

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**Facultad de Medicina**

**Departamento de Estudios de Posgrado  
Departamento de Salud Mental**

**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRIA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA**

**TITULO:**

***“Depresión en Madres de Pacientes de Primera Vez de un Hospital  
Psiquiátrico Comparado con Madres de un  
Hospital Pediátrico”***

**PRESENTA  
DR. JUAN ANTONIO ESQUIVEL ACEVEDO**

**DR. JESUS DEL BOSQUE GARZA      DR. HECTOR ORTEGA SOTO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## ÍNDICE

<b>1.- INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2.- METODOLOGÍA .....</b>	<b>18</b>
<b>3.- RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
<b>4.- DISCUSIÓN .....</b>	<b>32</b>
<b>5.- CONCLUSIONES .....</b>	<b>34</b>
<b>6.- BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>35</b>
<b>7. ANEXO.....</b>	<b>41</b>

## INTRODUCCION

### *Aspectos históricos:*

Los médicos de la antigüedad grecorromana reconocían ya que, a pesar de que todas las enfermedades son somáticas, existen aquellas que particularmente tienen efecto sobre el alma, el espíritu, el carácter y el comportamiento. Inicialmente, Hipócrates (siglo 1. a C.) (36) relaciona a la melancolía con la bilis negra pero no precisa si existe un lazo causal entre este humor y los dos sentimientos específicos que la caracterizan: la tristeza y el miedo. Con el nacimiento de la escuela metodista, se le da a la melancolía un nuevo enfoque, así, en el siglo V d C., Celio Aureliano aclara: “La melancolía toma su nombre del hecho de que el enfermo vomita a menudo bilis negra... Este nombre no proviene, como lo creen muchos, de que la bilis negra podría ser la causa o el origen de la enfermedad”

### La melancolía en la Edad Media.

La poesía de fines de la Edad Media se tiñe de melancolía; la medicina se le había adelantado por este mismo camino. Mientras que la traducción de Bartolomé de Mesina nos aporta a mediados del siglo XIII el conocimiento del célebre problema XXX, el cual, bajo la autoridad de Aristóteles, confiere a los grandes creadores un temperamento melancólico, los textos médicos árabes transmiten una visión de la melancolía-enfermedad que todo lo invade. Desde el siglo XI, Constantino el Africano, mediante su adaptación del

tratado de Isak Ibn-Imran, muy influido a su vez por Rufo de Éfeso, clasifica a la enfermedad en tres formas principales según su origen: el cerebro, el cuerpo desde donde se difunde al cerebro y la que tenga como sede el orificio del estómago (forma hipocondríaca). Al atribuir a la bilis negra la capacidad de mezclarse, por abrasamiento, con los otros tres humores, Avicena hace posible establecer una correspondencia entre la multiplicidad y una modulación sutil de las causas.

### La melancolía durante el Renacimiento y la Ilustración.

Durante el renacimiento no existió un concepto de enfermedad mental propiamente dicho, más bien se trataba de “enfermedades en las que hay pasión espiritual”; para los médicos de esta época, las enfermedades que ahora llamamos mentales, tenían sus raíces en un trastorno físico, corporal como todas las demás enfermedades: su particularidad consistía en que estos trastornos producían sus efectos sobre el cerebro.

No hay lugar en la configuración de la medicina del siglo XVI para una disciplina a la que pudiéramos llamar psiquiatría; las enfermedades de esta naturaleza ocupan su lugar entre las afecciones de la cabeza, de tal forma que se buscan sitios anatómicos para enfermedades tales como manía, frenesí, letargia, dolores de cabeza, melancolía, trastornos de la memoria, vértigo, pesadilla, epilepsia, apoplejía, como, insomnio, etc. En estos tiempos, la medicina enseña que las enfermedades, cualesquiera que sean, tienen tres causas principales: la destemplanza o discrasia, en las partes semejantes; la mala composición, en las

partes instrumentales; y una solución de continuidad (herida, fractura, etc.) en las partes semejantes o instrumentales.

La caracterización de los pacientes melancólicos se relaciona con la naturaleza de su origen: un “humor negro y fangoso”; el rostro será moreno a negruzco y, según Paré, se acompañará de “una mirada inconstante feroz y huraña, triste, taciturna y enfurruñada”, en tanto que el cuerpo será “frío y duro al tacto”, al igual que la tierra, cuyo color más natural, según Guiblet, es el negro.

El concepto demoníaco de la melancolía comienza a transformarse durante el siglo XVI; Jacques Fontaine y sus contemporáneos consideran que el diablo utiliza la melancolía como un medio que le facilita actuar sobre el ser humano pero, como aclara Brossier “No debe atribuirse al demonio nada que no tenga algo de extraordinario, por encima de las leyes de la naturaleza”.

En el siglo XIX Pinel (1745 – 1826) menciona cuatro enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia, y su discípulo Esquirol (1772 – 1840), dentro de las monomanías, incluye a la melancolía, denominándola lipemanía, donde afirma “la melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenido por una pasión triste, debilitante o depresiva”.

A mediados del s. XIX aún no se realiza una descripción única de una locura circular que se basará en las etapas ya conocidas de melancolía y manía.

Todo esto ocasiona que el concepto de melancolía que se tenía se centre en un trastorno primario de la afectividad, así como el término depresión, que en 1860 ya está en los diccionarios médicos.

Los 6 principios teóricos que sostiene a estos conceptos son: 1) trastornos primarios de la afectividad y no del intelecto o la volición; 2) psicopatología estable; 3) representación cerebral; 4) periodicidad; 5) genéticos en su origen, con tendencia a aparecer en sujetos con personalidades predisuestas; y 6) endógenos en su naturaleza.

En Alemania Emil Kraepelin (1856 – 1926) presenta la 6ª Edición de trabajo de Psiquiatría (1899) donde cita la diferencia entre Psicosis maníaco depresiva (PMD) y la demencia precoz, donde la PMD recibe una categoría nosológica.

Así mismo Leonhard (1957) diferencia las formas bipolares y las unipolares de la depresión. Actualmente Perris Winokur y Angust lo ven desde puntos de vista genéticos, clínicos, etc. López-Ibor toma el problema de las depresiones enmascaradas, Schildkraut. Coppen y Uan Praga, proporcionan hipótesis bioquímicos actuales de la depresión; con Akiskal, Klerman, Klein y Weissman se concluye el panorama histórico.

El término depresión se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad, como síndrome sus cualidades de las etapas son: tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital, como enfermedad se observa como un trastorno de origen biológico. En determinadas áreas y debido a su falta de precisión se

distinguen en tres grupos de estados afectivos claros: síntomas depresivos (población normal), depresiones unipolares (engloban endógenas y neuróticas) y trastornos bipolares (que hacen referencia a la PMD).

### Conceptos actuales.

El término genérico depresión se aplica a diversos trastornos de la afectividad que se presentan como condiciones únicas o acompañando a otros estados patológicos, afecta a las esferas afectiva, cognitiva, somática y conductual (17,43). En contraste con la tristeza que caracteriza a la elaboración del duelo, la depresión clínica es persistente y severa (8). Se acompaña de diversos síntomas entre los que se incluyen alteraciones del sueño y la alimentación, pérdida de iniciativa, conductas de auto-castigo secundarias a ideas de culpa, disminución de las actividades sociales que puede llegar incluso a la inactividad y anhedonia, entre otras (13,16).

El núcleo de la depresión lo constituyen, en la esfera afectiva, el abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo la desesperanza, la inhibición de las motivaciones, la pérdida de los apetitos e intereses y la angustia. En la esfera cognitiva están presentes la fijación de la atención en la vivencia dolorosa y la transformación negativa de la imagen de uno mismo, la tendencia exagerada a la autocrítica y la autodevaluación.

Es frecuente que el enfermo experimente una agudización notoria de su abatimiento y su angustia al iniciar el día y una mejoría

cuando se acerca la noche. En la esfera somática son muy frecuentes la pérdida o el aumento del apetito, la baja o aumento de peso (que puede ser importante) y la perturbación del sueño que característicamente consiste en su interrupción prematura. El enfermo despierta en la madrugada y se ve dominado por cavilaciones pesimistas.

Diversos síntomas disfuncionales de los aparatos y sistemas completan el cuadro de la esfera somática. La presencia de síntomas la presencia de la constelación neurótica, tales como fobias, obsesiones, síntomas, conversivos, astenia e hipocondriasis, son comunes y en las formas más severas, como son las depresiones psicóticas hay delirios y alucinaciones cuyo contenido pesimista está siempre en relación con el humor (27,33,34).

Como consecuencia de la percepción que tienen de sí mismas y del mundo y de los intentos de superar su aflicción, la vida de las personas deprimidas altera profundamente el núcleo familiar, ocupacional y social. La depresión es un estado que afecta siempre a aquellos que conviven con la persona que sufre, quienes por lo general no comprenden las razones del cambio a veces dramático del enfermo y se sienten incapaces de ayudarlo (31,34).

Múltiples estudios realizados a nivel de población general en los que se utilizaron entrevistas psiquiátricas estructuradas revelan que de un 2 a un 4% de la población sufre de depresión mayor (25) y que su prevalencia es dos veces mayor en mujeres que en hombres (7); la preponderancia femenina es evidente desde la pubertad y se ha encontrado entre diferentes poblaciones y culturas, este hecho

puede ser explicado por varios factores sociobiológicos relacionados con el género (32,35).

La depresión es uno de los trastornos más frecuentes en la consulta del médico general (8), en los Estados Unidos los estudios de prevalencia revelan que de un 6 a un 10% de todos los pacientes que acuden a los servicios de atención primarios, por cualquier motivo, tienen un síndrome depresivo mayor, además de que más de un 30% de todos los pacientes tienen síntomas depresivos (46). Se ha reportado que los síntomas depresivos persisten durante seis meses a un año en una tercera parte a la mitad de los pacientes.

A pesar de su gran prevalencia, el médico general no diagnostica el síndrome depresivo mayor más de la mitad de las veces que se presenta en sus pacientes; y cuando lo identifica, le dará un tratamiento adecuado sólo en un 50% de los casos (3,28,39).

Los pacientes con depresión acuden con gran frecuencia a los servicios de atención médica, tienden a amplificar los síntomas de enfermedades crónicas, su incapacidad funcional es mayor, no se adhieren a sus tratamientos y hay un aumento en la morbilidad y la mortalidad (16). En estos casos es común que la depresión se presente con síntomas somáticos vagos, los pacientes se quejan de cansancio, falta de energía, debilidad o cefalea. Hasta un 35% de los pacientes deprimidos se presenta con dolor como síntoma principal. Estos síntomas somáticos pueden ser a) síntomas vegetativos de la depresión, b) parte del vocabulario psicológico del paciente, incapaz de verbalizar en otra forma su experiencia, o c) síntomas de exacerbación de la enfermedad por depresión. Por otra

parte, la depresión de síntomas cognoscitivos y afectivos no es muy marcada, lo que genera una mayor dificultad para diferenciarla de otros trastornos más bien de tipo médico.

Cuando el paciente acude a consulta con el médico general o el especialista en áreas ajenas a la psiquiatría, tiende a enfocarse en los síntomas somáticos que presenta, aunque estos se deban a un trastorno depresivo: insomnio, anorexia, pérdida de peso, fatiga, retardo psicomotor, concentración disminuida, ansiedad, tensión muscular, constipación, cefalea, dolor lumbar, negando o minimizando los componentes cognoscitivos y afectivos (10,11,24,45).

Algunas razones que explican esta deficiencia en el diagnóstico y el tratamiento de la depresión a nivel de atención primaria son: la falta de conocimientos por parte del médico y del paciente, la excesiva preocupación por el estado físico y la consiguiente minimización de la importancia del estado emocional, la estigmatización de las alteraciones psiquiátricas y la dificultad de reconocer la coexistencia de trastornos médicos y psiquiátricos. En la tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos para la depresión mayor (APA); al menos cinco de los siguientes síntomas deberán presentarse durante el mismo período, y al menos uno de los primeros dos estará presente; además la sintomatología permanecerá la mayor parte del día, casi diariamente, durante dos semanas o más (26).

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPRESIÓN MAYOR

Ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.

Pérdida de interés en las actividades diarias y anhedonia.

Pérdida o ganancia significativa de peso.

Insomnio o hipersomnia.

Retardo o agitación psicomotor.

Fatiga (pérdida de la energía).

Sentimientos de minusvalía y culpa.

Disminución en la concentración y falta de atención.

Pensamientos recurrentes de muerte o ideas de suicidas.

Abandonada su curso, la depresión puede ser letal; el 15% de los pacientes con depresión mayor se suicidarán, lo que en la mayoría de los casos puede evitarse; de hecho, hay estudios que muestran que dos tercios de los pacientes deprimidos que se suicidaron había visitado a su médico durante el mes anterior (26,46). Por otra parte es importante reconocer que la depresión causa mayor incapacidad que muchos padecimientos médicos crónicos y que quienes la padecen están en un riesgo cinco veces mayor de desarrollar incapacidad (1). Entre las consecuencias económicas que este síndrome tiene, encontramos que los pacientes no diagnosticados son usuarios frecuentes de los servicios de salud, con un índice de consultas médicas tres veces mayor al de aquellos pacientes no deprimidos. La mayoría de estos pacientes no diagnosticados reciben tratamientos médicos agresivos y se someten a pruebas diagnósticas que ponen en riesgo su salud y que alteran su economía. Los costos anuales directos (hospitalización, fármacos y otros servicios de salud) e indirectos (disminución en la productividad) en los Estados Unidos ascienden a 16 mil millones de dólares (18,19,46).

Aproximadamente, de un 10 a un 15% o más de los casos de depresión mayor son causados por enfermedades médicas y por otras condiciones. Como principio se trata inicialmente la condición asociada y luego, si continúa, se tratará el síndrome depresivo. A continuación se enlistan las condiciones asociadas a esta enfermedad.

**Alteraciones médicas en general:** Las alteraciones médicas que más comúnmente coexisten con el síndrome depresivo son las autoinmunes, neurológicas, metabólicas, infecciosas, oncológicas y endocrinas, entre otras. Estas alteraciones, pueden biológicamente desencadenar la depresión; por ejemplo, el hipotiroidismo que se asocia a síntomas depresivos. Por otra parte, el conocimiento por parte del paciente del trastorno médico, sobre todo en pacientes terminales es per se fuente de depresión.

**Otras alteraciones psiquiátricas:** Entre las más frecuentes, alteraciones alimentarias, trastorno obsesivo – convulsivos, y algunos casos de crisis de pánico. Cuando coexisten la ansiedad generalizada y el síndrome depresivo el tratamiento deberá enfocarse primero a la depresión mayor será tratada, primero de ser posible.

**Duelo:** Es importante diferenciar un proceso de duelo normal de una depresión; el primero persiste durante dos a seis meses y mejora gradualmente sin necesidad de un tratamiento específico. La mayoría de los duelos no cumplen los criterios diagnósticos para depresión mayor y son vistos por el paciente como una reacción

normal y apropiada que raras veces causan un deterioro social y afectivo prolongado (29,37,38).

Virtualmente cualquier clase de medicamento incluye algún agente capaz de inducir depresión. Los fármacos antihipertensivos, anticolesterolémicos y antiarrítmicos están entre los agentes más comúnmente usados que pueden desencadenar síntomas depresivos; en la tabla 2 se enumeran los medicamentos asociados a depresión secundaria (1).

De los antihipertensivos, los betabloqueadores y en menor medida los bloqueadores de canales de calcio son los que más producirán depresión. Debe pensarse en una depresión iatrogénica en pacientes de bajo tratamiento con corticosteroides, antimicrobianos, analgésicos, antiparkinsonianos y anticonvulsivos; para decidir si existe una relación casual entre la terapia farmacológica y el ánimo abatido de un paciente es necesario examinar la cronología de los síntomas y en algunos casos, como un último recurso, llevar a cabo un cambio empírico con medicamentos alternativos (15).

## FÁRMACOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN SECUNDARIA

Agentes analgésicos y antiinflamatorios.

Antibióticos.

Anticonvulsivos.

Antihistamínicos.

Antihipertensivos.

Antiparkinsonianos.

Antineoplásicos.

Hormonas.

Inmunosupresores.

Sedantes y Tranquilizantes.

Otros (Alcohol, cafeína, drogas de uso “recreativo”).

Se han realizado, a nivel mundial múltiples estudios para determinar la dimensión del problema depresivo en diferentes sectores de la población (2,12,14,20-23,41,47).

El utilizar un instrumento de aplicación masiva que pueda detectar el trastorno depresivo de una manera rápida con una sensibilidad y especificidad suficiente conlleva el realizar múltiples pruebas que se acoplen a las formas sociales, y lingüísticas de la población en estudio, aún más si agregamos el factor de manifestación propia del trastorno de la población estudiada, esto es, la prevalencia de los diferentes síntomas que en diferentes grupos humanos se da de manera diversa (4-6).

El Inventario de Depresión de Beck ha sido el instrumento de medición más utilizado en la investigación psiquiátrica, su validez concurrente y utilidad han sido demostradas en varios estudios (40). Consta de 21 reactivos con cuatro afirmaciones cada uno; a cada una de ellas se le da un valor de 0 a 3 y el resultado final es la suma de cada respuesta con un máximo de 63 puntos (30)

Torres y colaboradores (42), en 1991, lo utilizaron con el objetivo de darle reproducibilidad y validez; así como para estudiar la

sensibilidad de la especificidad con el punto de corte adecuado para la máxima expresión de sensibilidad y especificidad. Encontraron en población mexicana un punto de corte de 14 con una sensibilidad correspondiente al 0.86 y una especificidad también de 0.86, realizado en población mexicana en el Instituto Nacional de Cardiología, con pacientes cardiopatas; refiriendo una prevalencia de alguna forma de trastorno depresivo correspondiente para mujeres al 31.6% y de hombres el 10% tomando 96 pacientes de los cuales 59% fueron mujeres y 41% hombres, con una edad para las mujeres de 43.8 + -17.3 años y los hombres 47.3 +-14.6 años; refiriendo como diagnósticos depresión mayor en 10 personas, reacción de ajuste mixta en 5 mujeres, trastorno distímico en 6 mujeres, trastorno de ansiedad en 8 pacientes, trastorno de personalidad en 1, sin diagnóstico 38 y sin entrevista 27, haciendo referencia de los diagnósticos médicos más frecuentes fueron 35% de cardiopatía reumática en mujeres y 23% en hombres, cardiopática isquémica en el 17% en mujeres y 36% en los hombres.

No fue el objeto de estudio el tratamiento pero se tiene que considerar como una variable de pendiente de la presencia de cardiopatías para el diagnóstico de depresión, así como los diversos medicamentos que se utilizan frecuentemente en la especialidad de Cardiología.

El estudio marca que conforme a la sensibilidad del punto de corte de 14 es el más equilibrado pues en la medida en que se incrementa el punto de corte la sensibilidad baja hasta 0.45 para un punto de corte de 18 y la especificidad sube hasta 0.95, así mismo el punto de corte 11 muestra una sensibilidad de 0.90 y una

especificidad de 0.73 respectivamente por lo que se consideró más adecuado tomar el punto de corte 14 como en otras publicaciones internacionales. El estudio de Torres finalmente demuestra que el inventario de Beck adaptado a la población mexicana es un instrumento útil, de fácil aplicación y de bajo costo.

En México se han utilizado diferentes escalas, sin embargo, su validación no se encuentra con la metodología requerida, aunque para la Escala de Beck se realizó por Torres y colaboradores en 1991, la validación del inventario para la depresión de Beck en el Instituto Nacional de Cardiología encontrando un punto de corte de 14, obteniéndose una sensibilidad y especificidad de 0.86 para ambas pruebas, por lo que en la población mexicana es recomendable su uso (42).

El problema del diagnóstico de la depresión requiere de realizar diversas entrevistas dirigidas hacia la búsqueda de la enfermedad, se han desarrollado diversos instrumentos entre los que se encuentran la Escala de Zung, la Escala de Beck y otras escalas de medición que pretenden orientar o establecer el diagnóstico de una manera rápida para la adecuada canalización del paciente.

## PSICOPATOLOGÍA DE DESARROLLO

Ha surgido un reciente interés en la predicción de patrones mal adaptativos en el desarrollo conforme el niño crece. La investigación en esta área es importante clínicamente, principalmente en el área de la prevención, ya que en la infancia ha sido descrita como una infancia óptima para intervenir y prevenir problemas posteriores en

la salud mental, sin embargo, investigaciones recientes respecto a como los factores de riesgo y protección afectan el desarrollo sugieren que la transmisión de riesgo no es específica ni línea. Se sabe que la depresión materna se relaciona con un incremento en incidencia de depresión en sus descendientes a través de un modelo genético lineal, pero además de asociarse a otras evoluciones menos específicas como vínculo inseguro, problemas cognitivos, de lenguaje y de interacción social. Las condiciones de riesgo múltiple en diferentes áreas pueden ocurrir simultáneamente y ser exacerbados o aminorados por el sistema familiar de manera tal que el número total de condiciones de riesgo afectando al niño son más predictivos que diferentes evoluciones en su vida posterior, que la sola exposición a un solo específico tipo de riesgo principalmente en lo relacionado a vínculo inseguro, competencia social y problemas de conducta en la niñez temprana.

## PSICOPATOLOGÍA EN LOS PADRES.

La sintomatología y los trastornos psiquiátricos en los padres están asociados con efectos específicos y no específicos en el desarrollo del infante y del niño. Seifer y Dickstein sugirieron que el compromiso en varias áreas del desarrollo durante los tres primeros años pueden ser más productivos de los síntomas específicos de disfunción en la niñez y adolescencia aunque no existe ninguna especificidad entre el compromiso del desarrollo temprano y sus evoluciones subsecuentes. Existe poca evidencia que sugiere que trastornos psiquiátricos están específicamente más asociados con la evolución inmediata en el niño siendo más relevante la severidad y la cronicidad de un trastorno determinado que el diagnóstico mismo.

La psicopatología parental por lo tanto debe ser considerada paralelamente a otros factores de riesgo asociados.

## DEPRESIÓN MATERNA.

El riesgo en niños asociado con depresión materna ha sido demostrado en los niveles socioeconómicos más bajos y en poblaciones de alto riesgo. La severidad y cronicidad de la depresión (depresión mayor y distimia) están asociados con peores evoluciones en los niños. Se han descrito como mecanismos relacionados ha esto último a la expresión afectiva negativa, a un menor compromiso positivo, menos estimulación y menos sensibilidad. Se han descrito al menos tres patrones distintos de interacción en Madres deprimidas: aislamiento, estilo inaccesible y estilo hostil intrusivo y un estilo excesivamente positivo. Los niños han demostrado un gran número de problemas conductuales, una variedad de anormalidad biológica como asimetría frontal derecha en el electroencefalograma (posible marcador de una vía de expresión emocional negativa), menor tono vagal y elevados niveles de adrenalina y noradrenalina, sugestivos de un trastorno sugestivo en el infante. Por otra parte existe evidencia de conductas infantiles mal adaptativas asociadas con depresión materna y que pueden ser específicas de esta relación, ya que se ha observado que estos niños pueden interactuar más positivamente con otros cuidadores, indicando esto, que los trastornos depresivos pueden ser experimentados y expresados de forma diferente de acuerdo al contexto de relación interpersonal.

## **METODOLOGÍA**

### **JUSTIFICACIÓN**

El trastorno depresivo es la enfermedad más frecuente dentro del área de las Ciencias de Salud Mental; la prevalencia calculada para la población urbana en México es de 12.7% en hombres y 14.8% en mujeres; se sabe en términos generales que la depresión en pacientes que asisten a los servicios de atención en salud es de aproximadamente entre el 10 y 20%, dicha cifra se eleva casi al 50% en las unidades de atención psiquiátrica. Uno de los problemas más fuertes a los que se enfrenta el sistema de salud es la detección y el tratamiento de la enfermedad pues casi el 90% de los pacientes nunca son tratados o son manejados en formas empíricas con resultados no satisfactorios (9).

El problema se incrementa cuando tomamos en consideración el desarrollo infantil y su relación, más bien los factores de riesgo que pueden influir en la psicopatología del mismo. Entre estos se incluye a la depresión pero Materna, y su relación con los trastornos de la conducta, así como limitaciones en los niños de expresividad afectiva entre otros.

Cabe también mencionar que la depresión materna constituye un factor importante en el desarrollo de la psicopatología infantil, por lo que es necesario que en un medio Hospitalario como el nuestro se detecten este tipo de problemas de salud mental de manera oportuna a fin de realizar proyectos de ayuda tanto a las Madres como a los hijos para disminuir este riesgo.

## OBJETIVOS.

- 1.- Evaluar la existencia de síndrome depresivo en Madres de pacientes que acuden por primera vez al Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”.
- 2.- Evaluar la existencia de síndrome depresivo en Madres que acuden por primera vez al Instituto Nacional de Pediatría.
- 3.- Realizar de acuerdo a los resultados obtenidos una comparación entre las Madres de ambos Hospitales.

## HIPÓTESIS.

Existe más depresión en Madres de pacientes de primera vez en un Hospital Psiquiátrico, que en Madres de primera vez en un Hospital Pediátrico.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

## TIPO DE ESTUDIO.

## COMPARATIVO

## OBJETIVOS.

- 1.- Evaluar la existencia de síndrome depresivo en Madres de pacientes que acuden por primera vez al Hospital Psiquiátrico “Dr. Juan N. Navarro”.
- 2.- Evaluar la existencia de síndrome depresivo en Madres que acuden por primera vez al Instituto Nacional de Pediatría.
- 3.- Realizar de acuerdo a los resultados obtenidos una comparación entre las Madres de ambos Hospitales.

## HIPÓTESIS.

Existe más depresión en Madres de pacientes de primera vez en un Hospital Psiquiátrico, que en Madres de primera vez en un Hospital Pediátrico.

## MATERIAL Y MÉTODOS.

## TIPO DE ESTUDIO.

## COMPARATIVO

TRANSVERSAL

PROSPECTIVO

UNIVERSO DE ESTUDIO.

Madres de pacientes que acudieron por primera vez a consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Juan N. Navarro” de la Secretaría de Salud y Madres de pacientes que acudieron por primera vez a consulta del Instituto Nacional de Pediatría.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra tomando en cuenta que son grupos comparativos de 30 Madres en el Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro y 30 Madres en el Instituto Nacional de Pediatría.

El tiempo de la aplicación fue de Diciembre de 1998 a Enero de 1999, en los servicios de valoración de ambos hospitales.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Madres de pacientes en edad escolar que acudieron por primera vez al hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Madres de pacientes en edad escolar que acudieron por primera vez al Instituto Nacional de Pediatría.

Madres en edad reproductiva entre los 25 y 35 años de edad.

Madres que aceptaron participar en la aplicación de la escala de Beck.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Madres que no aceptaron participar en la investigación.

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

Madres que contestaron de manera inadecuada el instrumento.

#### VARIABLES

Variables Dependientes.

Puntaje de la escala de Beck

Variables Independientes

Sexo de hijo

Edad de la Madre y del hijo

Pareja

Ocupación

Escolaridad de la madre y del hijo

Número de hijo en la familia

## PARÁMETROS DE MEDICIÓN

Aplicación del instrumento “inventario para depresión de Beck”, es una escala ordinal con punto de corte 14 y parámetro reportado como de positivo de 14 o más y negativo por debajo de 14.

## RESULTADOS

El estudio se completó con dos grupos de 30 sujetos cada uno: el grupo Pediátrico de Madres y el grupo Psiquiátrico de Madres.

El puntaje de Beck para el grupo Pediátrico de Madres fue de 8 positivos para la depresión y 22 negativos, para el grupo psiquiátrico de Madres fue de 19 positivos y 11 negativos para depresión. Se realizó X<sup>2</sup> encontrándose el valor chi cuadrada fue de 8.15 y valor p de 0.004.

(Ver tabla 1)

Tabla 1.	Beck positivo	Beck negativo
GRUPO PSIQUIATRICO	19	11
GRUPO PEDIÁTRICO	8	22
TOTAL	27	33

Las edades del grupo Pediátrico fue de una media de 30.4, con una desviación estándar de +- 3.1 en la prueba de "t"= 0.08 y una "P"= 0.430.

Las edades del grupo Psiquiátrico fue de una medida de 29.2 con una desviación estándar de 4.82 en la prueba de “t” = 0.6 y una “P” = 0.22. Se realizó T de Student no pareada no encontrando significancia estadística para esta variable.

Las edades de los hijos del Grupo Pediátrico fue una medida de 9.3 con una desviación estándar de 3.46 una “t” = 3.89 y una “p” de 0.68.

Las edades de los hijos del Grupo Psiquiátrico fue de 7.53, con una desviación estándar de 2.12 y una “p” de 0.95. No reportándose significancia estadística para esta variable.

El sexo de los hijos del Grupo Pediátrico fue de 18 hombres 60% y 12 mujeres 40% (Ver gráfico 1).

El sexo de los hijos del Grupo Psiquiátrico fue de 24 hombres, el 80% y 6 mujeres, el 20% (Ver gráfico 2).

El número de hijo para el Grupo Pediátrico fue el primero 3, el 10%, el segundo 8, el 33.3%, el tercero 15, el 50%, el cuarto 1, el 3.3% e hijo único el 3.3% (Ver gráfico 3).

El número de hijo para el Grupo Psiquiátrico fue el primero 15, 50%, el segundo 7, el 23.3%, el tercero 3, el 10%, el cuarto 1, el 3.3%, e hijo único 4, el 13.3% (Ver gráfico 4).

La escolaridad del hijo del Grupo Pediátrico fue de primer año 1, el 3.3%, de segundo 7, el 23.3%, en tercero 8, el 26.3%, en cuarto 3, el 10%, en quinto 6, el 20%, en sexto 2, el 6.6%, en la secundaria 1, el 3.3%. (Ver gráfico 5).

La escolaridad del hijo del Grupo Psiquiátrico fue de primer año 8, el 26.3%, de segundo 11, el 36.6%, de tercero 4, el 13.3%, de cuarto 4, el 13.3%, de quinto 1, el 3.3%, de sexto 1, el 3.3%, de secundaria 1, el 3.3%. (Ver gráfico 6).

La escolaridad de la Madre del grupo Pediátrico fue de primaria completa de 12, el 40%, primaria incompleta 4, el 13.3%, secundaria incompleta 7, el 23.3%, secundaria completa 3, el 10%, otros 2, el 6.6%. (Ver gráfico 7).

La escolaridad de la Madre del grupo Psiquiátrico fue de primaria completa de 13, el 43.3%, primaria incompleta 11, el 36.6%, secundaria incompleta 2, el 6.6%, secundaria completa 2, el 6.6%, otros 2, el 6.6%. (Ver gráfico 8).

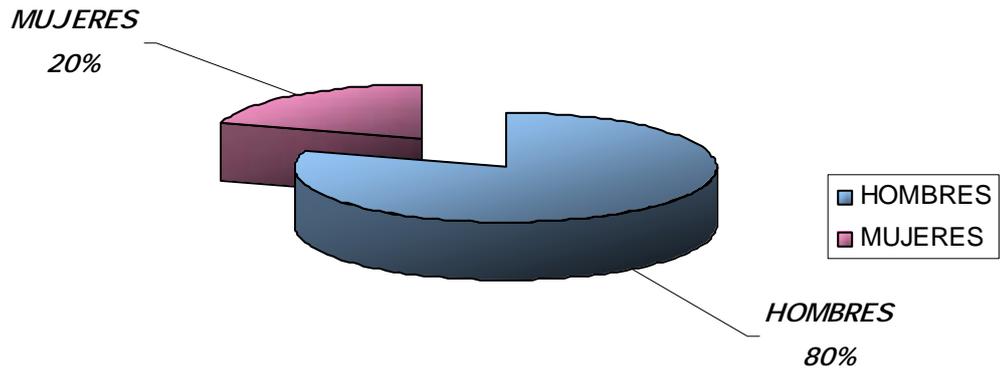
La ocupación de la Madre del grupo Pediátrico fue ama de casa 13, el 43.3%, al comercio ambulante 7, el 23.3%, empleada 7, el 23.3% y otros 1, el 3.3%. (Ver gráfico 9).

La ocupación de la Madre del grupo Psiquiátrico fue ama de casa 7, el 23.3%, al comercio ambulante 15, el 50%, empleada 7, el 23.3% y otros 1, el 3.3%. (Ver gráfico 10).

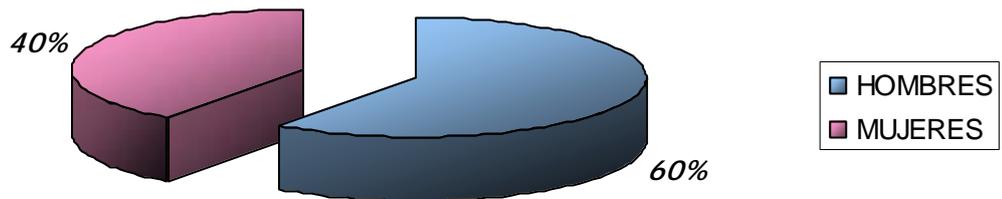
El estado civil del grupo Pediátrico Madre soltera 5, el 16.6%, casada 7, el 23.3%, separada 9, el 30%, unión libre 9, el 30%. (Ver gráfico 11).

El estado civil del grupo Psiquiátrico Madre soltera 4, el 13.3%, casada 8, el 26.3%, separada 11, el 36.6%, unión libre 7, el 23.3%. (Ver gráfico 12).

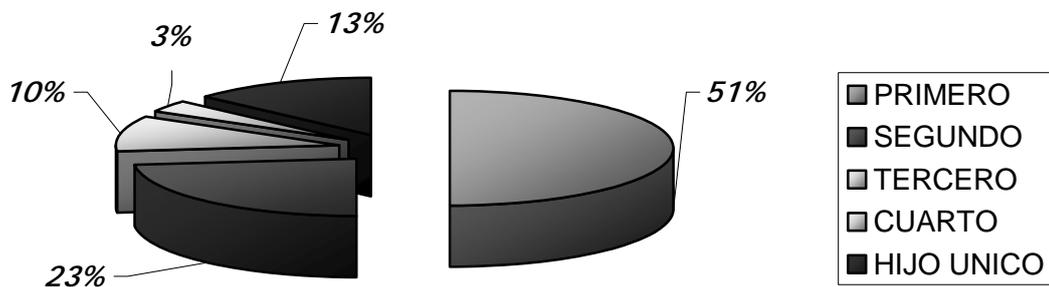
### SEXO EN GRUPO PSIQUIATRICO



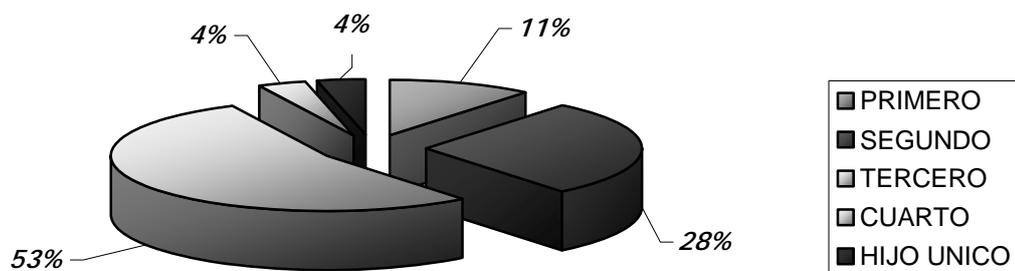
### SEXO EN GRUPO PEDIATRICO



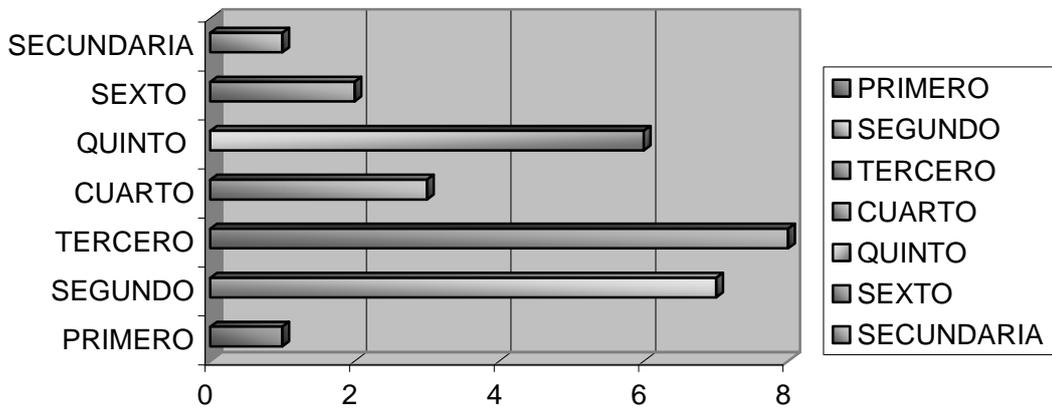
### NUMERO DE HIJO EN LA FAMILIA GRUPO CON PACIENTE PSIQUIATRICO



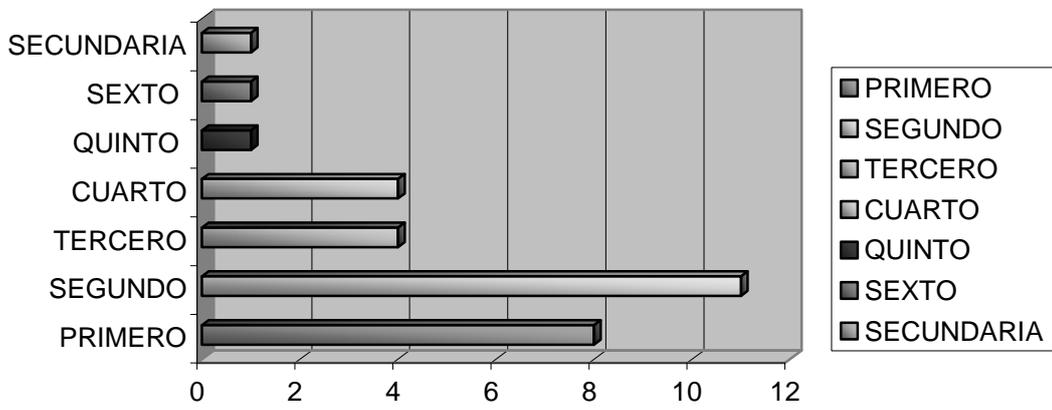
### NUMERO DE HIJO EN LA FAMILIA CON PACIENTE PEDIATRICO



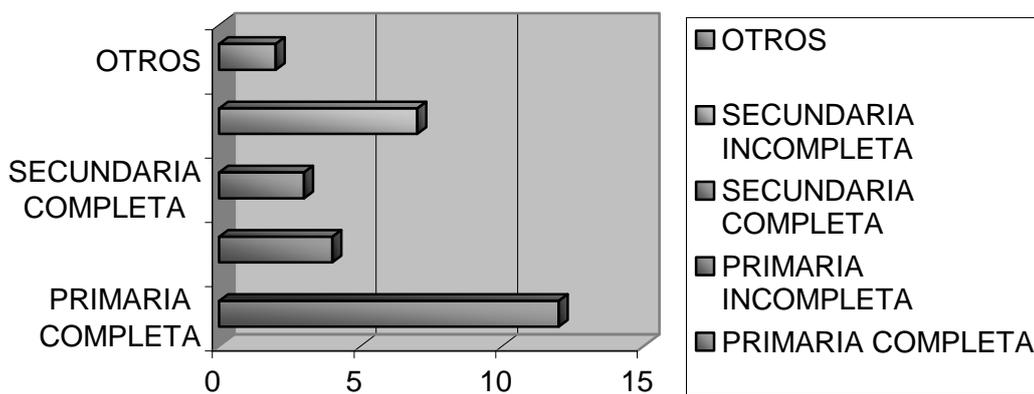
### ESCOLARIDAD DEL HIJO GRUPO PEDIATRICO



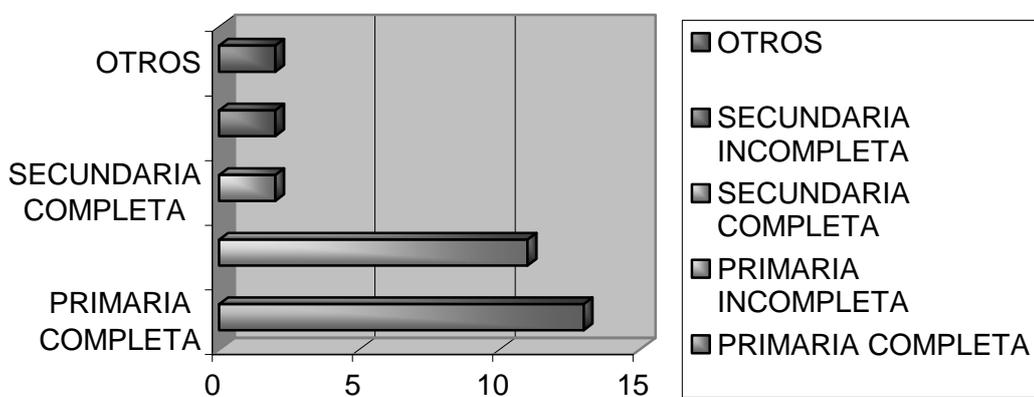
### ESCOLARIDAD DEL HIJO GRUPO PSIQUIATRICO



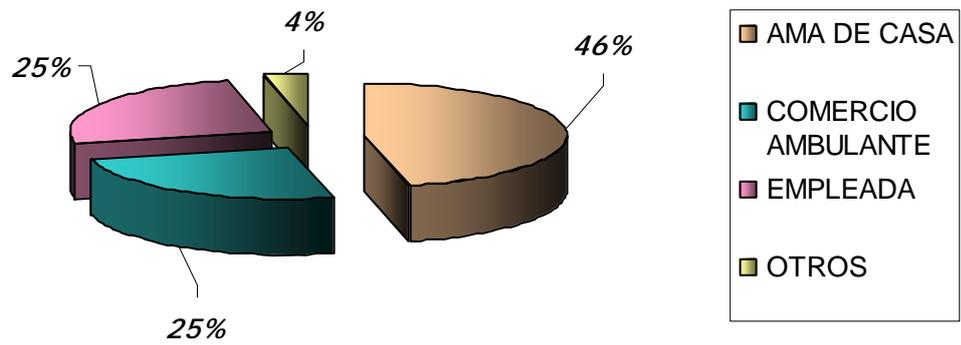
### ESCOLARIDAD EN MADRES GRUPO PEDIATRICO



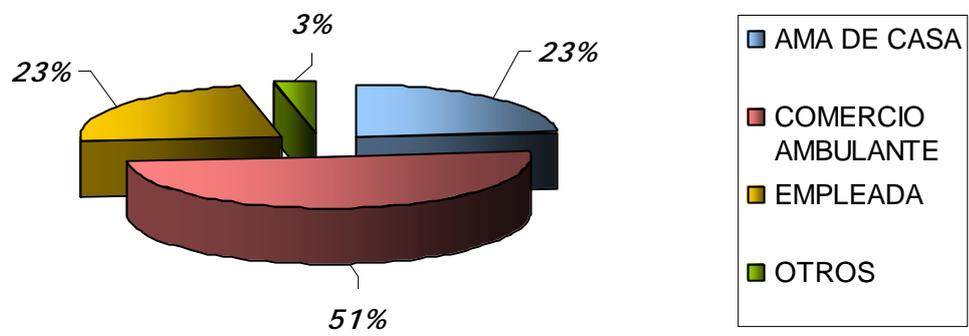
### ESCOLARIDAD EN MADRES GRUPO PSIQUIATRICO



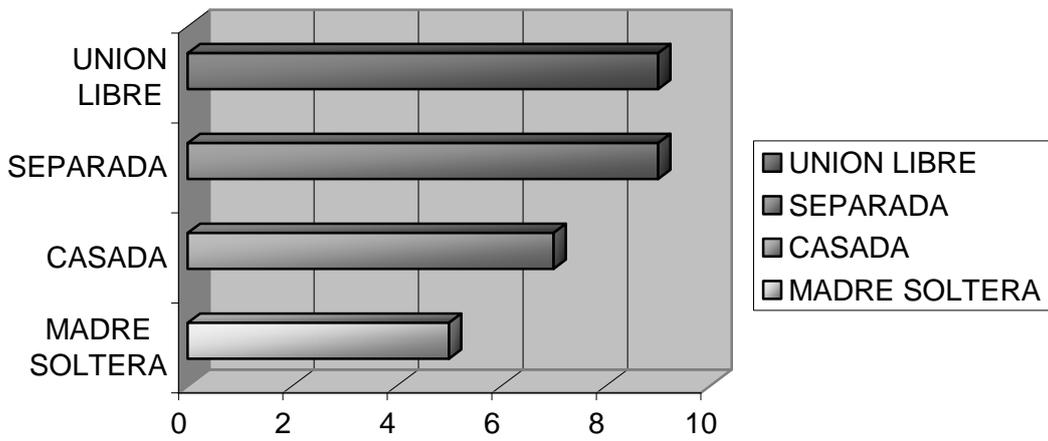
### OCUPACION DE LA MADRE GRUPO PEDIATRICO



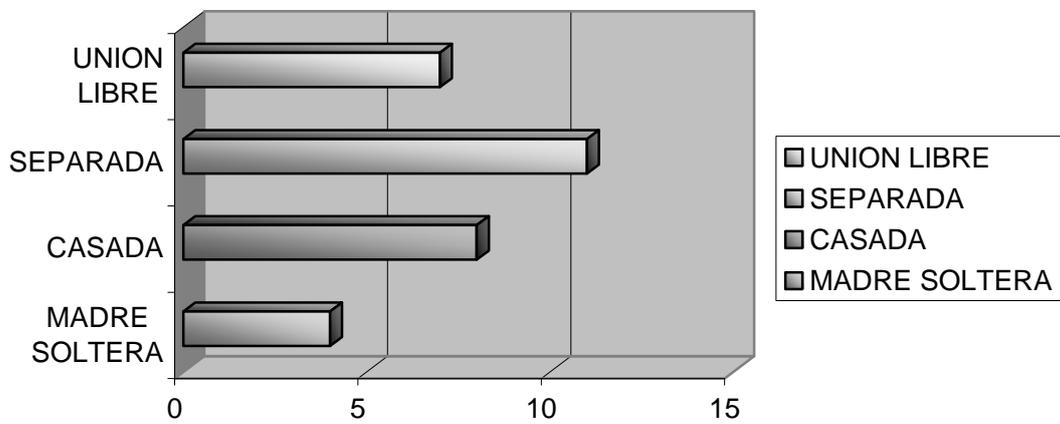
### OCUPACION DE LA MADRE GRUPO PSIQUIATRICO



### ESTADO CIVIL DE LA MADRE GRUPO PEDIATRICO



### ESTADO CIVIL DE LA MADRE GRUPO PSIQUIATRICO



## **DISCUSIÓN.**

En el presente estudio encontramos que existen diferencias entre los grupos estudiados y en el índice de trastornos depresivos, ya que en 19 (33%) de los casos se encontró positividad a la prueba de Beck. Esto nos hace suponer que realmente existen factores de riesgo directo para el desarrollo de psicopatología en los hijos. El hecho de encontrar porcentajes más elevados en las madres que acuden por primera vez a consulta psiquiátrica, que las madres que acuden por primera vez a consulta pediátrica, podemos suponer que esta situación puede deberse en gran medida a un aspecto cultural en la sociedad, con un grado importante de estigmatización en lo referente a las enfermedades mentales de los hijos. Por otro lado es importante mencionar que si existen problemas afectivos en las madres de niños es probable que estos desarrollen problemas de tipo psiquiátrico.

Podemos considerar también que los resultados del Síndrome depresivo en las Madres de pacientes de un Hospital Pediátrico fue aproximado a lo encontrado en la población general. Podemos pensar que esto se debe a la relación que existe entre los problemas de salud mental en los mismos padres (Madres) y su desarrollo cuando niños, en cambio, el tener un hijo enfermo con riesgo de morir como sucede con las madres de pacientes pediátricos desencadenan otros tipos de respuesta afectiva en las Madres.

Otro punto a considerar en este estudio fueron los resultados no significativos tanto de las edades de las madres como de los hijos,

lo que nos hace suponer que los resultados de la prueba de Beck no fueron influenciadas por estas variables.

## **CONCLUSIONES.**

1.- La Escala de Beck sigue siendo un instrumento útil, confiable y de fácil aplicación para detectar Síndrome depresivo.

2.- Con los resultados obtenidos relacionados la Depresión Materna y el desarrollo de psicopatología en los hijos.

3.- La diferencia en los índices de síndrome depresivo en el grupo pediátrico se relaciona con el riesgo de muerte más que con las propias enfermedades físicas del hijo.

4.- En el grupo psiquiátrico se explica la presencia del Síndrome depresivo en las Madres por una situación de estigmatización sobre las enfermedades mentales que pudieran tener los hijos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- 1.- Avant, R.: Diagnosis and treatment of Depression, *Psychopathology* 20: suppl.1, p.p. 13-19 (1987)
- 2.- Baer L., Jacobs G., Cukor P., O'Laughlen J., Coyle J.T., Magruder K.M. Automated Telephone Screening Survey for Depression, *JAMA* 273:24 pp 1943-4 (1995).
- 3.- Bebbington P. Social Epidemiology of Depression and the Neuroses, *Current Opinion in Psychiatry*, 2:204,207 (1989).
- 4.- Bech P., Stage K.B., Nair N.P.V., Larsen J.K., Kragh-Srensen P., Gjerris A. The Major Depression Rating Scale (MDS). Inter-rater reliability and validity across different settings in randomized moclobemide trials, *Journal of Patients With Medical Illness, Affective Disorders* 42:39-38, (1997).
- 5.- Beck T. A., Steer R., Beck S.J., Newman C.F. Hopelessness, Depression, Suicidal Ideation, and Clinical Diagnosis of Depression, *Suicide and Life- Threatening Behavior* 23:2 pp. 139-145 (1993).
- 6.- Cortés J., Berlanga C., Bauer J. Adaptación y Validación de la Escala De Carrol, en Español *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría* pp. 40-45 (1991).
- 7.- Camatta C., Nagoshi C.T. Stress, Depression, Irrational Beliefs, and Alcohol, Use and Problems in a College Student Sample, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 19:1 pp. 142-146 (1995).
- 8.- Cameron O. G. Guidelines for Diagnosis and treatment of Depression in *Journal of Clinical Psychiatry* 51:7 Sippl pp. 49-54 (1990).

- 9.- Caraveo A.J., Medina M.M.E., Rascón M.L., Villatoro J., Martínez V.A., Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México, *Salud Mental* 19:3 pp. 14-21 (1996).
- 10.- Cassen N.H. Hospital General de Massachusetts. *Psiquiatría de enlace en el Hospital General*, Tercera Edición. Díaz de Santos. (1991).
- 11.- Collier J.A.B., Longmore J.M., Hodgetts T.J. *Oxford Handbook of Clinical Specialities*, Cuarta Edición. Oxford University Press (1995)
- 12.- Davis S., Hays L. An Examination of the Clinical Validity of the MCMI-III Depressive Personality Scale, *Journal of Clinical Psychology* 53:1 pp. 15-23 (1997).
- 13.- Fawcett J. Overview of Mood Disorders: Diagnosis, Classification, and Management, *Clinical Chemistry* 40:2 pp. 273-278 (1994).
- 14.- Flett G.L., Vredenburg K. Krames L., The Continuity of Depression in Clinical and Nonclinical Samples, *Psychological Bulletin* 121:3 pp. 395-416 (1997).
- 15.- De la Fuente J.R. Atypical depression: diagnosis and therapeutic issues, *European Psychiatry* 8:5 pp. 235-240 (1993).
- 16.- De la Fuente J.R. (Director) *Temas de Medicina Interna: Problemas psiquiátricos en la práctica médica*, Vol. III No.2 Interamericana-Mc Graw- Hill (1994).
- 17.- De la Fuente R. *Psicología Médica*, Segunda Edición. Fondo de Cultura Económica (1992).

- 18.- Gotlib I.A., Lewinsohn P.M., Seeley J.R. Symptoms Versus a Diagnosis of Depression: Differences in Psychosocial Functioning, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 63:1 pp. 90-100 (1995).
- 19.- Hall C.W.R. Global Assessment of functioning. A Modified Scale, *Psychosomatics* 36:267-275 (1995).
- 20.- Hermann C: International Experiences with Hospital Anxiety and Depression Scale. A Review of Validation Data and Clinical Results, *Journal of Psychosomatics Research* 42:1 pp. 17-41 (1997).
- 21.-Hoff R.A., Livingston B.A., Kasl S.V., Jacobs S.B. Subjective ratings of emotional health a a risk factor for major depression in a community sample, *British Journal of Psychiatry* 178:167-172 (1997).
- 22.- Ivarsson T., Gillbert C. Depressive symptoms in Swedish adolescents: Normative data using the Birleson Depression, *Journal of Clinical Psychology* 52:5 pp. 551-554 (1996).
- 23.- Joseph S., Lewis C.A., Olsen C. Convergen Validity of the Depression – Happiness Scale with Measures of Depression, *Journal of Clinical Psychology* 52:5 pp. 551-554 (1996).
- 24.- Kanowsky S. Age – Dependent Epidemiology of Depression, *Gerontology* 40: suppl 1 pp. 1-4 (1994).
- 25.- Katon W., Schulberg H. Epidemiology of Depression in Primary Care, *General Hospital Psychiatry* 14:237-247 (1992).
- 26.- Kaplan H.I., Sadock B.J. *Manual de Psiquiatría de Urgencias*, Primera Edición. Editorial Médica Panamericana (1996)

- 27.- Klikman M.S. Competing Demands in Psychosocial Care. A Model for the Identification and Treatment of Depressive Disorders in Primary Care, *General Hospital Psychiatry* 19:98-11 (1997).
- 28.- Kroenke K. Discovering Depression in Medical Patients: Reasonable Expectations, *Annals of Internal Medicine* 126:6 pp. 463-465 (1997).
- 29.- Lane R.D., Reiman E.M., Ahren G.L., Schwartz G.E., Davidson R.J. Neuroanatomical Correlates of Happiness, Sadness, and Disgust, *American Journal of Psychiatry* 154:7 pp. 926-936 (1997).
- 30.- Lara – M. M.C., Alvear M.G. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en los pacientes del Instituto Nacional de Cancerología, *Salud Mental* 14:1 pp. 6-11 (1991).
- 31.- Loas G., Fremaux D., Boyer P. Anhedonia and Alexithymia: Distinct or Overlapping Constructions, *Perceptual and Motor Skills* 84:415-425 (1997).
- 32.- López J. Páez F., Apiquián R., Sánchez de Carmona M., Fresán A., Robles R., Nicolini H. Estudio sobre la traducción y validación del cuestionario revisado del Diagnóstico de la Personalidad (PDQ-R), *Salud Mental* 19:Supl. (1996).
- 33.- Meagher D., Murria D. Depresión *The Lancet* 349: supl I pp. 17-19 (1997).
- 34.- Maes M. Meltzer H.Y., Suy E., De Meyer F. Seasonality in severity of depression: relationships to suicide and homicide occurrence, *Actas Psychiatric Scandinavica* 88:153-161 (1997).
- 35.- Owens D. Epidemiology of depression, *Current Opinion in Psychiatry* 4:205-209 (1991).

- 36.- Postel J., Quérel C. (Compiladores) Historia de la Psiquiatría. Primera Edición en español. Colección Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis del Fondo de Cultura Económica.
- 37.- Prag H.M. Diagnosis, the Rate – Limiting Factor of Biological Depression Research, *Neuropsychobiology* 28:197-210 (1993).
- 38.- Reiman E.M., Lane R.D., Ahern G.L., Schwartz G.E., Davidson R.J., Fritson K.J., Yun L.S., Chen K. Neuroanatomical Correlates of Externally and Internally Generated Human Emotions, *American Journal of Psychiatry* 154.7 pp. 918-925 (1997).
- 39.- Reifler D.R., Kessler H.S., Bernhard E.H., Leon C.A., Martin G.J. Impact of Screening for Mental Health Concerns on Health Service Utilization and Functional Status in Primary Care Patients, *Archives of Internal Medicine* 156:2593-2599 (1996).
- 40.- Robinson B.E., Kelley L. Concurrent Validity of the Beck Depression Inventory as a Measure of Depression, *Psychological Reports* 79:926-930 (1996).
- 41.- Schotte C.K.W., Maes M., Cluydts R., Cosyns P. Effects of affective – semantic mode of item presentation in balanced self – report scales: biased construct validity of the Zung Self – rating Depression Scale, *Psychological Medicine* 26:1161 – 1168 (1996).
- 42.- Torres C.M., Hernández M.E., Ortega S.H.A. Validez y reproducibilidad del Inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología, *Salud Mental* 14:2 pp. 4-6 (1991).
- 43.- Vallejo R.J. Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría, Tercera Edición. Salvat (1991).

- 44.- Wolfe Siegman A., Cappel Show S. The Outward Expression of Anger, the Inward Experiences of Anger and CVR: the role of Vocal Expression, *Journal of Behavioral Medicine* 20:1 pp. 20-45 (1997).
- 45.- Volk R.J., Nease D.E., Cass A.R. Recognition of Mental Health Problems in Primary Care Practices, *Family Medicine* (Marzo 1997)
- 46.- Zung W.W.K., Brodhead W.B., Roth M.E. Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care, *The Journal of Family Practice* 37:4 pp. 337-344 (1993).
- 47.- Zung W.W.K., Durham N.C. A Self – Rating Depression Scale, *Archives of General Psychiatry* 12:63-70 (1963).
- 48.- Zeanah, Ch., Boris, N. Infant Development and Developmental Risk: A review of the Past 10 Years. *J. Am. Acad. Child Adolescent. Psychiatry*, 36:2, pp. 165-178 (1997).

## ANEXO:

Se incluye el formato de la Escala B.

NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_ OCUPACION \_\_\_\_\_

**EN ESTE CUESTIONARIO SE ENCUENTRAN GRUPOS DE ORACIONES. POR FAVOR LEA CADA UNA CUIDADOSAMENTE. POSTERIORMENTE ESCOJA UNA ORACION DE CADA GRUPO QUE MEJOR DESCRIBA LA MANERA EN QUE USTED SE SINTIO LA SEMANA PASADA, INCLUSIVE EL DIA DE HOY. ENCIERRE EN UN CIRCULO EL NUMERO QUE SE ENCUENTRA AL LADO DE LA ORACION QUE USTED ESCOGIÓ. SI VARIAS ORACIONES DE UN GRUPO SE APLICAN A SU CASO, CIRCULE CADA UNA. ASEGURESE DE LEER TODAS LAS ORACIONES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.**

1.    0    YO NO ME SIENTO TRISTE  
      1    ME SIENTO TRISTE  
      2    ME SIENTO TRISTE TODO EL TIEMPO Y NO PUEDO EVITARLO  
      3    ESTOY TAN TRISTE O INFELIZ QUE NO PUEDO SOPORTARLO
  
2.    0    EN GENERAL NO ME SIENTO DESCORAZONADO POR EL FUTURO  
      1    ME SIENTO DESCORAZONADO POR MI FUTURO  
      2    SIENTO QUE NO TENGO NADA QUE ESPERAR DEL FUTURO  
      3    SIENTO QUE EL FUTURO NO TIENE ESPERANZA Y QUE LAS COSAS NO PUEDEN MEJORAR
  
3.    0    YO NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO  
      1    SIENTO QUE HE FRACASADO MAS QUE LAS PERSONAS EN GENERAL  
      2    AL REPASAR LO QUE HE VIVIDO, TODO LO QUE VEO SON MUCHOS FRACASOS  
      3    SIENTO QUE SOY UN COMPLETO FRACASO COMO PERSONA
  
4.    0    OBTENGO TANTA SATISFACCION DE LAS COSAS COMO SOLIA HACERLO  
      1    YO NO DISFRUTO LAS COSAS DE LA MANERA COMO SOLIA HACERLO  
      2    YA NO OBTENGO VERDADERA SATISFACCION DE NADA  
      3    ESTOY INSATISFECHO O ABURRIDO CON TODO
  
5.    0    EN REALIDAD YO NO ME SIENTO CULPABLE  
      1    ME SIENTO CULPABLE UNA GRAN PARTE DEL TIEMPO  
      2    ME SIENTO REALMENTE CULPABLE LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO  
      3    ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO
  
6.    0    YO NO SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO

- 1 SIENTO QUE PODRIA SER CASTIGADO  
 2 ESPERO SER CASTIGADO  
 3 SIENTO QUE HE SIDO CASTIGADO
7. 0 YO NO ME SIENTO DESILUSIONADO DE MI MISMO  
 1 ESTOY DESILUSIONADO DE MI MISMO  
 2 ESTOY DISGUSTADO CONMIGO MISMO  
 3 ME ODO
8. 0 YO NO SIENTO QUE SEA PEOR QUE OTRAS PERSONAS  
 1 ME CRITICO A MI MISMO POR MIS DEBILIDADES O ERRORES  
 2 ME CULPO TODO EL TIEMPO POR MIS FALLAS  
 3 ME CULPO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE
9. 0 YO NO TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS  
 1 TENGO PENSAMIENTOS SUICIDAS PERO NO LOS LLEVARIA A CABO  
 2 ME GUSTARIA SUICIDARME  
 3 ME SUICIDARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD
10. 0 YO NO LLORO MAS DE LO USUAL  
 1 LLORO MAS AHORA DE LO QUE SOLIA HACERLO  
 2 ACTUALMENTE LLORO TODO EL TIEMPO  
 3 ANTES PODIA LLORAR, PERO AHORA NO LO PUEDO HACER A PESAR DE QUE  
 LO DESEO
11. 0 YO NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO QUE SOLIA ESTAR  
 1 ME ENOJO O IRRITO MAS FACILMENTE QUE ANTES  
 2 ME SIENTO IRRITADO TODO EL TIEMPO  
 3 YO NO ME IRRITO POR LAS COSAS POR LAS QUE SOLIA HACERLO
12. 0 YO NO HE PERDIDO EL INTERES EN LA GENTE  
 1 ESTOY MENOS INTERESADO EN LA GENTE DE LO QUE SOLIA ESTAR  
 2 HE PERDIDO EN GRAN MEDIDA EL INTERES EN LA GENTE  
 3 HE PERDIDO TODO EL INTERES EN LA GENTE
13. 0 TOMO DECISIONES TAN BIEN COMO LO HE HECHO  
 1 POSPONGO TOMAR DECISIONES MAS QUE ANTES  
 2 TENGO MAS DIFICULTADES EN TOMAR DECISIONES QUE ANTES  
 3 YA NO PUEDO TOMAR DECISIONES
14. 0 YO NO SIENTO VERME PEOR DE COMO ME VEIA  
 1 ESTOY PREOCUPADO DE VERME VIEJO(A) O POCO ATRACTIVO(A)  
 2 SIENTO QUE HAY CAMBIOS PERMANENTES EN MI APARIENCIA QUE ME  
 HACEN VER POCO ATRACTIVO(A)  
 3 CREO QUE ME VEO FEO(A)
15. 0 PUEDO TRABAJAR TAN BIEN COMO ANTES  
 1 REQUIERO DE MAS ESFUERZO PARA INICIAR ALGO  
 2 TENGO QUE OBLIGARME PARA HACER ALGO  
 3 YO NO PUEDO HACER NINGUN TRABAJO
16. 0 PUEDO DORMIR TAN BIEN COMO ANTES  
 1 YO NO DUERMO TAN BIEN COMO SOLIA HACERLO  
 2 ME DESPIERTO UNA O DOS HORAS MAS TEMPRANO DE LO NORMAL Y ME  
 CUESTA TRABAJO VOLVERME A DORMIR  
 3 ME DESPIERTO MUCHAS HORAS ANTES DE LO QUE SOLIA HACERLO Y NO  
 ME PUEDO VOLVER A DORMIR
17. 0 YO NO ME CANSO MAS DE LO HABITUAL  
 1 ME CANSO MAS FACILMENTE DE LO QUE SOLIA HACERLO

- 2 CON CUALQUIER COSA QUE HAGA ME CANSO  
3 ESTOY MUY CANSADO PARA HACER CUALQUIER COSA
18. 0 MI APETITO NO ES PEOR DE LO HABITUAL  
1 MI APETITO NO ES TAN BUENO COMO SOLIA SERLO  
2 MI APETITO ESTA MUY MAL AHORA  
3 NO TENGO APETITO DE NADA
19. 0 YO NO HE PERDIDO MUCHO PESO ULTIMAMENTE  
1 HE PERDIDO MAS DE DOS KILOGRAMOS  
2 HE PERDIDO MAS DE CINCO KILOGRAMOS  
3 HE PERDIDO MAS DE OCHO KILOGRAMOS
- A PROPOSITO ESTOY TRATANDO DE PERDER PESO COMIENDO MENOS  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
20. 0 YO NO ESTOY MAS PREOCUPADO DE MI SALUD QUE ANTES  
1 ESTOY PREOCUPADO ACERCA DE PROBLEMAS FISICOS TALES COMO,  
DOLOR, DOLOR ESTOMACAL O COSTIPACIÓN  
2 ESTOY MUY PREOCUPADO POR PROBLEMAS FISICOS Y ES MUY DIFICIL  
PENSAR EN ALGO MAS  
3 ESTOY TAN PREOCUPADO POR MIS PROBLEMAS FISICOS QUE NO PUEDO  
PENSAR EN NINGUNA OTRA COSA
21. 0 YO NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL  
SEXO  
1 ESTOY MENOS INTERESADO EN EL SEXO DE LO QUE ESTABA  
2 ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA  
3 HE PERDIDO COMPLETAMENTE EL INTERES POR EL SEXO

\* Estandarizado en la Cd de México por Jurado, S. Et al (1998). *Salud Mental*. 21(3) 26-31