

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA

CLÍNICA HOSPITAL “B” LOS MOCHIS, SINALOA

TÍTULO

**“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACION CON LOS
TRASTORNOS DEPRESIVOS”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.**

DR. ROSENDO MARIO SOTO GONZALEZ

MÉXICO, D.F. ENERO DE 1996



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.

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS”

TITULO

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.

DR. ROSENDO MARIO SOTO GONZALEZ

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA FACULTAD DE MEDICINA

DR. ARNULFO IRIGOYE CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY

COORDINADORA DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR U.N.A.M.

TITULO

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS”

DR. ROSENDO MARIO SOTO GONZALEZ

DR. CARLOS MARTÍN CORRAL CHAVEZ

MEDICO DE CONSULTA EXTERNA EN LA CLINICA HOSPITAL
ISSSTE
LOS MOCHIS, SINALOA

JEFATURA DE ENSEÑANZA Y EDUCACIÓN MEDICA
HOSPITAL DE GINECOPEDIATRIA No. 2 DEL I.M.S.S.
LOS MOCHIS, SINALOA

Vo.Bo.

Del Medico Asesor, Jefe de Servicios, Maestro titular del curso y Autoridades que de alguna forma participaron en la investigación

TITULO

“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS”

Dr. Rosendo Mario Soto González
Médico de Consulta Externa en la Clínica
Hospital ISSSTE, Los Mochis, Sinaloa

Dr. Carlos Martín Corral
Médico Asesor
Hospital de Gineco-pediatría No. 2 IMSS
Los Mochis. Sinaloa

Dr. José Francisco Enríquez Frías
Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

ÍNDICE GENERAL

TITULO.....	3
MARCO TEÓRICO.....:	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	9
JUSTIFICACIÓN.....	10
OBJETIVOS.....	11
HIPÓTESIS.....	12
METODOLOGÍA.....	13
RESULTADOS.....	18
ANALISIS.....	22
CONCLUSIONES.....	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS....."	24
ANEXOS.....	

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA

Factores emocionales de la Hipertensión Arterial: Independientemente de la etiología de la hipertensión arterial, se ha comprobado una asociación estrecha entre la elevación de la presión arterial y diversos estados psicológicos. Los factores ambientales como son: dieta, condiciones •sociales, cambio de vida, conflictos psicológicos y mecanismos psicológicos, contribuyen al aumento de la presión arterial. (1)

Otros factores que influyen en la hipertensión arterial esencial, son: soció-culturales, (tradiciones, estructuras sociales), factores psicológicos, como los cambios de vida y los acontecimientos traumatizantes, se han relacionado con el comienzo de la hipertensión arterial sostenida (1). La mayoría de los síntomas y la cefalea en particular, se relacionan con la ansiedad generada por el diagnóstico de hipertensión, más que en el nivel tensional, cuando por escasa relación observada entre la prevalencia de cefalea en pacientes con hipertensión recién diagnosticada y su nivel tensional. Muchos síntomas, atribuidos a la hipertensión arterial esencial, se deben a la ansiedad que genera el diagnóstico: Se observa que los hipertensos no tratados, que conocían su condición, refieren con más frecuencia que los normotensos, síntomas como cefalea matinal, depresión, visión borrosa. Estos síntomas, como la cefalea y la depresión, disminuían al descender la presión arterial (2).

El estrés, puede inducir hipertensión sostenida, quizá permanente, analizando la evolución indirecta de los individuos hipertensos y más importante aún los que probablemente presentarían hipertensión, sufren mayor estrés o responden de manera diferente (3).

Los trastornos depresivos, sobre todo los de corta duración, aumentan la tensión arterial, en sujetos años. Forman parte del mecanismo de lucha y huida. En éste proceso, los barorreceptores se activan

a nivel más elevado, y ocasionan además de la elevación arterial, un incremento en las fracciones de las lipoproteínas de baja densidad, y colesterol sanguíneo (4)

El síntoma más frecuente de la hipertensión, es la cefalea, pero es más probable conocerla, al medir la Presión Arterial de pacientes que consultan con cefalea. Muchos síntomas referidos por la hipertensión, se deben a la ansiedad de enfrentar al "Asesino silencioso" como se suele llamar a la hipertensión y que se manifiesta por episodios recurrentes de hiperventilación aguda. La cefalea de banda, los mareos, sensación de libiandad, fatiga, palpitaciones y malestar torácico, reflejan la hiperventilación recurrente, problema habitual en pacientes hipertensos, preocupados por su diagnóstico y consecuencias.

La alcalosis que sobreviene durante la hiperventilación, provoca vasoconstricción, estableciendo así el círculo vicioso: "La ansiedad por la hipertensión, causa hiperventilación recurrente, y esta eleva aún más la presión arterial". (6)

La cefalea al despertar, es de tipo occipital y puede o no ser pulsátil.

Los cambios de vida y los acontecimientos traumatizantes, se han relacionado, con el inicio de la hipertensión sostenida, además los cambios de la personalidad, son factores constituyentes a la hipertensión arterial. La actitud de un paciente hipertenso, es de ira, tensión y supresión reprimida. j Wolf y Wolf (7), encontraron que en sujetos con hostilidad reprimida o angustia, se eleva la resistencia periférica sin modificaciones del gasto cardiaco. Alexander, describió el conflicto entre los sentimientos de agresividad y dependencia hacia el objeto de agresión, y consideró la hipertensión sostenida, como un estado crítico permanente y que se desencadena emocionalmente y se expresa físicamente. (14-15)

Brod y Col (10), encontraron que la respuesta vasoconstrictora al estrés, es más prolongada en sujetos hipertensos que en los normales (5).

Los problemas depresivos, son estados psicopatológicos, en los que una profunda alteración del humor, constituye la manifestación central. Dentro de los trastornos depresivos, incluimos a la ansiedad y neurosis relacionadas, así como a la depresión. Los humores son emociones sostenidas, los efectos, son expresiones de menor duración. La depresión a la euforia, tiende a dominar el cuadro clínico; en los trastornos del humor, la ansiedad y la ira, son manifestaciones más constantes.

.

(15-16)

ANSIEDAD:

* Es un trastorno depresivo, afecta a adultos y jóvenes, a mujeres de 2:1, con relación al hombre. Su etiología: Factores psicológicos, fisiológicos y genéticos.

En cuanto a la fisiología, son manifestaciones directas de descargas del Sistema Nervioso Autónomo, periféricos, por fantasías amenazadoras, impulsos y emociones.

Los neurotransmisores noradrenérgicos, juegan un papel importante en la producción de la ansiedad. (6).

DEPRESIÓN:

Trastorno cuya evolución natural es de 2 semanas, en donde se presenta un cambio en el estado de ánimo habitual del paciente, y que consiste en por lo menos una de las dos manifestaciones siguientes: (17)

1. ANIMO DEPRESIVO

Sentimiento de tristeza, pesimismo, decaimiento o negativismo que prevalece en la mayor parte del día y casi todos los días. (18)

2 PERDIDA DE INTERÉS EN LAS ACTIVIDADES PLACENTERAS.

Hay marcada reducción en las actividades o en la búsqueda de las situaciones que solían ser placenteras para el sujeto. Síntomas asociados: cambios de apetito, cambios de objetivos en

la actividad psicométricos (inquietud o lasitud), cambios constantes del sueño (insomnio o hipersomma), fatiga o falta de energía, disminución de la capacidad para pensar, indecisión y sentimientos de minusvalía o de culpabilidad, así como pensamientos recurrentes a la muerte. El diagnóstico se hace con uno de los dos síntomas fundamentales y mínimo 4 de los asociados (7) (19-20-21-22)

OBJETIVOS

Identificar la proporción de hipertensos con alteración del estado depresivo en pacientes que acuden a consulta externa al primer nivel de la clínica de Especialidades ISSSTE, de los Mochis, Sinaloa.

HIPÓTESIS

Este estudio, no requiere de hipótesis.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

-¿Se desconoce el estado depresivo, en pacientes adultos con Hipertensión Arterial esencial, que se encuentran en control en la consulta externa de medicina familiar de la Clínica Hospital ISSSTE?

-Queremos conocer la proporción que hay con la depresión y la hipertensión arterial esencial, en pacientes que acuden a consulta externa, a la clínica de especialidades ISSSTE Los Mochis, Sin.

-La depresión, puede ser frecuente, en pacientes con hipertensión arterial esencial, que acuden al servicio de consulta externa, a la clínica de especialidades ISSSTE, Los Mochis, Sin.

-La depresión, puede ser un factor coadyuvante o desencadenante de la hipertensión arterial esencial, en pacientes que acuden al servicio de consulta externa.

JUSTIFICACIÓN.

-Es evidente, que en la actualidad, los problemas depresivos abundan entre la población que asiste a la consulta externa, y también la estrecha relación que hay entre estos y la hipertensión arterial. En la actualidad, no hay estudios sobre la hipertensión arterial y su relación con los trastornos depresivos, en la consulta externa de primer nivel.

-Conociendo el estado depresivo de los pacientes, podemos modificar el curso de la hipertensión arterial esencial de los pacientes que acuden a consulta externa a la clínica de especialidades ISSSTE Los Mochis, Sin.

METODOLOGÍA

Es un estudio Prospectivo

Descriptivo

Transversal

Tipo encuesta

Observacional

MATERIAL Y MÉTODOS:

1. UNIVERSO DE ESTUDIO:

Este estudio se realizó en pacientes de ambos sexos, entre los 30 y 50 años, derechohabientes de la Clínica Hospital ISSSTE, los Mochis, Sinaloa, que acuden a la consulta externa en ambos turnos, de junio a Noviembre de 1995.

2. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Muestra no probabilística de pacientes con hipertensión arterial esencial, que acudan a consulta externa de la Clínica Hospital ISSSTE; Los Mochis, Sinaloa.

3. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

a) Criterios de inclusión:

- . Pacientes de ambos sexos, entre los 30 y 50 años, derechohabientes del ISSSTE, en la Clínica Hospital, Los Mochis, Sinaloa.
- . No deben tener patología crónica asociada.
- . Pacientes con hipertensión arterial esencial.

b). Criterios de no inclusión:

- . Pacientes que no respondan voluntariamente a la encuesta.
- . Discapacitados, que no respondan adecuadamente a la encuesta.

4. VARIABLES Y PARÁMETROS DE MEDICIÓN:

Se presenta en la próxima página.

VARIABLES DE ESTE ESTUDIO

I. DEPENDIENTE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Hipertensión Arterial	<p>El criterio de la OMS, son hipertensos, todos aquellos pacientes, que presentan presión diastólica mayor de 90 mmHg y una presión sistólica mayor de 140 mmHg.</p> <p>Técnica de Medición: La presión arterial, la mediremos en posición sentado, con baumanómetro con escala de mercurio, en las fases 1 y 5 de Korotkoff, que se refiere a que los ruidos producidos sobre una arteria, cuando se desinfla el manguito, se presentará la presión sistólica y al desaparecer el ruido, la presión arterial sistólica (8) (9).</p>	En escala numérica y en mmHg.

INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN	MEDICIÓN
Trastornos afectivos: Ansiedad	Es un estado depresivo, que se caracteriza por temor, terror, alteraciones cardiorespiratorias, taquicardia. Etc-	Ordinal Puntuaciones: 20-35 Normal 26-45 ansiedad 46-65 Depresión Media 66-80 Depresión severa
Depresión	<p>Se refiere al cambio de estado de ánimo habitual del paciente, y que consiste en 2 manifestaciones:</p> <p>Animo depresivo y pérdida de interés en actividades usualmente placenteras.</p> <p>Técnica de Medición.: La ansiedad y depresión se medirá en escala de cuestionario clínico del Dr. Guillermo Calderón Narváez</p>	

VARIABLES UNIVERSALES:

1. EDAD:

Con este término, nos referimos al proceso cronológico que ha vivido un individuo, desde el momento de su nacimiento hasta el momento actual, referido al paciente.

2. OBESIDAD:

Se define como una acumulación aumentada de tejido adiposo, como consecuencia de un ingreso calórico mayor al gasto de calorías. Se consideran obesos, aquellos pacientes que tienen un peso mayor del 20% por encima del límite superior para su talla. (4)

3. TIEMPO DE EVOLUCIÓN:

Se refiere con éste término, al paciente hipertenso, desde el primer momento en que se ha verificado su hipertensión arterial, hasta el momento actual expresado en años o meses.

4. SEXO:

Término usado, en base a determinación cromosómica, para referirnos al hombre o a la mujer, expresada como masculino o femenino respectivamente.

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo con el artículo 17, del Reglamento de la Ley de salud en Materia de Investigación para la Salud Pública, editada en el diario oficial con fecha 6 de enero de 1987, el riesgo de éste estudio, es mínimo.

RESULTADOS.

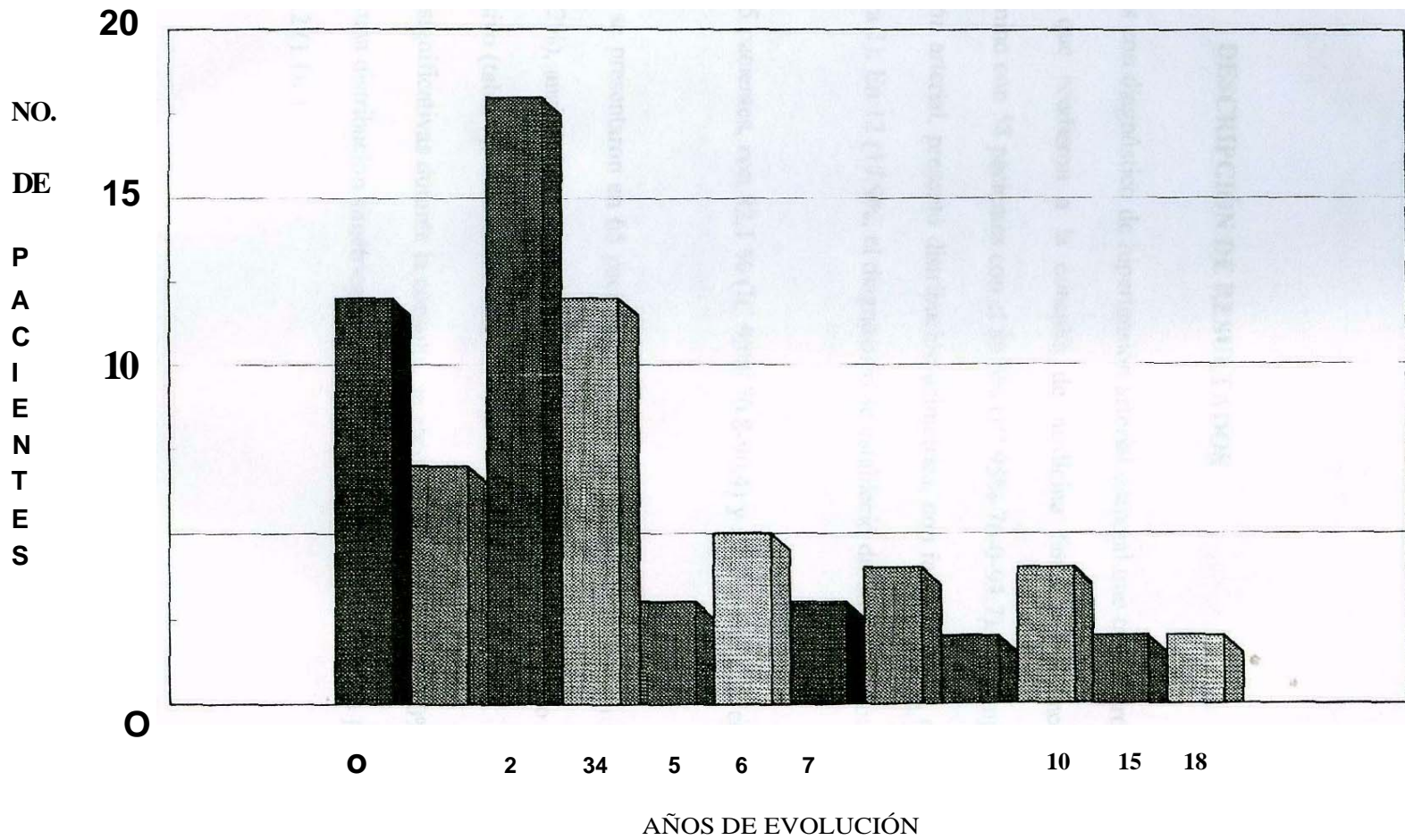
TABLA 1

ESTADO DEPRESIVO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMÁTICA

ESTADO DEPRESIVO	No. DE PACIENTES	%	1 IC AL 95%
Depresión media	43	64.2	55.5-75.5
Ansiedad	21	31.3	20.6-43.8
Depresión severa	1	1.5	< 0.00-8.0
Sin depresión	2	3.0	0.4- 10.4
Total	67	100	

1. Intervalo de confianza al 95 %

Figura 1
TIPO DE EVOLUCIÓN LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

Se estudiaron 67 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial que cumplieron los criterios de inclusión y que acudieron a la consulta de medicina familiar. Se encontró predominio del sexo femenino con 58 pacientes con el 86.6% (IC 95% 76.0-93.7). El tiempo de evolución de la hipertensión arterial, presentó distribución asimétrica, con mediana de 2, rango de 0 a 8 y moda de 2 (figura 1). En 12 (17.9%), el diagnóstico se estableció durante el período de estudio.

Se encontró obesidad en 55 pacientes, con 82.1 % (IC 95% 70.8-90.4) y sin obesidad 12 con el 17.9% (IC 95% 9.6-29.2)

Los trastornos depresivos, se presentaron en 65 pacientes (97.0%), predominando la depresión leve en 43 pacientes (64.2%), ansiedad, en 21 (31.3%), depresión severa 1 (1.5%) y solo en 2 (3.0%) sin trastorno depresivo (tabla 1).

No se encontró diferencias significativas durante la consulta, se encontró elevada en el 94.0% de los pacientes, ésta presentó una distribución simétrica con una media de 168.8 +/-14.2 (1 DE), y la diastólica, de 97.5 +/- 14.2 (1 DE).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Encontramos un predominio de hipertensión arterial en el sexo femenino (86.5%), y en obesos (86.5%).

La prevalencia del estado depresivo del 97.0% (IC 95% 89.6-99.4), se puede considerar alto, en relación a la población general, el cual se encuentra en el 5% de ésta (11). Predominó la depresión media (tabla 1).

En otras enfermedades crónicas como son las cardiovasculares, artropatías y patología mental degenerativa, se ha encontrado también alta prevalencia de alteraciones del estado depresivo del 24.0-71% (12-13).

Encontramos al 100 % de los pacientes hipertensos con diagnóstico reciente (que motivó la consulta) alteraciones depresivas.

El tiempo de evolución de la hipertensión arterial esencial, se encontró un rango variable, desde el motivo de la consulta (12 pacientes) hasta una evolución de 10 años, llamando la atención el descontrol de su hipertensión arterial, tanto la sistólica y diastólica. El descontrol de la hipertensión arterial puede ser exacerbado por su estado depresivo (1).

CONCLUSIONES

- En la población estudiada con hipertensión arterial esencial, predominó el sexo femenino y en obesos.

Encontramos alta prevalencia de depresión con 97.0% predominando la depresión media.

La hipertensión arterial esencial fue de inicio reciente, con una mediana de 2 años y con mal control de sus niveles tensionales, lo que puede estar relacionado con el estado depresivo. El alcance de éste estudio, no puede sostener dicha asociación de casualidad, por lo que se requiere un estudio de casos y controles. (23-24-25)

En ésta población se debe considerar la posibilidad de depresión secundaria a medicación hipertensiva, como los tiazídicos (13) y el propanolol (14), los cuales son usados frecuentemente.

- Este estudio, es de mucha importancia, ya que conociendo la relación estrecha que existe entre la depresión y la hipertensión arterial esencial, nos permitirá un mejor control de estos pacientes evitando así complicaciones posteriores, y darles una mejor calidad de vida.

- Conociendo que la relación de depresión e hipertensión arterial esencial es estrecha en los pacientes que acuden a consulta externa a la clínica de especialidades ISSSTE. Los Mochis, Sin., brindaremos una mejor atención y comprensión a este tipo de pacientes.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunwald E. Tratado de Cardiología México D. F. :Editorial Interamericana, 1990: Vol. 11:2123-24
2. Kaplan N,: Hipertensión Clínica. México D. F. : Editorial Médica Hispanoamericana, 1991: Vol. I: 176
3. Kaplan N.: Hipertensión Clínica. México D. F. Editorial Médica Hispanoamericana, 1991: Vol. 1:148
4. Merck: El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento 9^a. Ed. Barcelona. España: Ediciones Océano S.A.: 1994: 1972-73
5. Bruwald E. :Tratado de Cardiología México D. F. : Editorial interamericana S.A. 1990 Vol. I: 1012-13
6. Kelley N. W. Medicina Interna México D. F. : Editorial Médica Panamericana S, A. 1990 Vol. I: 125
7. Kolb L. : Psiquiatría Clínica Moderna 5^a Ed. Colombia: La Prensa Médica Mexicana, 1986:435-36
8. Kapian N. Hipertensión Clínica. México D. F. : Editorial Médica Hispanoamericana, 1991: Vol. 1:16
9. C. Schlant R., Colaboradores, Year Book de Cardiología 1993: Vol. III: 261-63
10. Berlanga Cisneros C. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en la Práctica Médica Ira Ed. México D. F.: Psicofarma S. A. de C. V. 1993:6-7

11. Brunwald e, Tratado de Cardiología México D.F. Editorial Tnteramericana, 1990: Vol. 11:2126
12. J.Psychiatry 1985: Sep: 142 (9): p 1101-2
13. J. Psychiatry 1990:Apr::35 (3):p2557-9 *
14. Abas, Melanie; Hotopf, Matthew, Prince, Martin. The British. Journal of Psychiatry. London. August 2002: Vol. 181: 123-128.
15. Levenstein, Susan Md; Smith, Margot W. Dr. Ph; Kaplan, etal. Psychosocial Predictors of Hypertension in men and women. University of Michigan: Mayo 2001: Vol. 161: 1341-1346
16. Hillel W. Cohén, Dr. Ph, Shantana Mad Havan And Michel H. Alderman. History of Treatment for Depression: Risk Factor for Myocardial Infarction in Hypertensive Patients: Psychosomatic Medicine 63: 2001: 203-209
17. Karen M. Grewen, Phd, Susan S. Girdler, Alan Hinderliter, and Kathieen C. Depressive Symptoms are Related to Higher Ambulatory Blood Pressure in People with a family History of Hypertension. Psychosomatic Medicine 66. 2004, 9-16
18. Davisow, K; Joñas, B. S., Dixon, K. E, Markovitz, J. H. Depression Syntoms Predict Eearly Hypertension ín Young African American Women: Results From the Cardia Study. Psychosomatic Medicine. University of Alabama. February. 1999. 115.
19. Abramson, Jerome PhD; Berger, Alan Md; Krumholx, Harían M. Etal. Depression and Risk of Heart faiúre among older Persons Isolated Systolic Hypertension. Archives of Internal Medicine. July 2001.Voí. 161 1725-1730
20. Davidson K. Depression in young Adults Predicts Hypertension. Lippincott Williams and Wilkins. August 2000. Vol. 100 24 A.

21. Jeffrey F. Sherrer, Ma. Hong Xian, Kathleen K. Bucholz, Seth A. Elsen, Michel J. Lyons, ET. Al. A Twin study of Depression Symtons, Hypertension, and Heart Disense in Middle- Aged Men. Psychosomatic Medicine. 2003. 548-557.
22. Susane Oparic, M.D. Michell A. Weber, M. D. Hypertension-El Riñon, de Brenner y
*
Rector McGraw- Hill Interamerican. 2002. 69-70
23. Interna Journal of Geriatrić Psychiatry the Association of Psychosocial Factors and Depression with Hypertension Among older adults. 2002.
24. International Journal of Geriatric Psychiatry Vol. 18: Issue 12; 1142-1148 Sept. 2003
25. Center for The Advancement of Health Psychological Distress May Predict Hypertension
Sept. 2002
26. Davidson K, Joñas Bs, Dixon Ke, Markowitx, J. H. Do Depression Symptoms Predict early Hypertension Incidence in Young Adults in The Cardia Study. Arch Intern. Med. 2000;160:Í495-500.

**CUESTIONARIO CLÍNICO PARA EL DIAGNOSTICO DE
SINDROME DEPRESIVO DR.
GUILLERMO CALDERÓN NARVAEZ**

Nombre:

Sexo:

Edad.

Estado Civil

	NO	SI		
		poco	regular	mucho
1. ¿Se siente triste o afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En la mañana se siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (solicitar que precise la molestia)				
12. ¿Se siente cansado y decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Esta más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Se siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Ha sentido deseos de morirse?				
20. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes interesaban ahora le fueran indiferentes?				

CALIFICACION:

Preguntas contestadas en la primera columna (NO)
 Preguntas contestadas en la segunda columna (POCO)
 Preguntas contestadas en la tercera columna (REGULAR)
 Preguntas contestadas en la cuarta columna (MUCHO)

TOTAL

_____ X1= _____
 _____ X2= _____
 _____ X3= _____
 _____ X4= _____

EQUIVALENTE A:

PUNTAJE:

a 35: NORMAL
 a 65: DEPRESIÓN MEDIA

36 a 45: REACCIÓN DE ANSIEDAD
 66 A 80: DEPRESIÓN SEVERA

Elaboró el estudio: Fecha: Firma:

rruanserina
EI ANTIDEPRESIVO

