales. Muchos pacientes tienen síntomas significativos de sequedad de ojos y boca, sin embargo no cumplen los criterios del complejo de sequedad. Se seleccionaron pacientes que cumplieron con 2 de los 3 siguientes criterios:

1.-Queratoconjuntivitis sicca corroborada por:

- a) prueba de Schirmer positiva (<de 5 mm en 5 minutos) y /o
- b) tinción de rosa de Bengala positiva de acuerdo a la descripción de Bloch y cols (14)

2.-Afección de glándulas salivales demostrada por:

- a) sialografía anormal de parótidas según descripción de Alarcón-Segovia y cols (15)
- b) gamagrafía anormal de parótidas según descripción de Alarcón-Segovia y cols (16) y/o
- c) biopsia de glándula salival menor con evidencia de sialoadenitis según descripción de Tarpley y cols (17)

3.-Evidencia por laboratorio de autoinmunidad:

- a) factor reumatoide positivo por nefelometría
- b) anticuerpos antinucleares positivos por inmunofluorescencia indirecta y/o
- c) anticuerpos anti-Ro o La positivos por ELISA.

Se excluyeron a los pacientes que no desearon participar en el estudio. Se eliminaron a aquellos que a pesar de haber firmado la carta de consentimiento para participar en el estudio, decidieron no continuar con la entrevista con el Psiquiatra o no completaron las repuestas de los cuestionarios aplicados, debido a que uno de los propósitos del estudio fue comparar 3 escalas de depresión con la escala de depresión de Hamilton que se especifica adelante. Para el análisis estadístico era necesario que los pacientes contestaran completamente los cuestionarios.

La evaluación se realizó el mismo día que el paciente acudió a consulta regular; se les propuso formar parte del estudio mediante una carta de consentimiento (anexo 1). Posterior a la firma de la carta, se les aplicó un cuestionario general para conocer edad, sexo, estado civil, nivel socioeconómico, si existía o no dependencia económica, presencia de síntomas y signos asociados a la enfermedad, actividad extraglandular, tratamiento recibido y estudios paraclínicos relevantes, al igual que una escala visual análoga (EVA) para valorar el estado anímico del paciente al momento de la entrevista. (anexo 2) . Posteriormente fueron evaluados dentro de la misma área de consulta por dos psiquiatras quienes aplicaron las diferentes escalas.

ANALISIS ESTADISTICO: Los resultados clínicos se expresan en medias. Se utilizó prueba exacta de Fisher para evaluar la asociación entre las escalas.

INSTRUMENTOS Y ESCALAS DE MEDICION

El Center for Epidemiological Studies-Depression measure (CES-D) fué originalmente diseñado para utilizarse en estudios extensos, para lo cual ha demostrado excelentes propiedades psicométricas (6). El instrumento consta de 20 reactivos, representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva. Su aplicación implica que el paciente marque la cantidad de días que se sintió molesto, deprimido, feliz, triste, etc , durante la semana previa a la aplicación del instrumento (anexo 3). Ha sido utilizada en estudios comunitarios en Estados Unidos y otros países (18,30,32). En la mayoría de los estudios el CES-D ha demostrado que cuenta con las características psicométricas necesarias, de tal manera que puede aplicarse prácticamente a cualquier población .

La Escala de Ansiedad y Depresión para Hospital (HAD) es un instrumento específicamente desarrollado para pacientes con otras enfermedades asociadas, el cual pretende eliminar reactivos somáticos, potencialmente contaminantes (19). Los puntos de corte para ansiedad o depresión según sus autores son 8 respuestas afirmativas como sugerentes de una presencia probable del trastorno emocional y de 11 como indicadores más seguros de éste. Ha sido validado en el instituto Mexicano de Psiquiatría (anexo 4).

El inventario para depresión de Beck está formado por 21 preguntas, mide aspectos afectivos, cognitivos y síntomas somáticos de depresión, incluyendo pesimismo, sentido de falla, satisfacción, autocrítica, ideación suicida, tendencia a llorar, irritabilidad, interés en otra persona, esfuerzo requerido para el trabajo, sueño, fatiga, apetito, pérdida de peso e interés sexual, entre otros (20) (anexo 5).

La escala de depresión de Hamilton es una de las más antiguas y utilizada, consta de una entrevista clínica, con la ventaja sobre las simples escalas o cuestionarios en que el médico realiza una historia psicosocial detallada y con ello puede conocer el estado psicológico del paciente. Por tal razón en este estudio se utilizó como estándar de oro y se comparó con las otras escalas (21,31) (anexo 6).

RESULTADOS

Se estudiaron 29 pacientes de los cuales se excluyeron 4 por dejar inconclusas las respuestas de alguna de las escalas; los 25 restantes tuvieron una edad media de 54 años (37-70), Todas fueron del sexo femenino; el 76% de las pacientes estaban casadas, 16% viudas y 8% solteras. Del total sólo 2 (18%) estaban desempleadas. En relación a escolaridad, 3 (12%) no tenían ningún grado de estudios, 8 (32%) tenían primaria, 3 (12%) secundaria, 3 (12%) preparatoria y 8 (32%) licenciatura; ochenta por ciento de las pacientes se dedicaban al hogar, 3 (12%) eran maestras de primaria, 1 (4%) era secretaria y 1 (4%) licenciada en comercio (Ver tabla 1). La evolución media de la enfermedad fué de 8.5 años. Siete (28%) de las pacientes eran económicamente independientes y de las restantes, 10 (44%) dependían del cónyuge, 6 (24%) de los padres y 1 (4%) de hijos.

Los síntomas más comunes fueron en orden decreciente : disminución en lagrimeo (80%), sensación de cuerpo extraño ocular (64%), adherencia de alimentos a la mucosa oral (64%), dificultad para masticar (60%), fotofobia (53%), disfonía (44%) y disgeusia (44%). Respecto a los signos predominaron, disminución de la poza salival (96%), xeroftalmía (88%), hiperemia conjuntival (48%), caries dental (40%), crecimiento parotídeo (36%). Una paciente (4%) tuvo polineuropatía periférica de extremidades inferiores como manifestación extraglandular (tabla 2).

El 48 % (12) de los pacientes refirieron estar deprimidos y 68% (17) manifestaron estar preocupadas por diferentes motivos: salud propia o de familiares, económicos, conflictos familiares, etc. La media de la EVA fue de 6.

La prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo a las diferentes escalas fue la siguiente: 40% por la escala de depresión de Hamilton, 68% por CES-D, 55% por inventario para depresión de Beck, y 4% por la escala de depresión de HAD. El 40% de las pacientes tuvo ansiedad por la escala de HAD (gráfica 1). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la escala de depresión de Hamilton (EDH) y CES-D ($p=.002$), así mismo, entre EDH y el inventario para depresión de Beck ($p= .02$). No hubo asociación entre EDH y la escala de depresión de HAD ($p=.44$); sin embargo fué significativa la asociación entre EDH y la escala de ansiedad de HAD ($p=.004$) (tabla 3). La falta de una asociación significativa entre la Escala de depresión de Hamilton y Escala de depresión para Hospital probablemente se relacione a que el HAD elimina reactivos somáticos -

que potencialmente pueden incrementar las respuestas de depresión y sobreestimarla. La correlación significativa encontrada entre EDH y CES-D probablemente se debe a que el CES-D incluye reactivos representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva cercana a lo que se observa con la entrevista clínica del psiquiatra. Así mismo el inventario de Beck correlacionó significativamente con la EDH por los reactivos que cubren aspectos afectivos, cognitivos y síntomas somáticos.

Las pacientes con una evolución más prolongada de la enfermedad tuvieron mayor prevalencia de síntomas depresivos en todas las escalas (media por HAM 9.45 vs 7.78 años, CES-D 8.82 vs 7.87, Beck 8.9 vs 8.0, HAD-depresión 10 vs 8.4 respectivamente). (gráfica 2)

La asociación entre autopercepción de depresión y la detección de síntomas depresivos fué significativa con la escala de depresión de Hamilton ($p = .02$), no así con CES-D y HAD-depresión ($p = .32680$ y $p = .11432$, respectivamente). También hubo asociación entre autopercepción de depresión y ansiedad por la escala de HAD ($p = .07$). La mejor correlación de EDH con autopercepción de depresión y la detección de síntomas depresivos quizá está directamente relacionada a la intervención del Psiquiatra para conocer el estado psicológico del paciente. (gráfica 3)

Las pacientes con mayor nivel socioeconómico (NSE) mostraron menor prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo a las escalas CES-D, HAD-ansiedad (media de 3.23 vs 2.62, 3.40 vs 2.8 respectivamente), mientras que las pacientes con menor NSE tuvieron mayor prevalencia de síntomas depresivos (media 2.85 vs 3.27, 2.0 vs 3.08 respectivamente). Por HAD no hubo diferencias entre el NSE y la prevalencia de síntomas depresivos. Se observó además que las pacientes con una escala visual análoga más baja tuvieron mayor prevalencia de síntomas depresivos (Beck: 5.64 vs 7.54, CES-D 6.05 vs 7.37, HAM 5.45 vs 7.28, HAD depresión 4.00 vs 6.58, HAD-ansiedad 5.50 vs 7.13. (grafica 2). Este resultado sugiere que la escala visual análoga es útil para investigar en forma rápida síntomas depresivos en los pacientes. (gráfica 4)

No hubo asociación significativa entre prevalencia de síntomas depresivos con variables clínicas o demográficas; 9 de las pacientes tuvieron otras enfermedades concomitantes: 3 hipertensión arterial sistémica, 1 diabetes mellitus, 2 osteoartritis, 2 hipotiroidismo y 1 glaucoma. En relación al tratamiento que recibían, 17 tomaban antiinflamatorio no esteroideo, ninguna tomaba esteroides y 1 ciclosporina A. No se observó asociación significativa entre el uso de fármacos y prevalencia de síntomas depresivos.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

Población	25
Edad media en años	54 a(37-70)
Sexo: M/F	0/25
Estado civil:	
Soltera	2(8%)
Casada	19(76%)
Viuda	4(16%)
Desempleado: Si/No	2(18%)/23(92%)
Escolaridad:	
Ninguna	3(12%)
Primaria	8(32%)
Secundaria	3(12%)
Preparatoria	3(12%)
Licenciatura	8(32%)
Evolución de enf.	8.5\pm1.2(años)

Tabla 1

CARACTERISTICAS CLINICAS

SINTOMAS

Disminución en lagrimeo	20 (80%)
Sens. cuerpo extraño ocular	16 (64%)
Adherencia de alimentos	16 (64%)
Dificultad para mastic	15 (60%)
Fotofobia	13 (53%)
Disfonía	11 (44%)
Disgeusia	11 (44%)

SIGNOS

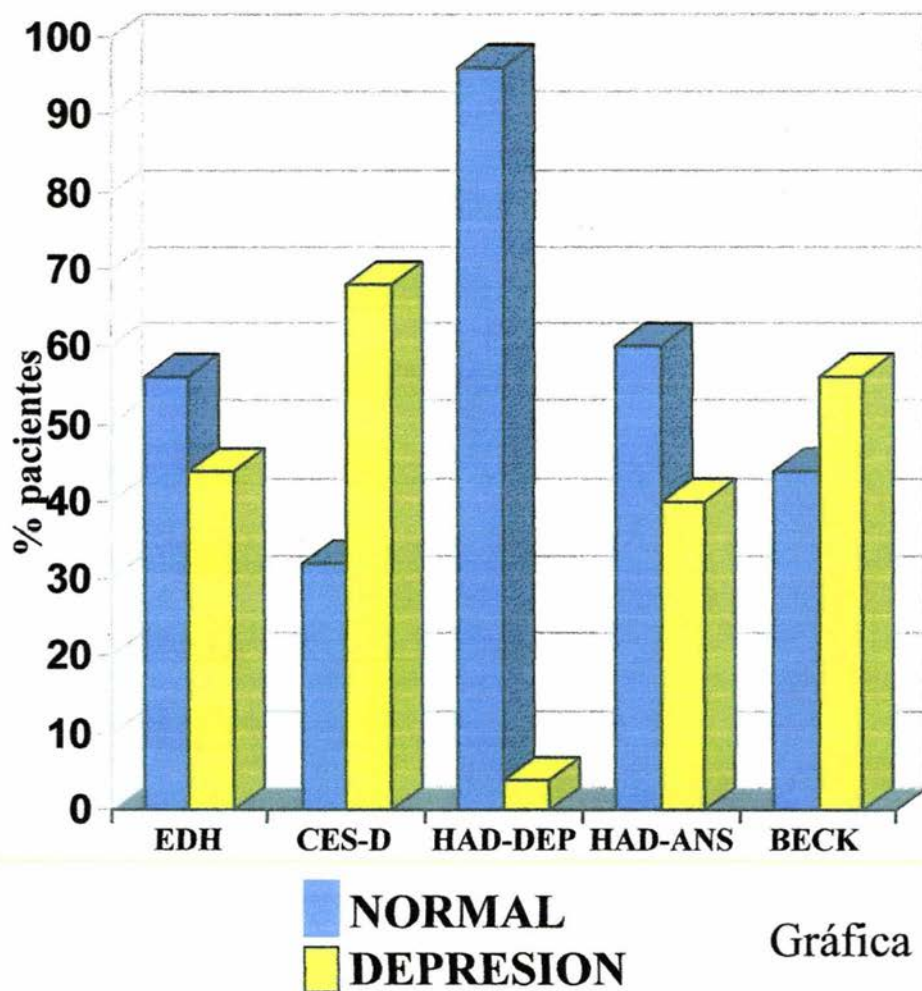
Disminución de poza salival	24 (96%)
Xeroftalmía	22 (88%)
Hiperemia conjuntival	12 (48%)
Caries dental	10 (40%)
Crecimiento parotídeo	9 (36%)
Manifestación extraglandular	1 (4%)

Prevalencia de síntomas y signos del Síndrome de Sjögren Primario en la población estudiada

Tabla 2

PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS

n=25



Gráfica 1

HAD-DEP: Escala de depresión para hospital
 HAD-ANS: Escala de ansiedad para hospital
 EDH: Escala de depresión de Hamilton
 BECK: Inventario de Beck
 CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression Measure

CORRELACION ENTRE LAS DIFERENTES ESCALAS DE EVALUACION DE DEPRESION

	Prueba exacta de Fisher	X^2
EDH vs CES-D	p=0.00236	p=.00278
EDH vs HAD-DEP	p=.24956	p=.44000
EDH vs HAD-ANS	p=.00307	p= .00483
EDH vs BECK	p= .02116	p= 0.2725

EDH: Escala de Depresión de Hamilton

HAD-DEP: Escala de depresión para Hospital

HAD-ANS: Escala de ansiedad para Hospital

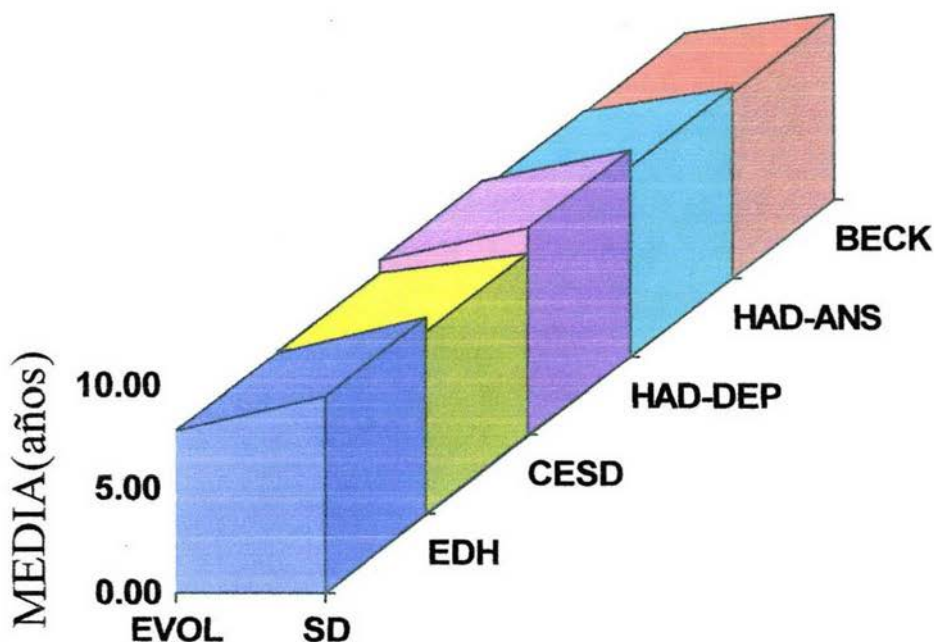
BECK: Inventario de Beck

CES-D: Center for Epidemiological Studies-Depression

Tabla 3

ASOCIACION DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON EVOLUCION DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD

15



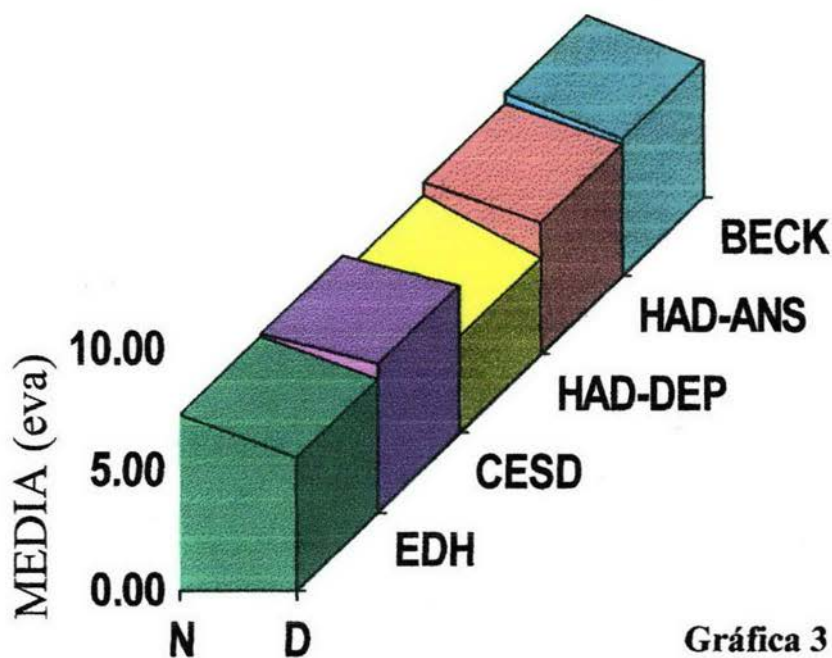
SD-Sintomas depresivos

EVOL-Tiempo de evolución de la enfermedad

Gráfica 2

Se observó una correlación significativa entre mayor tiempo de evolución de la enfermedad con mayor prevalencia de síntomas depresivos con todas las escalas

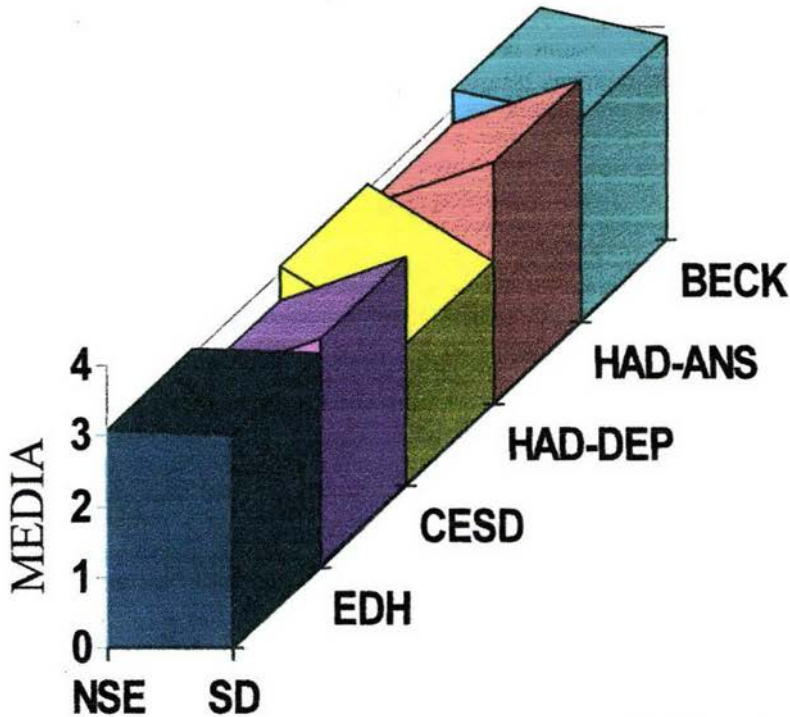
ASOCIACION DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON ESCALA VISUAL ANÁLOGA DE AUTOPERCEPCION DE DEPRESION



N-Autopercepción de depresión
D-Síntomas depresivos

Se observó una asociación significativa entre autopercepción de depresión y la detección de síntomas depresivos con la escala de depresión de Hamilton y escala de depresión para hospital ($p=0.02$ y 0.07 respectivamente). Con las otras escalas no hubo correlación significativa.

ASOCIACION DE SINTOMAS DEPRESIVOS CON NIVEL SOCIOECONÓMICO



Gráfica 4

NSE: Nivel socioeconómico
SD: Síntomas depresivos

De acuerdo a las escalas CES-D y HAD-Ansiedad las pacientes con menor nivel socioeconómico mostraron mayor prevalencia de síntomas depresivos. Con la escala de depresión de Hamilton e Inventario de Beck no hubo diferencias. La escala de depresión para Hospital (HAD-Dep) mostró que las pacientes de mayor nivel socioeconómico tuvieron menos prevalencia de síntomas depresivos.

DISCUSION

Las características clínicas de la población estudiada son similares a la reportada en diversos estudios publicados (12,13). Los pacientes generalmente son mayores de 50 años y más del 90% son mujeres (23). La prevalencia de síntomas depresivos en el síndrome de Sjögren primario no ha sido estudiada a pesar de que se sabe que la depresión es importante en pacientes con otras enfermedades reumáticas y contribuye a una mayor incapacidad. En nuestro estudio se encontró que el 40% de las pacientes tuvieron síntomas depresivos por la escala de depresión de Hamilton, un porcentaje mayor del encontrado en otras enfermedades como artritis reumatoide donde se ha reportado entre 15 y 25% y recientemente en esclerosis generalizada progresiva del 17%. (20,24,25,12). Encontramos una alta prevalencia de síntomas depresivos con la escala de CES-D y el inventario para depresión de Beck (68 y 55% respectivamente).

La interpretación de estos resultados es difícil al igual que lo reportado en la literatura debido a que las manifestaciones de depresión como fatiga y trastornos del sueño, entre otras, se sobreponen e incluso pueden magnificar las manifestaciones clínicas de las enfermedades reumáticas (26). Pincus, y Callahan en estudios independientes investigaron la forma en que las enfermedades reumáticas pueden influenciar las respuestas a preguntas de síntomas somáticos justamente sobre estas escalas, concluyendo que la inclusión de estos tipos de preguntas en los cuestionarios pueden incrementar la prevalencia estimada y la severidad de los síntomas depresivos entre la población con padecimientos reumáticos (8,9). Sin embargo, Blalock investigó el nivel de influencia de estas preguntas entre la población con artritis reumatoide y encontró que fué moderada (27). En AR Peck y colaboradores observaron que el inventario para depresión de Beck sobrevaloró la prevalencia de depresión por la inclusión de preguntas que reflejan más la severidad de la enfermedad (20).

Por otra parte CES-D tiene la desventaja de que algunas preguntas relacionadas sobre todo a trastornos del sueño, dificultad para iniciar las actividades y desesperación tienden a sobreestimar la depresión al menos en pacientes con artritis reumatoide.

Los porcentajes altos de depresión observados en nuestra población pueden estar relacionados a la inclusión de estas preguntas ya que es frecuente que los pacientes con síndrome de Sjögren primario cursen con fatiga y trastornos del sueño así como fibromialgia, la cual no fué evaluada en este estudio.

La prevalencia de síntomas depresivos observada con la escala de depresión y ansiedad para hospital fué muy baja y no se asoció en forma significativa a los resultados obtenidos con las otras escalas. En un estudio de casos y controles realizado por Pincus y colaboradores en 165 pacientes con AR se observó una prevalencia del 15%, la cual fué menor a lo reportado por Wolfe (24), considerando que esta escala está relativamente libre de criterios de contaminación (25). Es probable que la ausencia de preguntas relacionadas a síntomas somáticos elimine la posibilidad de contaminación de los resultados. Por otra parte se observó una alta prevalencia de ansiedad en nuestra población, con porcentaje similar a síntomas depresivos por EDH.

Estos resultados podrían estar influenciados por el tamaño de la muestra estudiada, por lo que deben tomarse con reserva; no obstante, estos hallazgos sugieren que los síntomas depresivos pueden ser comunes entre pacientes con síndrome de Sjögren primario al igual que entre personas con otras enfermedades crónicas.

Un tiempo de evolución mayor de la enfermedad así como una baja escala visual análoga se asociaron a mayor prevalencia de síntomas depresivos, y probablemente esté relacionado a la progresión de los síntomas de la enfermedad; sin embargo ninguna variable clínica tuvo asociación significativa con los síntomas depresivos.

La depresión es una enfermedad que pocas veces es tomada en consideración por el médico, es frecuente que el paciente desarrolle deterioro en su salud y que se considere como parte de la cronicidad de la enfermedad. La cronicidad es una condición médica que demanda una profunda y continua relación entre médico y paciente, debido a que con frecuencia hay discordancia entre lo que el paciente siente respecto a su enfermedad y lo que el médico percibe o interpreta de los síntomas del paciente. Por tanto cada caso debe ser individualizado, debiendo tomarse en cuenta 3 aspectos importantes: 1) definir las prioridades del paciente en relación a incapacidad física, falta de aceptación social y deficiencia moral-personal, 2) establecer el criterio de irreversibilidad para pacientes y médicos y, 3) discutir los límites del tratamiento y el concepto de beneficio y riesgo entre el médico y paciente antes de iniciar un nuevo tratamiento para modificar la cronicidad (32). Es probable que la depresión sea una forma de sufrimiento no liberado que el paciente siente con la cronicidad de su enfermedad, por ejemplo, el paciente con artritis reumatoide que, después de muchos años de recibir el "mejor tratamiento" termina en clase funcional IV, es decir con incapacidad física total. El médico debería evaluar o medir el sufrimiento y ayudar a su paciente (33). De ello se deriva la importancia de formar grupos de apoyo y el manejo oportuno de la depresión.

CONCLUSIONES

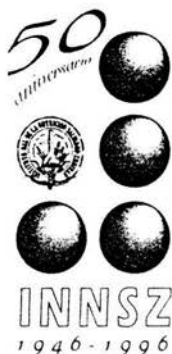
Con los resultados obtenidos con este estudio se puede concluir que la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con síndrome de Sjögren primario es alta; sin embargo, se requieren estudios en una población mayor para determinar si la depresión implica una co-morbilidad que requiere tratamiento como en otras enfermedades autoinmunes.

Las escalas que mejor correlación tuvieron con la Escala de Depresión de Hamilton fueron, CES-D e inventario de Beck, probablemente porque los reactivos de ambas escalas cubren aspectos afectivos, cognitivos y síntomas somáticos en forma cercana a lo que el psiquiatra observa durante la entrevista, por tal motivo pueden considerarse alternativas útiles en la evaluación de síntomas depresivos. Se observó pobre correlación entre la Escala de Depresión de Hamilton y Escala de depresión y ansiedad para Hospital probablemente porque elimina reactivos somáticos que potencialmente pueden incrementar la prevalencia de síntomas depresivos.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Wells KB, Golding JM, Burnam MA : Affective, substance abuse, and anxiety disorders in persons with arthritis, diabetes, heart disease, high blood pressure, or chronic lung conditions. *General Hospital psychiatry*. 1989; 11: 320-327.
- 2.-McEvoy DeVellis B: Depression in rheumatological diseases. *Bailliere's Clinical Rheumatology* 1993; 7: 241-257.
- 3.-Murphy S, Creed F and Jayson M: Psychiatry disorder and illness behaviour in rheumatoid arthritis. *B J Rheumatol*. 1988; 27: 357-363.
- 4.-Katon W, Sullivan M: Depression and chronic medical illness. *J Clin Psychiatry*. 1990; 51: 3-14.
- 5.-Wells KB, Stewart A, Hays RD: The functioning and well-being of depressed patients : results from Medical Outcomes Study. *J Am Med A*. 1989; 262: 914-919.
- 6.-Parker J, Wright G. : Psychologic assessment in rheumatology. *Rheumatic disease clinics of North America*. 1995; 21: 465- 480.
- 7.-Baum J.: A review of the Psychological aspects of rheumatic diseases. *Sem Arthritis Rheum* 1982; 11: 352-361.
- 8.-Pincus T, Callahan LF, Bradley LA, Vaughn WK, and Wolfe F: Elevated MMPI scores for hypochondria, depression, and hysteria in patients with rheumatoid arthritis reflect disease rather than psychological status. *Arthritis Rheum*. 1986; 29 : 1456-1466.
- 9.-Callahan L, Kaplan MR, Pincus T: The Beck Depression Inventory, Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D), and General Well-Being schedule Depression Subscale in rheumatoid arthritis : criterion contamination of responses. *Arthritis Care and Research*. 1991;4: 3-11.
- 10.-Hawley DJ, Wolfe F.: Depression is not more common in rheumatoid arthritis : a 10 year longitudinal study of 6 608 rheumatoid disease patients. *Arthritis care and Research*. 1991;5 S9.
- 11.-Olsen P, Golden M, Siberry G, Kiri N, Crum R, Petri M.: Depressive symptoms in patients with systemic lupus erythematosus : association with central nervous system lupus and Sjögren Syndrome. *J Rheumatol*. 1994; 21: 2039-2045.
- 12.-Roca R, Wigley F, White B.: Depressive symptoms associated with scleroderma. *Arthritis Rheum*. 1996; 39: 1035-1040.
- 13.-Talal N.: Clinical and pathogenic aspects of Sjögren's Syndrome. *Sem Clin Immunol* 1993; 6: 11-20.
- 14.-Bloch K, Buchanan W, Wohl M, et al.: Sjögren's syndrome. A clinical, pathological and serological study of 62 cases. *Medicine*. 1965;44: 187-231.

- 15.-Alarcón-segovia D, Ibañez G, Hernández J, et al.: Salivary gland involvement in disease associated with Sjögren's syndrome 1. Radionuclide and roentgenographic studies. *J Rheumatol.* 1974;1 : 159-162.
- 16.-Alarcón-segovia D, González Y, Garza L, et al.: Radioisotopic evaluation of salivary gland dysfunction in Sjögren's syndrome. *Am J Roengenol Radium Ther Nucl Med.* 1971; 112: 373-379.
- 17.-Tarpley T, Anderson L, White C. Minor salivary gland involvement in Sjögren syndrome. *Oral Surg.* 1974; 37: 64-74.
- 18.-Craig M, Van Natta.: Presence and persistence of depressive symptoms in patients and community populations. *Am J Psychiatry.* 1976; 133: 1426- 1429.
- 19.-Zigmond AS, SnaithRP.: The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatr Scand.* 1983; 67: 361-370.
- 20.-Peck J, Smith T, Ward J, Milano R.: Disability and depression in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1989; 32: 1100-1106.
- 21.-Hamilton M.:A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23: 56-62.
- 22.-Fox R.: Clinical features. Pathogenesis, and treatment of Sjögren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol.* 1996; 8: 438-445.
- 23.-Strickland R, Tesar J, Berne B, Hobbs B, Lewis D, Welton R. J: The frequency of sicca syndrome in an elderly female population. *Rehumatol.* 1985; 14; 766-770.
- 24.-Hawley D and Wolfe F.: Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis: A prospective study of 400 patients. *J Rheumatol.* 1988; 15: 932-941.
- 25.-Pincus T, Griffith J, Pearce S, Isenberg D.: Prevalence of self-reported depression in patients with rheumatoid arthritis. *B J Rheumatol.* 1996; 35: 879-883.
- 26.-Bradley LA.: Psychosocial aspects of arthritis. *Bull Rheum Dis.* 1985; 35: 1-12.
- 27.-Blalock ,De Vellis RF, Brown GK, Wallston KA.: Validity of the center for Epiemiological Studies Depression Scale in arthritis populations. *Arthritis Rheum.* 1989; 32: 991-997.
- 29.-Marino MC, Medina Mora, Chaparro JJ, González FC.: Confiabilidad y estructura factorial del CES-D en adolescentes mexicanos. *Revista Mexicana de Psicología.* 1993; 2: 141-146.
- 30.-Bech P, Allerup P, Gram LF, Reisby N, Rosemberg R, Jacobsen O, Nagy A.: The Hamilton Depression Scale. Evaluation of objectivity using logistic models. *Acta psychiat scand.* 1980M; 63: 290- 299.
- 31.-Salgado De Snyder , Maldonado M.: Características psicométricas de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. *Salud pública de México.* 1994; 36: 200-209.
- 32.-Kraus Arnoldo : Chronicity: Do We Know What it Means?. *J Clin Rheum,* 1995;1:140-142.
- 33.-Kraus Arnoldo: Suffering A vital Experience. *J Clin Rheum* 1998;4:17-21.



INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN ■ SALVADOR ZUBIRAN

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Acepto participar en el estudio "PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON SX DE SJDGREN a cargo de los doctores Aldo A. Suárez, Arnoldo Kraus, Lucio Ventura Ríos, el cual se está llevando a cabo en este Instituto.

Se me ha informado que el estudio consiste en una sola sesión en la cual se me pedirá que complete dos escalas psicológicas breves. Asimismo se me ha informado que, de requerirlo, se me informará de los resultados de estas pruebas.

Manifiesto haber recibido la información suficiente acerca de los riesgos o beneficios derivados del estudio y se me han aclarado las dudas al respecto del procedimiento de esta entrevista. Se me ha explicado que no recibiré ninguna remuneración económica por participar y que el único beneficio será el de recibir atención en caso de requerirlo. En caso de considerarlo apropiado a mis intereses, puedo abandonar el estudio en cualquier momento, sin que mi decisión afecte de ninguna manera la atención que recibo en el Instituto.

Nombre y firma: _____

Testigo: _____ Testigo: _____

México D.F. a ____ de _____ 1997.

Investigación
Tradición Servicio
Asistencia Docencia

• Vasco de Quiroga-15,
• Delegación Tlalpan
• C.P. 14000 México D.F.
• Tels. 573-12-00

SINDROME DE SJÖGREN PRIMARIO Y DEPRESION

Nombre _____ Registro _____
 Edad _____
 Sexo: F _____ M _____
 Estado civil : Soltero _____ Casado _____ Divorciado _____ Viudo _____ Unión libre _____
 Escolaridad : Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria _____ Preparatoria _____ Lic _____
 Ocupación _____
 Desempleado _____ Tiempo _____
 Nivel Socioeconómico: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____
 Usted compra sus medicamentos? sí _____ no _____
 De quien depende económicamente? _____
 Tiempo de evolución de la enfermedad: meses _____ Año (s) _____
 Sintomatología: (al momento de la entrevista)
 dificultad para masticar y deglutir alimentos: sí _____ no _____ evolución _____
 dificultad para la fonación: sí _____ no _____ evolución _____
 adherencia de alimentos a la mucosa bucal: sí _____ no _____ evolución _____
 alteraciones en el gusto: sí _____ no _____ evolución _____
 sensación de cuerpo extraño o quemazón ocular: sí _____ no _____ evol. _____
 disminución en lagrimeo : sí _____ no _____ evolución _____
 fofobia: sí _____ no _____ evolución _____
 eritema conjuntival: sí _____ no _____ evolución _____
 Signos:
 crecimiento de glándula salival: sí _____ no _____ evolución _____
 mucosa oral seca: sí _____ no _____ evolución _____
 fisuras en la lengua: sí _____ no _____ evolución _____
 disminución de la poza salival: sí _____ no _____ evolución _____
 presencia de infecciones : sí _____ no _____ evolución _____
 reducción de lágrimas: sí _____ no _____ evolución _____
 caries dental : sí _____ no _____ evolución _____
 Afección extraglandular:
 renal: sí _____ no _____ especificar _____
 pulmonar: sí _____ no _____ especificar _____
 neurológica: sí _____ no _____ especificar _____
 articular: sí _____ no _____ especificar _____
 otras afecciones: _____
 enfermedad asociada: Dx _____ evol _____
 Está deprimido actualmente? sí _____ no _____
 Cómo se siente ahora en relación al inicio de su enfermedad?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Fecha de última hospitalización: _____

Estudios de gabinete relevantes: _____

Existe algún motivo de preocupación actual? sí _____ no _____ especificar _____

Tratamiento: AINE _____ Esteroide _____

Inmunosupresor _____ Otros _____

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESION DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS (CESD)

Las siguientes afirmaciones describen formas en que la gente actúa o se siente. Por favor lee cada afirmación y encierra en un círculo el número de días (0 a 7) que te sentiste así durante la última semana.

DURANTE LA SEMANA PASADA:	Número de días:			
1. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan	0	1-2	3-4	5-7
2. No tenía hambre, no tenía apetito	0	1-2	3-4	5-7
3. Sentía que no podía quitarme la tristeza ni con la ayuda de mi familia o amigos	0	1-2	3-4	5-7
4. Sentía que era tan bueno como los demás	0	1-2	3-4	5-7
5. Tenía dificultad para concentrarme en lo que estaba haciendo	0	1-2	3-4	5-7
6. Me sentí deprimido(a)	0	1-2	3-4	5-7
7. Sentí que todo lo que hacía me costaba mucho esfuerzo	0	1-2	3-4	5-7
8. Veía el futuro con esperanza	0	1-2	3-4	5-7
9. Pensé que mi vida era un fracaso	0	1-2	3-4	5-7
10. Tenía miedo	0	1-2	3-4	5-7
11. Dormí sin descansar	0	1-2	3-4	5-7
12. Estaba feliz	0	1-2	3-4	5-7
13. Platiqué menos de lo normal	0	1-2	3-4	5-7
14. Me sentía solo(a)	0	1-2	3-4	5-7
15. Sentí que la gente era poco amigable	0	1-2	3-4	5-7
16. Disfruté de la vida	0	1-2	3-4	5-7
17. Lloraba a ratos	0	1-2	3-4	5-7
18. Me sentía triste	0	1-2	3-4	5-7
19. Sentía que no les caía bien a otros	0	1-2	3-4	5-7
20. No podía "seguir adelante"	0	1-2	3-4	5-7

ESCALA H.A.D.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

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

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

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

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

Me siento tenso (a) o nervioso (a):

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

Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:

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

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

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

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

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

Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

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

Me siento alegre:

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

Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:

- Siempre
- A menudo
- Nunca

Me siento lento(a) y torpe:

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

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

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

He perdido el interés por mi aspecto personal:

- Completamente
- No me cuido como debería de hacerlo
- Es posible que no me cuido como debiera
- Me cuido como siempre lo he hecho

Me siento inquieto como si no pudiera dejar de moverme:

- Realmente mucho
- Bastante
- No mucho
- No en absoluto

Espero las cosas con ilusión:

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

Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

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

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

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

INVENTARIO DE BECK

Este inventario consiste en una serie de 21 grupos de oraciones. Por favor lea cuidadosamente cada grupo y escoja la oración que describa mejor cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo hoy. Marque con una "x" la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso, marque sólo una. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar. Gracias.

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

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

(ESCALA DE DEPRESION HAMILTON)

(P. Bech et al. Acta Psych. Scand. suppl. Núm. 326 vol.73, 1986) (Modificada)

Página 1 de 3

Escritura legible

Con Tinta Negra

Marque todos espacios importantes

Iniciales Paciente: Núm. Paciente: Fecha de Evaluación: Día Mes AñoSemana de Evaluación: **MARQUE EL ESPACIO ADECUADO DE CADA ITEM****1. Estado de ánimo depresivo**

Este ítem incluye tanto la comunicación verbal como la no verbal de tristeza, depresión, desánimo, desamparo y desesperación.

- 0 Estado de ánimo neutro
- 1 Cuando existe duda si el paciente está más desanimado o triste de lo usual, ejem., el paciente indica vagamente estar más deprimido de lo normal.
- 2 Cuando es más evidente que el paciente está preocupado por experiencias desagradables, aunque no tenga sensación de desánimo o desesperación.
- 3 El paciente muestra señales no verbales evidentes de depresión y/o tiene momentos en los que le sobrecoge el desamparo y la desesperación.
- 4 El paciente reporta desánimo y desamparo o las no verbales dominan la entrevista en la que el paciente no puede ser distraído.

2. Auto-devaluación y sentimientos de culpa

Este ítem incluye la baja autoestima con sentimientos de culpa.

- 0 No auto-devaluación no sentimientos de culpa.
- 1 Duda sobre si los sentimientos de culpa están presentes, ya que sólo le preocupa que durante su presente enfermedad ha sido una carga para su familia o sus colegas, debido a su reducida capacidad de trabajo.
- 2 Auto-devaluación o los sentimientos de culpa son más evidentes, porque el paciente le preocupan incidentes del pasado, anteriores al episodio actual, ejem., el paciente se reprocha pequeñas omisiones o fallas por no haber cumplido con su deber o haber dañado a otros.
- 3 El paciente sufre de sentimientos de culpa más severos. Pudiera expresar que su sufrimiento actual es algún tipo de castigo. Anote 3 siempre y cuando el paciente pueda entender racionalmente que su punto de vista es infundado.
- 4 Mantiene los sentimientos de culpa con firmeza y se resiste a los argumentos contrarios, de manera que se han convertido en ideas paranoicas.

3. Impulsos Suicidas

- 0 No impulsos suicidas.
- 1 El paciente siente que la vida no vale la pena, pero no expresa deseos de morir.
- 2 El paciente desea morir, pero no piensa quitarse la vida.
- 3 Es probable que el paciente esté contemplando la idea de suicidarse.
- 4 Si durante los días previos a la entrevista el paciente ha intentado suicidarse o si el paciente está en el pabellón bajo vigilancia especial, debido a riesgo de suicidio.

4-6 Nota: Administración de fármacos, sedantes u otros, no están contemplados.

4. Insomnio Inicial

- 0 Ausente
- 1 Cuando el paciente ha tenido que estar 1 (-2) de las últimas 3 noches tendido en su cama despierto por más de 30 minutos antes de poder conciliar el sueño.
- 2 Cuando el paciente ha estado las 3 noches despierto por más de 30 minutos antes de poder conciliar el sueño.

5. Insomnio medio

El paciente despierta una o más veces entre la medianoche y las 5 a.m. (marque 0 si se duerme de inmediato)

- 0 Ausente
- 1 Una o dos veces durante las últimas 3 noches.
- 2 Por lo menos una vez cada noche.

6. Insomnio final = Despertar prematuro

El paciente despierta antes de la hora que proyectó él o su entorno.

- 0 Ausente
- 1 Menos de una hora (y se puede volver a quedar dormido)
- 2 Constantemente o más de una hora antes.

7. Trabajo e intereses

Este ítem incluye el trabajo que se lleva a cabo, así como la motivación. Sin embargo, observe que la evaluación del cansancio y la fatiga en sus manifestaciones físicas están incluidas en el ítem 13 (síntomas somáticos generales) y en el ítem 23 (cansancio y dolor).

A. En la primera evaluación del paciente

- 0 Actividad laboral normal
- 1 Cuando el paciente expresa insuficiencia debida a falta de motivación, y/o dificultad para llevar a cabo su carga de trabajo usual, sin embargo la desarrolla sin disminuirla.
- 2 Una insuficiencia más pronunciada debida a falta de motivación y/o dificultad para llevar a cabo el trabajo usual. En este caso, se ha reducido la capacidad de trabajo del paciente, no puede mantener su velocidad normal, tolera menos cosas en el trabajo o en el hogar; es posible que el paciente se quede en casa algunos días o que trate de salir más temprano.
- 3 Cuando el paciente ha estado en la lista de enfermos; o si el paciente ha estado hospitalizado (como paciente ambulatorio u hospitalización completa), pero puede participar durante algunas horas al día en las actividades del pabellón.
- 4 Hospitalización completa del paciente y éste se mantiene sin ocupación, sin participar en las actividades del pabellón.

B. Evaluaciones semanales

- 0 Actividad laboral normal
- a) El paciente ha vuelto al trabajo con su nivel de actividad normal.
- b) Cuando el paciente no tiene problemas resume su trabajo normal.
- 1 a) El paciente está trabajando, pero a un nivel de actividad reducido, debido a falta de motivación o debido a dificultades para lograr desarrollar su trabajo normal.
- b) El paciente no está trabajando y todavía existe duda sobre si podrá volver a su trabajo normal sin dificultades.
- 2 a) El paciente está trabajando, pero a niveles reducidos evidentes, ya sea por faltas de asistencia o por tiempo de trabajo reducido.
- b) El paciente aún está hospitalizado o en la lista de enfermos, participa más de 3-4 horas por día en las actividades del pabellón (o en el hogar), pero sólo puede volver al trabajo normal a un nivel reducido. Si el paciente está hospitalizado su estatus se puede cambiar de interno a paciente ambulatorio.
- 3 El paciente no puede volver a su trabajo normal, pero participa de 3 a 4 horas diarias en las actividades del pabellón. Se puede considerar el cambio de hospitalizado a ambulatorio, pero no se recomienda que se le dé de alta.
- 4 El paciente aún está en hospitalización completa y generalmente no puede participar en las actividades del pabellón.

8. Retardo (general)

- 0 Actividad verbal normal, actividad motora normal con expresión facial adecuada.
- 1 Velocidad de habla un poco reducida y con expresión facial ligeramente rígida (retardo).
- 2 Evidente reducción en la velocidad de habla con pausas; lentitud en los gestos y paso lento.
- 3 Es evidente que la entrevista se ha prolongado debido a latencias prolongadas y respuestas breves; todos los movimientos son muy lentos.
- 4 La entrevista no se puede concluir; el nivel de retardo es

9. Agitación

- 0 Actividad motora normal con expresión facial adecuada.
- 1 Ligera agitación, ejem., tendencia a cambiar de posición en la silla o a veces, rascarse la cabeza.
- 2 Inquietud; retorcer las manos, cambiar de posición en la silla una y otra vez. Intranquilidad en el pabellón con algunos paseos.
- 3 El paciente no puede permanecer en la silla durante la entrevista y/o pasea mucho por el pabellón.
- 4 La entrevista se tiene que efectuar «caminando», por continuos paseos, tira de la ropa y de sus cabellos.

10. Ansiedad (psíquica)

Este ítem incluye tensión, irritabilidad, preocupación, inseguridad, miedo y aprensión, que se aproxima a un pavor sobrecogedor. En ocasiones puede ser difícil distinguir entre la experiencia de ansiedad del paciente («fenómeno de ansiedad «psíquica» o «central») y las manifestaciones de ansiedad psicológicas (periféricas) las cuales pueden ser observadas, ejem., temblor de las manos y sudoración. Lo más importante es el reporte del paciente respecto a su preocupación, inseguridad, incertidumbre, experiencias de pavor, es decir, ansiedad psíquica («central»).

- 0 El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable de lo usual.
- 1 Existe duda sobre si el paciente está más inseguro o irritable de lo usual.
- 2 El paciente expresa con más claridad encontrarse en estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, la cual puede ser difícil de controlar. Por lo tanto, no influye en la vida diaria del paciente, ya que su preocupación aún es sobre aspectos sin importancia.
- 3 En ocasiones la ansiedad o inseguridad es más difícil de controlar, porque se preocupa por sufrir lesiones o heridas graves en el futuro, ejem., la ansiedad se puede experimentar como pánico, es decir un pavor sobrecogedor. A veces a interferido con la vida diaria del paciente.
- 4 El pavor es tan frecuente que interfiere mucho en la vida diaria del paciente.

11. Ansiedad (somática)

Este ítem incluye los concomitantes psicológicos de la ansiedad:

Todos los estados de sentimiento deben ser evaluados en el ítem 10 y no en éste.

- 0 Cuando el paciente no está más o menos propenso de lo usual a experimentar los concomitantes somáticos de los estados de ansiedad.
- 1 Cuando el paciente experimenta ocasionalmente leves manifestaciones, como síntomas abdominales, sudoración o temblor. Sin embargo, la descripción es vaga y dudosa.
- 2 Cuando el paciente experimenta de vez en cuando síntomas abdominales, sudoración, temblor, etc. Los síntomas y las señales son descriptas con claridad, pero no son notables ni le incapacitan, es decir que aún no influyen en la vida diaria del paciente.
- 3 Las concomitantes fisiológicas de los estados de ansiedad son notables y a veces, muy preocupantes. En ocasiones interfieren en la vida diaria del paciente.
- 4 Las concomitantes fisiológicas de los estados de ansiedad son numerosas, persistentes y con frecuencia, le incapacitan. Interfieren notablemente en la vida diaria del paciente.

12. Gastrointestinal

Los síntomas se pueden derivar de todo el tracto gastrointestinal. La resequead de la boca, pérdida de apetito y la constipación son más comunes que los calambres y dolores de estómago. Deben distinguirse de los síntomas de ansiedad gastrointestinales («mariposas en el estómago» o movimientos sueltos de los intestinos) y también de ideas nihilistas (ausencia de movimiento de los intestinos durante semanas o meses; los intestinos se han dañado), los cuales se deben calificar en el ítem 15 (hipocondrías).

- 0 No se queja de trastornos gastrointestinales (o los síntomas no han cambiado desde antes del inicio de la depresión).
- 1 Como sin necesidad de ser alentado por el personal, y su ingestión de comida es prácticamente normal, pero sin gusto (todos los platillos le saben igual y los cigarrillos no le saben a nada). A veces está constipado.
- 2 Reducida ingestión de comida; se tiene que alentar al paciente para que coma. Siempre sufre de constipación evidente. Con frecuencia se le dan laxantes, pero le ayudan muy poco.

13. Somáticos Generales

Dominan las sensaciones de fatiga y agotamiento, pérdida de energía. Asimismo, dolores musculares extendidos y dolores en el cuello, espalda y miembros, ejem., jaqueca muscular.

- 0 El paciente no está ni más ni menos cansado, y tampoco sufre malestares corporales más de lo usual.
- 1 Sentimientos dudosos o vagos de fatiga muscular u otros malestares somáticos.
- 2 Evidente y constante cansancio y agotamiento, y/o sufre de malestares corporales, ejem. cefalea muscular.

14. Intereses Sexuales

Este es un tema que con frecuencia es difícil de abordar, en especial con los pacientes mayores. Tratándose de hombres, intente formular preguntas concernientes a su preocupación e impulso sexual, y en el caso de las mujeres, respecto a su capacidad de respuesta (tanto para tener actividad sexual, como para obtener satisfacción en el coito).

- 0 Interés y actividad sexual como siempre.
- 1 Reducción dudosa o leve del interés y gozo sexual.
- 2 Evidente pérdida del apetito sexual. Frecuente impotencia funcional en el hombre y falta de excitación o franco desagrado en la mujer.

15. Hipocondrías

Preocupación por síntomas o funciones corporales (en ausencia de enfermedades somáticas)

- 0 El paciente no presta más atención de la normal a las leves sensaciones corporales de la vida diaria.
- 1 Ugeramente más preocupado de lo normal con síntomas y funciones corporales.
- 2 Muy preocupado por su salud física. El paciente piensa en enfermedades orgánicas con tendencia a «somatizar» la presentación clínica.
- 3 El paciente está convencido que sufre una enfermedad física que puede explicar todos sus síntomas (tumor del cerebro, cáncer abdominal, etc.), pero se deja convencer por breves períodos que no es cierto.
- 4 La preocupación de tener disfunciones corporales ha llegado a un nivel paranoico. Las alucinaciones de la hipocondría con frecuencia son nihilistas o están asociados con la culpabilidad: estarse pudriendo por dentro; insectos devorando los tejidos; los intestinos bloqueados y dañados; los otros pacientes se están infectando con el mal olor o la sífilis del paciente. Tratar de razonar con el paciente no tiene efecto.

16. Pérdida de Discernimiento

Por supuesto, este ítem sólo tiene significado si el observador tiene la certeza que el paciente al que entrevista aún se encuentra en estado depresivo.

- 0 El paciente acepta tener síntomas depresivos o una enfermedad «nerviosa».
- 1 El paciente aún acepta estar deprimido, pero siente que esto es secundario a condiciones que no están relacionadas con alguna enfermedad, como desnutrición, clima, exceso de trabajo.
- 2 El paciente niega por completo estar enfermo. Los pacientes con alucinaciones, por definición, carecen de discernimiento. Por lo tanto, las preguntas deben estar dirigidas a la actitud del paciente con respecto a sus sentimientos de culpa (ítem 2) o hipocondrías (ítem 15), pero también se deben tomar en cuenta otros síntomas alucinatorios.

17. Pérdida de Peso

Trate de obtener información objetiva; si no está disponible, sea conservador en sus estimaciones.

A. En la primera entrevista, este ítem abarca todo el período actual de la enfermedad

- 0 No hay pérdida de peso.
- 1 Pérdida de peso de 1 a 2.5 Kg.
- 2 Pérdida de peso de 3 Kg. o más.

B. En las entrevistas semanales.

- 0 No hay pérdida de peso.
- 1 Pérdida de 1/2 kilo por semana.
- 2 Pérdida de 1 kilo o más por semana.