



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
“DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ”  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA.**

**“DETECCION DE ANSIEDAD, DEPRESION, Y EVALUACIÓN DE  
RESPUESTA A TRATAMIENTO  
EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN  
VARIABLE.”**

**F-2011-3601-135**

**TESIS DE POSGRADO**

**PRESENTA:**

**DRA. JANETT SILVA PEREA.**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:  
PSIQUIATRÍA.**

**ASESORES:**

**DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN.**

**DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ.**



**SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

**MÉXICO, D.F. 2012**



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UMAE CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR. BERNARDO SEPÚLVEDA”  
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**

**“DETECCION DE ANSIEDAD, DEPRESION Y EVALUACIÓN DE  
RESPUESTA A TRATAMIENTO EN PACIENTES  
CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.”  
F-2011-3601-135**

**TESIS DE POSGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALIDAD EN:  
PSIQUIATRÍA**

**PRESENTA:**

**DRA. JANETT SILVA PEREA\***

**ASESORES:**

**DR. FELIPE VÁZQUEZ ESTUPIÑÁN\*\***

**DRA. NORA HILDA SEGURA MÉNDEZ\*\*\***

**\*Residente de 4to Año de Psiquiatría. Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”. Centro Médico Nacional Siglo XXI. \*\* Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría y Profesor Titular del Curso de la Especialidad en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”. Centro Médico Nacional Siglo XXI.**

**\*\*\* Médico Adscrito al Servicio de Alergia e Inmunología Clínica y Profesor Titular del Curso de la Especialidad en el Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda”. Centro Médico Nacional Siglo XXI.**

**MÉXICO, D.F. 2012**

# AUTORIZACIÓN DE TESIS

COMITÉ: 3601  
FOLIO-2011-3601-135

---

Dr. Martín Felipe Vázquez Estupiñán  
Asesor de Tesis

Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría y Profesor Titular del Curso de la Especialidad en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI

---

Dra. Nora Hilda Segura Méndez  
Asesora de Tesis

Médico Adscrito al Servicio de Alergia e Inmunología Clínica y Profesor Titular del Curso de la Especialidad en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI

---

Dra. Diana Graciela Ménez Díaz  
Jefe del Departamento de Educación en Salud  
Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda". Centro Médico Nacional Siglo XXI

## DEDICATORIA

*A Dios; por ser mi acompañante y mi protector en todo momento.*

*A mis Padres; por haberme educado en la forma en que lo hicieron y por brindarme todo su amor y apoyo incondicional en cada una de mis decisiones.*

*A mis hermanos Eudes, Ana María y Fernán; por ser los mejores hermanos, por toda su confianza y cariño.*

*A mí esposo Angel, por todo el amor que me ha brindado, su apoyo, su compañía y por confiar incluso más que yo en mí.*

*A mis sobrinos, por no olvidarme a pesar de no estar con ellos y a mis amigas y a todas las personas que quiero en Colombia que me impulsaron a llegar aquí y con quien he contado siempre.*

*A la Dra. Nora; por su confianza, su apoyo y por haberme recibido como una residente más de su servicio.*

*A mis maestros, Felipe, Irma, Armando, Gina y a todos los demás que no puedo mencionaren estas pocas líneas por dedicarme su tiempo, apoyo, sabiduría, así como su amistad.*

*A todos los pacientes con Inmunodeficiencia Común Variable; por toda su confianza, y por haber contribuido a la realización de esta tesis.*

# ÍNDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCIÓN.....	3
MARCO TEÓRICO.....	4
OBJETIVOS.....	15
DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	31

# **DETECCIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EVALUACIÓN DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.**

## **RESUMEN**

La IDCV es un trastorno caracterizado por niveles bajos de inmunoglobulinas, su causa es desconocida, se presentan gran variedad de patologías infecciosas, no infecciosas, autoinmunes y linfoproliferativas, observándose además algunos síntomas psiquiátricos resultado de la participación del sistema inmunológico en los mecanismos neurobiológicos, que subyacen a los trastornos psiquiátricos (Arolt V, Rothermundt M, Peters M, Leonard B, 2002).

La investigación en el campo de la inmunología y la psiquiatría son principalmente en los trastornos de ansiedad, depresión, adaptación y sueño.

Objetivo: detectar la presencia de ansiedad, depresión y evaluar el porcentaje de respuesta a tratamiento en pacientes adultos con ICV.

Material y métodos: fue un estudio cuasi-experimental, en pacientes con Diagnóstico clínico de ICV del servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital de Especialidades CMNSXXI- IMSS; las variables fueron: diagnóstico de ICV, Ansiedad, Depresión. El Instrumento de medición utilizado fue la escala de Hamilton para ansiedad y depresión.

Resultados: la muestra fue de 15 pacientes, la media de edad fue 36,06, DE: 15,49, 67% mujeres, 33% hombres, 53% solteros, 27% divorciados, 20% casados, el nivel de estudios en general fue bajo; la frecuencia detectada de ansiedad y depresión fue del 87% en general; el 27% no presento depresión, el 20% depresión leve, 20% depresión moderada, 20% depresión severa y el 13% muy severa. El tratamiento psicofarmacológico fue

recibido por el 54% de la muestra a base de ISRS, con una respuesta del 57%, remisión en el 37% y recaída en el 13% de los casos.

Conclusiones: la ansiedad, depresión y los trastornos adaptativos son frecuentes en pacientes con inmunodeficiencia común variable, lo que hace necesario el manejo interdisciplinario de los mismos.

1. DATOS DEL ALUMNO

SILVA

PEREA

JANETT

5540707195

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA UNAM. PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

508710836

2. DATOS DE LOS ASESORES

VÁZQUEZ

ESTUPIÑÁN

MARTÍN FELIPE

SEGURA

MÉNDEZ

NORA HILDA

3. DATOS DE LA TESIS

DETECCIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y EVALUACIÓN DE RESPUESTA A TRATAMIENTO EN PACIENTES CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.

45 PÁGINAS

2012

## INTRODUCCIÓN

La inmunodeficiencia común variable, hace parte de las inmunodeficiencias primarias, causadas por defectos genéticos en el sistema inmunológico, con gran variedad de sintomatología, incluyendo la psiquiátrica.

En estos pacientes existen disfunciones en varios sistemas biológicos, como los neuronales, las endocrinas y las inmunes, lo que explicaría en gran parte la prevalencia de trastornos psiquiátricos tales como la depresión mayor, la ansiedad, los trastornos del sueño y hasta la esquizofrenia; así como los mecanismos de afrontamiento.

La ansiedad y la depresión son enfermedades que tienen una alta prevalencia en la población general y que pudiera estar aumentado en el grupo de pacientes con Inmunodeficiencia Común variable, por las bases antes explicadas, lo que se puede relacionar con aumento de sintomatología somática y a la inversa, por lo que es importante el estudio de este tema, y el tratamiento psiquiátrico a estos pacientes.

## **MARCO TEÓRICO.**

Las inmunodeficiencias primarias (IDP), son un grupo heterogéneo de enfermedades causadas por defectos genéticos en el desarrollo y la maduración del sistema inmunológico (Nortarangelo L, 2010) (Ortega-López MC). La forma más común es la Inmunodeficiencia Común Variable (IDCV), con manifestaciones variables entre los pacientes, por lo que de ahí su nombre.

### **Inmunodeficiencia común variable.**

La IDCV se define como un trastorno caracterizado por niveles bajos de inmunoglobulinas, en menos de dos desviaciones estándar de los valores normales, en el cual existe mayor predisposición a infecciones recurrentes principalmente respiratorias y gastrointestinales (Nortarangelo L, 2010). Su causa es desconocida, aunque se ha descrito un defecto en la expresión del coestimulador inducible de los linfocitos T, puede tener un patrón de herencia autosómico recesivo o dominante; la prevalencia es entre 1:10.000 y 1: 50.000. Se puede presentar a cualquier edad, con mayor frecuencia en la segunda o cuarta décadas de la vida, no tiene predominio de sexo. (Yong P, et al, 2008)

### **Manifestaciones clínicas.**

Los pacientes con IDCV presentan gran variedad de patologías infecciosas, no infecciosas, autoinmunes y linfoproliferativas que afectan principalmente el sistema respiratorio y el digestivo, observándose además algunos síntomas psiquiátricos resultado de la participación del sistema inmunológico en los mecanismos neurobiológicos, que subyacen a los trastornos psiquiátricos (Arolt V, Rothermundt M, Peters M, Leonard B, 2002).

## **Psicoimmunología.**

El fondo del complejo biológico de los trastornos psiquiátricos tales como la depresión mayor o esquizofrenia refleja la existencia de disfunciones en varios sistemas biológicos que están estrechamente relacionados entre sí, tales como los sistemas de neurotransmisores, de regulación endocrina y los inmunes (Arolt V, Rothermundt M, Peters M, Leonard B, 2002).

En la década de los 30 aparecen los primeros pioneros de la Psicoimmunología, en 1930 Hans Selye, no solo por el creciente estudio de la medicina psicosomática, sino también por los trabajos empíricos en cuanto a estrés y el sistema endocrino, se comienza a estudiar la relación entre el sistema inmunológico y trastornos psiquiátricos. En 1937 el neuropsiquiatra alemán Lehmann-Facijs sugirió el posible papel de la autoinmunidad en la fisiopatología de la esquizofrenia.

En la década de 1990 con la investigación de la relación Cuerpo-mente, y dio auge a las investigaciones en psicoimmunología; el trabajo pionero de George Solomon y Robert Ader en los Estados Unidos y ha Dantzer Robert en Francia llevó a una integración en el campo de la neurociencia.

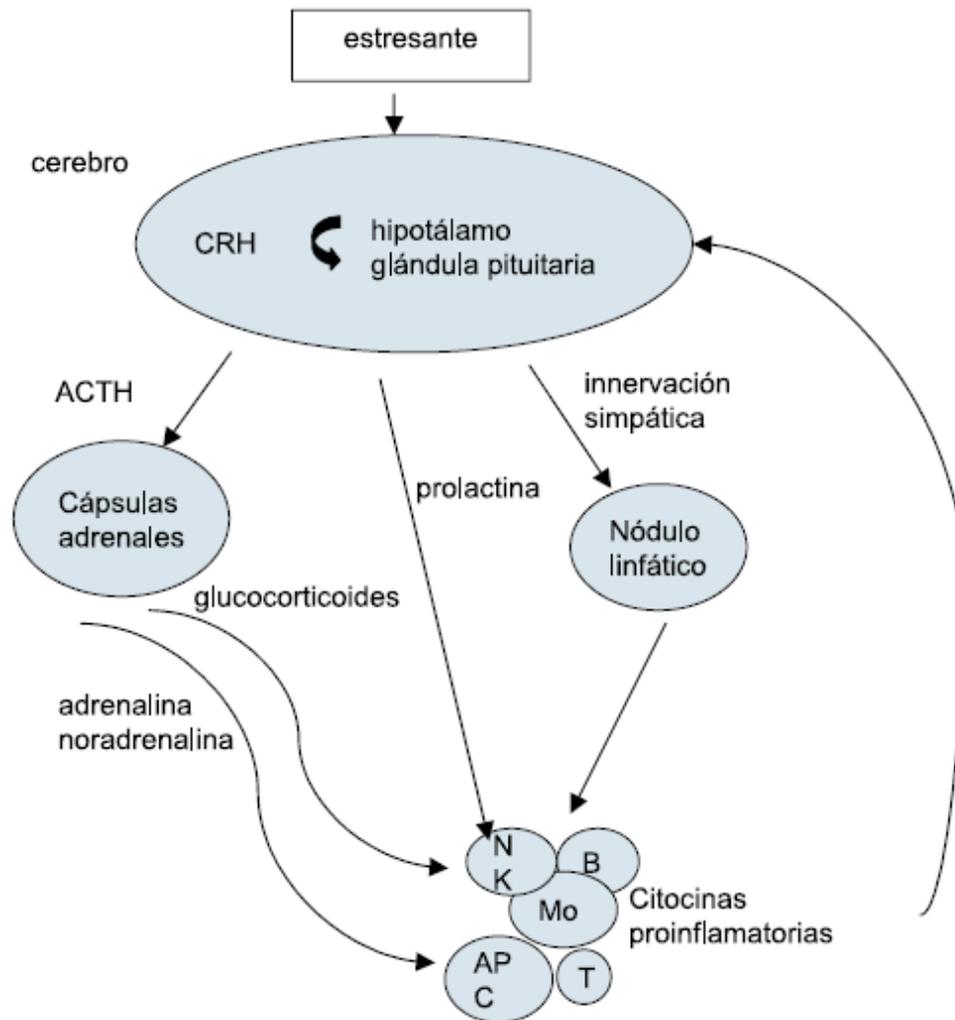
## **Estrés: sistema nervioso central, endocrino e inmunológico.**

### **El eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA).**

La modulación del sistema inmunológico por el SNC está mediada por una red compleja bidireccional de señales entre el SNC, el endocrino y el inmunológico (Ver Figura 1). El eje HPA y el sistema nervioso autónomo proporcionan dos rutas clave para la regulación del sistema inmune: los estresores pueden activar tanto el eje SAM como el eje HPA y provocar la liberación de hormonas pituitarias y adrenales. De esta forma las hormonas inducidas por emociones negativas (Chrousos GP, Gold PW. 1998), catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), la adenocorticotropa (ACTH), el cortisol, la hormona del crecimiento y la prolactina, inducen cambios cualitativos y cuantitativos en el sistema inmunológico.

Las células del sistema inmunológico también son capaces de producir muchos de los mediadores producidos por el tejido nervioso (Tabla 1). Por ejemplo, la interleucina 1 (IL-1) provoca la síntesis de hormona estimulante de la síntesis de corticotropina (CRH) por el hipotálamo, induciéndose por consiguiente la síntesis de más hormonas del estrés y la desregulación del sistema inmunitario. Además, los mismos linfocitos pueden producir hormonas del estrés como la ACTH, prolactina y hormona del crecimiento (Weigent DA, Blalock JE. 1997). Así como también se encuentran receptores propios del tejido nervioso en células sistema inmunológico (Tabla 2).

Figura 1. Eje Hipotálamo-Pituitario-Adrenal (HPA).



Fuente: Sierra R, Sánchez P, Campos C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología. 2006; 3: 35-48.

### El papel de las citoquinas.

Las evidencias más fuertes del rol de las citoquinas en la depresión provienen de la observación clínica de pacientes que recibían inmunoterapia (ver Tabla 3), principalmente interferones, para el tratamiento de infecciones virales (por ejemplo, hepatitis) y cáncer.

Otras evidencias que sugieren el rol potencial del sistema inmune en la depresión incluyen las observaciones en las que los pacientes deprimidos muestran: 1. Elevados niveles de

citocinas proinflamatorias, 2. Elevados niveles de reactantes de fase aguda y marcadores de activación de las células inmunes, 3. Función inmune alterada (West D, Maes M, 1999).

Tabla 1: Moléculas producidas por células del sistema inmunológico con actividad sobre el SNC.

Neurotransmisores	Norepinefrina Serotonina Dopamina Acetilcolina
Neuropéptidos	Encefalinas Sustancia P Péptido vasoactivo intestinal Factor liberador de corticotropina Neuropéptido Y
Neurohormonas	Hormona de Crecimiento Adenocorticotropa Prolactina
Hormonas Adrenales	Corticosteroides Epinefrina

Fuente: Sierra R, Sánchez P, Campos C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología. 2006; 3: 35-48.

Tabla 2: Expresión de receptores propios del tejido nervioso en células sistema inmunológico.

Hormona	Células inmunológicas
Glucocorticoides	Linfocitos T y B Neutrófilos Monocitos y Macrófagos
Sustancia P	Linfocitos T y B Eosinófilos Mastocitos Monocitos y Macrófagos
Neuropéptido Y	Linfocitos T y B Células dendríticas Monocitos y Macrófagos
Hormona liberadora de corticotropina (CRH)	Linfocitos T y B Monocitos y Macrófagos
Prolactina	Linfocitos T y B Granulocitos Células NK Monocitos y Macrófagos
Hormona del crecimiento (GH)	Linfocitos T y B Células NK Monocitos y Macrófagos
Catecolaminas (adrenalina y noradrenalina)	Linfocitos T y B Células NK Monocitos y Macrófagos
Serotonina	Linfocitos T y B Células NK Monocitos y Macrófagos

Fuente: Sierra R, Sánchez P, Campos C. Inmunología, Estrés, Depresión y Cáncer. Psicooncología. 2006; 3: 35-48.

Tabla 3: Efectos sobre el sistema nervioso central del uso terapéutico de citocinas o antagonistas de las mismas

Citocina o anti-citocina	Enfermedad tratada	Efecto adverso psiquiátrico
Eritropoyetina	Anemia	Ninguno
Factor estimulador del crecimiento de colonias	Granulocitopenia	Ninguna
Interferon alpha	Hepatitis C Ciertas neoplasias	Fatiga, depresión, defectos cognitivos, psicosis, tendencia suicida.
Interferon beta	Esclerosis Múltiple	Fatiga, depresión, defectos cognitivos, psicosis, tendencia suicida.
Factor de necrosis tumoral (TNF)	Ciertas neoplasias	Anorexia, fatiga
Interleucina 1 (IL-1)	Ciertas neoplasias	Somnolencia, confusión, desilusión
Antagonista de IL-1	Artritis reumatoide, lupus sistémico	Ninguna
Anti- TNF	Artritis Reumatoide, Trasplantes	Ninguna

### **Trastornos inmunológicos y psiquiátricos.**

Los procesos inmunológicos juegan un papel relevante en los trastornos de estrés y adaptación, así como los trastornos de ansiedad.

La investigación en el campo de la inmunología y la psiquiatría son principalmente en estas áreas: ansiedad, depresión y adaptación también le ha sido dedicado tiempo al estudio de los trastornos del sueño y otros trastornos relacionados desde el punto de vista genético como el síndrome de Di George, cuya casusa genética es una deleción del cromosoma 22q 11, presentan como manifestación dentro del grupo de enfermedades

más comunes las inmunodeficiencias (Goldmuntz E, 2005), misma alteración genética relacionada con síndromes del neurodesarrollo como la esquizofrenia.

La observación de los efectos secundarios de las terapias con citoquinas para determinados trastornos somáticos (Dantzer R, Wollman E, Vitkovic L, Yirmiya R, 1999), ha sido importante en el la investigación.

En cuanto a depresión las investigaciones han arrojado como resultado la activación de la primera línea inmunológica como repuesta a la depresión (Van West D, Maes M, 1999); el reducido número de células NK y de la actividad biológica, como la disminución del número de linfocitos y su proliferación (Licinio J, Wong ML, 1999). En estudio realizado en el Instituto Nacional de Psiquiatría de México, para la evaluación del efecto de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, se encontró que los valores previos al tratamiento de células natural killer (NK), fueron menores en pacientes con depresión, en comparación con los sanos, y un aumento en las NK y células B posterior al tratamiento (Hernandez ME, et al 2010).

Otro padecimiento psiquiátrico relacionado con la inmunología y muy estudiado es la narcolepsia, un trastorno del sueño crónico, caracterizado por somnolencia excesiva durante el día y la cataplejía (American Academy of Sleep Medicine, 2005). La narcolepsia tiene una asociación con el antígeno leucocitario humano (HLA)-Alelo DQB1 \* 0602, lo que sugiere que un proceso autoinmune.

Recientemente Jackson, et al, mostró los niveles bajos de inmunoglobulina G (IgG), en pacientes con diagnostico de narcolepsia; es importante mencionar que posterior a la aparición de narcolepsia es frecuente el diagnostico de síndrome de inmunodeficiencia común variable (Valko PO, et al, 2008). Por lo que se ha demostrado que las

inmunoglobulinas intravenosas (IgIV), disminuyen la frecuencia y la gravedad de la cataplejía en algunos pacientes con narcolepsia (Dauvilliers Y, 2006).

En un estudio realizado en Japón, se midieron los niveles séricos de IgG total y cuatro subclases encontrando diferencias en las IgG, que predicen la presencia de narcolepsia y la hipersomnia idiopática (Tanaka S, Honda M, 2010).

Otros factores que contribuyen al establecimiento de trastornos psiquiátricos son los aspectos relacionados al ya padecer la enfermedad como: el estigma, el cambio de vida, el aislamiento al que se ven sometidos entre otras.

### **Depresión.**

La depresión es un contribuyente importante en la carga de la enfermedad en los países en desarrollo. En 2004, la Organización Mundial de la Salud enumeró la depresión como el tercer contribuyente principal a la carga de la enfermedad en todo el mundo y el número uno de los participantes a la carga de la enfermedad entre las mujeres; se proyecta para convertirse en el número uno de la carga de morbilidad en todo el mundo para el año 2030 (WHO, 2008).

La prevalencia de la depresión es mayor en los países en desarrollo (WHO, 2008), en comparación con los países desarrollados, conduce a peores resultados de salud y se relaciona con una menor productividad, mayor pobreza y mala calidad de vida (Link B, Phelan J, 2001).

En la depresión hay cambios en el estado de ánimo caracterizado por tristeza y/o irritabilidad, acompañado de cambios psicofisiológicos, tales como trastornos en el sueño, el apetito, o el deseo sexual, estreñimiento, pérdida de la capacidad de experimentar placer en el trabajo o con amigos, llanto, ideas suicidas (Belmaker R.H, Agam G, 2008).

Una de las formas de medir la intensidad de los síntomas una vez diagnosticada la depresión es por medio de la escala de Hamilton, esta es una escala heteroaplicada; su versión original constaba de 21 ítems (Hamilton M, 1960), posteriormente realizaron una versión reducida con 17 ítems (Hamilton M, 1967), la cual es recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. También es de utilidad para la evaluación de la respuesta al tratamiento. La validación al castellano se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Desde entonces es ampliamente utilizada en diferentes tipos de poblaciones, y será la utilizada en este estudio.

El tratamiento de elección son los antidepresivos pertenecientes al grupo de los inhibidores de la recaptación de serotonina, ISRS, los cuales además de la efectividad en la remisión de los síntomas y por la poca presencia de efectos secundarios.

Ante la presencia de este trastorno en población de nuestra unidad, que presenta comorbilidades psiquiátricas se necesario el estudio de este tema, así como la falta de reportes de estudios en esta población en el área de psiquiatría.

### **Ansiedad.**

Es una respuesta adaptativa que advierte la amenaza de daño corporal, dolor, indefensión, frustración a necesidades corporales o sociales, de separación de los seres queridos, amenaza contra el propio bienestar o éxito y a las amenazas en la unidad o integridad. La persistencia de la sintomatología sin evento desencadenante constituye los trastornos de ansiedad, los cuales son comorbidos entre sí, e incluso suelen cursar conjuntamente con depresión.

Presenta manifestaciones somáticas como diaforesis, palpitaciones, diarrea, epigastralgia, hiperhidrosis, hiperreflexía, hipertensión arterial, inquietud, parestesias, polaquiurrea,

síncope, taquicardia, temblores, vértigo, mareos y algunas alteraciones del pensamiento como confusión, desorientación, disminución de la atención, comprensión, fallas de memoria (Levenson J, 2006).

La escala de Hamilton para ansiedad, examina y clasifica la intensidad de la sintomatología ansiosa. Evalúa tanto síntomas psíquicos como somáticos. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que puede emplearse en estudios de seguimiento. Es una escala heteroadministrada, consta de 14 ítems.

El tratamiento de los trastornos de ansiedad de elección son los antidepresivos, los que se utilizaran en este estudio serán los ISRS, por su efectividad y los pocos efectos adversos.

## **OBJETIVOS.**

### **Objetivo General**

Detectar la presencia de ansiedad y depresión, y evaluar el porcentaje de respuesta a tratamiento y a intervenciones psicoterapéuticas breves en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable.

### **Objetivos Específicos**

1. Medir la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con inmunodeficiencia común variable.
2. Identificar las variables asociadas a la presentación de ansiedad y depresión en pacientes con inmunodeficiencia común variable.
3. Evaluar el porcentaje de respuesta a tratamiento psicofarmacológico e intervenciones psicoterapéuticas breves, de los pacientes con ansiedad y depresión con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable.

## **DISEÑO METODOLÓGICO.**

**Tipo de estudio:** Estudio cuasi-experimental.

### **Población en estudio; selección y tamaño de la muestra.**

Pacientes con Diagnóstico de inmunodeficiencia común variable del servicio de Alergia e Inmunología Clínica del Hospital de Especialidades CMNSXXI- IMSS.

### **Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.**

- Criterios de inclusión:
  - Pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable, que accedan al protocolo.
  
- Criterios de exclusión:
  - Pacientes que desde el inicio del estudio no quieran participar.
  
- Criterios de eliminación:
  - Los pacientes que si habiendo aceptado al principio y una vez iniciado el estudio quieren dejar de participar.
  - Los pacientes que dentro del protocolo no acudan más a consulta con los servicios de alergia e inmunología clínica y/o psiquiatría.

## **Variables y escalas de medición.**

**Inmunodeficiencia común variable:** es un grupo heterogéneo de desordenes que afecta a los Linfocitos T y a los Linfocitos B. Presentan una pérdida o disminución de la respuesta inmune humoral, presentando los pacientes una alta susceptibilidad a infecciones del tracto respiratorio. Solo se incluirán en el estudio los pacientes con el diagnóstico clínico de inmunodeficiencia común variable.

**Ansiedad:** es una respuesta adaptativa que advierte la amenaza de daño corporal, dolor, indefensión, frustración a necesidades corporales o sociales, de separación de los seres queridos, amenaza contra el propio bienestar o éxito y a las amenazas en la unidad o integridad, al persistir sin factor desencadenante corresponde a un trastorno de ansiedad. El instrumento de medición a utilizar es la Escala de Hamilton para ansiedad (HAS). Consta de 14 ítems, diagnostica el trastorno y clasifica su severidad. Puntuación de 0 ausente o remisión, de 1-18 corresponde ansiedad leve de 19 a 25 moderada e igual o mayor de 30 ansiedad grave.

**Depresión:** es un trastorno del estado del ánimo caracterizado por tristeza y/o irritabilidad, acompañado de cambios psicofisiológicos, tales como trastornos en el sueño, el apetito, o el deseo sexual, estreñimiento, pérdida de la capacidad de experimentar placer en el trabajo o con amigos, llanto, ideas suicidas. El instrumento de medición a utilizar es la Escala de Hamilton para depresión (HAS). Consta de 17 ítems, clasifica el grado de severidad. Se utilizara los siguientes puntos de corte, recomendada por la guía de Práctica Clínica NICE: No deprimido: 0-7, Depresión Leve: 8-13, Moderada: 14-18, Severa: 19-22, Muy Severa:>23.

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial.

Como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7 (Shelton R, 2006).

**Edad:** variable nominal, medición en años cumplidos.

**Sexo:** variable cualitativa nominal, se medirá según la respuesta en si es Hombre/Mujer.

**Estado civil:** evalúa la red de apoyo y se medirá como soltero, casado, divorciado, viudo.

### Operacionalización de variables.

Variable	Tipo de variable	Nivel de medición
Inmunodeficiencia Común Variable.	Nominal	Presencia del diagnostico
Ansiedad	Ordinal	Hamilton para ansiedad: Sin ansiedad:0 puntos Ansiedad Leve: 1-18 Ansiedad Moderada:19-25 Ansiedad Severa: 30 o más
Depresión	Ordinal	Hamilton para depresión : No deprimido: 0-7 Depresión ligera/menor: 8-13 Depresión moderada: 14-18 Depresión severa: 19-22 Depresión muy severa: >23
Edad	Cuantitativa Discreta	Años
Sexo	Nominal	Masculino/Femenino
Estado civil	Nominal	Soltero/Casado/Divorciado/Viudo

## **Métodos de recolección de datos.**

1. Invitación a los pacientes con diagnóstico de Inmunodeficiencia común variable, que son tratados en el servicio de Alergia e Inmunología Clínica del hospital de especialidades CMNSXXI-IMSS.
2. Se realizó una reunión con los pacientes, donde se les expuso la necesidad del manejo multidisciplinario, el origen de los trastornos afectivos, las implicaciones de las comorbilidades y la disponibilidad del servicio de Psiquiatría para ayudarlos.
3. Explicación, solicitud y recolección de la firma del consentimiento informado.
4. Reunión de información acerca de la patología médica de base y de los trastornos psiquiátricos relacionados.
5. Práctica de actividad grupal, donde se escucharán los cambios psicosociales, las dudas que tengan en cuanto a la enfermedad y las expectativas en cuanto a nuestro servicio.
6. Realización de entrevistas individuales.
7. Aplicación de escala de Hamilton para ansiedad y depresión.
8. Inicio de tratamiento con Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) para pacientes que presenten trastorno de ansiedad y depresión, así como intervenciones breves para quienes lo requieran.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

El protocolo siguió los Lineamientos Internacionales para Investigación Biomédica en Seres Humanos (CIOS-WHO.1993), los principios Éticos para las investigaciones medicas

en seres humanos de la asociación médica mundial (declaración de Helsinki) y los lineamientos locales del comité de ética del Hospital de Especialidades “Dr. Bernardo Sepúlveda” CMN SXXI.

Es un estudio con riesgo mínimo en el que se incluirán pruebas clínicas psicológicas de diagnóstico y se suministrarán tratamientos convencionales, aprobados por la FDA y la SSA, a las dosis sugeridas, teniendo como objetivo otorgar al paciente tratamiento adecuado para mejorar su calidad de vida; por lo que fueron manejados por el servicio de Psiquiatría de la Unidad.

El protocolo fue presentado para su evaluación y aprobado por el Comité Local de Investigación 3601, con el número de FOLIO -2011-3601-135.

## **RECURSOS PARA EL ESTUDIO**

**Humanos:** Médicos y Enfermeras del servicio de Alergia e Inmunología Clínica y del servicio de Psiquiatría.

**Materiales:** Carpetas, papel, lápiz, antidepresivos.

### **Evaluación de costos**

Los costos no requieren partida especial, los de papelería son bajos y serán cubiertos por el autor y los antidepresivos son necesarios y son indicados por el servicio de psiquiatría y aportado por el Instituto Mexicano de Seguro Social.

## **RESULTADOS.**

Participaron 15 pacientes, con diagnóstico clínico de inmunodeficiencia común variable, de los cuales fue eliminado uno, de sexo femenino porque no regreso a consulta con los servicios tratantes.

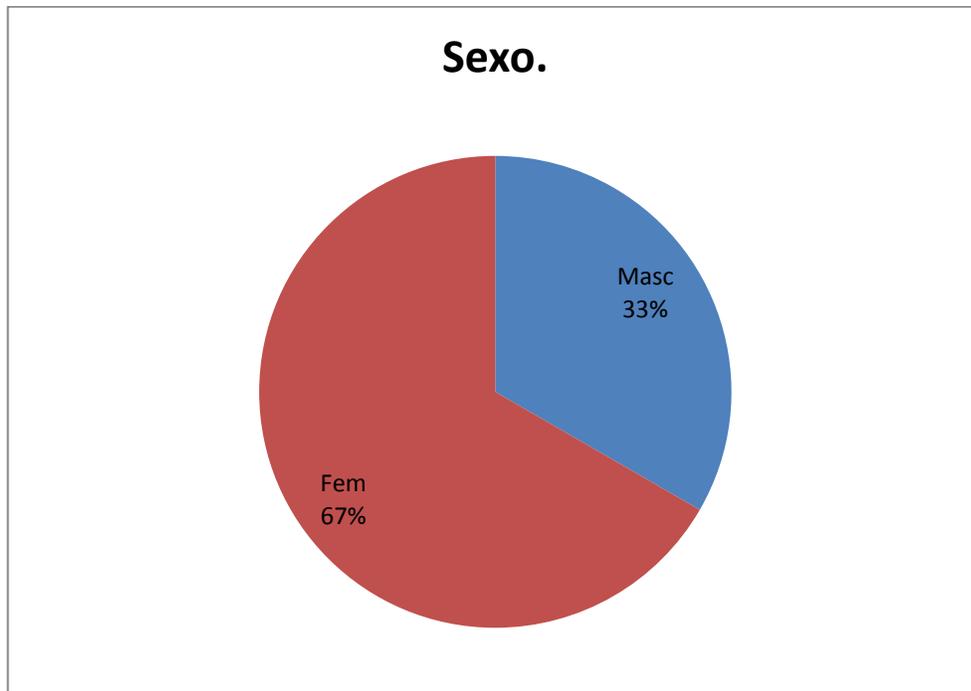
### **Características demográficas.**

La media de la edad fue de 36,06 con una desviación estándar de 15,49. El predominio del sexo entre los sujetos fue el femenino (Grafica 1), siendo el 67% de la muestra y el 33% restante masculino. En cuanto al estado civil (Grafica 2), el 53% de los sujetos son solteros, el 27% divorciados y el 20% casados, se observo que la mayoría de sujetos no cuentan con una relación de pareja estable.

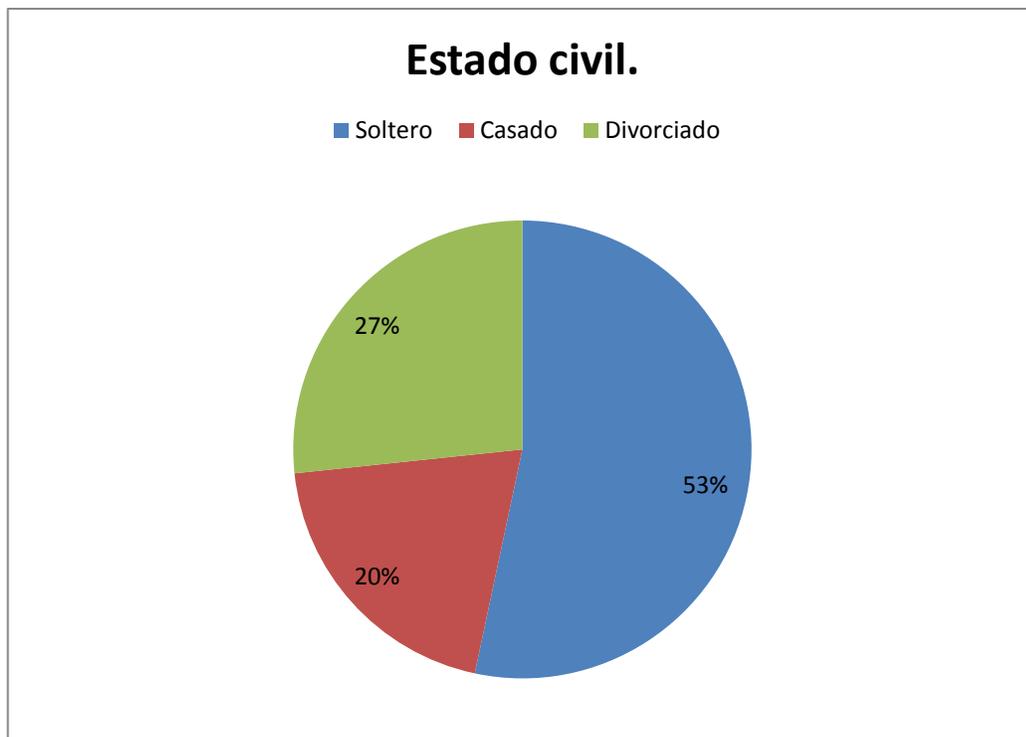
El nivel de estudios (Grafica3), en general es bajo, siendo de primaria para el 7%, secundaria 33%, preparatoria 27%, universidad 20% y maestria13%. La ocupación (Grafica 4) se encuentra en las siguientes proporciones: estudiante 7%, ama de casa 13%, desempleado 20% y trabaja el 60%.

La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes la muestra estudiada de pacientes con inmunodeficiencia común variable fue del 87% (Grafica 5), lo que correspondería a 13 pacientes, de los 2 pacientes que no presentaron ni ansiedad ni depresión llamo la atención que los sujetos que no presentaban ansiedad ni depresión eran hombres, aunque fueron incluidos en menor proporción en el estudio.

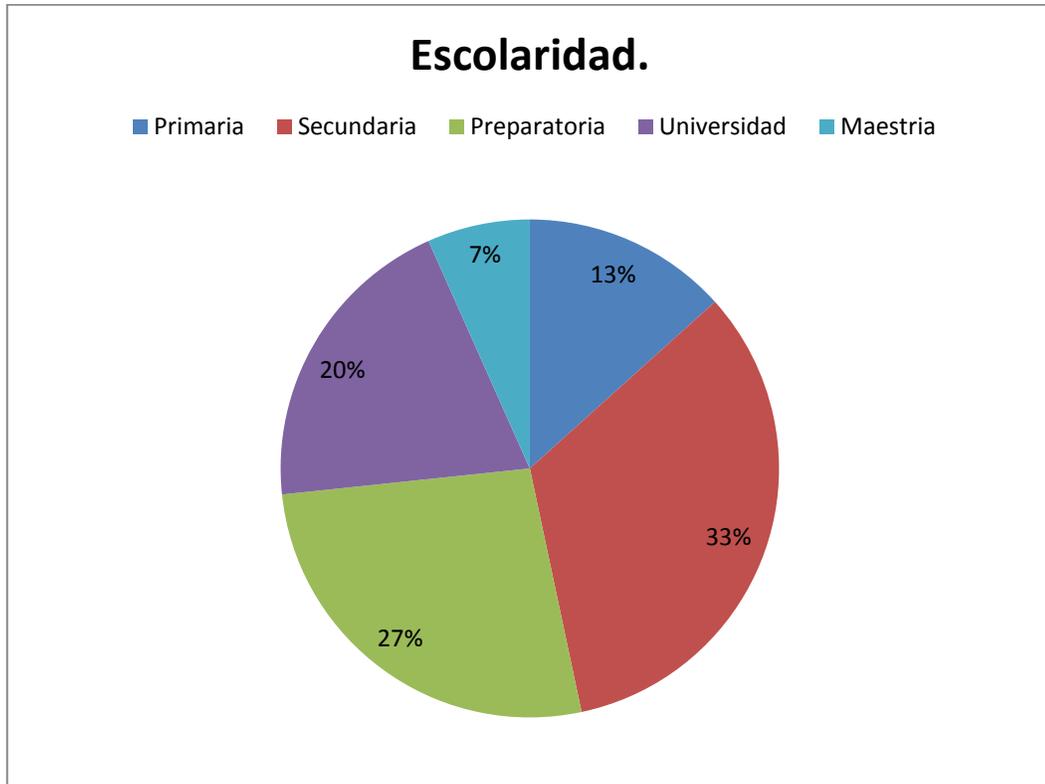
Grafica 1



Grafica 2



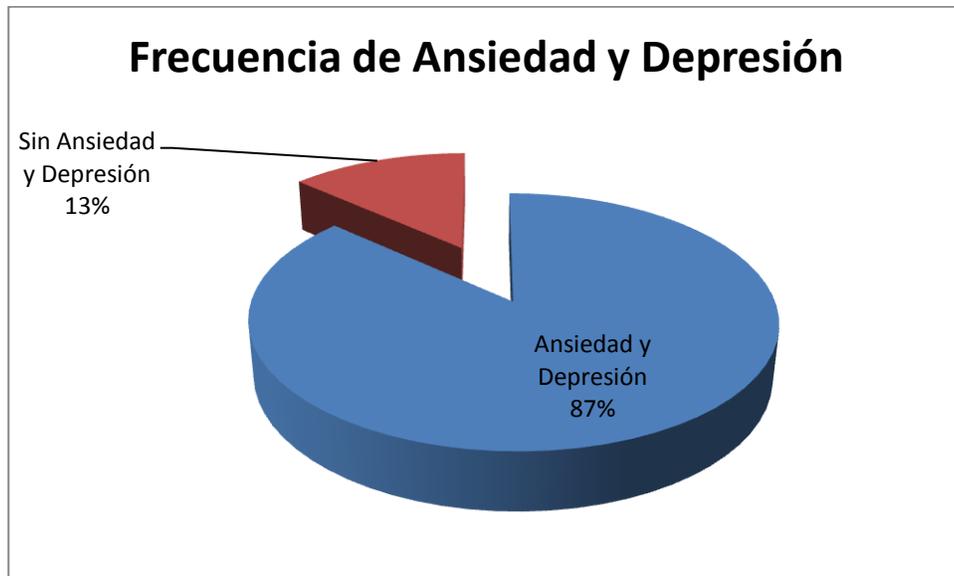
Grafica 3



Grafica 4



Grafica 5

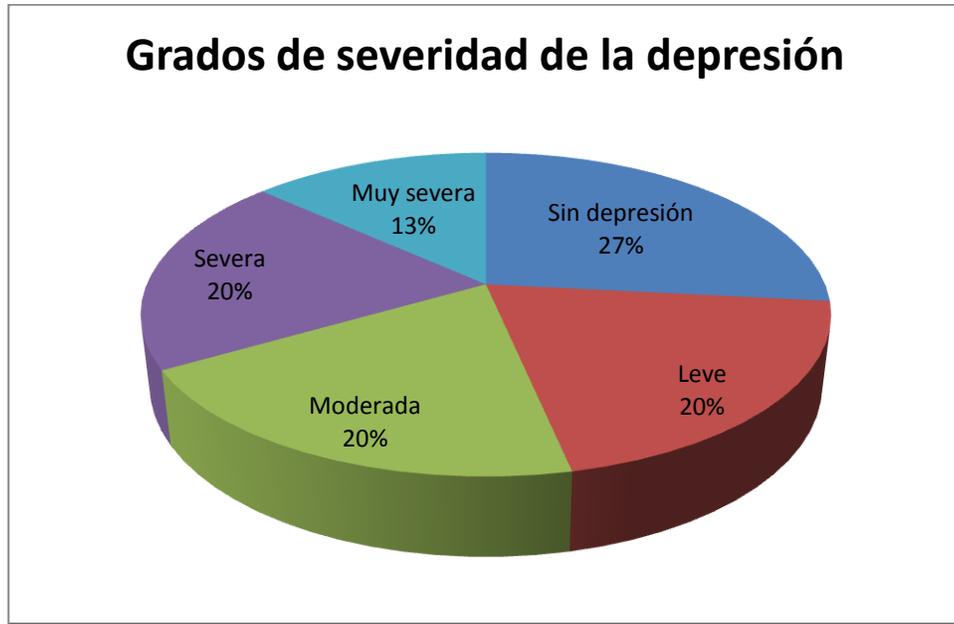


Por los puntajes obtenidos en la aplicación de las escalas de HAMD Y HAMA, se identifico la gravedad de la depresión y de la ansiedad; encontrándose sin depresión solo al 27% de la muestra, con depresión leve al 20%, depresión moderada el 20%, severa 20% y muy severa el 13% (Grafica 6). En cuanto a ansiedad, no la presentan el 13%, ansiedad moderada el 80% y severa el 7%.(Grafica 7); siendo este último porcentaje correspondiente a un sujeto, mujer, la cual se retiro del estudio por abandono de tratamiento.

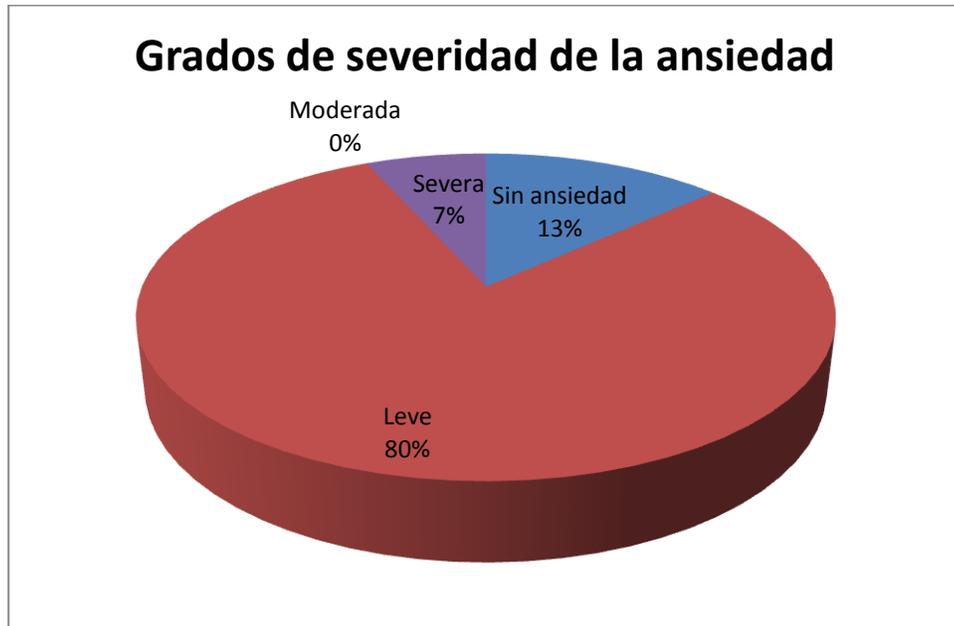
El tratamiento brindado fue psicoterapéutico breve, el cual fue aplicado a toda la muestra, observándose como resultado mayor accesibilidad a los pacientes y mejora en el proceso de comunicación.

El tratamiento psicofarmacológico fue recibido por el 54% de la muestra, en base a ISRS, logrando respuesta en un 57% y remisión en 37% y una recaída del 13% en este grupo (Grafica 8). Otro dato importante es que en las reuniones de grupos, se menciona en aquellos pacientes que en este momento no presentan sintomatología ansiosa o depresiva, si la habían presentado antes, así como algunos habían recibido anteriormente tratamiento psicofarmacológico.

Grafica 6



Grafica 7



Grafica 8



## **DISCUSIÓN.**

Los resultados del presente estudio muestran la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de inmunodeficiencia común variable, lo que lo hace pionero en reportes sobre el tema, ya que en la literatura no se encuentra información acerca de estas comorbilidades específicas.

Estudios anteriores reportan receptores del tejido nervioso en células del sistema inmunológico, lo cual explica las relaciones entre su desregulación, el estrés, los trastornos de adaptación, depresión y ansiedad, misma relación que se encontró en este estudio.

La investigación en el campo de la inmunología y la psiquiatría son principalmente en estas áreas: ansiedad, depresión y adaptación también le ha sido dedicado tiempo al estudio de los trastornos del sueño y otros trastornos relacionados desde el punto de vista genético como el síndrome de Di George, cuya casusa genética es una delección del cromosoma 22q 11, presentan como manifestación dentro del grupo de enfermedades más comunes las inmunodeficiencias (Goldmuntz E, 2005), misma alteración genética relacionada con síndromes del neurodesarrollo como la esquizofrenia, lo que reafirma la importancia de estudios en este grupo de pacientes, así como del manejo multidisciplinario para la obtención de mejores resultados terapéuticos en estos grupos de pacientes.

## **CONCLUSIÓN.**

Los trastornos afectivos (depresión y ansiedad) y los trastornos adaptativos, son frecuentes en pacientes con trastornos inmunológicos incluyendo al grupo de pacientes con inmunodeficiencia común variable. También se encontró asociación con dificultades para contar con una pareja estable y mejor nivel educativo. Estos datos confirman la necesidad de un tratamiento multidisciplinario en los pacientes con inmunodeficiencia común variable, y la necesidad de vigilancia por el servicio de psiquiatría al igual que del servicio de alergia, ya que es parte vital de su tratamiento, al influir tanto en su calidad de vida como en la salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. American Academy of Sleep Medicine (2005) International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed, Diagnostic & Coding Manual: Westchester, Illinois.
2. Arolt V, Rothermundt M, Peters M, Leonard B. Immunological research in clinical psychiatry: report on the consensus debate during the 7th expert meeting on psychiatry and immunology. *Molecular Psychiatry* (2002) **7**, 822–826.
3. Brand RC Jr, Clairborn WL. Two studies of comparative stigma: employer attitudes and practices toward rehabilitated convicts, mental and tuberculosis patients. *Community Ment Health J.* 1976; 12:168-75.
4. Belmaker R.H, Agam G. Mechanisms of disease Major Depressive Disorder. *N Engl J Med.* 2008; 358:55-68.
5. Chrousos GP, Gold PW. A healthy body in a healthy mind--and vice versa--the damaging power of “uncontrollable” stress. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83:1842-5.
6. Courtwright, A. Norris, A. Tuberculosis and Stigmatization: Pathways and Interventions *Public Health Reports / 2010 Supplement 4 / Volume 125:34-42*
7. Dantzer R, Wollman E, Vitkovic L, Yirmiya R. Cytokines and depression: fortuitous or causative association? *Mol Psychiatry* 1999; 4: 328–332.
8. Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
9. Goldmuntz E. DiGeorge síndrome: new insights. *Clin Perinatol.* 2005; 32: 963-78.
10. Hamilton, M., A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960(23):56-62.
11. Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967(6): 278-296.

12. Hernandez ME, Martinez-Fong D, Perez-Tapia M, Estrada-Garcia I, Estrada-Parra S, Pavón L. Evaluation of the effect of selective serotonin-reuptake inhibitors on lymphocyte subsets in patients with a major depressive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2010 Feb; 20(2):88-95. Epub 2009 Dec 11.
13. Leserman J, Petitto JM, Golden RN, Gaynes BN, Gu H, Perkins DO, et al. Impact of stressful life events, depression, social support, coping, and cortisol on progression to AIDS. *Am J Psychiatry* 2000;157:1221-8.
14. Levenson J. *Tratado de Medicina Psicosomatica.* Ars Medica.2006.
15. Licinio J, Wong ML. The role of inflammatory mediators in the biology of major depression: central nervous system cytokines modulate the biological substrate of depressive symptoms, regulate stress-responsive systems, and contribute to neurotoxicity and neuroprotection. *Mol Psychiatry* 1999; 4: 317–327.
16. Link B, Phelan J. Conceptualizing stigma. *Annu Rev Sociol* 2001; 27:363-85.
17. Nortangelo L. *Immunodeficiencias primarias.* Journal Allergy Clinical Immunology. 2010; 125:182-194.
18. Ortega-López MC. Generalidades sobre inmunodeficiencias primarias. *Universitas Médica.*2005; 46:48-51.
19. Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr* 1986(14): 324-334.
20. Tanaka S, Honda M (2010) IgG Abnormality in Narcolepsy and Idiopathic Hypersomnia. *Plos One* 5(3): e9555. doi:10.1371/journal.pone.0009555.
21. Valko PO, Khatami R, Baumann CR, Bassetti CL. No persistent effect of intravenous immunoglobulins in patients with narcolepsy with cataplexy. *J Neurol.* 2008; 255: 1900–1903.

22. Van West D, Maes M. Activation of the inflammatory response system: a new look at the etiopathogenesis of major depression. *Neuroendocrinol Lett* 1999; 20: 11–17.
23. Weigent DA, Blalock JE. Production of peptide hormones and neurotransmitters by the immune system. *Chem Immunol* 1997; 69:1-30.
24. World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
25. Yong P, Tarzi M, Chua I, et al. Common Variable Immunodeficiency: an update on etiology and Management. *Immunology and Allergy Clinics of North America*.2008; 28:367-386.
26. Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. *Primary Psychiatry*, 2006. 12(4):73-82.
27. Slifka MK, Whitton JL. Clinical implications of dysregulated cytokine production. *J Mol Med* 2000; 78:74-80.

# ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD - CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. BERNARDO SEPÚLVEDA G."  
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGÍA CLÍNICA

## CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México DF, \_\_\_\_\_

Por medio de la presente, Autorizo mi participación en el PROTOCOLO DE TESIS: **“DETECCIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, EVALUACIÓN DE RESPUESTA A TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO Y A INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS BREVES EN PACIENTES ADULTOS CON INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE.**

El objetivo del estudio es: Detectar la presencia de ansiedad y depresión, evaluar el porcentaje de respuesta a tratamiento y a intervenciones psicoterapéuticas breves en pacientes adultos con inmunodeficiencia común variable.

Mi aportación en este estudio consistirá en: participar en reuniones grupales, acudir a valoración psiquiátrica, recibir tratamiento si así lo requiero y asistir a las consultas de seguimiento por el servicio de psiquiatría.

En el momento que lo decidiera puedo retirarme del estudio.

El Investigador Responsable, se ha comprometido a darme información acerca de los resultados, los diagnósticos y alternativas terapéuticas de los padecimientos psiquiátricos que encuentre y el seguimiento de mi patología en el servicio; así como la confidencialidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en este protocolo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Paciente y/o Tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Medico Responsable





INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGICA CLINICA

ANEXO III

Paciente:.....

Edad:.....

Fecha:.....

**ESCALA DE HAMILTON PARA LA DEPRESIÓN (HDRS)**  
**(Versión validada al castellano por Ramos-Brieva et al)**

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cual es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
  - 0 Ausente
  - 1 Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
  - 2 Estas sensaciones las relata espontáneamente
  - 3 Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
  - 4 Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea
2. Sentimiento de culpa:
  - 0 Ausente
  - 1 Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente
  - 2 Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
  - 3 Siente que la enfermedad actual es un castigo
  - 4 Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio:
  - 0 Ausente
  - 1 Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
  - 2 Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
  - 3 Ideas de suicidio o amenazas
  - 4 Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
4. Insomnio precoz:
  - 0 No tiene dificultad
  - 1 Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
  - 2 Dificultad para dormir cada noche.
5. Insomnio intermedio:
  - 0 No hay dificultad
  - 1 Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGICA CLINICA

2 Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 No hay dificultad
- 1 Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 No hay dificultad
- 1 Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad
- 4 Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

- 0 Palabra y pensamiento normales
- 1 Ligeramente retrasado en el habla
- 2 Evidente retraso en el habla
- 3 Dificultad para expresarse
- 4 Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

- 0 Ninguna
- 1 Juega con sus dedos
- 2 Juega con sus manos, cabello, etc.
- 3 No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
- 4 Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

- 0 No hay dificultad
- 1 Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 Preocupación por pequeñas cosas
- 3 Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
- 4 Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

- 0 Ausente



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGICA CLINICA

- 1 Ligera
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 Ninguno
- 1 Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 Ninguno
- 1 Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2 Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

- 0 Ausente
- 1 Débil
- 2 Grave

15. Hipocondría:

- 0 Ausente
- 1 Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 Preocupado por su salud
- 3 Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0 Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana
- 1 Pérdida de más de 500 g en una semana
- 2 Pérdida de más de 1 kg en una semana

17. Perspicacia:

- 0 Se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1 Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 No se da cuenta que está enfermo

**TOTAL PUNTUACIÓN:**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGICA CLINICA

ANEXO IV

Paciente:.....

Edad:.....

Fecha:.....

**ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD (HARS)**  
(Versión adaptada al castellano por Carrobles y cols.)

Los médicos conocen la importancia de los factores emocionales en la mayoría de enfermedades. Si el médico sabe cuál es el estado emocional del paciente puede prestarle entonces mejor ayuda. Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a que su médico sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que preste atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana. No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta: en este cuestionario las respuestas espontáneas tiene más valor que las que se piensan mucho.

• Deben puntuarse todos los ítems acorde a los siguientes criterios:

- 0 Ausente.
- 1 Intensidad ligera.
- 2 Intensidad media.
- 3 Intensidad elevada.
- 4 Intensidad máxima (invalidante).

• Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.

SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	0	1	2	3	4
1. HUMOR ANSIOSO: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad.					
2. TENSIÓN: Sensaciones de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.					
3. MIEDOS: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4. INSOMNIO: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5. FUNCIONES INTELECTUALES (COGNITIVAS): Dificultad de concentración. Mala memoria.					
6. HUMOR DEPRESIVO: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7. SÍNTOMAS SOMÁTICOS MUSCULARES: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8. SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores					



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

---

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
"DR. BERNARDO SEPULVEDA G."  
SERVICIO DE ALERGIA E INMUNOLOGICA CLINICA

antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Borborigmos. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					
13. SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO: Boca seca. Accesos de enrojecimiento. Palidez. Tendencia a la sudoración. Vértigos. Cefalea (dolor de cabeza) de tensión.					
14. CONDUCTA EN EL TRANCURSO DEL TEST: Tendencia al abatimiento. Agitación: manos inquietas, juega con los dedos, cierra los puños, tic, aprieta el pañuelo en las manos. Inquietud: va y viene. Temblor en las manos. Rostro preocupado. Aumento del tono muscular o contracturas musculares. Respiración entrecortada. Palidez facial. Traga saliva. Eructos. Taquicardia o palpitaciones. Ritmo respiratorio acelerado. Sudoración. Pestañeo.					

**PUNTUACIÓN TOTAL**