



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA, DEPARTAMENTO DE
PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**SEDE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA SAN FERNANDO**

**TÍTULO: FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON ACROMEGALIA**

T E S I S **PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:** **PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:
DR. HUGO ALBERTO LOMELÍ TORRES

ASESOR METODOLÓGICO:
DRA. CLAUDIA FOUILLOUX MORALES

ASESOR TEÓRICO:
DR. ARMANDO ANAYA SEGURA

MÉXICO, D.F.

NOVIEMBRE DE 2003.



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.

ANTECEDENTES

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS SECUNDARIOS A LOS TRASTORNOS ENDOCRINOS

La síntesis y la liberación de las hormonas adenohipofisarias están reguladas por neurosecreciones, elaboradas por las neuronas peptidérgicas de los núcleos hipotalámicos que se localizan en un área denominada hipofisiotropa.

Se destacan los trastornos psiquiátricos de procesos que afectan a la hipófisis.

La hipersecreción crónica de la hormona de crecimiento (GH) produce los cuadros de acromegalia en el adulto y de gigantismo en el prepúber. Pueden encontrarse valores elevados de GH en otras situaciones clínicas como la anorexia nerviosa y en el curso de deficiencias nutricionales sin que se llegue a presentar acromegalia. La enfermedad afecta por igual a ambos sexos y por lo general aparece entre los treinta y los cincuenta años. El comienzo es lento e insidioso. Suelen transcurrir más de diez años entre el comienzo de la enfermedad y el momento en el que se establece el diagnóstico. Los tumores hipofisarios son la causa más común de acromegalia. En estos casos la cefalalgia y las alteraciones visuales son muy frecuentes (80-60% respectivamente). Las alteraciones psicopatológicas que acompañan a este trastorno no se han estudiado de forma sistemática. El inicio de la enfermedad se acompaña de apatía y pérdida de iniciativa. En algunos casos aparece labilidad emocional y alteraciones en la memoria reciente. Cuando se instaura la enfermedad pueden aparecer diferentes reacciones de adaptación a la alteración de la imagen corporal y las diversas algias que comporta la enfermedad. El paciente suele mostrarse reservado, irritable y triste. Son frecuentes los cuadros depresivos, aunque pueden existir cuadros maniatiformes.

EJE HIPOTÁLAMO-HIPOFISIOSOMATOTROPO Y DEPRESIÓN

El perfil nictemeral de GH se ve influido de manera importante por la edad, el sexo, la estatura, el grado de obesidad y el aporte calórico. El sueño constituye un poderoso estimulante de la secreción de GH. En el adulto sano, la secreción de GH que se tiene lugar algunas horas después del sueño produce un promedio del 75% de la producción diaria de esta hormona. En la depresión la secreción de GH durante el sueño se ha descrito como normal (1), reducida o adelantada (2). La secreción total de GH puede ser normal, aumentada o con un pico previo al adormecimiento.

La secreción de GH es estimulada por la dopamina, la noradrenalina (a través de los receptores alfa) y probablemente la serotonina e inhibida por la noradrenalina (a través de los receptores beta) y el GABA. Son interesantes los resultados obtenidos en este sistema con apomorfina, clonidina y factor liberador de GH (GHRH). Aunque la mayoría de los estudios han encontrado normal de la GH a la apomorfina en la depresión endógena, en uno de los estudios mejor controlados Ansseau et al. (3) encontraron una menor estimulación de la GH en la manía y depresión mayor, con valores más bajos de GH si existían antecedentes de suicidio que en la depresión menor y en sujetos control. Estos resultados sugieren que el sistema dopaminérgico está implicado en los trastornos afectivos. En diversos estudios se encuentra una respuesta aplanada de GH a un α 2-antagonista, como la clonidina en depresivos endógenos frente a controles y no endógenos. Pueden interpretarse como una disminución de sensibilidad de los receptores α 2-adrenérgicos postsinápticos en la depresión endógena. Algunos autores relacionan una prueba de clonidina normal con una buena respuesta a un antidepresivo serotoninérgico. El mantenimiento de la respuesta aplanada tras la remisión clínica (4) durante la fase maníaca de los trastornos bipolares (5) y, en contraste con lo que ocurre con la estimulación de la apomorfina y con la prueba de supresión con dexametasona (TSD), su independencia con los acontecimientos vitales (6) pueden orientar la prueba de la clonidina como un posible marcador

biológico de rasgo en la enfermedad depresiva. Diferentes factores no específicos podrían desempeñar un papel en la alteración de la prueba de la clonidina: la edad, la menopausia, el etilismo, a fase del ciclo menstrual y en especial la toma reciente de antidepresivos. La respuesta de la GH a la estimulación con GHRH se encuentra aplanada en algunos estudios, con correlación frecuente con la prueba de la clonidina y poco frecuente con la de la apomorfina, y normal en otros. Esto puede significar la respuesta aplanada de GH a la estimulación α 2-adrenérgica se debe a un fallo generalizado en la respuesta de la secreción de GH al GHRH.

Dinan comprobó en 1998 que estímulos noradrenérgicos, colinérgicos y dopaminérgicos a nivel hipotalámico aumentan la secreción de GHRH y disminuyen la de somatostatina. GH y el factor de crecimiento tipo-1 parecido a la insulina (IGF-1) retroalimentan negativamente al hipotálamo. También encontró anomalías consistentes en la liberación de GH mediada por noradrenalina vía GHRH (7).

Baumgartner, et al. encontró una actividad alfa noradrenérgica elevada jugando un rol en los cambios de TSH, cortisol, hormonas tiroideas, GH durante la privación de sueño y un incremento en los niveles de dopamina como probables inductores de la liberación de prolactina en pacientes con depresión (8). Por otro lado Lesch, et al. encontraron que en 10 pacientes deprimidos, a diferencia de un grupo control de las mismas dimensiones, presenta una disminución en la respuesta para liberar GH tras la administración de GHRH; sin embargo, por pruebas con clonidina que por su actividad α 2-adrenérgica eleva GH, y somatomedina, concluye que el eje hipotálamo-hipófisis-somatotróficos en deprimidos está íntegro, y que la alteración en el patrón de secreción de GH es debido a un problema suprahipofisiario probablemente noradrenérgico (9).

En cuanto a la prueba de supresión con dexametasona, Kitamura, et al. encontró que bajo la administración de dicha hormona sólo la respuesta a nivel de cortisol pudo discriminar depresión en comparación con el comportamiento de prolactina, GH, T3, T4 y TSH (10).

Un interesante estudio realizado por Coplan, et al. propone que existe una disfunción en los mecanismos responsables de las primeras etapas del sueño como predictores a manera de marcador premórbido de depresión y conducta suicida. Se sabe que en el sueño temprano estímulos muscarínicos a nivel hipotalámico disminuyen somatostatina permitiendo así la liberación de GH. En 67 pacientes con depresión mayor se presentó un aumento en la velocidad de secreción de GH nocturno, sin embargo aquellos que tuvieron conducta suicida presentaron niveles de GH significativamente mayores durante las primeras cuatro horas de sueño (11).

CASOS DE ACROMEGALIA Y TRASTORNOS DEL AFECTO REPORTADOS EN LA LITERATURA

La literatura no es propiamente rica en la casuística que relaciona trastornos del afecto y acromegalia. Manfred Bleuler en 1954 reportó un hombre acromegálico que presentaba embotamiento afectivo y apatía y sugirió que este cuadro clínico representaba una variación especial del psicossíndrome endocrino. Korali, et al. estudió a 93 pacientes que presentaban dos años de evolución con acromegalia sin encontrar un aumento en el riesgo de desarrollar trastornos mentales comparado con la población general (12).

Avery en 1973 reportó un caso de depresión y ansiedad asociados con dicho padecimiento. Hay revisiones relevantes realizadas por Michael y Gibbons en (1963), Beumont (1972), Labhart (1974) y Lishman (1978). A. Margo reportó en 1981 el caso de una mujer de 41 años que enfermó poco tiempo después de una histerectomía subtotal por menorragia presentando retardo psicomotor, pereza, ánimo abatido, disminución de la autoconfianza y cefalalgia, que persistió algunos años a pesar de tratamiento antidepresivo. Se agregó un cambio dramático en la apariencia facial que orientó hacia el diagnóstico de acromegalia corroborado por laboratorio. Fue tratada con radioterapia a nivel de la fosa hipofisaria no hubo un cambio significativo en los parámetros bioquímicos en los cuatro meses posteriores. Posterior a éstos, junto con la mejoría de dichos parámetros, la paciente refirió remisión significativa de la sintomatología depresiva (13).

En 1987 Abed, et al. determinó que los reportes previos de morbilidad psiquiátrica en acromegalia no eran sistemáticos. En su estudio examinó 51 pacientes acromegálicos usando General Health Questionnaire y Present State Examination. El estudio no mostró un incremento en la morbilidad psiquiátrica en general en comparación con la población general. De la misma manera no fue encontrada una relación entre los niveles de GH y morbilidad psiquiátrica. El autor

sugiere al mismo tiempo que los reportes previos ejemplifican una simple coincidencia de condiciones favorables y no favorables en relación con la comorbilidad entre depresión y acromegalia (14).

Fava encontró que un tratamiento dirigido a las condiciones físicas es más efectivo que drogas antidepresivas en síndromes afectivos orgánicos asociados a síndrome de Cushing, Addison, hipertiroidismo, hipotiroidismo e hiperprolactinemia. Sin embargo, la influencia del disturbio hormonal en el desarrollo de la depresión en acromegalia debe ser evaluada de forma individual (17).

Flitsch, et al. correlacionó alteraciones emocionales en 48 pacientes con adenomas pituitarios encontrando que los signos más comunes en aquellos con síndrome de Chushing eran excitabilidad y depresión y en acromegalia fatiga y disminución de la energía (15).

En una interesante revisión Muller, et al. ratifica que en anorexia, depresión, cirrosis hepática, falla renal, DM insulino dependiente, hay una hipersecreción de GH asociado a insensibilidad a la misma durante la retroalimentación a nivel hipotalámico, a diferencia de la hipersecreción primaria en la acromegalia (16).

En un estudio realizado en el Instituto Max Planck por Koralí Z. y cols. en julio de 2002 en 93 pacientes con adenoma hipofisiario, reporta que no se encontró un riesgo incrementado para presentar enfermedad mental en comparación con grupo control.

En relación con las referencias anteriores podemos concluir que existen cambios significativos en el comportamiento del eje hipotálamo-hipófisis-somatotrofo durante el trastorno depresivo mayor, sin embargo según la literatura, dicho hallazgo no parece correlacionar con mayor asociación del trastorno en pacientes con acromegalia a pesar de la evidencia de las alteraciones

endocrinológicas. Quizá esta aparente falta de correlación se deba a que, a pesar de que el comportamiento del eje tanto en acromegalia y depresión está alterado, la falla se origina a niveles diferentes, siendo a nivel hipofisiario en acromegalia y por encima de éste en el caso de la depresión. De cualquier manera, la literatura es pobre en el número de estudios que ratifiquen dicha hipótesis, así como de reportes de mejoría del estado afectivo en pacientes con acromegalia y depresión cuando los parámetros bioquímicos se corrigen.

ESCALAS DE HAMILTON Y DE BECK PARA DEPRESIÓN

La escala de Hamilton para depresión es un instrumento aplicado por un evaluador calificado para cuantificar la intensidad de los estados depresivos. Cuenta con diecisiete reactivos y tiene una calificación máxima de cincuenta y dos puntos.

En un estudio realizado por Berlanga y cols. (1992) se tradujo la escala de Hamilton, la cual se sometió a un proceso de validación junto con la escala de Carroll, donde presentaron una alta correlación.

Después de ser traducida al español, dicho instrumento se aplicó a un grupo de 80 pacientes de la consulta externa del Instituto Nacional de Psiquiatría que cumplían los criterios para depresión mayor de acuerdo al DSM-III.

La validez concurrente de la versión autoaplicada de Carroll contra la versión aplicada por el clínico de la escala de Hamilton para depresión se determinó correlacionando su puntuación total y la de cada uno de sus reactivos. La correlación entre ambas escalas fue altamente significativa ($r=0.77$ y $p=0.001$).

La confiabilidad temporal analizada mediante el procedimiento de prueba contra prueba (test-retest), también fue satisfactoria ($r=0.72$; $p=0.01$). El valor del alfa de Cronbach para el total de las evaluaciones fue de 0.85. Finalmente en un análisis factorial se corroboraron los datos obtenidos en el análisis de consistencia.

El punto de corte para determinar depresión de moderada a severa es de 15 puntos en la Escala de Hamilton.

La escala de depresión de Beck (EDB) es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en los adolescentes y adultos (Beck y Steer, 1993).

La EDB incluye veintiún reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana. Estas afirmaciones reflejan la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4(severo). La puntuación total de la escala se obtiene sumando los veintiún reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y sesenta y cuatro la máxima a obtener.

Los puntos de corte de la escala se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión por lo que una puntuación de 0 a nueve refleja la presencia o ausencia mínima de síntomas depresivos; de diez a dieciséis indica una depresión media; de diecisiete a veintinueve refleja una depresión moderada y puntuaciones de treinta a sesenta y tres indican una depresión severa (Beck y Steer, 1993). El tiempo de aplicación de la escala varía de cinco a ocho minutos.

El estudio de validación de la EDB fue realizada en Buenos Aires, Argentina, por Bonicatto y cols. en 1998. La escala fue aplicada a un total de 608 personas que radicaban en la ciudad de la Plata.

La consistencia interna de la EDB fue elevada (alfa de Cronbach= 0.87), resultado que es congruente con lo reportado de otros estudios realizados con muestras de sujetos no psiquiátricos en Norte América y Europa (rango de 0.73 a 0.92) (Beck y cols., 1988). Se obtuvo la validez concurrente correlacionando las puntuaciones obtenidas en la EDB y las puntuaciones de la subescala de depresión del SCL-90. La correlación entre estos dos instrumentos fue significativa ($r=0.68$ y $p<0.000$).

En el terreno psiquiátrico, la EDB ha mostrado tener validez satisfactoria. En el estudio de Beck y cols. (1961) se encontró una correlación cercana a 0.7 entre los puntajes totales obtenidos y el grado de severidad de la depresión asignado por psiquiatras experimentados a más de 400 pacientes.

El estudio de validez y reproducibilidad en México fue realizado por Torres-Castillo y cols. (1991) en el cual se aplicó la EDB a 96 pacientes que acudían a un hospital de tercer nivel de la Ciudad de México (Instituto Nacional de Cardiología “Dr. Ignacio Chávez”). Utilizando un punto de corte de catorce se encontraron datos de sensibilidad de 0.86 y una especificidad de 0.86. En estudio posterior en que se realizó la estandarización del instrumento (Jurado y cols., 1998) se obtuvieron resultados estadísticos que son compatibles con lo reportado en la bibliografía internacional, respecto a los meta-análisis reportados por el propio Beck y cols. (1988).

Se puede concluir que la versión en español de la EDB posee propiedades psicométricas adecuadas para la evaluación de síntomas depresivos en poblaciones de habla hispana debido a los diversos resultados clinimétricos obtenidos en los estudios realizados en México y otras poblaciones de habla hispana en el mundo (Conde y cols., 1976) (26).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la clínica de acromegalia del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” se detectan pacientes con sintomatología depresiva, lo cual, basados en los conocimientos científicos de la asociación entre depresión y enfermedad médica, oscurece el pronóstico y entorpece el manejo.

JUSTIFICACIÓN

Se cuenta con una importante población de pacientes con acromegalia en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “Siglo XXI” que refieren sintomatología depresiva. De hecho dicha sintomatología aparece dentro de los rubros a interrogar en los formatos para el seguimiento por parte de los especialistas en Endocrinología de dicho hospital. Por otro lado, la comorbilidad con sintomatología depresiva, como sucede en numerosos padecimientos, entorpece el pronóstico y el apego al tratamiento, ya que los pacientes que la padecen suelen tener pensamientos automáticos de tipo catastrofización que les impiden encontrarse en la mejor disposición para su manejo.

Corroborando lo anterior durante la práctica clínica en dicho hospital, surgió el interés por revisar en la literatura científica cuál era la frecuencia de depresión en acromegalia encontrándose resultados no concordantes, ya que algunos encuentran cifras de frecuencia mayores de depresión en acromegálicos que en la población general e inclusive proponen mecanismos bioquímicos, y en otros reportes no hay una variación significativa. De aquí el interés por investigar en nuestro medio la frecuencia de depresión en acromegalia, además de saber si hay diferencias entre dicha asociación cuando el disturbio endocrinológico está en actividad y cuando los parámetros bioquímicos se han normalizado, ya que no se cuenta con algún estudio investigando dicha asociación en nuestro medio.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia con que se presenta la depresión entre pacientes con acromegalia de la consulta externa del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "Siglo XXI".

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer la frecuencia de depresión entre pacientes con acromegalia.

Conocer la frecuencia de depresión entre pacientes con acromegalia activa.

Conocer la frecuencia de depresión entre pacientes con acromegalia no activa.

Comparar las frecuencias de depresión entre pacientes con acromegalia activa y no activa.

HIPÓTESIS

La frecuencia de depresión en pacientes con acromegalia activa es mayor que en aquellos con acromegalia no activa.

HIPÓTESIS NULA

No hay diferencia en la frecuencia de depresión en pacientes con acromegalia activa y no activa.

VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTE

Acromegalia: Enfermedad crónica asociada a un crecimiento exagerado de los huesos y partes blandas producida por un exceso de GH.

Acromegalia activa: Pacientes con diagnóstico de acromegalia que presentan niveles de IGF-1 por arriba de las referencias de normalidad según la edad, GH que no suprime por debajo de 1 ng/dl tras la administración de octreótide (somatostatina) I.M.

Acromegalia no activa: Normalización en los niveles IGF-1 y supresión por debajo de 1 ng/dl tras la administración de octreótide I.M.

VARIABLES DEPENDIENTES

Trastorno depresivo mayor, diagnosticado mediante entrevista psiquiátrica estructurada según los criterios del DSM IV-R para dicho trastorno.

Diagnóstico de depresión leve, moderada y severa de acuerdo a escalas Hamilton y Beck para depresión, considerando los siguientes puntos de corte: Escala de Hamilton de depresión: 15 puntos, arriba de los cuales se considera depresión de moderada a severa. Escala de Beck para depresión: 0-9 puntos refleja ausencia o presencia mínima de síntomas depresivos, 10-16 indica depresión leve, 17-29 indica depresión moderada, 30-63 indican depresión severa.

VARIABLES EXTRAÑAS O DE CONTROL

Edad y género.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Transversal, comparativo y observacional.

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes con diagnóstico de acromegalia atendidos en el hospital de especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social. El tamaño de la muestra fué de cuarenta y un pacientes con el diagnóstico de acromegalia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con diagnóstico de acromegalia según criterios de actividad o no actividad mencionados con anterioridad.

Firmar el formato de consentimiento informado.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes que cursen con estado confusional o delirium.

PROCEDIMIENTO

La evaluación de los pacientes se llevó a cabo en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS, en la Ciudad de México. En esta unidad se cuenta con una población en control de aproximadamente 170 pacientes con el diagnóstico de Acromegalia cuya atención está en manos de los médicos especialistas en Endocrinología.

Los pacientes acuden a la consulta externa para su seguimiento y control los días martes y miércoles de las 8 a las 14 horas, tiempo en que se les realizaron las entrevistas y aplicaron las escalas.

Se informaba a los pacientes que acudían a la clínica en qué consistía la investigación. En caso de estar de acuerdo con participar en la misma, se solicitaba su firma de consentimiento.

Se aplicaron la escala de Beck para depresión, la escala de Hamilton para depresión y una entrevista psiquiátrica conforme a los criterios del DSM-IVR para el diagnóstico de depresión mayor.

Las entrevistas eran realizadas exclusivamente por residente de la especialidad de Psiquiatría de cuarto año, y se llevaban a cabo posterior a la consulta endocrinológica en un espacio propio para la clínica de acromegalia contando siempre con el tiempo suficiente.

Para el análisis estadístico, se conformaron dos grupos: uno formado por pacientes con acromegalia que cumplen los criterios para estadio activo de la enfermedad y otro que cumplen criterios para enfermedad inactiva o curación.

Contando ya con los resultados de las entrevistas y las escalas se procedió a determinar el porcentaje de hombres y de mujeres en la muestra, de pacientes con enfermedad activa y no activa, y de pacientes con depresión y enfermedad activa y no activa. Se determinó el promedio de edad y su desviación estándar, las

puntuaciones de las escalas con sus promedios y desviación estándar, así como los porcentajes de las mismas en cuanto a sus resultados por severidad de la depresión.

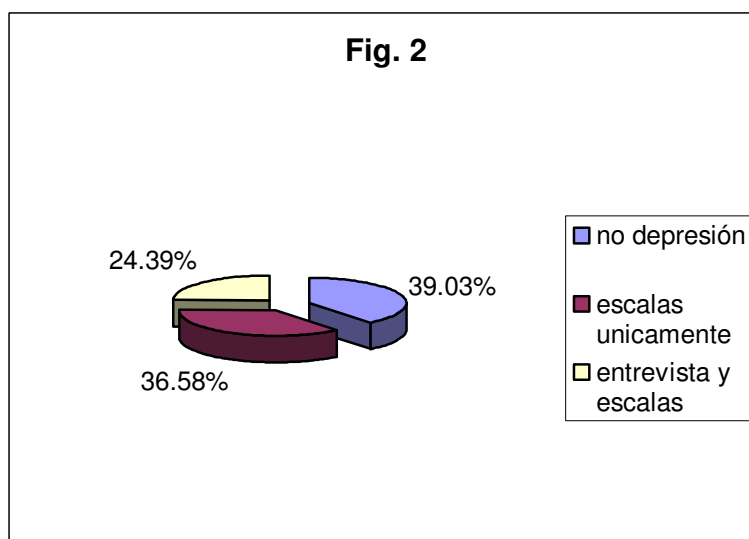
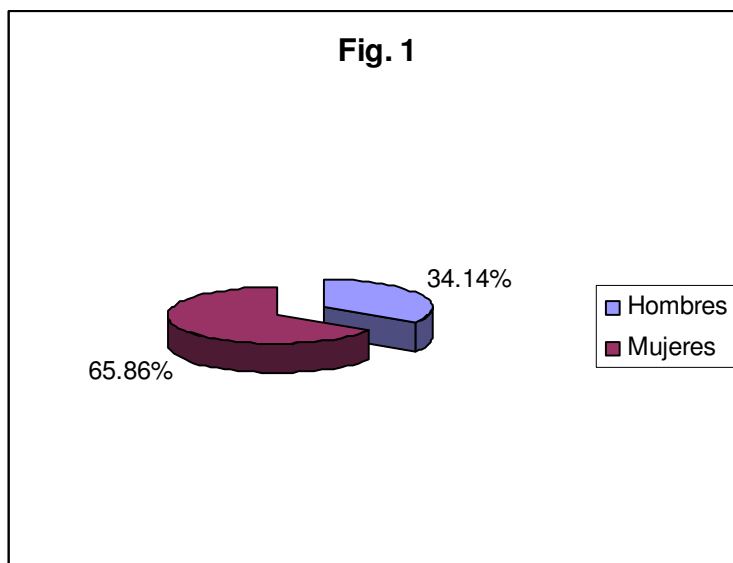
Para dar validez a los resultados obtenidos se aplicaron diferentes herramientas estadísticas. Se correlacionaron los resultados de las pruebas de Hamilton y de Beck de los pacientes deprimidos con las pruebas paramétrica de Pearson y Spearman's rho, determinando su significancia. Además se hizo la correlación simple y por prueba de ANOVA entre actividad de acromegalia y las escalas utilizadas determinando también su significancia.

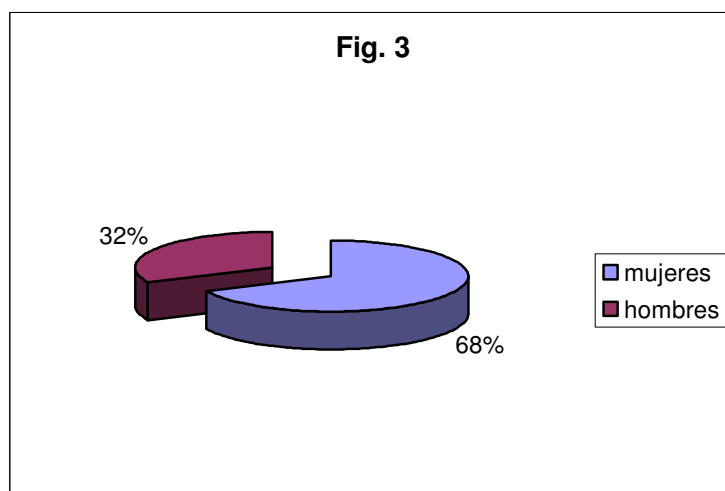
Se hizo la prueba de coeficiente de regresión lineal comparando las variables sexo y edad con depresión, que aunque no fuera parte de los objetivos, pudieran arrojar algún hallazgo de interés.

Finalmente se redactaron los resultados de dichos análisis estadísticos y las conclusiones de la investigación.

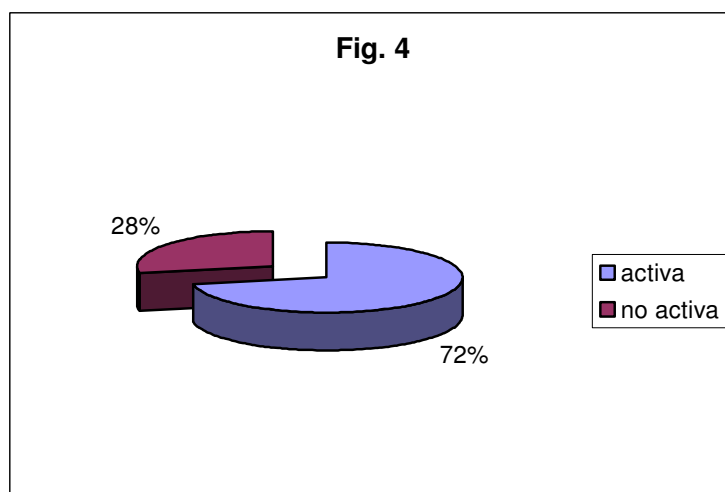
RESULTADOS

De los 41 pacientes con acromegalia estudiados, 27 (65.85%) fueron mujeres y 14 (34.14%), hombres (fig. 1). Veinticinco del total de la muestra (60.97%) resultaron con diagnóstico de depresión, de los cuales 10 (24.39%) obtuvieron el diagnóstico tanto con las escalas utilizadas como la entrevista psiquiátrica, y 15 (36.58%) sólo mediante las escalas (fig.2). De los 25 pacientes con depresión, 17 fueron mujeres (68%) y 8 (32%), hombres (fig. 3).





En cuanto al porcentaje de pacientes según la actividad de la acromegalia, 18 de ellos (72%) presentaron la enfermedad activa y 7 (28%), no activa (fig. 4).



Además, de los pacientes con diagnóstico de depresión, tanto por entrevista como por escalas, el 100% presentaban acromegalia activa. Sin embargo, de aquellos que fueron diagnosticados con depresión sólo por escalas, el 53.3% eran activos para acromegalia.

El promedio de edad fue de 43.60 años con una desviación estándar (d.s.) de ± 11.34 .

Las puntuaciones de las escalas aplicadas con sus promedios y desviación estándar se especifican en la tab. 1. siendo para la escala de Beck una mínima de 4 y máxima de 23 con un promedio de 14.04 y d.s. de ± 6.13 , y para la escala de Hamilton una mínima de 10 y máxima de 43 con un promedio de 21.20 y una d.s. de ± 8.11 .

Tab. 1

PUNTUACIONES DE LAS ESCALAS				
	MÍNIMA	MÁXIMA	PROMEDIO	D.S.
BECK	4	23	14.04	± 6.13
HAMILTON	10	43	21.20	± 8.11

En cuanto al grado de severidad reportado por las escalas de Beck, 4 (16%) pacientes del total presentaron depresión leve, 16 (64%) la variante moderada y 5 (20%) severa, como se especifica en la tab. 2. Al mismo tiempo, según lo reportado por las escalas de Hamilton, 12 (48%) pacientes del total presentaron puntaje mayor de 15 y 13 (52%) pacientes menor de 15 (tab. 3).

Tab. 2

GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN ESCALA DE BECK		
GRADO	# DE PACIENTES	%
Leve (10-16 puntos)	4	16
Moderado (17-29)	16	64
Severo (30-63)	5	20
TOTAL	25	100

Tab. 3

GRADO DE SEVERIDAD SEGÚN ESCALA DE HAMILTON		
PUNTAJE	# DE PACIENTES	%
15 ó más	12	48
Menos de 15	13	52
TOTAL	25	100

Se realizaron pruebas de correlación entre las dos escalas utilizadas al detectar depresión en estos pacientes, resultando que ambas escalas estuvieron correlacionadas con una p significativa, ya que según la prueba paramétrica de Pearson fue de 0.597 ($p= 0.001$) y según la prueba Spearman's rho fue 0.585 ($p= 0.001$) (tab. 4).

También se correlacionó estadísticamente la actividad de acromegalia con depresión en ambas escalas. En este caso, la escala de Beck presenta un valor de -0.5354 ($p= 0.007$) y la de Hamilton de -0.4414 ($p= 0.031$) (tab. 5). Según la prueba de ANOVA la relación entre la acromegalia activa y depresión por la escala de Beck tuvo un valor de 9.359 ($p= 0.006$) y la de Hamilton de 6.216 ($p= 0.084$) tomando en cuenta que el valor mínimo establecido para significancia es de 0.01 (tab. 6).

Tab. 4

CORRELACIÓN ENTRE ESCALAS DE BECK Y HAMILTON		
PRUEBA	VALOR	SIGNIFICANCIA
Paramétrica de Pearson	.597	$p=0.001$
Spearman's rho	.585	$p=0.001$

Significancia 0.01

Tab.5

CORRELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DE ACROMEGALIA Y ESCALAS		
ESCALA	VALOR	SIGNIFICANCIA
BECK	-0.5354	p=0.007
HAMILTON	-0.4414	p=0.031

Significancia 0.01

Fig. 6

CORRELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD Y ESCALAS POR ANOVA		
ESCALA DE BECK	9.359	p=0.006
ESCALA DE HAMILTON	6.216	p=0.084

Significancia 0.01

Se determinó el coeficiente de regresión lineal para determinar la relación entre las variables de género y edad con depresión según las escalas aplicadas, resultando que por este método estadístico solo la escala de Hamilton presenta una correlación significativa (tab. 7).

Tab. 7

COEFICIENTE DE REGRESIÓN LINEAL	
ESCALA	GÉNERO
BECK	n.s.
HAMILTON	t=3.545 (p=0.002)

Significancia 0.01

DISCUSIÓN

1. Los resultados en cuanto a la frecuencia de depresión en acromegalia, ya sea por lo reportado según las entrevistas psiquiátricas de acuerdo a los criterios del DSM IV-R para trastorno depresivo mayor (24.39%) o lo reportado tanto por entrevista como por escalas aplicadas (60.97%), son mayores que la tasa de prevalencia puntual de depresión mayor en las sociedades occidentales (8%) (27).
2. Según la significancia obtenida, las escalas de Beck y de Hamilton para depresión estuvieron correlacionadas para detectar depresión en pacientes con acromegalia activa. Sin embargo, tomando en cuenta que la escala de Hamilton para depresión utiliza más parámetros referentes a sintomatología física como cansancio y debilidad en el trabajo o actividades, pesadez, pérdida de energía, mialgias, cefalea y disminución de la libido, que se presentan casi invariablemente en la acromegalia *per se*, muestra una menor confiabilidad para determinar si existe depresión o no en este tipo de pacientes. De hecho, los mayores puntajes reportados por la escala de Hamilton resultaron de los rubros antes mencionados, lo cual aumentaba considerablemente la puntuación global para depresión.
3. La escala de Beck, por su parte, indaga más sobre sintomatología de origen psicológico, y de sus 21 rubros solo 2, que se refieren al trabajo y al nivel de cansancio, coinciden con sintomatología propia de la acromegalia. Esto sugiere que la escala de Beck es más específica para detectar depresión en pacientes con acromegalia.

4. Por otro lado, al correlacionar la depresión con el género de los pacientes con acromegalia, resulta que solo la escala de Hamilton obtuvo valores significativos. Aquí se puede especular que, siendo el género femenino el predominante, quizá la forma predominante de presentarse la sintomatología depresiva en estos pacientes es a través de sintomatología física.

5. Existe relación entre depresión y actividad bioquímica de la acromegalia, lo cual posiblemente sea determinado por las influencias bioquímicas suprahipotalámicas o las alteraciones del eje hipotálamo-hipófisis-órgano blanco. Éstas hipótesis son motivo para futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados anteriores, se concluyó lo siguiente:

1. La frecuencia de depresión en el grupo de pacientes con acromegalia fue mayor que la reportada en la población general.
2. La frecuencia de depresión en aquellos pacientes que presentan los parámetros bioquímicos para actividad de acromegalia fue significativamente mayor que la frecuencia en acromegálicos inactivos.
3. La depresión predominó en el sexo femenino, así como se ha encontrado en la población general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rubin RT, et al. **Neuroendocrine aspects of primary endogenous depresión.** *Biol. Psychiatry*, 1990; 27:1065-82
2. Mendlewicz J, et al. **Diurnal hipersecretion of growth hormone in depression.** *J Clin Endocrinol Metab*, 1985; 60:505-12
3. Ansseau M, et al. **Blunted reponse of growth hormone to clonidine and apomorphine in endogenous depression.** *Br J Psychiatry*, 1988; 153:65-71
4. Mitchell PB, et al. **Growth hormone response to clonidine alters recovery in patients with endogenous depresión.** *Br J Psychiatry*, 1988; 152:34-38
5. Ansseau M. **Blunting of clonidine-stimulated growth hormone release in mania.** *Am J Psychiatry*, 1992; 149:584
6. Ansseau M, et al. **Life-events and biological markers of depression.** En: Steffanis C et al. ed. *Psychiatry: a world perspective. Neuroscience in Psychiatry-biological correlates of mental disorders.* *Amsterdam: Excerpta Medica*, 1990; 2:256-69
7. Dinan TG. **Psychoneuroendocrinology of depression. Growth hormone.** *Psychiatric Clinics of North America*, 1998; 21:325-39
8. Baumgartner, et al. in **Nueuroendocrinological investigations during sleep deprivation depression.** *Biological Psychiatry*, 1990; 28:569-87

9. Lesch, et al. **GH responses to GHRH: corelation with GH release following clonidine.** *Psychiatry Research*, 1988; 25:301-10
10. Kitamura et al. **Hormonal changes in major depressive disorder.** *Keio Journal of Medicine*, 1989; 38:40-52
11. Coplan, et al. **Nocturnal growth hormone secretion estudies in adolescents with without major depression re-examined: intregation of adult clinical follow-up data.** *Biological Psychiatry*, 2000; 47(7):597-604
12. Koralı, et al. **Are patients with pituitary adenomas at an increased risk of mental disorders?** *Acta Psychiatr Scand*, 2003; 107:60-8
13. Margo. **Acromegaly and depression.** *Br J Psychiatry*, 1981; 139:467-68
14. Abed, et al. **Psychiatric morbidity in acromegaly.** *Acta Psiquiátrica Escandinávica*, 1987; 75:635-9
15. Flitsch, et al. **Emocional disorders in patients with different types of pituitary adenomas and factors affecting the diagnostic process.** *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, 2000; 108:480-5
16. Muller, et al. **Involvement of brain catecholamines and acetylcholine in growth hormone hypersecretory states. Pathophysiological, diagnostic and therapeutic implications.** *Drugs*, 1995; 50:805-37
17. Fava, et al. **Major depression associated with endocrino disease.** *Psychiatr Dev*, 1987; 5:321-48

18. Halbreich, U. et al. **Growth hormone response to dextroamphetamine in Depressed Patients and Normal Subjects.** *Arch Gen Psychiatry.* Feb, 1982;39:1-4.
19. Bimaher, B. et al. **Growth Hormone Secretion in children and Adolescents at High Risk for Major depressive Disorder.** *Arch Gen Psychiatry.* Sep, 2000; 57(9):867-872.
20. Sachar, E. et al. **Human Growth Hormone Response to Levodopa.** *Arch Gen Psychiatry.* Apr, 1975; 32:502-3.
21. Doland, R. et al. **The Human Growth Hormone Response to Clonidine: Relationship to Clinical and Neuroendocrine Profile in Depression.** *Am j Psychiatry.* Jun, 1986; 143: 772-74.
22. Sullivan, G. et al. **Psychoneuroendocrinology of Anxiety Disorders.** *The Psychiatry Clinics of North America.* Jun, 1988; 21(2):397-412.
23. Avery, T. **A Case of Acromegaly and Gigantism with Depression.** *Br J Psychiatry.* 1973; 122:599-600.
24. Harrison. **Tratado de Medicina Interna.** 14^a. Ed. Vol. 2.
25. Asociación Psiquiátrica Americana. **Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales (DSM IV-R).**
26. Apiquián, R. **Evaluación de la Psicopatología. Escalas en Español.** 1^a. Edición. JGH Editores. 2000.
27. Alonso-Fernández, F. **Nuevas Aportaciones Sobre la Depresión.** 1^a. Edición. Edikamed. 1997.

ANEXO 1.

Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Información

Estudio observacional de sintomatología de depresión en pacientes con diagnóstico de acromegalia.

Su doctor, Dr. _____, con el tel. _____ está conduciendo un estudio de investigación en pacientes con sintomatología de depresión y ansiedad que cursen con acromegalia.

El objetivo del presente estudio es obtener información referente a síntomas de depresión y ansiedad para comprender qué tanto dicha sintomatología afecta a los pacientes con diagnóstico de acromegalia.

El presente es un estudio observacional. Los pacientes que decidan participar en el estudio no recibirán ninguna intervención extra, tratamiento, visita médica, procedimiento o investigación que vaya más allá de la práctica clínica de rutina.

Usted no recibirá ningún pago por compartir esta información.

Su doctor obtendrá información relacionada con su tratamiento y su condición clínica (usando escalas numéricas) como parte de su tratamiento. Si usted está de acuerdo, su doctor incluirá esta información con la de otros pacientes para evaluar el tratamiento de la depresión.

Esta información no incluirá ningún dato que lo identifique a usted. Su doctor mantendrá los registros individuales que puedan identificarlo en forma confidencial. La información podrá ser publicada en una revista médica.

Su decisión de permitir la recolección de esta información es voluntaria y usted podrá retirar su consentimiento en cualquier momento sin ninguna consecuencia para usted.

Al firmar, usted da su consentimiento voluntario para participar en el presente estudio.

Nombre del paciente

Firma del paciente

Nombre del investigador

Firma del investigador

Testigo (nombre)

Testigo (firma)

Fecha

ANEXO 2.

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA EL DIAGNÓSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO A CRITERIOS DEL DSM IV-R

Nombre:

Afiliación:

Fecha:

Acromegalia activa o inactiva:

Investigador:

PARÁMETRO	POSITIVO	NEGATIVO	EVOLUCIÓN
Ánimo triste la mayor parte del día			
Pérdida de la capacidad de disfrutar			
Pérdida del apetito			
Aumento del apetito			
Insomnio de conciliación			
Insomnio intermedio			
Insomnio terminal			
Hipersomnio diurno			
Enlentecimiento psicomotor			
Agitación psicomotora			
Fatiga o pérdida de energía			
Sentimientos de inutilidad o culpa			
Disminución de la capacidad de concentración			
Pensamientos de muerte pasivos			
Ideación o planeación suicida			
Deterioro social o laboral			
Los síntomas se explican mejor por enfermedad médica, episodio mixto, uso de sustancias o duelo			
Ideación delirante			
Episodio hipomaniaco o maniaco			
Especificar episodio leve, moderado o grave			

ANEXO 3. Escalas utilizadas.

<p>Escala de Depresión de Hamilton</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Evaluador: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Evaluación: _____</p> <p>Seleccione de cada reactivo la opción que mejor caracterice al enfermo en el momento de la evaluación.</p> <p>1. ÁNIMO DEPRIMIDO (____)</p> <p><i>Triste, desesperanzado, desamparado, autodevaluado</i></p> <p>0 = Ausente. 1 = Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio. 2 = Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en forma espontánea. 3 = Comunica estos estados de ánimo en forma "no verbal", es decir mediante expresiones faciales, actitudes, voz, tendencia al llanto etc. 4 = Comunica prácticamente sólo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal.</p> <p>2. SENTIMIENTOS DE CULPA (____)</p> <p>0 = Ausente. 1 = Autorreproche, siente que ha defraudado a alguien. 2 = Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación. 3 = Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa. 4 = Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimente alucinaciones visuales amenazadoras.</p> <p>3. SUICIDIO (____)</p> <p>0 = Ausente. 1 = Siente que no vale la pena vivir. 2 = Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte.</p>	<p>3 = Idea o gestos suicidas. 4 = Intentos de suicidio.</p> <p>4. INSOMNIO INICIAL (____)</p> <p>0 = Sin dificultad para conciliar el sueño. 1 = Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño, (más de media hora). 2 = Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches.</p> <p>5. INSOMNIO INTERMEDIO (____)</p> <p>0 = Sin dificultad. 1 = Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche. 2 = Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño).</p> <p>6. INSOMNIO TERMINAL (____)</p> <p>0 = Sin dificultad 1 = Se despierta durante la madrugada pero puede volver a dormirse 2 = Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama.</p> <p>7. TRABAJO Y ACTIVIDADES (____)</p> <p>0 = Sin dificultad. 1 = Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionados con sus actividades, su trabajo o pasatiempos. 2 = Pérdida de interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido directamente mediante sus negligencias, indecisiones y/o titubeos (siente que tiene que hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades). 3 = Disminución del tiempo que dedica a sus actividades o disminución en su productividad. En el hospital se califica con 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias de su servicio de internación, si las hay.</p>
<p>4 = Dejó de trabajar debido a su enfermedad actual. En el hospital se califica con 4 al enfermo que no participa en ninguna de las actividades de rutina. si las hay.</p> <p>8. RETARDO (____)</p> <p><i>Lentitud de pensamientos y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora</i></p> <p>0 = Ausente. 1 = Ligero retardo durante la entrevista. 2 = Obvio retardo durante la entrevista. 3 = Entrevista difícil debido al retardo. 4 = Estupor completo.</p> <p>9. AGITACIÓN (____)</p> <p>0 = Ninguna. 1 = Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc.) con las manos. 2 = Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios etc.</p> <p>10. ANSIEDAD PSÍQUICA (____)</p> <p>0 = Ausente. 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad. 2 = Preocupación por cosas triviales. 3 = Actitud aprehensiva aparente pro su expresión. 4 = Expresa miedo o temor espontáneamente.</p> <p>11. ANSIEDAD SOMÁTICA (____)</p> <p><i>Equivalentes fisiológicas de la ansiedad.</i> <i>Gastrointestinales:</i> boca seca, gases, indigestión, diarrea, cólicos, ermetos. <i>Cardiovascular:</i> palpitaciones, jaquecas. <i>Respiratorio:</i> hiperventilación, suspiros. <i>Aumento en la frecuencia urinaria, diaforesis.</i></p> <p>0 = Ausente. 1 = Leve. 2 = Moderada.</p>	<p>3 = Severa. 4 = Incapacitante.</p> <p>12. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GASTROINTESTINALES (____)</p> <p>0 = Ninguno. 1 = Pérdida de apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantez en el abdomen. 2 = Dificultad para comer, a pesar de la insistencia de sus familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.</p> <p>13. SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN GENERAL (____)</p> <p>0 = Ninguno. 1 = Sensación de pesantez en miembros, espalda o cabeza. Dolores de espalda, de cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga. 2 = Todo síntoma físico específico se califica con 2.</p> <p>14. SÍNTOMAS GENTIALES (____)</p> <p><i>Pérdida de la libido, trastornos menstruales</i></p> <p>0 = Ausente. 1 = Moderados. 2 = Severos.</p> <p>15. HIPOCONDRIASIS (____)</p> <p>0 = Ausente. 1 = Absorto en su propio cuerpo. 2 = Preocupación por su salud. 3 = Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc. 4 = Delirios hipocondriacos.</p> <p>16. PÉRDIDA DE PESO (____)</p> <p><i>Complétese ya sea A o B:</i></p>

<p><i>A = Cuando se evalúa por historia (antes de tratamiento).</i> <i>B = Cuando se evalúa semanalmente.</i></p> <p>A: 0 = Sin pérdida de peso. 1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual. 2 = Pérdida de peso definitiva según el paciente.</p> <p>B: 0 = Pérdida menor de 0.5 kg de peso en la semana. 1 = Más de 0.5 kg. 2 = Más de 1 kg.</p> <p>17. INTROSPECCIÓN ()</p> <p>0 = Reconoce que ha estado deprimido y enfermo. 1 = Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, exceso de trabajo, algún virus, etc. 2 = Niega estar enfermo.</p> <p>18. VARIACIONES DIURNAS <i>Complétese a.m o p.m., dependiendo si los síntomas son más severos en la mañana o en la tarde:</i> ()</p> <table border="0"> <tr> <td>A.M.</td> <td>P.M.</td> </tr> <tr> <td>0 = Ausente.</td> <td>0 = Ausente.</td> </tr> <tr> <td>1 = Moderada.</td> <td>1 = Moderada.</td> </tr> <tr> <td>2 = Severa.</td> <td>2 = Severa.</td> </tr> </table> <p>19. DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACIÓN <i>Sentimientos de irrealidad o ideas nihilistas.</i> ()</p> <p>0 = Ausentes. 1 = Leves. 2 = Moderados. 3 = Severos. 4 = Incapacitantes.</p>	A.M.	P.M.	0 = Ausente.	0 = Ausente.	1 = Moderada.	1 = Moderada.	2 = Severa.	2 = Severa.	<p>20. SÍNTOMAS PARANOIDES ()</p> <p>0 = Ninguno. 1 = Sospechoso. 2 = Suspicaz. 3 = Ideas de referencia. 4 = Delirios de referencia y/o persecución.</p> <p>21. SÍNTOMAS OBSESIVOS-COMPULSIVOS ()</p> <p>0 = Ausente. 1 = Moderados. 2 = Severos.</p> <p>TOTAL ()</p> <p>Escala de Depresión de Beck</p> <p><i>Nombre:</i> _____ <i>Fecha:</i> _____</p> <p>Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2 o 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados, varios pueden aplicarse de la misma manera, circule cada uno de ellos. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.</p> <p>1) 0 = No me siento triste. 1 = Me siento triste. 2 = Me siento triste todo el tiempo. 3 = Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2) 0 = No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro. 1 = Me siento más desanimado que antes con respecto a mi futuro.</p>
A.M.	P.M.								
0 = Ausente.	0 = Ausente.								
1 = Moderada.	1 = Moderada.								
2 = Severa.	2 = Severa.								
<p>2 = No espero que las cosas me resulten bien. 3 = Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.</p> <p>3) 0 = No me siento como un fracasado. 1 = Siento que he fracasado más de lo que debería. 2 = Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos. 3 = Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>4) 0 = Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan. 1 = No disfruto tanto de las cosas como antes. 2 = Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 = Siento que como persona soy un fracaso total.</p> <p>5) 0 = No me siento particularmente culpable. 1 = Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer. 2 = Me siento bastant culpable casi todo el tiempo. 3 = Me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>6) 0 = No siento que esté siendo castigado. 1 = Siento que tal vez seré castigado. 2 = Espero ser castigado. 3 = Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7) 0 = Me siento igual que siempre acerca de mi mismo. 1 = He perdido confianza en mi mismo. 2 = Estoy desilusionado de mí. 3 = No me agrado.</p> <p>8) 0 = No me crítico ni me culpo más de lo usual. 1 = Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser. 2 = Me crítico por todas mis fallas y errores. 3 = Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9) 0 = No tengo ningún pensamiento acerca de matarme. 1 = Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo. 2 = Me gustaría matarme.</p>	<p>3 = Me mataría si tuviera la oportunidad.</p> <p>10) 0 = No lloro más de lo usual. 1 = Ahora lloro más que antes. 2 = Ahora lloro por cualquier cosa. 3 = Siento ganas de llorar pero no puedo.</p> <p>11) 0 = No me siento más tenso que lo usual. 1 = Me siento más inquieto o tenso que lo usual. 2 = Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto. 3 = Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente.</p> <p>12) 0 = No he perdido interés en otras personas o actividades. 1 = Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades. 2 = He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades. 3 = Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa.</p> <p>13) 0 = Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre. 1 = Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes. 2 = Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes. 3 = Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión.</p> <p>14) 0 = Me siento devaluado. 1 = No me siento tan valioso o útil como antes. 2 = Me siento menos valioso comparado con otros. 3 = Me siento francamente devaluado.</p> <p>15) 0 = Tengo tanta energía como siempre. 1 = Tengo menos energía de la que solía tener. 2 = No tengo suficiente energía para hacer gran cosa. 3 = No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16) 0 = No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño. 1a = Duermo más de lo usual.</p>								

- 1b = Duermo menos de lo usual.
- 2a = Duermo mucho más de lo usual.
- 2b = Duermo mucho menos de lo usual.
- 3a = Duermo la mayor parte del día.
- 3b = Me despierto 1 ó 2 horas más temprano y no me puedo volver a dormir.

- 17) 0 = No estoy más irritable de lo usual.
- 1 = Estoy más irritable de lo usual.
- 2 = Estoy mucho más irritable de lo usual.
- 3 = Estoy irritable todo el tiempo.

- 18) 0 = No he sentido ningún cambio en mi apetito.
- 1a = Mi apetito es menor que lo usual.
- 1b = Mi apetito es mayor que lo usual.
- 2a = Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b = Mi apetito es mucho mayor que antes.
- 3a = No tengo nada de apetito.
- 3b = Tengo ganas de comer todo el tiempo.

- 19) 0 = Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 = No puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 2 = Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo.
- 3 = No puedo concentrarme en nada.

- 20) 0 = No estoy más cansado o fatigado que lo usual.
- 1 = Me canso o fatigo más fácilmente que antes.
- 2 = Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer.
- 3 = Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer.

- 21) 0 = No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo.
- 1 = Me encuentro menos interesado en el sexo que antes.
- 2 = Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3 = He perdido completamente el interés en el sexo.

TOTAL (_____)