



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION**

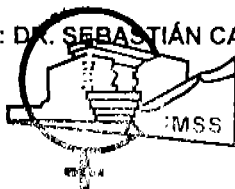
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
"LUIS CASTELAZO AYALA"**

**"CORRELACION DE LOS NIVELES DE ESTRÓGENOS
Y PROGESTERONA CON EL ESTADO DE ANIMO EN
MUJERES PUERPERAS"**

**T E S I S
P R E S E N T A D A P O R:
DR. JORGE YERKO VARGAS RODRÍGUEZ
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN:
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**



ASESOR: DR. SEBASTIÁN CARRANZA LIRA



MÉXICO, D.F.

2002

**DIVISION DE EDUCACION
E INVESTIGACION MEDICA
HGO. "LUIS CASTELAZO AYALA"
IMSS**



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).

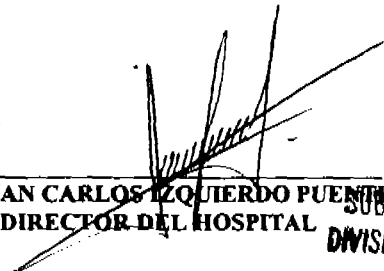
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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


HOSPITAL DE GINECO - OBSTETRICIA

"LUIS CASTELAZO AYALA"

"CORRELACION DE LOS NIVELES DE ESTROGENOS Y
PROGESTERONA CON EL
ESTADO DE ANIMO EN MUJERES PUERPERAS"

TESIS

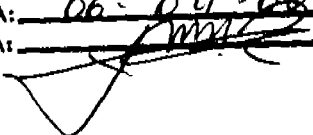

DR. JUAN CARLOS IZQUIERDO PUENTE
DIRECTOR DEL HOSPITAL


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


DR. GILBERTO TENA ALAVEZ
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION MEDICA
E INVESTIGACION


DR. SEBASTIAN CARRANZA LIRA
ASESOR DE TESIS

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

NOMBRE: TORRE VERO
VAREAS RODRIGUEZ
FECHA: 06-09-08
FIRMA: 

DEDICATORIA

A MIS PADRES: ROSA Y HUGO

A MI FAMILIA

A ANA LAURA

A mi niño: JORGE ALEJANDRO

AGRADECIMIENTO

Agradezco de la forma más especial al Hospital de Gineco – Obstetricia “Luis Castelazo Ayala” por todo lo que me brindo al realizar mi especialización y en mi vida personal.

Un agradecimiento especial al Dr. Sebastián Carranza Lira por la paciencia y ayuda para la realización del presente estudio.

INDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Material y Métodos.....	11
Resultados.....	13
Discusión.....	14
Conclusiones.....	16
Bibliografía.....	17
Tablas.....	19
Anexos.....	20

RESUMEN

Vargas RJ, Carranza LS. Correlación de los niveles de estrógenos y progesterona con el estado de ánimo en mujeres puérperas. Servicio de Ginecología Endocrina. Hospital de Gineco-Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Instituto Mexicano de Seguro Social, México D.F.

OBJETIVO: Determinar la concentración de estrógenos y progesterona materna pre y post natal y correlacionarla con el estado de ánimo pre y post-natal.

TIPO DE ESTUDIO: Prospectivo, longitudinal, observacional, comparativo, abierto, controlado.

MATERIAL Y METODOS: Se estudiaron 100 mujeres comprendidas entre los 20 y 35 años, sanas, que habían tenido de 1 a 3 hijos, las cuales se incluyeron en dos grupos de estudio: grupo 1 - parto $n=53$ y grupo 2 - cesárea con $n=47$. En todas ellas se determinaron los niveles hormonales 12 horas previas al parto o cesárea. Se tomaron nuevamente las muestras 12 horas después del nacimiento, las hormonas que se cuantificaron fueron estrona, estradiol, estriol y progesterona. Al mismo tiempo se evaluó la sintomatología depresiva mediante la utilización de la escala de Hamilton. Las diferencias entre los grupos se determinó por medio de t de student para muestras independientes y en cada grupo entre el inicio y final del tratamiento por medio de t de student para casos apareados.

RESULTADOS: Al compararse los dos grupos no se encontró diferencia significativa con relación a la edad, peso, talla, índice de masa corporal, número de gestas ni en las concentraciones hormonales. Al compararse en cada grupo por separado los niveles de hormonas al inicio y al final hubo disminución significativa ($p < 0.0001$) en los valores de estrona, estradiol, estriol y progesterona, así como en la escala de Hamilton para depresión.

CONCLUSIONES: En el puerperio inmediato se evidenció disminución significativa en los valores hormonales (estrógenos y progesterona) antes y después del nacimiento, así como en la escala de Hamilton para depresión. No hubo correlación entre la disminución hormonal y el estado depresivo en el puerperio inmediato.

PALABRAS CLAVE: depresión post-parto, estradiol, estriol, estrona, progesterona, escala de Hamilton.

INTRODUCCION

El embarazo y el puerperio en ocasiones son lo suficientemente estresantes como para inducir un cuadro psicótico (1). Un trastorno mental puede representar la remisión o la exacerbación de alteraciones psiquiátricas preexistentes o el comienzo de una nueva enfermedad (2). El Departamento of Health and Human Services comunicó que 1 de cada 8 personas padece de un trastorno depresivo, y la incidencia se duplica entre las mujeres (3). Lamentablemente, la depresión es tratada en forma adecuada en una cuarta parte de las mujeres afectadas. El subdiagnóstico de la depresión es frecuente en el contexto de los cuidados primarios, es decir en la mayoría de los casos. Así mismo, las mujeres que padecen depresión en el puerperio con frecuencia tampoco reciben un diagnóstico y un tratamiento apropiados (4).

El periodo de posparto ha sido considerado como un periodo en el que se incrementa el riesgo de presentar desórdenes psiquiátricos con consecuencias muy severas para la madre, el recién nacido y la familia (5).

Si bien el embarazo a menudo es un motivo de felicidad también implica un motivo de estrés para la gran mayoría de las mujeres (2).

Se describen asociaciones interesantes entre la ansiedad, depresión y embarazos anteriores fallidos, evidenciándose un aumento importante en la incidencia de depresión y ansiedad en el primer trimestre y otro aumento en los tres meses después del parto (6).

En cambio, existe poca superposición entre las mujeres que se deprimen antes del embarazo y las que lo hacen después del parto. Muchas mujeres están temerosas sobre la salud de su hijo, pero las preocupaciones fueron mayores en mujeres que habían estado deprimidas al comienzo del embarazo y ambos factores (la preocupación y la depresión) se asociaron con el antecedente de abortos inducidos. A menudo, los miedos se asociaron a sentimientos de culpa o remordimientos por el aborto pasado. Estos sentimientos de culpa a menudo yacían dormidos desde el aborto anterior y se reactivan durante el presente embarazo (7).

La importancia de la detección de trastornos mayores del estado emocional es subrayada por el hecho de que estos estados son el factor que predispone hasta dos tercios de los suicidios que se producen en los Estados Unidos (7).

El manejo es a través de psicoterapia, sin embargo, sólo alrededor del 20% de los pacientes afectados admiten sus problemas y consultan a un profesional (10).

Trastornos posparto:

Estado de tristeza: Este estado consiste en una alteración emocional experimentada por alrededor de un 50% de las mujeres en el curso de 3 a 6 días después del parto.

Los cambios en los niveles de estrógenos y progesterona han sido relacionados con la precipitación de estas alteraciones también existe una asociación importante entre la gravedad del síndrome y la concentración plasmática de prolactina (11).

Si bien el cuadro principal es muy variable, las manifestaciones principales

consisten en insomnio, crisis de llanto, depresión ansiedad, concentración deficiente, irritabilidad y labilidad afectiva. Evidentemente muchos de estos síntomas son similares a los de depresión menor e incluso a la depresión mayor. El término labilidad afectiva designa el estado emocional cambiante que muestran muchas de estas mujeres. A menudo las pacientes se sorprenden por la aparición de súbitos deseos de llorar que duran varias horas, desaparecen y reaparecen al día siguiente. Es importante señalar que los síntomas del estado de tristeza del embarazo duran entre algunas horas y algunos días y es relativamente leve (7).

Depresión posparto: La depresión posparto es muy similar a los estados de depresión mayor y menor que afectan cualquier otra fase de la vida (2). Se considera que la depresión es posparto si comienza en el curso de 3 a 6 meses después del parto. La instalación de trastornos depresivos en el curso de 2 a 3 meses posparto se observa en aproximadamente un 8 - 15% de las mujeres (9). En las mujeres con antecedente de enfermedad depresiva, el riesgo de recurrencia es de aproximadamente 30%. La adolescencia se asocia con un índice de depresión posparto de casi 30%. Hasta 70% de mujeres con antecedentes de depresión posparto en un embarazo anterior previo padecerán un episodio ulterior (8). Si una mujer padeció una depresión posparto y actualmente experimenta el estado de tristeza posparto, la probabilidad de que desarrolle un cuadro de depresión mayor llega hasta el 85% (5).

Psicosis posparto: El trastorno mental más severo y preocupante durante el puerperio es la psicosis posparto. Se estima que este cuadro afecta a aproximadamente de 1 - 4 de cada 1000 mujeres. Las mujeres con cuadro de psicosis posparto son incapaces de diferenciar entre la fantasía y la realidad. Estas mujeres también pueden presentar un cuadro subyacente de depresión, manía, esquizofrenia, o trastorno esquizoafectivo (6).

En las mujeres con antecedentes de un episodio de psicosis, la probabilidad de recurrencia aumenta hasta una frecuencia de 1 en 4, lo cual subraya la importancia de identificar a aquellas con antecedentes de psicosis (7).

MATERIAL Y METODOS

Se estudiaron 100 mujeres sanas que acudieron al servicio de Obstetricia del Hospital de Ginecología y Obstetricia "Luis Castelazo Ayala". Comprendidas entre los 20 y 35 años de edad; con embarazo de término; sanas, sin antecedentes de enfermedades agregadas, sin patología psiquiátrica conocida; que nunca habían recibido ni estaban recibiendo tratamiento que modificara el estado de ánimo. En todas ellas se documentó la edad, se midió el peso, talla, se calculó el índice de masa corporal -IMC- (peso en kg/talla en m²).

Fueron divididos en dos grupos, grupo I: 53 mujeres a quienes se atendió el parto de forma eutócica y grupo II: 47 a quienes se practicó cesárea. A todas se midió las concentraciones en suero de estriol, estradiol, estrona (pg/ml) y progesterona (ng/ml). La medición basal se realizó 12 horas previas al nacimiento del feto o cuando la paciente se encontraba en trabajo de parto o 12 horas antes de la cesárea y 12 horas después del nacimiento en ambos casos. Las muestras se tomaron de una vena del antebrazo (10 cc), las cuales se dejaron coagular a temperatura ambiente, posteriormente se centrifugaron, el suero se congeló y las determinaciones hormonales se realizaron una vez recolectadas todas las muestras, mismas que se analizaron por radioinmunoanálisis.

Así mismo, se evaluó mediante la escala de Hamilton el estado depresivo de la paciente al momento de tomar las muestras de laboratorio antes y después del

nacimiento, considerándose estado depresivo cuando se obtuvo puntuación mayor a 18.

El protocolo fue aprobado por el Comité Local de investigación del hospital y las mujeres dieron su consentimiento para participar.

Análisis estadístico:

Las diferencias entre los grupos se determinó por medio de t de student para muestras independientes y las diferencias entre el inicio y final en cada grupo fue por medio de t de student para casos apareados.

Se realizó análisis de correlación Pearson entre los valores hormonales y la puntuación obtenida en la escala de Hamilton.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 100 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos, divididos en dos grupos, mujeres evaluadas antes y después de parto ($n = 53$) y antes y después de operación cesárea ($n = 47$).

No se encontró diferencia significativa en edad, talla, índice de masa corporal y número de gestaciones entre ambos grupos (Tabla 1).

Hubo disminución significativa en los valores de estrona, estradiol, estriol, progesterona y escala de Hamilton previos al nacimiento y posterior al mismo de la siguiente manera:

Estrona: grupo I de 7305.9 ± 783.7 a 256.9 ± 42.1 ($p < 0.0001$), grupo II de 7575.7 ± 705.6 a 256.9 ± 35.7 ($p < 0.0001$).

Estradiol: grupo I de 16253.1 ± 1452.9336 a 492.1 ± 62.8656 ($p < 0.0001$), grupo II de 16386.0 ± 1143.9 a 497.8 ± 78.6758 ($p < 0.0001$).

Estriol: grupo I de 13410.0 ± 1522.5 a 274.7 ± 45.0 ($p < 0.0001$), grupo II con 13431.8 ± 1225.5 a 283.2 ± 52.4 ($p < 0.0001$).

Progesterona: grupo I de 29146.5 ± 6915.8933 a 728.9 ± 112.3 ($p < 0.0001$), grupo II de 29721.7 ± 5618.8 a 711.4 ± 110.6 ($p < 0.0001$).

Escala de Hamilton: grupo I de 10.4 ± 2.7 a 8.5 ± 1.9 ($p < 0.0001$), grupo II de 10.4 ± 2.5 a 8.9 ± 2.0 ($p < 0.0001$). (tabla 2).

DISCUSION

La literatura refiere que una de cada 8 personas padece de un trastorno depresivo y que esta incidencia se duplica entre las mujeres (3) y de este total solo una cuarta parte es tratada de forma adecuada (4).

En este estudio se trató de valorar la asociación que puede existir entre los valores hormonales en la mujer embarazada y puérpera para la presencia de cambios del estado de ánimo – depresión -; en la literatura se indica que las mujeres que padecen de depresión puerperal no reciben un diagnóstico ni un tratamiento adecuado (4).

El embarazo significa un momento de felicidad y al mismo tiempo un momento de estrés en la mujer (2). Se evidencia estado de tristeza en el 50% de las mujeres de los 3 a 6 días siguientes al nacimiento (11). Depresión post parto es similar a los estados de depresión mayor y menor que afectan cualquier otra fase de la vida, considerándose post parto si se presenta 3 a 6 meses posteriores al nacimiento, observándose que de 8 al 15% la presentan a los 2 meses (9). Estos estados se han relacionado con disminución en los valores de estrógenos y progesterona (11).

En el presente estudio evidenciamos disminución muy importante de los valores hormonales en tan solo 24 horas de diferencia entre la toma de la primera muestra, el nacimiento y la toma de la segunda muestra.

También se quiere demostrar si existía alguna diferencia entre los valores hormonales y el estado depresivo según la forma de nacimiento (parto eutócico o

por cesárea). Pero por separado y en forma conjunta no se encontró diferencias que sean significativas.

Es muy importante recalcar que en la primera parte del estudio las mujeres embarazadas del primer y segundo grupo, por el solo hecho de estar embarazadas tenían resultados en la prueba de Hamilton altos, pero en ninguno de los casos indicativo para hablar de depresión, encontrando después del nacimiento disminución de los valores previos.

CONCLUSIONES

Dado que actualmente en la literatura se señala al estado de tristeza, depresión posparto, psicosis posparto como eventos que son poco frecuentes en las mujeres.

Es prudente realizar los mismos controles al mes, dos meses y tres meses posteriores al nacimiento para analizar si existe o no estado depresivo y en segundo lugar para observar si este correlacionada con la disminución hormonal.

BIBLIOGRAFIA

1. Ahokas A, Aito M. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacol* 1999;147:108-10.
2. Ball D, Morrison P. Estrogen transdermal patches for postpartum depression in lactating mothers a case report. *Central African J Med* 1999;45:68-70.
3. Joffe H, Cohen L. Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where is the therapeutic bridge?. *Biol Psychiatr* 1998;44:798-811.
4. Lawrie T, Hofmeyr G, De Jager M, Berk M, Paiker J, Viljoen E. A double blind randomised placebo controlled trial of postnatal norethisterone enanthate: the effect on postnatal depression and serum hormones. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1082-90.
5. Hendrick V, Altsuler L, Suri R. Hormonal changes in the postpartum and implications for postpartum depression. *Psychosomatics* 1998;39:93-101.
6. Wisner K, Stowe Z. Psychobiology of postpartum mood disorders. *Semin Reprod Endocrinol* 1997;15:77-89.
7. Fink G, Summer B, Rosie, Grace O, Quinn J. Estrogen control of central neurotransmission: effect on mood, mental state, and memory. *Cell Mol Neurobiol* 1996;16:325-44.
8. Gregoire A, Kumar R, Everitt B, Henderson A, Studd J. Transdermal estrogen for treatment of severe postnatal depression. *Lancet* 1996;347:930-3.

9. Sichel D, Cohen L, Robertson L, Ruttenger A, Rosenbaum J. Prophylactic estrogen in recurrent postpartum affective disorder. *Biological Psychiatry* 1995; 38:814-8.
10. American Psychiatric Association. *DSM IV Draft Criteria*. Washington, DC, APA, 1993.
11. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover V, Sandler M. Links between early postpartum mood and postnatal depression. *Br J Psychiatry* 1992;160:777-9.

Tabla 1 Datos generales en los grupos de pacientes.

	Grupo I	Grupo II
Edad (años)	25.4 ± 5.3	25.9 ± 5.5
Peso (kg)	61.4 ± 7.9	62.6 ± 6.9
Talla (mt)	1.5 ± 5.9	1.5 ± 5.3
Gesta	1.9 ± 0.9	1.9 ± 0.9
IMC	25.4 ± 2.3	26.0 ± 2.3

Tabla 2 Concentraciones de hormonas en dos grupos de pacientes antes y después del nacimiento.

	Grupo I	Grupo II
Estrona inicial (pg/ml)	7305.9 ± 783.7*	7575.7 ± 705.6*
Estrona final (pg/ml)	256.9 ± 42.1*	256.9 ± 35.7*
Estradiol inicial (pg/ml)	16253.1 ± 1452.9*	16386.0 ± 1143.9*
Estradiol final (pg/ml)	492.1 ± 62.9*	497.8 ± 78.7*
Estriol inicial (pg/ml)	13410.0 ± 1522.5*	13431.8 ± 1225.5*
Estriol final (pg/ml)	274.7 ± 45.0*	283.2 ± 52.4*
Progesterona inicial (ng/ml)	29146.5 ± 6915.9*	29721.7 ± 5618.8*
Progesterona final (ng/ml)	728.9 ± 112.3*	711.4 ± 110.6*
Hamilton inicial	10.4 ± 2.7*	10.4 ± 2.5*
Hamilton final	8.5 ± 1.9*	8.9 ± 2.0*

* = p < 0.0001 Las comparaciones son entre valores iniciales y finales.

Anexo 2 Hoja de captación de datos

Nombre: _____ Edad: _____

Afiliación: _____

Teléfono: _____ Grupo: parto/cesárea

Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____

Cintura: _____ Cadera: _____ ICC: _____

Tiempo entre el nacimiento y la toma de la muestra: _____

Basales

Estradiol: _____

Estrona: _____

Estriol: _____

Progesterona: _____

Valor de escala de Hamilton: _____

Finales

Estradiol: _____

Estrona: _____

Estriol: _____

Progesterona: _____

Valor de escala de Hamilton: _____

Anexo 3

Carta de consentimiento informado

México D.F. a de de 2000

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado **Correlación de los niveles de estrógenos y progesterona con el estado de ánimo en mujeres puérperas** el cual se encuentra registrado en el Comité Local de Investigación y cuyo objetivo es encontrar como se encuentra el estado de ánimo en la mujer en el puerperio y su relación con las hormonas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en que se me tome una muestra de sangre antes del nacimiento de mi bebé y otra después del mismo, y que se me elaboren unas preguntas antes y después del nacimiento de mi bebé.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no corro riesgo alguno, además de los beneficios derivados de mi participación en el estudio es establecer con cual como está el estado de ánimo después del nacimiento del bebe y su relación con las hormonas.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre los resultados obtenidos con estos métodos, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se lleven a cabo o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma
del investigador principal

Testigo

Testigo

ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

Nombre de la paciente: _____

1.- ANIMO DEPRESIVO: (tristeza, desesperanza, pesimismo, autoevaluación, actitud, posturas, voz, llanto, expresión facial)

- 0 = Sin depresión.
- 1 = Dudoso o trivial: la evidencia conductual o verbal aparece sólo al momento de preguntar específicamente.
- 2 = Leve: Llanto ocasional: sentimientos de tristeza que aparecen sólo al interrogatorio.
- 3 = Moderado: evidencia conductual obvia, llanto frecuente y las quejas de depresión aparecen por medio de comunicación espontánea.
- 4 = Severo: exhibe virtualmente sólo estos sentimientos depresivos, de manera espontánea en forma tanto verbal como no verbal.

2.- SENTIMIENTOS DE CULPA: (culpabilidad patológica y no sólo autoculparse)

- 0 = Ausentes.
- 1 = Dudosos o triviales: sentimientos de autorreproche.
- 2 = Leve: ideas de culpa expresadas espontáneamente.
- 3 = Moderada: creencias de que la enfermedad puede ser un castigo, rumaciones sobre errores pasados, considera que la enfermedad y el sufrimiento son merecidos.
- 4 = Severo: delirios de culpa, se culpa a sí mismo de culpas extrañas o imposibles, pide que lo maten debido a pensamientos delirantes, puede tener alucinaciones auditivas o visuales que lo denuncian o acusan, convencido de que su presencia genera enfermedades en otros.

3.- SUICIDIO: (ideas o actitudes durante la última semana)

- 0 = Ausente.
- 1 = Dudoso o trivial: respondiendo a cuestionamiento directo menciona que su vida está vacía o que no tiene sentido vivirla.
- 2 = Leve: pensamientos recurrentes de muerte, deseos de morir que se expresan espontáneamente o bien por interrogatorio.
- 3 = Moderado: incluye 2 de los siguientes aspectos en conjunto con pensamientos suicidas o actitud indicativa de los mismos: aislamiento, gestos suicidas, amenazas o discusiones con otras personas.
- 4 = Severo: intento de suicidio.

4.- INSOMNIO INICIAL: (dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve, trivial infrecuente: tarda menos de 30 minutos.
- 2 = Obvio y severo: más de 30 minutos la mayoría de las noches.

5.- INSOMNIO INTERMEDIO: (dificultad para mantener el sueño)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve o infrecuente: se queja de estar inquieto durante la noche, si se levanta al baño tarda mucho en volverse a dormir.
- 2 = Obvio y severo: el paciente se despierta más de una vez a lo largo de la noche después de haber iniciado el sueño y tiene grandes dificultades para volver a dormir. Si tiene que levantarse de la cama (sin que sea para ir al baño) y se pone a leer y a fumar se debe calificar como 2.

6.- INSOMNIO FINAL: (despertar temprano, antes de lo habitual)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve, infrecuente: se despierta antes de lo habitual, pero con frecuencia vuelve a dormir hasta más tarde.
- 2 = Obvio y severo: despierta 1 – 3 horas antes de lo habitual y no vuelve a conciliar el sueño.

7.- TRABAJO E INTERES: (apatía, pérdida de intereses en actividades placenteras, incapacidad de obtener satisfacción, disminuye su rendimiento en el trabajo o en las labores de la casa. NO considerar en este reactivo fatiga o poca energía.)

- 0 = Sin alteraciones.
- 1 = Dudoso o trivial: se siente incapaz, poco eficiente.
- 2 = Leve: tiene que esforzarse para realizar actividades habituales, no tiene interés, obtiene pocas satisfacciones.
- 3 = Moderado: disminución clara de su eficiencia, no cumple con el trabajo, disminuye su horario laboral, distracciones y actividades recreativas. Califique 3 si el paciente no se involucra espontáneamente en actividades cotidianas.
- 4 = Severa: dejó de trabajar por la enfermedad, no se baña ni atiende su arreglo personal, etc. No se involucra en actividades a pesar de que sea motivado por otra persona.

8.- RETARDO: (psicomotor, lentitud en pensamiento, lenguaje y movimientos, debe calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente.)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: leve aplanamiento afectivo, poco expresivo.
- 2 = Moderado: voz monótona, tarda en contestar, se mueve poco.
- 3 = Severo: retardo, prolonga la entrevista marcadamente, lentitud en movimientos, tarda excesivamente en contestar.
- 4 = Extremo: estupor depresivo, entrevistarle es imposible.

9.- AGITACION: (psicomotora, en formas leves puede presentarse combinada con leve retardo, pueden coexistir agitación motora y retardo en el lenguaje, calificarse tanto por lo reportado como por lo observado directamente.)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: se mueve durante la entrevista, frotado de manos, cambios de posición en la silla.

- 2 = Moderado: fricción exagerada de manos, se muerde los labios, se arranca el cabello, se levanta a caminar durante la entrevista.
- 3 = Severo: incluye elementos de 2 más inquietud extrema que no permiten por continuidad a la entrevista.

10.- ANSIEDAD PSIQUICA: (tenso, incapaz de relajarse, irritable, se preocupa de aspectos triviales, síntomas fóbicos, aprensivo, miedo a perder el control, episodios de pánico.)

- 0 = Ausente.
- 1 = Dudoso o trivial: expresa sensaciones sólo al interrogatorio directo, pocos síntomas y poco frecuentes.
- 2 = Leve: expresa espontáneamente ansiedad y condiciones relacionadas a ella, buen control y no lo incapacitan.
- 3 = Moderado: evidencia conductual de ansiedad (distinguir de agitación), expresión espontánea de ansiedad en cantidad significativa o en frecuencia.
- 4 = Severo: la expresión de la ansiedad incluye gran parte de la comunicación verbal y no verbal, se puede observar episodios de pánico.

11.- ANSIEDAD SOMATICA: (concomitantes fisiológicos de la ansiedad como hiperactividad autonómica, indigestión, dolores estomacales, diarrea, palpitaciones, hiperventilación, parestesias, sudoración, bochornos, temblor, cefalea urgencia en la micción y síntomas de pánico).

- 0 = Ausente.
- 1 = Dudoso o trivial: síntomas menores y sólo expresados bajo cuestionamiento.
- 2 = Leve: describe espontáneamente los síntomas, los cuales no son marcados o incapacitantes.
- 3 = Moderado: mayor número y frecuencia de síntomas que en 2, que se acompañan de molestias por presentarlos y afectan al funcionamiento habitual.
- 4 = Severo: los síntomas son numerosos, persistentes e incapacitantes.

12.- PERDIDA DEL APETITO:

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: poco frecuente, come sin la insistencia de otros. Cantidad normal.
- 2 = Obvio y severo: reducción marcada del apetito, dificultad para comer sin la insistencia de los demás, reduce la cantidad normal de alimentos.

13.- ANERGIA: (fatiga, se siente cansada y exhausta, pérdida de la energía, pesado, sin fuerza de brazos y piernas.)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: poco frecuente, lo nota pero no demasiado marcado.
- 2 = Obvio o severo: se cansa fácilmente, fatiga la mayor parte del tiempo, lo menciona de manera espontánea.

14.- PERDIDA DE LA LIBIDO: (califique solamente los cambios relacionados con la enfermedad.)

0 = Ausente.

1 = Leve o infrecuente: baja del deseo sexual, incapacidad parcial para el desempeño de la actividad sexual.

2 = Obvio y severo: pérdida completa del deseo sexual.

15.- HIPOCONDRIASIS: (preocupaciones exageradas en relación a síntomas o funciones físicas.)

0 = Ausente.

1 = Leve: ciertas preocupaciones por síntomas corporales, calificar aquí si son triviales o dudosamente patológicas.

2 = Moderado: presta mucha atención a síntomas corporales. Expresa pensamientos alrededor de enfermedades físicas con una tendencia a somatizar.

3 = Severo: convencido de que existe una enfermedad orgánica que explica su condición actual, en ausencia de evidencia real para ello.

4 = Extremo. Delirio hipocondriaco, comúnmente asociado a sentimientos inapropiados de culpa.

16.- PERDIDA DE PESO: (deberá evaluarse a) por historia desde que comenzó la enfermedad, o b) por cuantificación desde la última visita.)

(A)

0 = Sin pérdida de peso, según el paciente.

1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual.

2 = Pérdida de peso definitiva, según el paciente.

(B)

0 = Pérdida menor de 0.5 kgs. de peso en el periodo evaluado

1 = Más de 0.5 kgs. de peso.

2 = Más de 1 kg. de peso.

17.- INTROSPECCION. (niega enfermedad "nervioso", atribuye la enfermedad a virus, exceso de trabajo, clima, enfermedad física, no reconoce los síntomas como origen emocional.)

0 = Ausente.

1 = Leve o dudoso, cierta negación.

2 = Obvio y severo: niega por completo estar enfermo, calificar aquí a los pacientes delirantes con hipocondriasis o con culpabilidad.

18.- VARIACIONES DIURNAS: (complete de acuerdo a si los síntomas son más severos en las mañanas o en las tardes.)

0 = Ausente.

1 = Leve.

2 = Obvia.

19.-DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION: (sentimientos de irrealidad o ideas inhilistas.)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve.
- 2 = Moderado.
- 3 = Severo.
- 4 = Extremo.

20.- SINTOMAS PARANOIDES: (sospecha que le quieren hacer daño, que lo persiguen, etc.)

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve: ciertas sospechas dudosas.
- 2 = Moderado: evidencia clara de suspicacia.
- 3 = Severo: presencia de ideas definitivas de referencia.
- 4 = Extremo: delirios de referencia y/o persecución.

21.- SINTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS:

- 0 = Ausente.
- 1 = Leve.
- 2 = Moderado.