



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MÉDICO NACIONAL "SIGLO XXI"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ"

TITULO:

**ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE
ACUERDO A SU GRAVEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL
DE PSIQUIATRÍA "DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA"**

PRESENTA:
DRA. CAROL VIANEY GALÁN VARGAS

PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

TUTOR Y ASESOR DE TESIS:
Dr. Davis Cooper Bribiesca

INVESTIGADOR ASOCIADO:
Dra. Irma Sau-Yen Corlay Noriega

Ciudad de México

Febrero de 2019.



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.

1. DATOS DEL ALUMNO	
Apellido paterno:	Galán
Apellido materno:	Vargas
Nombre:	Carol Vianey
Teléfono:	55 85 46 79 21
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Curso de Especialización en Psiquiatría
No. De cuenta:	515224555
2. DATOS DE LOS ASESORES	
Apellido paterno:	Cooper
Apellido materno:	Bribiesca
Nombre:	Davis
Apellido paterno:	Corlay
Apellido materno:	Noriega
Nombre:	Irma Sau Yen
3. DATOS DE LA TESIS	
Título:	Asociación de disfunción cognitiva y trastorno depresivo mayor de acuerdo a su gravedad en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta".
Número de páginas:	79 páginas
Año:	2018
Registro:	R-2018-3601-097

**ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE
ACUERDO A SU GRAVEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
REGIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. HÉCTOR H. TOVAR ACOSTA"**



A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Diana G. Menez Díaz", written over a horizontal line.

DOCTORA

DIANA G. MENEZ DÍAZ

JEFE DE LA DIVISIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Irma Sau-Yen Corlay Noriega", written over a horizontal line.

DOCTORA

IRMA SAU-YEN CORLAY NORIEGA

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Davis Cooper Bribiesca", written over a horizontal line.

DOCTOR

DAVIS COOPER BRIBIESCA

TUTOR DE TESIS
MÉDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA
UMAE HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMN SIGLO XXI



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud **3601** con número de registro **17 CI 09 015 034** ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 023 2017082**.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

FECHA **Lunes, 25 de junio de 2018.**

**M.E. DAVIS COOPER BRIBIESCA
P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO A SU GRAVEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRIA "DR. HECTOR H TOVAR ACOSTA"

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-3601-097

ATENTAMENTE

DR. CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3601

IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

AGRADECIMIENTOS

A mis catedráticos, que sembraron en mí el afán por el conocimiento como el mejor medio para contribuir al desarrollo de una sociedad más sana, tolerante, creativa y comprometida con la vida.

▪

Con profundo afecto a mis amigas y amigos, a quienes me acompañaron en el camino, a quienes influyeron positivamente en mí, en la consecución de esta importante meta.

▪

A cada uno de los pacientes que me han dado la oportunidad de aprender.

Gracias por incentivar mi estudio.

▪

A quien con su talento y cariño le ha dado mayor sentido a mi vida.

Gracias por estar.

▪

Sé que todo es perecedero, pero el amor de mis padres vivirá para siempre.

Gracias por su infinito amor.

▪

A mi hermana, con quien he compartido los momentos más preciados de nuestra vida.

Gracias por creer en mí.

▪

Gracias mi Dios por tus incontables bendiciones.

DEDICATORIA

Para los mejores ejemplos de vida: Olivia y Juan.

Con cariño permanente para Ali.

Con amor para Santiago.

ÍNDICE

RESUMEN	7
ANTECEDENTES	8
Trastorno depresivo mayor (TDM).....	8
Tipos de síntomas en el TDM).....	10
Disfunción cognitiva en el TDM	14
Tipos de disfunción cognitiva en el TDM	16
Progresión de los síntomas cognitivos a lo largo del curso del TDM	19
Gravedad de sintomatología depresiva asociados al funcionamiento cognitivo.....	21
Evaluación de los síntomas depresivos	22
Evaluación de la disfunción cognitiva en la depresión.....	23
JUSTIFICACIÓN	30
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	32
OBJETIVOS	33
HIPÓTESIS	34
MATERIAL Y MÉTODOS	35
Diseño del estudio	35
Universo de trabajo	35
Tamaño de la muestra	35
Selección de la muestra.....	35
Criterios de inclusión	35
Criterios de exclusión	35
Criterios de eliminación	36
Procedimiento	36
Instrumentos de evaluación	37
Definición de variables.....	45
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	50
ASPECTOS ÉTICOS	51
RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	53
RESULTADOS	55
DISCUSIÓN	62
CONCLUSIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	73
Consentimiento informado	74
Hoja de datos generales	76
Inventario de Depresión de Beck.....	77
Screening de deterioro cognitivo en Psiquiatría	79

RESUMEN

Título: ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO A SU GRAVEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA “DR. HECTOR H. TOVAR ACOSTA”

Antecedentes: La depresión mayor es un trastorno frecuente, grave y recurrente relacionado con la disminución de la calidad de vida y funcionalidad del individuo. Las alteraciones cognitivas son parte nuclear de su sintomatología y forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos; pueden manifestarse antes de la presentación de los síntomas afectivos y neurovegetativos, acompañar el curso de éstos e incluso persistir como síntomas residuales una vez que el resto de los síntomas remitió, esto incrementa el riesgo de recaída. Se ha relacionado la gravedad de la sintomatología de la depresión con un mayor grado de deterioro cognitivo.

Objetivo: Determinar la asociación de disfunción cognitiva y trastorno depresivo mayor de acuerdo a su gravedad en pacientes atendidos en el Hospital Regional de psiquiatría “Dr. Héctor H Tovar Acosta”.

Hipótesis: La tasa de prevalencia de déficits cognitivos varía ampliamente, con un rango de 42 a 77%, se espera que en nuestra población en estudio se comporte dentro de este rango.

Material y Métodos: Se realizó un estudio unicéntrico, descriptivo, prolectivo, no experimental, transversal de tipo correlacional, en pacientes menores de 60 años con diagnóstico de depresión atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”. Se aplicó escalas y cuestionarios estandarizadas para obtener los datos requeridos. Se evaluaron los resultados para determinar la asociación de disfunción cognitiva con gravedad de la depresión, la prevalencia de disfunción cognitiva en este grupo de pacientes, identificar sus características sociodemográficas y los principales dominios cognitivos alterados.

Recursos e infraestructura:

Recursos humanos:

- Un investigador, quien es médico residente del cuarto año del curso de especialidad en Psiquiatría. Médicos adscritos y residentes de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social quienes apoyaron en la fase de aplicación del Inventario de Depresión de Beck. Dos asesores teóricos y un metodológico.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 54 pacientes, de los cuales 71.2% pertenecían al sexo femenino, el promedio de edad fue de 34.79 años. La mayor parte de los pacientes presentaron un cuadro de depresión grave y moderada. Los síntomas característicos del cuadro depresivo, es decir los que tuvieron mayor puntuación fueron pérdida de placer, fracaso, pesimismo, tristeza y pérdida de interés. La mayoría de los pacientes obtuvo puntuaciones muy bajas, esto compromete su funcionamiento cognitivo. A pesar de esto no se observó una relación entre el desempeño cognitivo y el grado de depresión, sin embargo, si se pudo encontrar asociación entre síntomas específicos del trastorno y algunos dominios evaluados.

Conclusiones: La alteración del funcionamiento cognitivo presente en pacientes con trastorno depresivo mayor, se manifiesta de forma independiente al resto de sintomatología del cuadro depresivo y de su gravedad.

Las consideraciones prácticas que aporta esta investigación nos ofrece la oportunidad de poner mayor énfasis en la identificación precoz de la disfunción cognitiva y el impacto que tiene en la funcionalidad del paciente, que puede tener repercusión no solo en el área laboral, sino también en la familiar, de pareja y social, interviniendo en su evolución mediante intervención temprana con tratamiento especializado con capacidad para mejorar tanto la sintomatología afectiva como la cognitiva, y por consiguiente mejorar el pronóstico.

ANTECEDENTES

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La depresión mayor es un trastorno frecuente, grave y recurrente relacionado con la disminución de la calidad de vida y funcionalidad del individuo (1). El trastorno depresivo mayor (TDM) se presenta con síntomas muy específicos, como el estado de ánimo bajo y persistente y la pérdida de interés, síntomas que pueden llegar a ser recurrentes y que repercuten de manera significativa en diferentes ámbitos del individuo; también se puede presentar sintomatología neurovegetativa y cognitiva como trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración (2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha clasificado al TDM como la cuarta causa de discapacidad a nivel mundial y proyecta que, para 2020, será la segunda causa (1). Ocupa actualmente el primer lugar en el índice de años perdidos por discapacidad, y el segundo en el de años de vida ajustados en función de la discapacidad (3).

No existe información directa sobre la prevalencia y los correlatos de la depresión mayor para la mayoría de los países, los datos disponibles indican que existe una gran variabilidad en estas estimaciones; utilizando la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta de la OMS para DSM-III-R y DSM-IV, las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida variaron del 1.0% (República Checa) al 16.9% (Estados Unidos), con puntos medios en 8.3% (Canadá) y 9.0% (Chile). Según criterios diagnósticos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en la Encuesta Mundial de Salud en 60 países, la prevalencia a los 12 meses promedió 3.2% en participantes sin enfermedad física comórbida y 9.3-23.0% en participantes con condiciones crónicas. Además, una proporción sustancial de las personas

que buscan tratamiento para la depresión mayor tienen un curso de enfermedad crónico-recurrente; la prevalencia a lo largo de la vida es 2-3 veces mayor que la prevalencia a 12 meses (2).

En México el TDM tiene una prevalencia a lo largo de la vida de 3.3%. Ocurre en cerca del 1.5% de la población adulta a lo largo de un año, y las mujeres tienen un riesgo mayor que los hombres (relación 2:1) (3).

Aunque la depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física (4).

En la actualidad no existe prueba de laboratorio o gabinete que corrobore el diagnóstico, por lo que se valora mediante criterios, siendo los más utilizados tanto en la clínica como en la investigación los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición (CIE-10) y los de la Asociación Americana de psiquiatría: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), permitiendo establecer un nuevo lenguaje común entre la psiquiatría y el resto de las disciplinas.

La CIE-10 divide el cuadro depresivo mayor en: leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos), utilizando una lista de 10 síntomas; en cualquier caso, deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad, el episodio debe durar al menos dos semanas (5).

El DSM-5 utiliza una lista de 9 síntomas, y requiere también de dos semanas de duración del episodio, para establecer si diagnóstico deben estar presentes al menos cinco de los

síntomas, y uno de ellos de ser: estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o capacidad para el placer, se divide el episodio depresivo mayor en leve, moderado y grave, con códigos para la remisión parcial/total o no especificada (2).

TIPOS DE SINTOMAS EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

De acuerdo con Vázquez y Sanz, las personas deprimidas presentan un tipo de sintomatología que se incluye en cinco grandes grupos:

- Síntomas anímicos. La tristeza es el síntoma básico de la depresión, una tristeza que a menudo se vive como vital, como si saliera de dentro; pero también puede verse sustituida por una sensación de irritabilidad. En depresiones severas puede ocurrir que ni siquiera el enfermo comunique tristeza, sino una incapacidad para sentir, una anestesia afectiva.
- Síntomas motivacionales y conductuales. Los síntomas que comprenden este núcleo son la indiferencia, la disminución en la capacidad de disfrute, desaliño personal, asimismo, tomar decisiones cotidianamente como decidir la ropa para vestirse puede convertirse en una tarea casi insalvable.
- Síntomas cognitivos. Se distinguen dos grupos de síntomas: en primer lugar una disminución importante en las capacidades cognitivas, memoria, atención, concentración, velocidad mental, entre otros; el segundo grupo alude al contenido de las cogniciones, incluye las distorsiones cognitivas en la valoración de su entorno, del pasado y del futuro, así como de su propia persona.
- Síntomas físicos. Los síntomas que comprenden este núcleo son la disminución o incremento de horas de sueño, la fatiga, la pérdida o incremento de apetito, náuseas, evidencia de disminución de la actividad y el deseo sexual.

- Síntomas interpersonales. Se produce un descuido de las relaciones interpersonales, el proceso es doble, porque la angustia que generan en su entorno conduce a que sufran el rechazo de los demás, aislándose (6).

El TDM es una afección que puede llegar a ser incapacitante, presenta una alta tasa de no recuperación y de recurrencia, esto conduce a una mortalidad y morbilidad considerables. Sólo de un 30-40% de los individuos que cursan con un trastorno depresivo alcanza la remisión sintomática después de recibir un tratamiento adecuado con un antidepresivo de primera línea; muchos pacientes no alcanzan niveles premórbidos de funcionamiento psicosocial, una proporción significativa de pacientes presenta síntomas residuales (7).

Además de los síntomas afectivos y vegetativos, las funciones cognitivas a menudo se ven afectadas y las alteraciones en la concentración se encuentran entre los criterios diagnósticos formales (8). De hecho, la CIE-10 y el DSM-5 consideran como criterios diagnósticos ítems como "concentración y atención reducidas" y "capacidad disminuida para pensar o concentrarse" respectivamente; los pacientes suelen manifestar quejas cognitivas que pueden ser amplias y no específicas, con déficits en la velocidad de procesamiento, la atención, el aprendizaje, la memoria y el funcionamiento ejecutivo (7).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO SEGÚN LA CIE-10
<p>A. Criterios generales para episodio depresivo.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. 2. El episodio no es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
<p>B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales. 2. Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras. 3. Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.
<p>C. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos de 4:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad. 2. Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada. 3. Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida. 4. Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones. 5. Cambios de actividad psicomotriz, con agitación o inhibición 6. Alteraciones del sueño de cualquier tipo 7. Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
<p>D. Puede haber o no síndrome Somático.</p>
<p>GRAVEDAD:</p> <p>-Leve: Presentes dos o tres síntomas del criterio B. La persona probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades.</p> <p>-Moderado: Presentes al menos dos síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar un mínimo de 6 síntomas. La persona probablemente tendrá dificultades para continuar con sus actividades ordinarias.</p> <p>Grave: Deben existir los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave. En este caso se denomina como episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.</p>

**CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR SEGÚN
DSM-5**

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

El impacto de estos síntomas es observable en distintas esferas de la vida. Ebert et al., evaluaron el efecto negativo de los síntomas cognitivos en pacientes deprimidos y encontraron que éstos síntomas parecen contribuir a una disminución de las relaciones a medida que disminuye también la capacidad para contribuir al hogar o a sus actividades laborales (7), igualmente Jaeger et al., informó que el impacto negativo en el desempeño laboral contribuye directamente a la discapacidad socio-profesional independientemente de los síntomas del estado de ánimo (10), esto se corroboró con los resultados de McIntyre et al., que sugieren que los síntomas cognitivos en el TDM pueden ser un mejor predictor de

la variabilidad del desempeño en el lugar de trabajo que la gravedad de los síntomas depresivos (11).

Los síntomas cognitivos sutiles también pueden preceder al inicio del episodio depresivo mayor formal y aumentar el riesgo de aparición de la enfermedad. Además, déficits en la velocidad de procesamiento, la atención, el aprendizaje y la memoria, el funcionamiento ejecutivo, entre otros, pueden persistir más allá de la remisión depresiva como síntomas cognitivos residuales (7, 13). Así, las alteraciones cognitivas constituirían según diversos autores una parte nuclear del TDM (12, 13), por lo que numerosos estudios han investigado la función cognitiva en la depresión en una variedad de dominios cognitivos como la atención, la velocidad de procesamiento, la función ejecutiva y la memoria. La mayoría son pequeños estudios transversales que comparan las habilidades cognitivas en pacientes con controles sanos. Estudios longitudinales han evaluado las habilidades cognitivas antes y después de la remisión de los episodios depresivos. Debido a que en la mayoría de los estudios las poblaciones de pacientes son heterogéneas con respecto al diagnóstico, el número de episodios, el estado del tratamiento y la gravedad de los síntomas depresivos, los resultados tienden a ser muy variables (12).

DISFUNCIÓN COGNITIVA EN EL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

La disfunción cognitiva se refiere a la disminución en el funcionamiento de diversos dominios cognitivos como deficiencias en la atención, aprendizaje verbal y no verbal, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, procesamiento visual y auditivo, resolución de problemas, velocidad de procesamiento y funcionamiento motor, se ha planteado que esta disfunción puede ser un mediador primario del deterioro funcional en el TDM, además otros síntomas centrales del trastorno pueden actuar como mediadores de la disfunción cognitiva,

esto incluye el retraso psicomotor, la desmotivación, la fatiga, el insomnio y las alteraciones del estado de ánimo (13).

En un sentido estricto no existe una definición consensuada de “disfunción cognitiva”; las descripciones de dominios cognitivos y subdominios han variado y, a menudo, han empleado un lenguaje intercambiable (14), sin embargo, se han planteado varios esquemas clasificatorios, por ejemplo, la función cognitiva puede tipificado como cognición fría o caliente (15).

La cognición fría no tiene valor emocional, mientras que la caliente está muy influenciada por el estado emocional de un individuo; por ejemplo, la función ejecutiva, el aprendizaje y la memoria, la atención y la concentración, así como la velocidad de procesamiento se presentan como subdominios de función ejecutiva fría, mientras que en la función ejecutiva caliente se incluirían a la rumiación negativista, la respuesta exagerada o catastrófica a los desaires percibidos o reales y una mayor atención a los estímulos o eventos negativos. (14, 15).

Aunque la tipología anterior implica la función ejecutiva fría y cálida como entidades distintas, la fenomenología del TDM, así como los sustratos neurobiológicos subyacentes que sirven a la cognición, indican que los procesos tanto calientes como fríos se solapan (15). Neurobiológicamente, no existe una separación de la cognición caliente y fría (14). No obstante, algunos investigadores han descrito una posible relación neuroanatómica, Schaefer describe como resultado de un estudio con emisión de positrones que la función ejecutiva caliente se asocia principalmente con la corteza prefrontal ventromedial (CPFVM) así como con áreas de procesamiento emocional: la amígdala, a su vez la CPFVM tiene conexiones con el hipocampo (memoria), áreas de asociación visual y temporal inferior

(procesamiento sensorial) y la corteza prefrontal dorsolateral. (16, 17). La función ejecutiva fría se encuentra relacionada con la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDL), asociándose con áreas del cerebro como núcleos basales (control motor) y corteza premotora, corteza cingulada (monitorización del rendimiento), corteza parietal (procesamiento sensorial) y áreas parieto-occipital de asociación visual (procesamiento sensorial) (16).

TIPOS DE DISFUNCION COGNITIVA

Recientemente la investigación empezó a centrarse específicamente en los aspectos cognitivos de la depresión y los posibles correlatos neurobiológicos en un esfuerzo por identificar nuevas estrategias terapéuticas. Existen dos tipos básicos de disfunción cognitiva observados en TDM, son: los sesgos cognitivos, incluyen un procesamiento de información distorsionada o asignación atencional hacia estímulos negativos y lejos de estímulos positivos; y déficits cognitivos, que incluyen las ya comentadas deficiencias en la atención, memoria, funcionamiento ejecutivo, entre otros (18).

En relación a los primeros las teorías cognitivas postulan que una constelación de construcciones cognitivas dirige la atención y la memoria hacia temas negativos relacionados con el yo, el mundo y el futuro en estos pacientes. Los estudios en psicología experimental y clínica han brindado apoyo al documentar sesgos negativos en el procesamiento de la información en pacientes con depresión principalmente relacionados con:

1. Percepción y atención
2. Interpretación
3. Memoria.

Las personas deprimidas demuestran una percepción preferencial y el procesamiento de información hacia información negativa en comparación con información positiva o neutral. En cuanto a la interpretación, que se refiere a la atribución y los sesgos inferenciales, los individuos deprimidos tienden a hacer inferencias estables, globales y generalmente negativas para las causas y consecuencias de los acontecimientos de la vida. Se ha descubierto que los individuos deprimidos interpretan las señales sociales clave, como las expresiones faciales de la emoción, como más negativas o menos positivas que las personas emparejadas no deprimidas. Acerca de los sesgos de la memoria, los estudios han demostrado que las personas deprimidas son más propensas a recordar información emocional negativa que positiva en tareas auto relevantes, las personas deprimidas son menos capaces de expulsar información negativa irrelevante de la memoria de trabajo (18).

Respecto a los dominios afectados en el funcionamiento cognitivo, en una revisión en la que se incluían comparaciones entre el rendimiento de pacientes deprimidos y sujetos sanos realizada por Trivedi y Greer, se concluyó que existe apoyo suficiente a la idea de que en la depresión existen alteraciones cognitivas, principalmente en:

1. La atención.
2. La velocidad psicomotriz.
3. Las funciones ejecutivas (FE).
4. La memoria de trabajo (16, 17, 19).

Se han realizado metaanálisis y revisiones sistematizadas en relación al déficit neuropsicológico en las FE en el TDM, por ejemplo, Rock et al, valoraron la función cognitiva aplicando una batería neuropsicológica en pacientes con depresión durante el episodio depresivo y la remisión del mismo, revelando déficits cognitivos moderados significativos en la función ejecutiva, la memoria y la atención en pacientes con depresión en relación

con los controles, durante el episodio depresivo (20).

Un ejemplo más es la investigación realizada por Snyder, quien analizó 113 estudios que comparaban sujetos deprimidos con un grupo control de sujetos sanos, los resultados obtenidos indicaron que este trastorno estaba asociado con un rendimiento deficiente en todas las medidas neuropsicológicas de FE (inhibición, flexibilidad mental, actualización de la información en la memoria de trabajo, memoria de trabajo verbal y viso-espacial, planificación, fluidez verbal, velocidad de procesamiento y vocabulario) con tamaños del efecto que iban desde un efecto moderado a grande (21); en un tercer estudio publicado por Wagner y cols., a partir de 15 estudios con una muestra de 375 pacientes con diagnóstico de depresión en tratamiento farmacológico y 481 controles sanos, se encontró que el grupo de pacientes deprimidos presentaba un deterioro significativo en la inhibición de respuesta, flexibilidad cognitiva y la fluidez verbal semántica y deterioro moderado en la planificación y organización (22).

Tomando en cuenta la evolución del trastorno depresivo se han realizado estudios en los que se valora la función cognitiva considerando el número de episodios (primer episodio o trastorno depresivo recurrente), los distintos estados de la enfermedad (episodio depresivo presente, en remisión/en eutimia) y la gravedad del episodio depresivo mayor. Actualmente, los reportes de la literatura indican que las alteraciones en la función cognitiva son comunes durante y entre los episodios depresivos sindrómicos (14); incluso se ha observado que los déficits en la función cognitiva pueden anteceder a los síntomas emocionales del TDM (23, 26), se subraya que la cognición puede ser un aspecto independiente en la depresión y cuestiona la trayectoria de los trastornos del estado de ánimo (24).

Al hablar de disfunción cognitiva en el primer episodio depresivo es imperativo hacer

mención del metaanálisis publicado por Lee et al, con un total de 13 estudios analizados (644 sujetos deprimidos y 570 sujetos sanos), en cuyos resultados las funciones ejecutivas afectadas fueron la velocidad psicomotora, la atención, el aprendizaje, memoria visual y las FE, siendo el cambio atencional, la fluidez verbal y la flexibilidad cognitiva peores en los pacientes deprimidos en comparación con los sujetos sanos (25).

PROGRESION DE LOS SINTOMAS COGNITIVOS A LO LARGO DEL CURSO DEL TDM

El curso de la patología del TDM se caracteriza por un primer episodio de depresión mayor, seguido de una remisión completa y episodios recurrentes separados por períodos cortos entre recaída. Si bien, se ha descrito una presentación temprana de la alteración cognitiva antes de la sintomatología afectiva, esta disfunción cognitiva puede persistir incluso después de la remisión o recuperación del resto de los síntomas de TDM (26).

Llama la atención que la velocidad de remisión del TDM parece estar relacionada con mejoría en el funcionamiento cognitivo después de un tratamiento exitoso. De hecho, a diferencia de los remitentes lentos, los sujetos con un patrón de remisión rápida presentaron beneficios cognitivos específicos, con mejoras significativas en la velocidad del procesamiento de la información, la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas (27). No obstante, revisiones recientes centradas en el funcionamiento cognitivo en el estado remitido de la depresión confirman que los déficits cognitivos persisten en los pacientes a pesar de la estabilización de los síntomas relacionados con el estado de ánimo (28, 29). Estos déficits parecen residir más dentro de los dominios cognitivos de atención y funciones ejecutivas (flexibilidad mental, velocidad de decisión) (28), dichos resultados son congruentes con los obtenidos en la revisión de Rock et al., donde se encontraron déficits persistentes moderados significativos en la función ejecutiva y la atención y déficits

pequeños/moderados no significativos en la memoria en pacientes cuyos síntomas afectivos depresivos habían remitido, lo que indica que el deterioro cognitivo se produce por separado de los episodios de bajo estado de ánimo en la depresión (20).

Bora, et al. realizaron un metaanálisis de 27 estudios con una muestra de 895 sujetos deprimidos y 993 controles sanos. Al comparar estos dos grupos, las puntuaciones de "cognición global" fue significativamente peor en los pacientes con TDM remitidos en comparación con los controles sanos. Cuando se evaluó el rendimiento en función del tipo de dominio cognitivo, los resultados fueron similares (8). Hasta el día de hoy la comprensión de por qué algunas disfunciones cognitivas todavía están presentes en el estado remitido o recurrente de TDM y cómo progresa específicamente estos déficits sigue sin respuesta (26).

En relación al momento de aparición del episodio, en la revisión de Hasselbalch et al. los episodios de inicio tardío tenían como característica un elevado deterioro cognitivo (19). Este hallazgo es consistente con el trabajo de Bora et al. en el que pacientes eutímicos con un inicio tardío presentaron una alteración más grave en la cognición global y en dominios específicos, principalmente en memoria verbal; esta es la razón por la cual en los estudios citados las muestras incluyen a pacientes menores de 60 años edad, además que disminuye la probabilidad que las alteraciones cognitivas se deban al declive cognitivo asociado al envejecimiento. En este mismo trabajo, se comunican datos que relacionan una aparición temprana del trastorno con un menor deterioro en ambas puntuaciones (8).

En pacientes en estado remitido con trastorno depresivo recurrente se ha observado una reducción del rendimiento en tareas cognitivas, siendo mucho más marcada a partir del tercer episodio (19). En el estudio de Talarowska se evaluó el rendimiento cognitivo de 60

individuos con primer episodio depresivo y 150 con trastorno depresivo recurrente, los resultados concluyeron que no hubo diferencias significativas entre la severidad de la sintomatología estudiada y se observó el impacto negativo de los síntomas depresivos en la efectividad de las funciones cognitivas; el grupo de primer episodio presentó mejores resultados en términos de velocidad de procesamiento de la información, memoria visoespacial y funciones ejecutivas, capacidad de aprendizaje y fluidez verbal comparado con el grupo episodios recurrentes; estas diferencias fueron visibles desde el segundo episodio de un trastorno depresivo mayor (30).

GRAVEDAD DE SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA ASOCIADA AL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

Se ha relacionado la gravedad de la sintomatología de la depresión con un mayor deterioro en la flexibilidad mental, fluidez verbal e inhibición (21). En el metaanálisis de McDermott y Ebmeier que incluyó 14 estudios que evaluaban la correlación entre gravedad del episodio depresivo según las puntuaciones HAM-D o MADRS y el rendimiento en diferentes pruebas neuropsicológicas. Se obtuvieron correlaciones negativas significativas de efecto pequeño a moderado entre gravedad de síntomas y memoria episódica ($g=0,31$), tareas de FE ($g=0,32$) y velocidad de procesamiento ($g=0,16$) mientras que no encontraron relación entre las puntuaciones de HAM-D y MADRS con pruebas de memoria semántica ni memoria visoespacial (31).

El metaanálisis de Snyder mostró que el rendimiento en algunas medidas neuropsicológicas de FE es sensible a la gravedad de la sintomatología de la depresión, puesto que los datos manejados indicaban la existencia de una relación positiva entre ambas magnitudes. Es decir, aportan datos que relacionan la gravedad de los síntomas de la depresión con un

mayor deterioro en las puntuaciones compuestas de inhibición, flexibilidad mental y fluidez verbal (controlando las variables edad y medicación). Sin embargo, los efectos de la gravedad de los síntomas actuales no fueron significativos en la interferencia del Stroop, el Trail Making Test (parte B), la memoria de trabajo verbal en general, ni en las puntuaciones compuestas de retención de dígitos en orden directo. Excepto para esta última prueba, en el resto se encontraron tendencias estadísticas que relacionan un peor cuadro sintomatológico con un pobre rendimiento en las tareas de resistencia a la interferencia, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo verbal (21).

En contraste con los resultados comentados, Jensen et al. y Svendsen et al. no encontraron asociación de disfunción cognitiva con la severidad de la depresión, lo que se suma a la creciente evidencia de que el deterioro cognitivo es una dimensión independiente en los trastornos del estado de ánimo (32, 33).

La participación de muchos factores asociados con la progresión del TDM (cantidad, duración y severidad de los episodios) y otras características clínicas (edad de inicio, tiempo transcurrido desde el último episodio de depresión, intervenciones de tratamiento, trastornos psiquiátricos comórbidos) hacen que la identificación de un perfil neurocognitivo específico en estos pacientes sea aún más compleja (28).

EVALUACION DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS

El TDM se encuentran entre los trastornos mentales más comunes y se estudia en diversas disciplinas que van desde las ciencias sociales hasta la genética, en el campo de la investigación la severidad de su sintomatología se estudia por diversos motivos: incluir a los participantes de un estudio o medir la eficacia del tratamiento, como variable

dependiente, predictor, entre otros. Así de las 3 las escalas de evaluación de TDM se encuentran entre los 100 trabajos más citados en la ciencia:

1. La Escala de Hamilton para la Depresión (HRSD).
2. El Inventario de Depresión de Beck (BDI).
3. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicas (CES-D).

En la actualidad existen una amplia variedad de escalas para evaluar la gravedad de la depresión, se han identificado 280 instrumentos diferentes desarrollados en el siglo pasado, de los cuales muchos todavía están en uso. En la práctica habitual se realizan investigaciones basadas en una escala particular que se elige por razones variables: puede estar disponible como una herramienta en la biblioteca de la Universidad, puede ser el estándar de oro en el subcampo particular de la investigación de la depresión (como el HRSD para ensayos con antidepresivos), o puede ser la costumbre local del departamento u hospital (34).

Se ha demostrado que las escalas HAM-D17, MADRS y el BDI abarcan las 3 áreas principales de la depresión como el estado de ánimo, síntomas cognitivos y neurovegetativos. El factor cognitivo se puede subdividir en las dimensiones de pesimismo y relación interés-actividad. La dimensión del interés actividad abarca un amplio número de aspectos (interés, placer, concentración y toma de decisiones).

EVALUACIÓN DE LA DISFUNCIÓN COGNITIVA EN LA DEPRESIÓN

Los instrumentos de screening o cribado para la evaluación del funcionamiento cognitivo general son:

- Cuestionario de deficiencias percibidas (Perceived Deficits Questionnaire, PDQ).
- Mini Examen del estado Mental (Mini Mental State Examination, MMSE).
- Evaluación Cognitiva de Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MoCA).

Respecto a la medición de la sintomatología cognitiva en la práctica clínica las guías de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) no incluyen de forma específica la medición de la cognición en el TDM y no emiten ninguna recomendación sobre un procedimiento o cuestionario específico para evaluar dicha función. Estas guías indican que no basta con que la evaluación de un paciente incluya un recuento de los síntomas, sino que se debe determinar también el grado de deterioro o discapacidad funcional y duración del episodio depresivo (35).

Los médicos rara vez realizan pruebas neuropsicológicas de manera regular y cuantitativa, aunque esto puede ayudar en el seguimiento de pacientes con depresión. Además, aún no se han establecido pruebas cognitivas apropiadas ni de forma individual o en cuestionario para determinar deficiencia cognitiva de forma específica en el TDM (36). A pesar de que los sistemas nosográficos disponibles en la actualidad contemplan las alteraciones en 2 dominios cognitivos (atención/ concentración y velocidad psicomotriz) entre los criterios diagnósticos, no existe un método gold standard para su detección y evaluación (37, 38), Por lo que podemos seleccionar entre cualquiera de las numerosas (aproximadamente 85) escalas neurocognitivas de uso común, lo que provoca que en los ensayos clínicos se utilicen una amplia variedad de pruebas.

Los síntomas cognitivos en la depresión a menudo no suelen ser reconocidos por los médicos ni por los pacientes, ya que el médico por ejemplo da prioridad a otros síntomas de la depresión para definir el tratamiento (como la anhedonia, el estado de ánimo e ideas de muerte), ya que no perciben a la disfunción cognitiva como una entidad autónoma de la patología en pacientes con depresión. Otras razones por las que no se reconocen los

síntomas cognitivos se deben a que el propio paciente no los asocia como características de su estado afectivo y el deficiente acceso a pruebas neuropsicológicas integrales.

Por ello, los clínicos deben preguntar a los pacientes si han notado dificultades de atención o concentración en el trabajo y en las tareas cotidianas (como leer la prensa o ver la televisión) y de memoria que interfieren con las actividades cotidianas, para determinar mediante la observación si existe o no enlentecimiento cognitivo y motor (tiempo de latencia de las respuestas, velocidad del discurso, gestos expresivos, mímica, etc.). Esta evaluación requiere que el clínico indague sobre la historia del paciente, con el fin de establecer si el episodio depresivo actual es el primero, hubo precedentes y si se presenta en el contexto de un trastorno depresivo unipolar o bipolar.

En el caso específico de la depresión, además de la entrevista clínica, el clínico dispone de instrumentos de evaluación psicométrica que puede utilizar para realizar una valoración más exacta del estado cognitivo del paciente y monitorizar los cambios derivados de las intervenciones terapéuticas. Estos instrumentos se pueden clasificar en función de quien realiza la valoración en: Medidas valoradas por el clínico (se subdividen en: basadas en la observación de la ejecución del paciente, y basadas en los síntomas que presenta el paciente), medidas valoradas por el paciente y medidas mixtas, valoradas por el clínico y por el paciente.

- Medidas valoradas por el clínico

Basadas en la observación de la ejecución del paciente:

- Test de Sustitución de Dígitos por Símbolos (DSST).
- Test del Trazado (TMT).
- Test de Aprendizaje Auditivo-Verbal de Rey (RAVLT).

Basadas en los síntomas que presenta el paciente

- Escala de Hamilton para la Depresión (HDRS): Valora la intensidad de la depresión, tan solo un ítem (el 8) se centra en la presencia e intensidad de las dificultades cognitivas. Este ítem 8 evalúa la “inhibición” refiriéndose a la lentitud de pensamiento y palabra, empeoramiento de la concentración y actividad motora disminuida. El clínico cuenta con una escala Likert de intensidad de 5 valores, que oscila entre 0 (palabra y pensamiento normales) a 4 (torpeza absoluta). La puntuación de este ítem forma parte de la puntuación total de la intensidad de la depresión, que oscila entre 0 y 47.
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS): al igual que en la HDRS incluye solamente 1 ítem para evaluar la disfunción cognitiva, es el 6, que se refiere a las “dificultades de concentración” entendidas como expresión por parte del paciente de dificultades para mantener su propio pensamiento o para concentrarse. El clínico ha de puntuar la presencia de este síntoma y su intensidad de acuerdo a una escala Likert de intensidad, que oscila entre 0 (ninguna dificultad de concentración) y 6 (incapacidad para leer o conversar sin gran dificultad). La puntuación en este ítem forma parte de la puntuación global de gravedad de la depresión, que oscila entre 0 y 60 puntos. (39).
 - Medidas valoradas por el paciente.
- Inventario para la depresión de Beck: Cuenta con una propagación internacional notable, utilizado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 es una de las escalas de depresión que más se utilizan a nivel mundial, habiendo mostrado en numerosos estudios tener alta consistencia interna y buena capacidad para identificar personas con y sin depresión. Se ha traducido a diferentes lenguas y se ha comprobado que es válido en diversas culturas. En traducciones a otros idiomas el BDI ha mostrado, en general, coeficientes alfa altos, encontrándose en nuestro medio coeficientes de Cronbach

(alfa=0,889), lo que se traduce en una alta sensibilidad y especificidad. Su diseño original incluye 21 items.

- Inventario de Quejas Cognitivas de British-Columbia (BC-CCI).
- Cuestionario de Funcionamiento Físico y Cognitivo del Hospital General de Massachusetts (CPFQ).
- Cuestionario de Déficit Percibidos-Depresión (PDQ-D).
 - Medidas mixtas (valoradas por el clínico y por el paciente).
- Herramienta THINC-it para la disfunción cognitiva en el TDM. (37, 38).

La tasa de prevalencia de déficits cognitivos varía ampliamente, con un rango de 42 a 77% (40); aún con estos datos la medición de los déficits cognitivos en la depresión no se realiza comúnmente en el entorno clínico, resultado de múltiples factores como la dificultad para obtener evaluaciones neuropsicológicas por los altos costos o a su falta de practicidad en el entorno clínico, en consecuencia los psiquiatras evalúan el funcionamiento cognitivo a través de entrevistas clínicas (41); es necesario la identificación de una batería de pruebas cognitivas estandarizada común que pueda ser utilizado por los médicos en la práctica clínica diaria, esto permitirá una evaluación óptima y un tratamiento personalizado de los pacientes con TDM. La mayoría de las pruebas neuropsicológicas mencionadas previamente son poco prácticas para el entorno clínico, ya que requieren por lo menos de 35 minutos para su aplicación o requieren acceso a medios informáticos (40). Debido a esta necesidad se han desarrollado escalas breves para la evaluación objetiva de los déficits cognitivos, por lo que se desarrolló un screening para el deterioro cognitivo en psiquiatría (SCIP), cuya administración requiere 15 minutos, un lápiz, papel y un cronómetro, con la finalidad de proporcionar a los clínicos una medida adecuada del estado cognitivo de los

pacientes que presentan déficits demasiado sutiles para ser detectados mediante otras pruebas tradicionales como el MMSE (42).

La prueba Screening para el Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP) fue creada en su versión en inglés por Scot E. Purdon (43), quien escogió algunas de las pruebas cognitivas más estudiadas en pacientes psiquiátricos y las aglutinó en un test de screening cognitivo breve. La prueba fue diseñada especialmente para la población de tipo psiquiátrico. Actualmente se cuenta con una versión validada al español denominada Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría (SCIP-S); ésta evalúa el rendimiento cognitivo en adultos y ha sido baremado en población tanto clínica (trastornos psicóticos y afectivos) como comunitaria (40). Ha sido validado en distintos idiomas y se ha demostrado que detecta deficiencias cognitivas en el trastorno bipolar y, más recientemente, en la depresión unipolar (32, 33, 44).

El SCIP-S consta de tres formas paralelas e independientes que pueden ser aplicadas indistintamente a un mismo paciente en diferentes sesiones de evaluación. El objetivo de crear tres formas diferentes de la misma prueba es minimizar los efectos de la práctica y del aprendizaje cuando existen aplicaciones repetidas a un mismo paciente. Esto es útil, por ejemplo, en las diferentes visitas de seguimiento o cuando se desea valorar la mejoría de un paciente tras instaurar un tratamiento. Se debe destacar que no es necesario aplicar las tres formas del SCIP-S. Cada una de ellas se puede utilizar e interpretar de forma independiente. Cada forma del SCIP-S evalúa los déficits cognoscitivos mediante cinco pruebas:

- Aprendizaje verbal inmediato (AV-I).
- Memoria de trabajo (MT).
- Fluidez verbal (FV).

- Aprendizaje verbal diferido (AV-D).
- Velocidad de procesamiento (VP). (42)

JUSTIFICACIÓN

El trastorno depresivo mayor es un trastorno altamente prevalente con altas tasas de recurrencia y resistencia al tratamiento, que se asocia con una morbilidad significativa y ha sido identificado como una de las principales causas de discapacidad entre los adultos a nivel mundial. En la actualidad 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando.

Las alteraciones cognitivas constituyen una parte nuclear del TDM, múltiples investigaciones han reportado que los pacientes depresivos muestran alteraciones en diversos dominios cognitivos como las funciones ejecutivas, lo cual impacta en el funcionamiento diario de la persona y en su recuperación posterior.

La respuesta y la remisión clínica de los síntomas depresivos no evitan la presencia de los síntomas residuales y, de acuerdo con la literatura, determinadas alteraciones cognitivas persisten a pesar de la respuesta clínica y se relacionan con las dificultades en la rehabilitación funcional de éstos pacientes, alterando la calidad de vida de las personas con graves repercusiones sociales, económicas y, en general, en todas las áreas de su vida.

Considerando que los síntomas cognitivos representan un problema importante en los pacientes con TDM y que en nuestro país la recurrencia de este padecimiento va en aumento, con este trabajo se pretende conocer si existe asociación entre la disfunción cognitiva mediante la aplicación la prueba “Screening de deterioro cognitivo en psiquiatría” y la gravedad del TDM determinada mediante el “Inventario de depresión de Beck” en pacientes atendidos en el hospital regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, teniendo en cuenta que la literatura no ha sido concluyente ni ha clarificado la relación entre los mismos.

Asimismo, el presente estudio será de utilidad para el Instituto Mexicano del Seguro Social debido a que no hay antecedentes de otros estudios que hayan determinado la asociación de disfunción cognitiva con la gravedad de la depresión en pacientes derechohabientes del instituto. La importancia de esta investigación subyace en el impacto que puede tener en la calidad de atención clínica brindada a pacientes con TDM con alteración en la función cognitiva, pues permitirá instaurar un tratamiento especializado que posibilite mejorar el funcionamiento global del individuo, además que se suma al acervo de investigación que existe en relación de los síntomas cognitivos en el TDM.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, como en el resto del mundo, las enfermedades mentales ocupan los primeros lugares en la carga de enfermedad, siendo responsables de 7.5% de la carga global, lo que representa 15 millones de días perdidos por mortalidad prematura o por discapacidad.

En nuestro país los trastornos mentales son responsables de 25% de años de vida asociados con discapacidad (AVD) en los hombres y de 23% en las mujeres; la depresión ocupa el primer lugar entre todas las causas de AVD en las mujeres y el segundo en los varones, por lo que, el impacto en la calidad de vida es importante y afectan el curso de otras enfermedades crónicas. No obstante, en México no existen estudios de asociación entre los síntomas cognitivos y el trastorno depresivo mayor, siendo un área de importancia para el desarrollo de investigación clínica.

Los costos de capital humano asociados con el TDM están mediados principalmente por la discapacidad laboral, es decir, la incapacidad de regresar o de desempeñarse adecuadamente en el trabajo, misma que se ha asociado a los déficits en múltiples dominios de funciones cognitivas (atención, función ejecutiva, velocidad psicomotora y memoria). Además, la disfunción cognitiva a menudo persiste después de que se han resuelto los síntomas afectivos, lo que lleva a una discapacidad prolongada después de la remisión.

Por lo descrito se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe alguna asociación de disfunción cognitiva y el trastorno depresivo mayor de acuerdo a su gravedad en pacientes atendidos en el hospital regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”?

OBJETIVOS

General: Determinar la asociación de disfunción cognitiva mediante la aplicación de la prueba “Screening de deterioro cognitivo en psiquiatría” y el Trastorno Depresivo Mayor de acuerdo a su gravedad determinada mediante el “Inventario de depresión de Beck” en pacientes atendidos en el hospital regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.

Específicos:

- Determinar la prevalencia de disfunción cognitiva en pacientes con depresión.
- Determinar la prevalencia de cada tipo de dominio cognitivo afectado en pacientes con depresión.
- Identificar características demográficas asociadas a la mayor gravedad de los síntomas cognitivos en pacientes con depresión.
- Determinar si existe relación entre cada tipo de dominio cognitivo con la gravedad del TDM.

HIPÓTESIS

La tasa de prevalencia de déficits cognitivas varía ampliamente, con un rango de 42 a 77%, esperamos que en nuestra población se comporte dentro de este rango.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. **Diseño del estudio:** Estudio unicéntrico, descriptivo, prolectivo, no experimental, transversal de tipo correlacional.
 2. **Universo de trabajo:** Pacientes con diagnóstico de depresión atendidos en el Hospital Regional de psiquiatría “Dr. Héctor H Tovar Acosta” en el periodo de junio-julio del 2018.
 3. **Tamaño de la muestra:** 54 pacientes con diagnóstico de TDM que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión y que firmaron su consentimiento informado.
 4. **Selección de la muestra:** Se seleccionó a los participantes de manera accidental, no probabilística.
- **Criterios de inclusión:**
 - a. Personas con depresión atendidos al Hospital Regional de psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.
 - b. Personas de 18 a 60 años de edad.
 - c. Personas con depresión sin tratamiento actual.
 - **Criterios de exclusión:**
 - a. Personas con síntomas psicóticos.
 - b. Personas con depresión con tratamiento actual.
 - c. Personas con enfermedad documentada con deterioro cognitivo menor o mayor.
 - d. Pacientes medicamente inestables.

- **Criterios de eliminación:**

- a. Personas que después de haber aceptado participar deseen abandonar el estudio.
- b. Personas en los cuales no se haya podido completar entrevista o aplicación de escala de Beck y Screening de deterioro cognitivo en Psiquiatría.

5. Procedimientos: En el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, se acudió en los turnos matutino, vespertino y nocturno, previa firma de consentimiento informado, médicos residentes o adscritos aplicaron el inventario de depresión de Beck a pacientes que acudieron al servicio de admisión continua y consulta externa, aquellos que puntuaron para depresión leve, moderada o grave, fueron valorados por el médico investigador, quien a través de una evaluación completa mediante entrevista, utilizando los criterios diagnósticos del DSM-5 para TDM realizó el diagnóstico, se procedió a aplicar el “Screening de Deterioro cognitivo en psiquiatría” para evaluar déficits en dominios cognitivos. Se realizó la captura en una base de datos electrónica, y posteriormente se llevó a cabo su análisis.

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975.

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y la mayoría de ensayos clínicos incluidos en la guía de NICE se emplea la primera versión.

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos:

- 0-13, mínima depresión
- 14-19, depresión leve
- 20-28, depresión moderada

- 29-63, depresión grave.

Para corroborar que haya habido un nivel adecuado de confiabilidad en la aplicación del IDB se realizó un análisis de confiabilidad y se obtuvo un índice de confiabilidad $\alpha=.886$.

SCREENING DEL DETERIORO COGNITIVO EN PSIQUIATRIA

El SCIP-S consta de tres formas paralelas e independientes que pueden ser aplicadas indistintamente a un mismo paciente en diferentes sesiones de evaluación. El objetivo de crear tres formas diferentes de la misma prueba es minimizar los efectos de la práctica y del aprendizaje cuando existen aplicaciones repetidas a un mismo paciente. Esto es especialmente útil, por ejemplo, en las diferentes visitas de seguimiento o cuando se desea valorar la mejoría de un paciente tras instaurar un tratamiento.

No es necesario aplicar las tres formas del SCIP-S. Cada una de ellas se puede utilizar e interpretar de forma independiente.

La estructura de cada una de las formas es idéntica y lo único que varía son los estímulos concretos que se incluyen en cada una.

- Descripción de las pruebas del SCIP-S

Cada forma del SCIP-S evalúa los déficits cognoscitivos mediante cinco pruebas:

- Aprendizaje verbal inmediato (AV-I)
- Memoria de trabajo (MT)
- Fluidez verbal (FV)

- Aprendizaje verbal diferido (AV-D)
- Velocidad de procesamiento (VP)

Se describen brevemente cada una de ellas.

- Aprendizaje verbal inmediato (AV-I).

Evalúa el aprendizaje verbal y los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a corto plazo.

Esta prueba está inspirada en el Rey Auditory Verbal Learning Test. La tarea consiste en aprender una lista de 10 palabras que son repetidas durante 3 ensayos consecutivos. Son 10 diferentes palabras estímulo en cada una de las tres formas paralelas. El recuerdo de la lista de palabras se solicita tres veces, por lo que la puntuación directa de la prueba es la suma del número de palabras que se recuerdan en los tres ensayos de la prueba. También se pueden registrar otras informaciones que permitirán un análisis cualitativo de la ejecución del paciente, como el número de ítems recordados en cada ensayo o el orden del recuerdo inmediato de las palabras en relación con la posición diferida. Otras medidas secundarias que puede proporcionar esta prueba son el número de perseveraciones (repeticiones de la misma palabra) y la cantidad de intrusiones (palabras evocadas por el paciente que no estaban incluidas en la lista) que realiza un paciente durante la ejecución de la prueba. Cualitativamente ambas medidas estarían relacionadas con una alteración de la capacidad para evocar la información mnésica, por lo que proporcionarían información sobre los procesos de recuperación mnésica del lóbulo frontal y sobre el funcionamiento ejecutivo del paciente.

- Memoria de trabajo

Evalúa el control atencional y la memoria de trabajo. Esta prueba fue desarrollada a partir

del Brown-Peterson Consonant Trigram Test. En el SCIP-S fueron seleccionadas 24 tríadas de consonantes y se asignaron aleatoriamente 8 tríadas a cada una de las formas (1, 2 o 3). La tarea consiste en que el evaluado debe repetir las letras que componen cada tríada después de que las haya leído el examinador. En cada forma, las dos primeras tríadas no tienen demora ni tarea de interferencia (0 segundos), es decir, el evaluado debe repetir las letras inmediatamente después de que le sean leídas. En las restantes 6 tríadas se introduce una tarea de interferencia antes de que el evaluado pueda responder, consistente en que cuente hacia atrás de uno en uno en voz alta a partir de un determinado número. La duración de esta tarea de interferencia varía en cada ítem, pudiendo ser de 3, 9 o 18 segundos. El número por el que debe iniciar a contar hacia atrás se ha establecido al azar y aparece recogido en el ejemplar, junto con la duración de la tarea de interferencia. El examinador debe registrar el número de letras evocadas correctamente por el evaluado en cada ítem, sin importar si las dice en el mismo orden o no. La puntuación directa es la suma del número de letras recordadas correctamente en los 8 ítems. También se pueden registrar otras informaciones que permitirán un análisis cualitativo de la ejecución del paciente, como la secuencia del recuerdo y la sensibilidad a la demora y a la distracción.

- Fluidez verbal

Proporciona una medida del funcionamiento ejecutivo evaluando la cantidad de palabras de una categoría concreta que una persona es capaz de generar en un periodo limitado de tiempo. Tradicionalmente este tipo de tareas se subdividen en pruebas de fluidez verbal semántica (en la que la categoría que se debe generar es a partir de un concepto, por ejemplo, animales) y las tareas de fluidez verbal fonémica (en la que la cantidad de palabras que se deben evocar parte del primer fonema de cada palabra, por ejemplo, la letra P). Las pruebas de tipo fonémico se han mostrado más sensibles al funcionamiento ejecutivo de los pacientes, de modo que a menor número de palabras evocadas podemos inferir un peor

rendimiento en las funciones prefrontales. Además, es una medida que tiene una estrecha relación con la velocidad con la que procesan la información los pacientes psiquiátricos y se ha postulado como una tarea sensible a los efectos secundarios de sedación que producen algunos psicofármacos.

Esta prueba fue desarrollada a partir del Controlled Oral Word Association Test. En el SCIP-S se pide a los evaluados que generen el mayor número de palabras posibles que empiecen por una determinada letra durante 30 segundos. Se aplican dos ensayos, con dos letras diferentes. La tarea tiene tres reglas sencillas que debe cumplir el evaluado: no se pueden decir nombres de números, nombres propios o palabras derivadas.

El examinador debe anotar todas las palabras evocadas por el evaluado, incluidas las incorrectas y las repetidas. La puntuación directa es el total de palabras correctas generadas en los dos ensayos. Otras medidas secundarias que puede proporcionar esta prueba es el número de perseveraciones (repeticiones de la misma palabra) y de intrusiones (palabras que no comienzan por la letra indicada) que realiza un paciente durante la ejecución de la prueba. Como se ha comentado anteriormente, estos parámetros proporcionarían información sobre los procesos de recuperación del lóbulo frontal y del funcionamiento ejecutivo del paciente.

- Aprendizaje verbal diferido

Evalúa el aprendizaje verbal y los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a largo plazo. Esta prueba es una continuación de la prueba AV-I y ambas miden las mismas funciones cognoscitivas, aunque en esta se añade un factor temporal, por lo que podemos evaluar más concretamente la capacidad que tiene el evaluado de recuperar la información mnésica que había codificado y almacenado en la primera de las pruebas.

En esta prueba, una vez aplicadas las pruebas anteriores (AV-I, MT y FV), se pide al evaluado que diga todas las palabras que recuerde de la lista que se le ha leído anteriormente (en la prueba AV-I). Es importante remarcar que el examinador NO vuelve a leer la lista de palabras, solo se pide al evaluado que diga las que recuerde. Esta prueba tiene un único ensayo.

La puntuación directa es el número de palabras correctamente recordadas. También se pueden registrar otras informaciones como la posición del recuerdo inmediato de las palabras en relación con la posición en el recuerdo diferido, el número de perseveraciones (repeticiones de palabras) y la cantidad de intrusiones (palabras evocadas no incluidas en la lista).

- Velocidad de procesamiento

En la prueba VP se evalúa la velocidad psicomotora y tiene una importancia fundamental, ya que la velocidad con la que procesamos la información constituye la base para el correcto funcionamiento de otras funciones cognitivas más complejas.

En esta prueba se presentan al evaluado 6 letras del alfabeto con su respectiva equivalencia en código Morse. Se presenta una distribución aleatoria de estas 6 letras a lo largo de 4 las de 9 casillas cada una, con un espacio en blanco debajo de cada una de las letras para que el evaluado pueda anotar su respuesta. La tarea consiste en hacer corresponder cada letra con su equivalente en código Morse y anotar la respuesta en el espacio en blanco situado debajo de cada una de las letras de las 36 casillas. Los primeros 6 ítems son utilizados durante el entrenamiento y, una vez finalizado este, se conceden un total de 30 segundos para que el evaluado complete las siguientes casillas. La puntuación directa es el número total de casillas cumplimentadas correctamente durante los 30 segundos.

Puntuaciones de las pruebas y puntuación Total del SCIP-S

El SCIP-S, aunque es una prueba breve y de fácil aplicación, permite a los profesionales obtener una gran cantidad de información a partir de la ejecución de cada persona. Además de la información cualitativa que los examinadores podrán extraer a partir de la aplicación de cada una de las pruebas (presencia de perseveraciones, intrusiones, secuencia de recuerdo, etc.), se han incluido puntuaciones individuales de cada una de las pruebas para que el profesional pueda valorar las diferentes funciones cognitivas evaluadas por la prueba. En concreto, se ofrecen 5 puntuaciones: Aprendizaje verbal inmediato, memoria de trabajo, fluidez verbal, aprendizaje verbal diferido y velocidad de procesamiento.

Además de las puntuaciones de cada una de las pruebas, el SCIP-S ofrece una puntuación Total que sirve de resumen de la ejecución global de cada persona y que toma en consideración las puntuaciones de las 5 pruebas conjuntamente. Es la puntuación más global del SCIP-S y permite obtener una estimación del estado cognitivo general de la persona.

Las diferentes puntuaciones, en combinación con la información cualitativa, permitirán a los profesionales realizar diferentes niveles de interpretación, desde la más global (puntuación Total) a las más específicas (interpretación de cada una de las pruebas e interpretación cualitativa de la ejecución).

Dado que el SCIP-S es una prueba de screening rápido, se ha diseñado un árbol de decisión que indica a los usuarios los pasos a seguir durante la corrección e interpretación, minimizando así el trabajo a realizar en cada caso. Este árbol ayuda a decidir en qué casos es necesario profundizar en la interpretación y en cuáles se puede descartar la presencia de déficits cognitivos que requieran mayor atención.

Tipos de puntuaciones: puntuaciones directas y puntuaciones transformadas

Las diferentes puntuaciones del SCIP-S se expresan en diferentes escalas de medida, tal y como se explica a continuación.

En primer lugar, se trabaja con las puntuaciones directas, las cuales se obtienen mediante los procedimientos que se describen en el capítulo de normas de aplicación y corrección.

Las puntuaciones directas son difícilmente interpretables en sí mismas, por lo que es necesario realizar una transformación a una escala directamente interpretable. En el SCIP-S las puntuaciones transformadas que se utilizan son los percentiles y las puntuaciones T.

Los percentiles son puntuaciones transformadas que indican el porcentaje de la distribución de referencia que obtiene un valor igual o inferior al dado. Así, un rango percentil de 75 indica que el 75% de la muestra de tipificación puntúa igual o por debajo de la puntuación directa obtenida por la persona.

Las puntuaciones T, por definición, se distribuyen con una media de 50 y una desviación típica de 10. De este modo, por ejemplo, una persona con una puntuación $T = 60$ se situaría a una desviación típica por encima de la media de su grupo de referencia y una persona con una puntuación $T = 35$ se situaría a 1,5 desviaciones típicas por debajo de la media. Las puntuaciones T se han calculado a partir de las puntuaciones típicas normalizadas.

Descripción de las variables:

- **Variable independiente.** Depresión en sus niveles de gravedad leve, moderada y grave.
- **Variable dependiente:** dominios cognitivos alterados (Aprendizaje verbal inmediato y diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento).

Definición conceptual y operacional de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
		INSTRUMENTO	INDICADOR
Depresión	Se define como una alteración del estado del ánimo persistente caracterizada por una baja del ánimo, e incidente en la esfera del pensamiento, conducta, actividad psicomotora que posee efectos somáticos.	Inventario de Depresión de Beck	Depresión grave (29-63) Depresión moderada (20-28) Depresión leve (14-19)
Disfunción cognitiva global	Disminución en el funcionamiento de diversos dominios cognitivos como deficiencias en la atención, aprendizaje verbal y no verbal, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, procesamiento visual y auditivo, resolución de problemas, velocidad de procesamiento y funcionamiento motor.	Screening de deterioro cognitivo en pacientes de psiquiatría (SCIP-S)	Percentiles 98-99: Muy alto 85-97: Alto 70-84: Medio alto 31-69: Medio 16-30: Medio bajo 3-15 Bajo 1-2 Muy bajo
Aprendizaje verbal inmediato.	Se evalúa el aprendizaje verbal y los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a corto plazo	Screening de deterioro cognitivo en pacientes de psiquiatría (SCIP-S)	Percentiles 98-99: Muy alto 85-97: Alto 70-84: Medio alto 31-69: Medio 16-30: Medio bajo 3-15 Bajo 1-2 Muy bajo
Memoria de trabajo	La capacidad de almacenar temporalmente una información determinada (visual o auditiva) en la memoria inmediata y procesarla	Screening de deterioro cognitivo en pacientes de psiquiatría (SCIP-S)	Percentiles 98-99: Muy alto 85-97: Alto 70-84: Medio alto 31-69: Medio 16-30: Medio bajo 3-15 Bajo 1-2 Muy bajo
Fluidez verbal	Cantidad de palabras producidas, las asociaciones categoriales y fonológicas entre ellas y el tiempo en que son evocadas. Proporciona una medida del funcionamiento ejecutivo evaluando la cantidad de palabras de	Screening de deterioro cognitivo en pacientes de psiquiatría (SCIP-S)	Percentiles 98-99: Muy alto 85-97: Alto 70-84: Medio alto 31-69: Medio 16-30: Medio bajo

	una categoría concreta que una persona es capaz de generar en un periodo limitado de tiempo.		3-15 Bajo 1-2 Muy bajo
Aprendizaje verbal diferido	Evalúa el aprendizaje verbal y los procesos relacionados con la codificación, el almacenaje y la recuperación de la información a largo plazo.	Screening de deterioro cognitivo en pacientes de psiquiatría (SCIP-S)	Percentiles 98-99: Muy alto 85-97: Alto 70-84: Medio alto 31-69: Medio 16-30: Medio bajo 3-15 Bajo 1-2 Muy bajo
Velocidad de procesamiento	Evalúa la velocidad psicomotora y tiene una importancia fundamental, ya que la velocidad con la que procesamos la información constituye la base para el correcto funcionamiento de otras funciones cognitivas más complejas	Screening de deterioro cognitivo en pacientes de psiquiatría (SCIP-S)	Percentiles 98-99: Muy alto 85-97: Alto 70-84: Medio alto 31-69: Medio 16-30: Medio bajo 3-15 Bajo 1-2 Muy bajo
Tristeza	Sentimiento de dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto.	Inventario de Depresión de Beck	0. No me siento triste. 1. Me siento triste. 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello. 3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
Pesimismo	Tendencia a ver y a juzgar las cosas en su aspecto más negativo o más desfavorable.	Inventario de Depresión de Beck	0. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro. 1. Me siento desanimado con respecto al futuro. 2. Siento que no puedo esperar nada del futuro. 3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
Sensación de fracaso	Sentimiento relacionado con la persistencia de sucesos lastimosos, inopinados y funestos.	Inventario de Depresión de Beck	0. No me siento fracasado. 1. Siento que he fracasado más que la persona normal. 2. Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos. 3. Siento que como persona soy un fracaso completo.
Pérdida de placer	Incapacidad para experimentar placer, la pérdida de interés o satisfacción en casi todas las actividades.	Inventario de Depresión de Beck	0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes. 1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo. 2. Ya nada me satisface realmente. 3. Todo me aburre o me desagrada.
Sentimientos de culpa	Sentimiento relacionado con la acción u omisión que provoca un sentimiento de responsabilidad por un daño causado.	Inventario de Depresión de Beck	0. No siento ninguna culpa particular. 1. Me siento culpable buena parte del tiempo. 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3. Me siento culpable todo el tiempo.
Sentimientos de castigo	Sentimiento relacionado con merecer una pena impuesta por alguna falta.	Inventario de Depresión de Beck	0. No siento que esté siendo castigado 1. Siento que puedo estar siendo castigado. 2. Espero ser castigado. 3. Siento que estoy siendo castigado.
Disconformidad con uno mismo	Pérdida de la satisfacción o sensación de bienestar sobre la situación personal.	Inventario de Depresión de Beck	0. No me siento decepcionado en mí mismo. 1. Estoy decepcionado conmigo.

			<ul style="list-style-type: none"> 2. Estoy harto de mí mismo. 3. Me odio a mí mismo.
Autocrítica	Juicio crítico sobre obras o comportamientos propios.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. No me siento peor que otros. 1. Me critico por mis debilidades o errores. 2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas. 3. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
Pensamiento o deseo suicida	Pensamiento recurrente cuya temática es quitarse voluntariamente la vida.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. No tengo ninguna idea de matarme. 1. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo. 2. Me gustaría matarme. 3. Me mataría si tuviera la oportunidad.
Llanto	Efusión de lágrimas acompañada frecuentemente de lamentos y sollozos.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. No lloro más de lo habitual. 1. Lloro más que antes. 2. Ahora lloro todo el tiempo. 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
Irritabilidad	Propensión a irritarse.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. No me irrito más ahora que antes. 1. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes. 2. Me siento irritado todo el tiempo. 3. No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
Aislamiento social	Conducta presente cuando se disminuye o se alejan totalmente de su entorno de manera voluntaria o involuntaria la convivencia interpersonal.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. No he perdido el interés en otras personas. 1. Estoy menos interesado en otras personas en comparación a como estaba antes. 2. He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas. 3. He perdido todo el interés en otras personas.
Indecisión	Falta de determinación o resolución ante una circunstancia dudosa.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. Tomo decisiones como siempre. 1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes. 2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones. 3. Ya no puedo tomar ninguna decisión.
Dificultad para el trabajo	Pérdida de la habilidad para realizar las funciones habituales para el desarrollo laboral del individuo.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. Puedo trabajar tan bien como antes. 1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo. 2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa. 3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
Desvalorización	Quitar valor, consideración o prestigio a alguien o algo.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. No creo que me vea peor que antes. 1. Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a). 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a). 3. Creo que me veo horrible.
Cambios hábitos de sueño	Alteraciones en el patrón habitual de sueño.	Inventario de Depresión de Beck	<ul style="list-style-type: none"> 0. Puedo dormir tan bien como antes. 1. No duermo tan bien como antes. 2. Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.

			3. Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme.
Cansancio // Fatiga	Falta de fuerzas que resulta de haberse fatigado.	Inventario de Depresión de Beck	0. No me canso más de lo habitual. 1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme. 2. Me canso al hacer cualquier cosa. 3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
Cambios en el apetito	Alteraciones en el patrón habitual de alimentación.	Inventario de Depresión de Beck	0. Mi apetito no ha variado. 1. Mi apetito no es tan bueno como antes. 2. Mi apetito es mucho peor que antes. 3. Ya no tengo nada de apetito.
Pérdida de peso	Disminución ponderal cuantificable.	Inventario de Depresión de Beck	0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo. 1. He perdido más de 2 kilos. 2. He perdido más de 4 kilos. 3. He perdido más de 6 kilos.
Preocupación somática	Malestar o preocupación manifiesta por la posibilidad de presentar síntomas físicos o enfermedad.	Inventario de Depresión de Beck	0. No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual. 1. Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación. 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa. 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.
Pérdida de interés en el sexo	Disminución en la libido o interés sexual	Inventario de Depresión de Beck	0. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo. 1. Estoy interesado por el sexo de lo solía estar. 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3. He perdido por completo mi interés por el sexo.

Variables sociodemográficas

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento del individuo.	Cuantitativa discreta	Número entero que indica la cantidad en años.
Sexo	Sxeo biológico de pertenencia: masculino o femenino.	Cualitativa nominal	- Masculino - Femenino

Estado civil	Condición de un individuo en lo que respecta a sus relaciones con la sociedad.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Unión libre - Casado - Viudo - Divorciado
Derechohabien- cia	Condición que en los términos de la Ley, las personas tengan vigente su derecho a recibir las prestaciones del Instituto Mexicano del Seguro Social (o de alguna otra Institución de Seguridad Social).	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurado - Pensionado - Beneficiario
Ocupación	Actividad que ejerce actualmente el sujeto en estudio	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Media jornada (8 horas) - Jornada completa (12hrs o más) - Ama de casa - Pensionado - Otro
Área de vivienda	Según el criterio demográfico-cuantitativo basado en la agrupación de las localidades o centros poblados de acuerdo a su tamaño poblacional.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona en la escuela para recibir enseñanza.	Cualitativa ordinal	<ul style="list-style-type: none"> - 1. No estudio - 2. Prescolar - 3. Primaria - 4. Secundaria - 5. Bachillerato - 6. Licenciatura - 7. Posgrado.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el paquete estadístico SPSS en su versión 23 para el tratamiento de los datos.

Para el análisis de los datos se utilizaron diversas pruebas estadísticas que fueron consideradas de acuerdo a los niveles de medición de los instrumentos utilizados.

Se llevaron a cabo análisis descriptivos, en los que se utilizaron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes para la descripción de los datos.

Finalmente, para las correlaciones de los puntajes del Inventario de Depresión de Beck y el Screening de deterioro cognitivo, se utilizó el índice de correlación de Spearman, adoptando el nivel de significancia $p < .05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio está apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 2007), así como la declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Este estudio no confirió ningún riesgo para la salud de los pacientes de acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Por ser un estudio descriptivo no experimental, no se puso en riesgo la vida, funcionalidad ni salud mental de los individuos participantes.

No se infringieron las normas, estatutos jurídicos, estándares éticos o legales para la investigación en seres humanos de este país ni de los internacionales vigentes.

Se proporcionó a cada participante una carta de consentimiento informado de manera voluntaria siendo indispensable este requisito para la participación en el estudio. Se otorgó al participante la información acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas de la investigación, así mismo se informó al participante sobre el derecho a abandonar la investigación retirando su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalia alguna, asegurándonos que el individuo comprendió la información. Se les informó a los participantes que en caso de abandonar el estudio no se vería afectada la calidad de su atención. Además ninguno de los investigadores participó en la atención clínica del paciente. En los casos que se detectó TDM se ofreció manejo de acuerdo a guías de práctica inicialmente en Hospital Psiquiátrico Regional “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” y posteriormente en su Hospital General de Zona correspondiente del IMSS, para lo que se emitió una hoja referencia con tratamiento indicado, a aquellos pacientes con TDM grave se sugirió hospitalización en Hospital Psiquiátrico Regional “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” y seguimiento posterior como se ha indicado previamente.

Privacidad y confidencialidad: los datos obtenidos fueron utilizados por el investigador para la realización de un estudio científico con la finalidad de obtener información que pueda ser aplicable a la ciencia médica. Se respetó con absoluta integridad el uso de sus datos personales de acuerdo a la ley DOF 05-07-2010, del Instituto Nacional de Transparencia, Acceso a la Información y Protección de Datos Personales (INAI) codificando los instrumentos de evaluación con una clave alfanumérica a la cual solo tuvieron acceso los investigadores principales de este estudio. En la publicación de los resultados no es posible identificar a los participantes individualmente, únicamente como grupo.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Material y equipo:

- Inventario de Depresión de Beck.
- Screening de deterioro cognitivo en psiquiatría.
- Formato de recolección de datos sociodemográficos y médicos.
- Carta de consentimiento informado.
- Computadora personal con software de Microsoft Office.
- Material de oficina (hojas de papel bond para fotocopias de las escalas, folders para organización de documentos, engrapadora, bolígrafos, lápices).
- La aplicación de escalas y cuestionario se realizará en los consultorios y pabellones de la unidad, acorde a las necesidades de los servicios.

Recursos humanos:

- Un investigador, quien es médico residente del cuarto año del curso de especialidad en Psiquiatría.
- Médicos adscritos y residentes de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social quienes apoyaron en la fase de aplicación de Inventario de Depresión de Beck.
- Dos asesores teóricos y uno metodológico.

Recursos financieros:

- Los recursos de papelería serán cubiertos por el investigador.
- Las instalaciones e inmuebles son propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Factibilidad:

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” en el área de admisión continua, consultorios y/o pabellones donde se evaluaron a 54 pacientes en el periodo de junio-julio de 2018.

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron un total de 54 pacientes, se observó que la mayor parte de la muestra estuvo conformada por el sexo femenino con un 71.2 %, mientras que el masculino fue de 27.8%, en cuanto al grupo etario el promedio de edad fue de 34.79 años. En relación al estado civil, 46.3% fueron solteros, y 37% casados; respecto a la escolaridad, la mayoría (42.6%) alcanzó el nivel medio superior, el 32.75 educación básica, y solo 24.1 reportó nivel superior.

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA
GÉNERO	Femenino	39 (71.2%)
	Masculino	15 (27.8%)
EDAD	Edad media	34.79
	D.E.	11.72
ESTADO CIVIL	Soltero	25 (46.3%)
	Casado	20 (37.0%)
	Unión libre	4 (7.4%)
	Divorciado	2 (3.7%)
	Viudo	3 (5.6%)
ESCOLARIDAD	Primaria	8 (14.8%)
	Secundaria	10 (18.5%)
	Bachillerato	23 (42.6%)
	Licenciatura	13 (24.1%)
DERECHOHABIENCIA	Asegurado	34 (63.0%)
	Pensionado	4 (7.4%)
	Beneficiario	16 (29.6%)
ÁREA DE VIVIENDA	Urbana	53 (98.1%)
	Rural	1 (1.9%)
OCUPACIÓN	Media jornada (8 horas)	17 (31.5%)
	Jornada completa (12 horas)	12 (22.2%)
	Ama de casa	15 (27.8%)
	Pensionado	4 (7.4%)
	Otro	6 (11.1%)

En primer término, se muestra la frecuencia de pacientes de acuerdo al grado de depresión que presentan (figura 1).

Figura 1. Frecuencia de la gravedad de la depresión

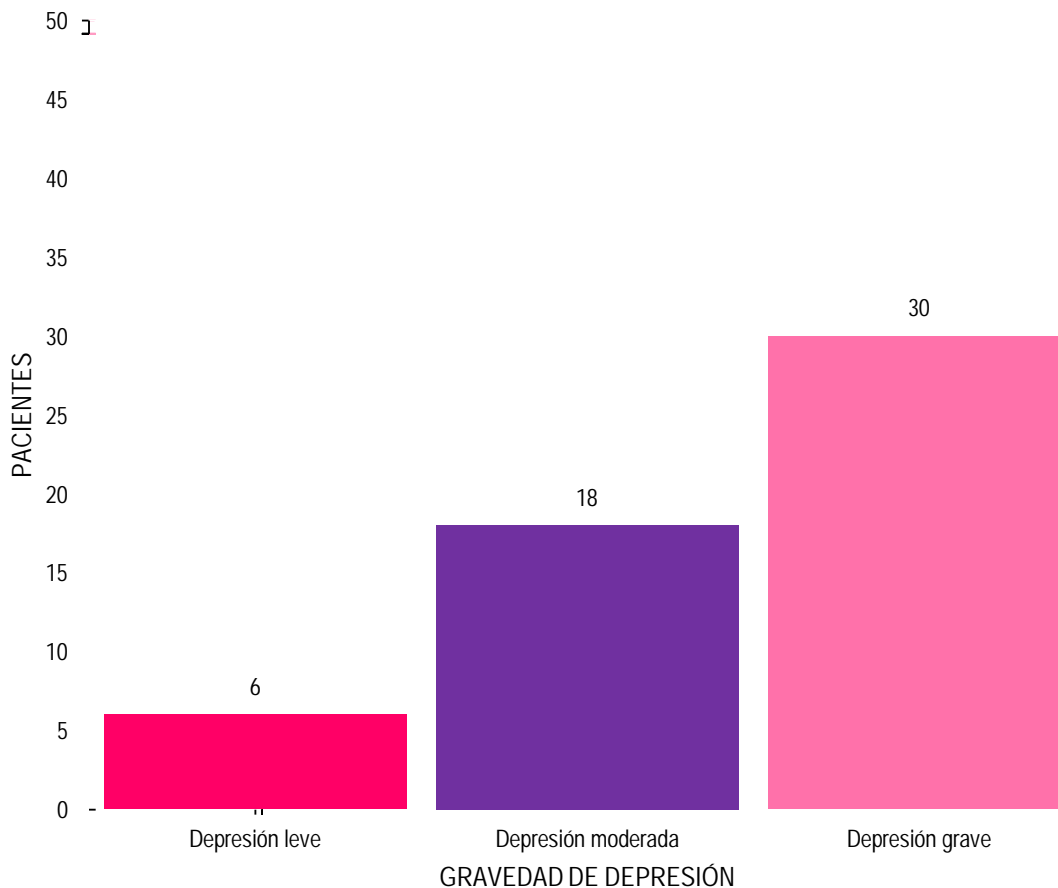


Figura 1. Se observa que la mayor parte de los pacientes cursan con un cuadro de depresión grave y moderada y una mínima cantidad con un cuadro depresivo leve.

Como vemos todos los pacientes cumplieron con el criterio de depresión, no obstante, en la figura 2 se muestran los 21 síntomas evaluados con el IDB y la puntuación promedio de cada uno, este grafico tiene como objetivo mostrar aquellos síntomas característicos de esta población.

Figura 2. Puntuación promedio por síntoma del IDB.

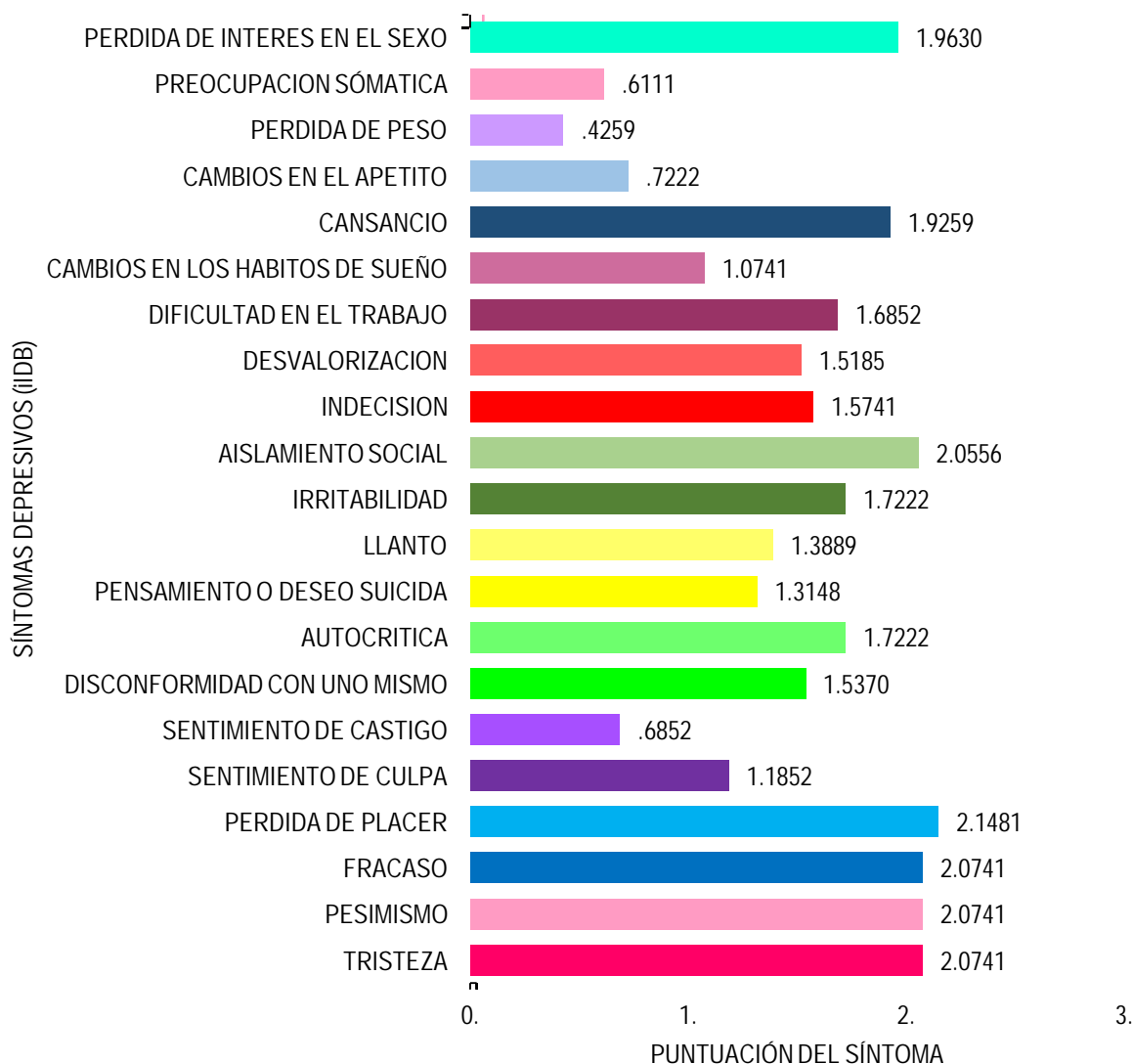


Figura 2. Se observa que los síntomas que mayor puntuación tuvieron fueron pérdida de placer, fracaso, pesimismo, tristeza y aislamiento social, en contraste, aquellos síntomas que en esta muestra no fueron característicos del cuadro depresivo fueron pérdida de peso, preocupación somática, sentimientos de castigo y cambios en el apetito.

Por su parte, la frecuencia de pacientes en función del desempeño cognitivo se muestra continuación en la figura 3:

Figura 3. Frecuencia del nivel de desempeño cognitivo en los pacientes con depresión

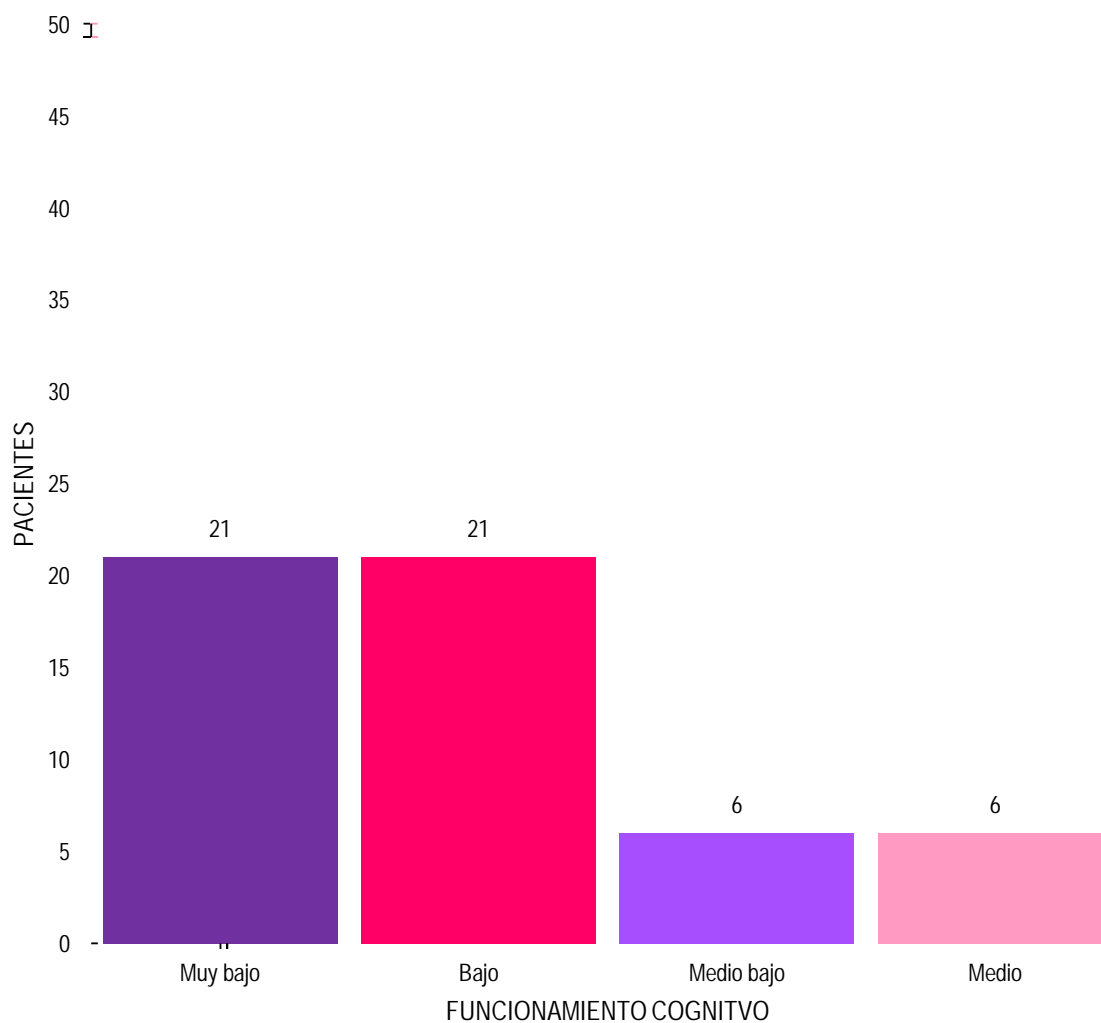


Figura 3. Se muestra la frecuencia de pacientes respecto a su nivel de desempeño cognitivo, se puede observar que la mayoría de los pacientes obtuvieron puntuaciones muy bajas, 42 de los pacientes tuvieron un rendimiento que compromete de manera importante su funcionamiento cognitivo, mientras que los 12 restantes, se ubicaron con un desempeño de promedio bajo a promedio.

En la figura 4 se muestra el promedio del desempeño por dominio cognitivo y del total de la prueba SCIP-S que obtuvieron los pacientes.

Figura 4. Promedio del desempeño por dominio cognitivo

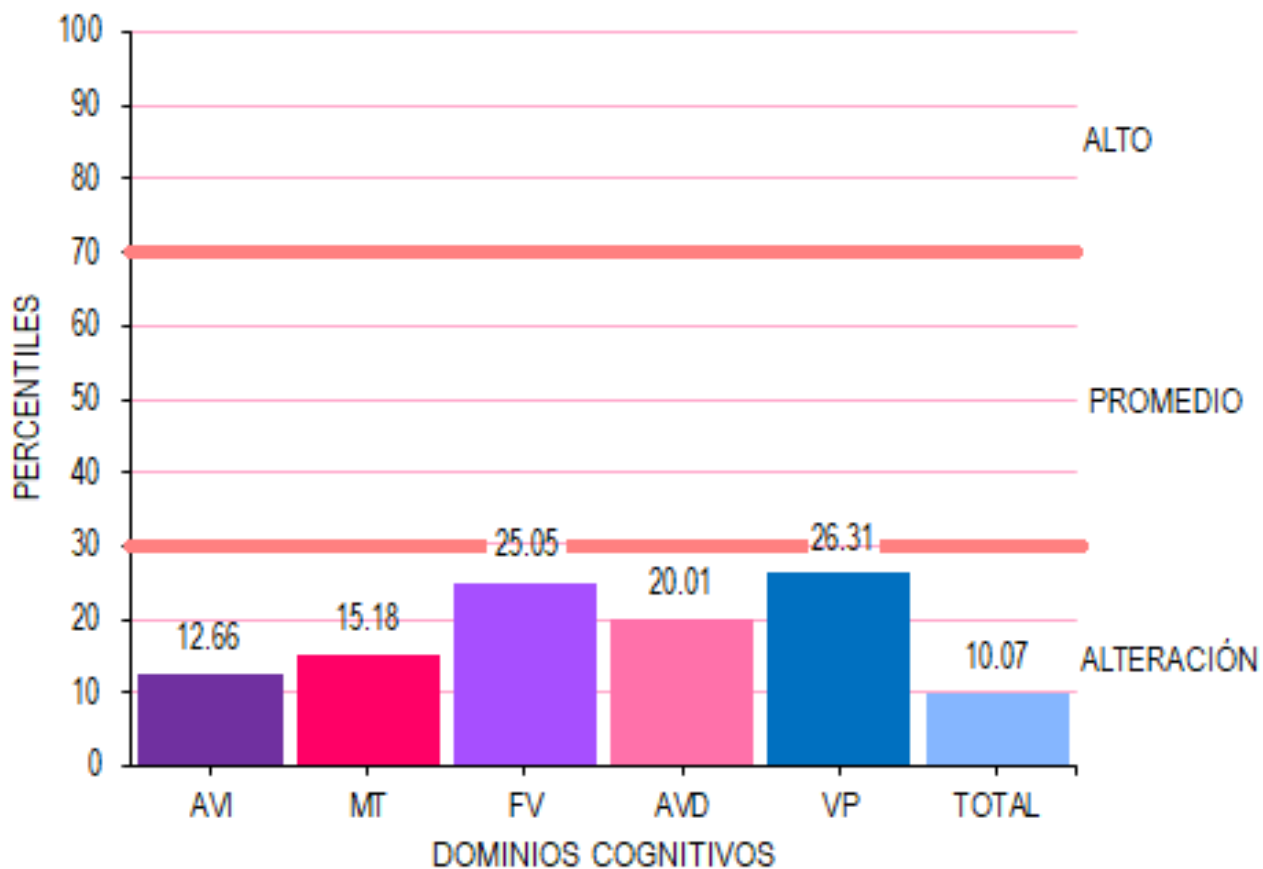


Figura 4. Se muestra el promedio de las puntuaciones obtenidas por los pacientes en cada uno de los dominios evaluados así como del total de la escala SCIP-S. Se aprecia que el desempeño promedio de los pacientes fue dentro de rangos bajos a muy bajos, lo cual clínicamente hace referencia a una alteración en el funcionamiento de estos procesos.

Ahora bien, con el objetivo de conocer si existe relación entre la gravedad de la depresión y el funcionamiento cognitivo se llevó a cabo una prueba de correlación de Spearman, en la tabla 2 se muestra el resultado:

Tabla 2. Relación de la gravedad de la depresión y el funcionamiento cognitivo.

	Funcionamiento cognitivo (SCIP-S)	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Grado de depresión (IDB)	.018	.897

Tabla 2. El grado de depresión (dado por el IDB) no se asoció con el funcionamiento cognitivo general (evaluado con el SCIP-S).

Si bien, no se observó una relación entre el desempeño cognitivo y el grado de depresión, si se pudo encontrar asociación entre síntomas específicos del trastorno y algunos dominios evaluados (véase tabla 3):

Tabla 3. Relación del desempeño por dominio cognitivo y síntomas depresivos.

		SÍNTOMAS DEPRESIVOS (IDB)					
		Tristeza	Pesimismo	Sentimientos de culpa	Sentimientos de castigo	Autocrítica	Irritabilidad
DOMINIOS COGNITIVOS (SCIP-S)	Aprendizaje verbal diferido (AVD)	-.300*	-.333*	-.333*			
	Memoria de trabajo (MT)				-.353**		
	Fluidez verbal (FV)					-.313*	.296*

Tabla 3. El desempeño en el dominio de AVD se relacionó de manera débil con síntomas como tristeza, pesimismo y sentimientos de culpa, no obstante, esta relación fue significativa. Esto quiere decir que un menor desempeño en este dominio se asoció con mayores puntajes en estos tres síntomas. En este mismo sentido, un menor desempeño en la MT se asoció con mayores sentimientos de castigo. Por su parte, la FV se asoció de manera negativa con la autocrítica, por lo que, un bajo desempeño se relaciona con altos puntajes de autocrítica. Por el contrario, un menor puntaje en este mismo dominio se asoció con bajos niveles de irritabilidad. *p <.05. **p <.01.

También, se pudo observar que algunos síntomas depresivos estuvieron asociados a características sociodemográficas como la escolaridad, pero sobre todo con la edad (véase tabla 4):

Tabla 4. Relación de síntomas depresivos con escolaridad y edad.

	SÍNTOMAS DEPRESIVOS (IDB)				
	Fracaso	Pérdida del placer	Pensamiento suicida	Irritabilidad	Preocupación somática
EDAD	-.293*	-.430**	-.347**	-.358**	.293*
ESCOLARIDAD				.295*	

Tabla 4. Se muestran relaciones discretas, no obstante, significativas. El tener menor edad se asoció con mayores puntajes en síntomas como fracaso, pérdida del placer, pensamiento suicida e irritabilidad, por el contrario, la preocupación somática tiene tendencia al aumento conforme aumenta también la edad. La escolaridad fue otro factor que se relacionó con la irritabilidad, parece ser que las personas con mayor escolaridad tienden a puntuaciones más altas en este rubro.

*p <.05. **p <.01.

Finalmente, sólo dos dominios cognitivos se asociaron con la variable escolaridad, cabe mencionar que no se encontró ninguna relación con la edad (tabla 5):

Tabla 5. Relación de desempeño cognitivo con escolaridad.

	DOMINIOS COGNITIVOS (SCIP-S)	
	Fluidez verbal (FV)	Velocidad de procesamiento (VP)
ESCOLARIDAD	.433**	.307*

Tabla 5. Se muestran relaciones discretas, no obstante, significativas. Un mayor nivel de escolaridad se asoció con un mejor desempeño en las tareas de FV y VP.

*p <.05. **p <.01.

DISCUSIÓN

El objetivo de este trabajo fue identificar la asociación entre la disfunción cognitiva y el trastorno depresivo mayor de acuerdo a su gravedad (leve, moderada, grave), en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, sin embargo, de acuerdo con lo encontrado en esta investigación, no hubo asociación entre los dominios evaluados y la gravedad del cuadro de los pacientes. Si bien, estudios como los realizados por McDermott y Ebmeier (2009) y Snyder HR (2013), refieren que el TDM y la disfunción cognitiva son entidades que suelen presentarse en los pacientes e incluso que el funcionamiento cognitivo puede ser un mediador primario de la disfunción en el trastorno, nuestros resultados difieren de los mismos, no encontrándose relación entre la gravedad del cuadro y del desempeño en las pruebas cognitivas evaluadas, lo que es congruente con los resultados de Svendsen et al. (2012) y Jensen et al. (2016) y refuerza la evidencia de que la disfunción cognitiva es una dimensión independiente en los trastornos del estado de ánimo.

No obstante, si se encontró que los pacientes tienen un desempeño cognitivo por debajo de lo esperado para sus características de edad y escolaridad. Lo anterior, concuerda con lo reportado con la literatura en la que mencionan la existencia de alteraciones cognitivas principalmente en atención, velocidad psicomotriz, funciones ejecutivas y memoria de trabajo (Phan KL. et. al. 2002; Schaefer A. et. al. 2003; Hasselbalch BJ. et. al. 2012). En el caso específico de los pacientes, los déficits más importantes fueron en los dominios de aprendizaje verbal inmediato y memoria de trabajo, así como un funcionamiento por debajo del promedio en aprendizaje verbal diferido, fluidez verbal y velocidad de procesamiento. Aunque, se ha relacionado la gravedad de la sintomatología de la depresión con un mayor deterioro en diversas funciones cognitivas como flexibilidad mental, fluidez verbal e

inhibición (Trivedi MH et al 2014), memoria episódica, tareas de FE y velocidad de procesamiento (McDermott y Ebmeier 2009; Snyder 2013), nuestros hallazgos apoyan la idea de que independientemente de la gravedad del cuadro depresivo, los pacientes pueden presentar un rendimiento deficiente en tareas cognitivas.

Considerando de forma individual cada dominio cognitivo, en el estudio de Rock et al, se valoró la función cognitiva aplicando una batería neuropsicológica en pacientes con depresión, revelando déficits cognitivos moderados significativos en la función ejecutiva, la memoria y la atención durante el episodio depresivo; Wagner et al. (2012), encontró que el grupo de pacientes deprimidos presentaba un deterioro significativo en la inhibición de respuesta, flexibilidad cognitiva y la fluidez verbal semántica y deterioro moderado en la planificación y organización. Aunque en nuestro estudio únicamente se consideraron cinco dominios (AVI, MT, FV, AVD, VP) se evidencia que el desempeño promedio de los pacientes se encuentra en rangos bajos a muy bajos, esto es de importancia clínica pues denota una alteración relevante en estos procesos además de que dichas funciones pueden estar permeando el funcionamiento de otros dominios así como el funcionamiento general de la persona.

Sabemos que la medición de la disfunción cognitiva no se realiza de forma rutinaria en el entorno clínico, limitándose a evaluar el funcionamiento cognitivo mediante la entrevista clínica (El Hammi, 2014), por lo que dentro de los objetivos de esta investigación se encuentra conocer la prevalencia de disfunción cognitiva en pacientes con depresión, encontrando que la mayoría de los pacientes obtuvieron puntuaciones en rangos muy bajos y únicamente un pequeño grupo (6 participantes) presentaron un desempeño dentro del promedio, dicho hallazgo es consistente con una revisión que plantea un rango de 42 a 77% (Smadar V et, al., 2018).

Si bien, no se encontró una relación de la gravedad del cuadro con el funcionamiento global cognitivo, si se pudo observar que algunos síntomas se asociaron con un bajo desempeño en ciertos dominios, como la tristeza, sentimientos de castigo, sentimientos de culpa, autocrítica y pesimismo se asociaron de manera negativa con la memoria de trabajo y el aprendizaje verbal diferido, es decir, que aquellos participantes que experimentan estos síntomas con mayor intensidad tienen un menor rendimiento en estos dominios. Por su parte, la irritabilidad se asoció positivamente con la irritabilidad, teniendo que aquellas personas con mejor desempeño reportaron más intensidad de este síntoma. En este sentido, podemos inferir que estos síntomas pueden actuar como mediadores de la disfunción cognitiva, como es descrito en el estudio de Lam RW (2014).

Otro hallazgo importante es que la intensidad de algunos síntomas depresivos se asoció con características como la edad, por ejemplo, personas de menor edad, parecen experimentar de manera más intensa y grave sentimientos de fracaso, pérdida del placer, recurrencia de pensamientos suicidas y tienden a ser más irritables, por el contrario, se observó que conforme aumenta la edad aumenta también la preocupación por la salud. Esto concuerda con estudios que hacen referencia a que el transcurso o evolución del TDM tiende a modificarse en intensidad de los síntomas y, en este sentido, podríamos inferir que posiblemente la edad juega un papel importante en ello.

Otro aspecto importante fue las personas con más alta escolaridad reportaron también más altos niveles de irritabilidad, lo anterior puede deberse a que el nivel de exigencia o carga que pueden tener en sus lugares de trabajo, así como en su vida en general, puede ocasionarles mayores cargas de estrés y dificultades en el autocontrol aunque, no contamos con datos que nos permitan asegurar una causa.

LIMITACIONES

En este estudio no se tomó en cuenta si los pacientes cursaban con algún padecimiento comórbido como trastornos de ansiedad o de personalidad, pudiendo estas ser variables que pueden impactar en los resultados obtenidos.

Es primordial considerar que otras características del TDM como número de episodios, su duración, edad de inicio, intervenciones de tratamiento, comorbilidad psiquiátrica, son factores que pueden influir en la cognición, por lo que, de cara a futuros estudios en población mexicana, estos factores deberán ser considerados.

CONCLUSIONES

La alteración del funcionamiento cognitivo presente en pacientes con trastorno depresivo mayor, se manifiesta de forma independiente al resto de sintomatología del cuadro depresivo y de su gravedad.

Las consideraciones prácticas que aporta esta investigación nos ofrece la oportunidad de poner mayor énfasis en la identificación precoz de la disfunción cognitiva y el impacto que tiene en la funcionalidad del paciente, que puede tener repercusión no solo en el área laboral, sino también en la familiar, de pareja y social, interviniendo en su evolución mediante intervención temprana con tratamiento especializado con capacidad para mejorar tanto la sintomatología afectiva como la cognitiva, y por consiguiente mejorar el pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kessler, R. C., & Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. <http://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114409>.
2. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM 2013.
3. Heinze G, Camacho PV. (2010). Guía clínica para el Manejo de la Depresión. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina-Mora. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
5. OMS (1992), CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínica y pautas para el diagnóstico, Madrid.
6. Sanz, J. & Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
7. Bortolato B, Miskowiak KW, Kohler CA, Maes M, Fernandes BS, Berk M, Carvalho AF (2016) Cognitive remission: a novel objective for the treatment of major depression? *BMC Med* 14:9. <https://doi.org/10.1186/s12916-016-0560-3>.
8. E. Bora, B. J. Harrison, M. Yücel and C. Pantelis Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: a meta- analysis. *Psychological Medicine*, Available on CJO 2012 doi:10.1017/S0033291712002085.

9. Ebert, B., Miskowiak, K., Kloster, M., Johansen, J., Eckholm, C., Wærner, T., Bruun, L. M. (2017). An ethnographic study of the effects of cognitive symptoms in patients with major depressive disorder: the IMPACT study. *BMC Psychiatry*, 17, 370. <http://doi.org/10.1186/s12888-017-1523-8>.
10. Jaeger J, Berns S, Uzelac S, Davis-Conway S. Neurocognitive deficits and disability in major depressive disorder. *Psychiatry Res*. 2006;145(1):39–48.
11. McIntyre RS, Soczynska JZ, Woldeyohannes HO, Alsuwaidan MT, Cha DS, Carvalho AF, et al. The impact of cognitive impairment on perceived workforce performance: results from the international mood disorders collaborative project. *Compr Psychiatry*. 2015; 56:279–82.
12. Trivedi MH, Greer TL. Cognitive dysfunction in unipolar depression: implications for treatment. *J Affect Disord*. 2014 Jan;152-154:19-27. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.012.
13. Lam RW, Kennedy SH, McIntyre RS, Khullar A. Cognitive dysfunction in major depressive disorder: effects on psychosocial functioning and implications for treatment. *Can J Psychiatry*. 2014 Dec;59(12):649-54.
14. McIntyre RS, Xiao HX, Syeda K, Vinberg M, Carvalho AF, Mansur RB, Maruschak N, Cha DS. The prevalence, measurement, and treatment of the cognitive dimension/domain in major depressive disorder. *CNS Drugs*. 2015 Jul;29(7):577-89. doi: 10.1007/s40263-015-0263-x.
15. McIntyre RS, Lee Y. Cognition in major depressive disorder: a 'Systemically Important Functional Index' (SIFI). *Curr Opin Psychiatry*. 2016 Jan;29(1):48-55. doi: 10.1097/YCO.0000000000000221.
16. Schaefer A, Collette F, Philippot P, van der Linden M, Laureys S, Delfiore G,

Degueldre C, Maquet P, Luxen A, Salmon E. Neural correlates of "hot" and "cold" emotional processing: a multilevel approach to the functional anatomy of emotion. *Neuroimage*. 2003 Apr;18(4):938-49.

17. Phan KL, Wager T, Taylor SF, Liberzon I. Functional neuroanatomy of emotion: a meta-analysis of emotion activation studies in PET and fMRI. *Neuroimage*. 2002 Jun;16(2):331-48.

18. Murrough JW, Iacoviello B, Neumeister A, Charney DS, Iosifescu DV. Cognitive dysfunction in depression: neurocircuitry and new therapeutic strategies. *Neurobiol Learn Mem*. 2011 Nov;96(4):553-63. doi: 10.1016/j.nlm.2011.06.006.

19. Hasselbalch BJ, Knorr U, Hasselbalch SG, et al. Cognitive deficits in the remitted state of unipolar depressive disorder. *Neuropsychology*. 2012;26: 642–651.

20. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2014 Jul;44(10):2029-40. doi: 10.1017/S0033291713002535.

21. Snyder HR. Major Depressive Disorder Is Associated with Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. *Psychol Bull*. 2013;139(1):81-132.

22. Wagner S, Doering B, Helmreich I, Lieb K, Tadić A. A meta- analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatr Scand*. 2012; 125(4):281-92.

23. Fossati P, Hevenor SJ, Graham SJ, et al. In search of the emotional self: an FMRI study using positive and negative emotional words. *Am J Psychiatry* 2003; 160:1938 – 1945.

24. Vinberg M, Miskowiak KW, Kessing LV. Impairment of executive function and

attention predicts onset of affective disorder in healthy high-risk twins. *J Clin Psychiatry* 2013; 74: e747 – e753.

25. Lee, R.S., Hermens, D.F., Porter, M.A., Redoblado-Hodge, M.A., 2012. A meta-analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders* 140, 113–124.

26. Darcet F, Gardier AM, Gaillard R, David DJ, Guilloux JP. Cognitive Dysfunction in Major Depressive Disorder. A Translational Review in Animal Models of the Disease. *Pharmaceuticals (Basel)*. 2016 Feb 17;9(1). pii: E9. doi: 10.3390/ph9010009.

27. Gudayol-Ferre, E.; Guardia-Olmos, J.; Pero-Cebollero, M. Effects of remission speed and improvement of cognitive functions of depressed patients. *Psychiatry Res.* **2015**, 226, 103–112.

28. Hasselbalch, B.J. Cognition and neuroplasticity in the remitted state of unipolar depressive disorder. *Dan. Med. J.* 2015, 62, B5080.

29. Salagre E, Solé B, Tomioka Y, Fernandes BS, Hidalgo-Mazzei D, Garriga M, Jimenez E, Sanchez-Moreno J, Vieta E, Grande I. Treatment of neurocognitive symptoms in unipolar depression: A systematic review and future perspectives. *J Affect Disord.* 2017 Oct 15;221: 205-221. doi: 10.1016/j.jad.2017.06.034.

30. Talarowska M, Zajączkowska M, Gałecki P. Cognitive functions in first-episode depression and recurrent depressive disorder. *Psychiatr Danub.* 2015 Mar;27(1):38-43.

31. McDermott LM, Ebmeier KP. A meta-analysis of depression severity and cognitive function. *J Affect Disord.* 2009;119(1- 3):1-8.

32. Svendsen, A. M., Kessing, L. V., Munkholm, K., Vinberg, M., & Miskowiak, K. W.

(2012). Is there an association between subjective and objective measures of cognitive function in patients with affective disorders? *Nordic Journal of Psychiatry*, 66, 248–253. doi:10.3109/08039488.2011.626870.

33. Ott CV, Bjertrup AJ, Jensen JH, Ullum H, Sjølland R, Purdon SE, Vieta E, Kessing LV, Miskowiak KW. Screening for cognitive dysfunction in unipolar depression: Validation and evaluation of objective and subjective tools. *J Affect Disord*. 2016 Jan 15; 190:607-615. doi: 10.1016/j.jad.2015.10.059.

34. Eiko I. Fried, The 52 symptoms of major depression: lack of content overlap among seven common depression scales, *Journal of Affective Disorders*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.019>.

35. Belgaied W, Samp J, Vimont A, et al. Routine clinical assessment of cognitive functioning in schizophrenia, major depressive disorder, and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2014;24(1):133-141.

36. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med*. 2011;41(6):1165-1174.

37. García-Portilla M, Bobes-Bascarán M, García-Álvarez L. Métodos de exploración de la función cognitiva en la práctica clínica. *Psiquiatr Biol*. 2016;23(S1):29-33.

38. Raggett R, Cha DS, Kakar R, et al. Assessing and measuring cognitive function in major depressive disorder. *Evidence-Based Mental Health* 2016; 19:106-109.

39. Bobes J, Portilla M, Bascarán MD, Saiz P, Bousoño M (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica.

40. Smadar Valérie Tourjman, Robert-Paul Juster, Scot Purdon, Emmanuel Stip,

Edouard Kouassi & Stéphane Potvin (2018): The screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP) is associated with disease severity and cognitive complaints in major depression, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, DOI: 10.1080/13651501.2018.1450512 .

41. El Hammi, E., Samp, J., Remuzat, C., Auray, J. P., Lamure, M., Aballea, S., Toumi, M. (2014). Difference of perceptions and evaluation of cognitive dysfunction in major depressive disorder patients across psychiatrists internationally. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 4, 22–29. doi:10.1177/ 2045125313507946.

42. Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S. E. (2014). *SCIP-S, Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. Madrid: TEA Ediciones.

43. Purdon, S. E. 2005. *The screen for cognitive impairment in psychiatry (SCIP): Instructions and three alternate forms*. Alberta: PNL Inc.

44. Gomez-Benito, J., Guilera, G., Pino, O., Rojo, E., Tabares-Seisdedos, R., Safont, G., Crespo-Facorro, B. (2013). The screen for cognitive impairment in psychiatry: diagnostic-specific standardization in psychiatric ill patients. *BMC Psychiatry*, 13, 127. doi:10.1186/1471-244X-13-127.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
Nombre del estudio: "ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO A SU GRAVEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA "DR. HECTOR H TOVAR ACOSTA"

Ciudad de México a _____ de _____ del 2018.

Número de registro:

Justificación y objetivos del estudio: Las personas que sufren depresión pueden tener alteraciones de memoria, dificultad para concentrarse en sus actividades cotidianas y para la toma de decisiones de forma frecuente, éstos síntomas agravan el curso de la enfermedad y prolongan el tiempo de recuperación, afectando la calidad de vida de quien la padece, por lo que nos interesa conocer la presencia de estos síntomas en pacientes con depresión de esta unidad.

Procedimientos: Si usted acepta participar, personal del estudio le realizará: primero un cuestionario con duración de hasta 10 minutos para detectar depresión, en caso que este presente será valorado por médico investigador mediante entrevista clínica, se le proporcionará un cuestionario de 5 minutos de duración para registrar datos de interés del estudio como su edad, estado civil, escolaridad y ocupación y se le aplicará prueba para detectar algunas alteraciones como memoria, atención, concentración, entre otras, de duración máxima de 15 minutos. En caso de detectar TDM se ofrecerá manejo de acuerdo a guías de práctica inicialmente en Hospital Psiquiátrico Regional "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" y posteriormente en su Hospital General de Zona correspondiente del IMSS emitiendo una hoja referencia con tratamiento indicado, si paciente presenta TDM grave se sugerirá hospitalización en Hospital Psiquiátrico Regional "Dr. Héctor H. Tovar Acosta" y seguimiento posterior como se ha indicado previamente. Todo seguimiento será realizado por personal ajeno a este estudio.

Posibles riesgos o molestias: no se pondrá en riesgo su vida, ni su salud física o mental. Ninguno de los médicos involucrados en este estudio será encargado o participará en caso de ameritar tratamiento.

Posibles beneficios que recibirá a participar en el estudio: No recibirá ningún beneficio directo al participar en este estudio, sin embargo, los datos obtenidos de sus estudios pueden proporcionar información valiosa para mejorar la atención clínica al detectar la presencia de síntomas cognitivos en personas con depresión y así brindar tratamiento. Si usted llegará a presentar este trastorno recibirá la atención como se especificó previamente.

Información sobre resultados: Al terminar el estudio si usted lo solicita se le proporcionará un resumen del resultado del estudio.

Participación o retiro: Su participación en este estudio es completamente voluntaria y se le aclarará cualquier duda que tenga. Si usted decide no participar se le ofrecerán los procedimientos habituales dentro de los servicios de atención médica que necesite. Si en un principio desea participar y posteriormente cambia de opinión, usted puede abandonar el estudio en cualquier momento sin que esto repercuta en la atención médica que recibirá, es decir su atención médica no cambiará si decide no participar.

Privacidad y confidencialidad: La información que se nos proporcione que pudiera ser utilizada para identificarlo (como su nombre, edad, sexo y diagnósticos) será guardada de manera confidencial y por separado, al igual que los resultados de sus pruebas clínicas, para garantizar su privacidad. El equipo de investigadores y personal médico sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información a menos que usted así lo desee. Sólo proporcionaremos su información si fuera necesario para proteger sus derechos o su bienestar (por ejemplo, si llegara a sufrir algún daño físico o si llegara a necesitar cuidados de emergencia), o si lo requiere la ley. Los datos obtenidos serán utilizados por el

investigador para la realización de un estudio con la finalidad de obtener información aplicable a la medicina. Cuando los resultados de este estudio sean publicados, no se dará información que pudiera revelar su identidad. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá comunicarse de 08:00 a 14:00 horas de lunes a viernes con:

Investigador responsable:

DR. DAVIS COOPER BRIBIESCA. Mat: 98374727 Servicio de Psiquiatría. UMAE Hospital de Especialidades. CMN SXXI, IMSS. Teléfono 56 27 69 00, ext. 22447. E-mail: coop_2000@yahoo.com

Colaboradores:

DRA. CAROL VIANEY GALAN VARGAS Mat: 98378330, Servicio de Psiquiatría. UMAE Hospital de Especialidades. CMN SXXI, y Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta". TEL: 5519485168. E-mail: vianey_cvgv@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comiteeticainv.imss@gmail.com

Declaración de consentimiento informado

Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento.

Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas satisfactoriamente,

Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre y firma del Participante

Fecha y hora

Firma del encargado de obtener el consentimiento informado

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Considero que comprendió la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre y firma del encargado de obtener el consentimiento informado

Firma de los testigos

Mi firma como testigo certifica que el/la participante firmó este formato de consentimiento informado en mi presencia, de manera voluntaria.

Nombre, firma y dirección del Testigo 1

Parentesco con participante

Nombre, firma y dirección del Testigo 2

Parentesco con participante

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PROTOCOLO

“ASOCIACIÓN DE DISFUNCIÓN COGNITIVA Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DE ACUERDO A SU GRAVEDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA “DR. HECTOR H TOVAR ACOSTA”

FOLIO: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: _____

Edad: _____

Sexo: M ____ F ____

Estado Civil:

- a) Soltero (a) _____
- b) Casado (a) _____
- c) Viudo (a) _____
- d) Divorciado (a) _____
- e) Unión libre _____

Escolaridad:

- 1. No estudio _____
- 2. Prescolar _____
- 3. Primaria _____
- 4. Secundaria _____
- 5. Bachillerato _____
- 6. Licenciatura _____
- 7. Posgrado _____

Derechohabiencia:

- a) Asegurado _____
- b) Pensionado _____
- c) Beneficiario _____

Ocupación:

- a) Trabajo media jornada (8 horas) _____
- b) Trabajo jornada completa (12hrs o más) _____
- c) Ama de casa _____
- d) Pensionado _____
- e) Otro (especificar) _____

Área de vivienda:

- a) Urbana _____
- b) Rural _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Folio_____

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1.
 - No me siento triste.
 - Me siento triste.
 - Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 - Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
2.
 - No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
 - Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 - Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
3.
 - No me siento fracasado.
 - Siento que he fracasado más que la persona normal.
 - Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 - Siento que como persona soy un fracaso completo.
4.
 - Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
 - No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
 - Ya nada me satisface realmente.
 - Todo me aburre o me desagrada.
5.
 - No siento ninguna culpa particular.
 - Me siento culpable buena parte del tiempo.
 - Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
 - Me siento culpable todo el tiempo.
6.
 - No siento que esté siendo castigado
 - Siento que puedo estar siendo castigado.
 - Espero ser castigado.
 - Siento que estoy siendo castigado.
7.
 - No me siento decepcionado en mí mismo.
 - Estoy decepcionado conmigo.
 - Estoy harto de mi mismo.
 - Me odio a mi mismo.
8.
 - No me siento peor que otros.
 - Me critico por mis debilidades o errores.
 - Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
 - Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
9.
 - No tengo ninguna idea de matarme.
 - Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
 - Me gustaría matarme.
 - Me mataría si tuviera la oportunidad.
10.
 - No lloro más de lo habitual.
 - Lloro más que antes.
 - Ahora lloro todo el tiempo.
 - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
11.
 - No me irrito más ahora que antes.
 - Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
 - Me siento irritado todo el tiempo.
 - No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12.

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés.
- He perdido todo el interés en los demás.

13.

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14.

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15.

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16.

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17.

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18.

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19.

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20.

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

SCIP-S

Datos de identificación

Nombre del evaluado:	Caso ilustrativo		
Nombre del examinador:	Examinador		
Edad:	29	Sexo:	<input checked="" type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
Nivel educativo:	Estudios secundarios completos.		
Motivo de consulta:	Valoración del estado cognitivo		

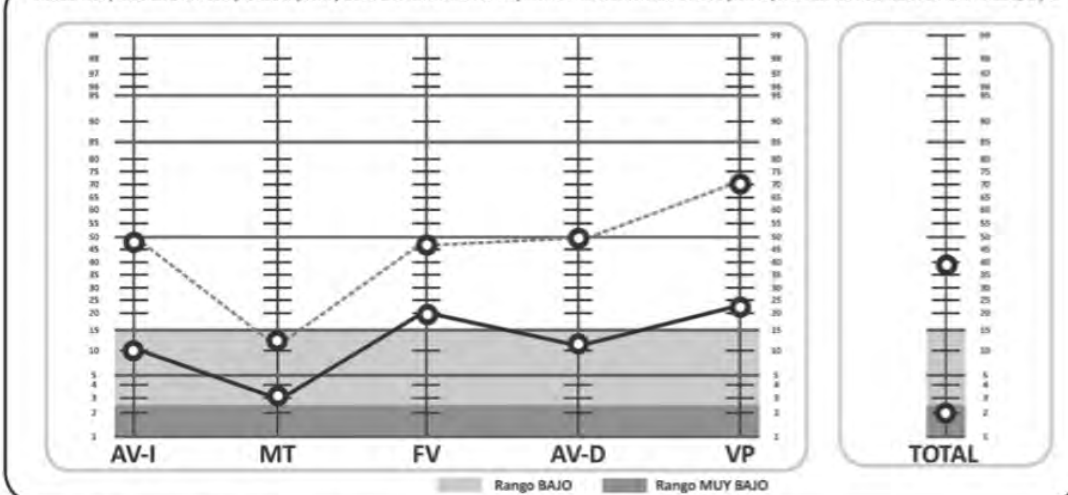
Resumen de resultados

Baremo utilizado:	Pop. general, Ed. secundaria o sup., 18 a 39 años y Pobl. clínica, Ed. secundaria o sup., 18 a 39 años
-------------------	--

	Forma 1	Forma 2	Forma 3																																																																																																									
Fecha de evaluación:	20 / 12 / 13	_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____																																																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td>20</td> <td><21 Sí <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>37</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td>14</td> <td><20 Sí <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>31</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td>15</td> <td><19 Sí <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>41</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td>6</td> <td><7 Sí <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>38</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td>12</td> <td><12 Sí <input type="checkbox"/></td> <td>43</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td>67</td> <td><70 Sí <input checked="" type="checkbox"/></td> <td>29</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I	20	<21 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	37	10	MT	14	<20 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	31	3	FV	15	<19 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	41	19	AV-D	6	<7 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	38	11	VP	12	<12 Sí <input type="checkbox"/>	43	23	TOTAL	67	<70 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	29	2	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td></td> <td><21 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td></td> <td><20 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td></td> <td><19 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td></td> <td><7 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td></td> <td><12 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td><70 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I		<21 Sí <input type="checkbox"/>			MT		<20 Sí <input type="checkbox"/>			FV		<19 Sí <input type="checkbox"/>			AV-D		<7 Sí <input type="checkbox"/>			VP		<12 Sí <input type="checkbox"/>			TOTAL		<70 Sí <input type="checkbox"/>			<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PD</th> <th>Puntos de corte</th> <th>T</th> <th>Pc</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>AV-I</td> <td></td> <td><21 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>MT</td> <td></td> <td><20 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>FV</td> <td></td> <td><19 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>AV-D</td> <td></td> <td><7 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>VP</td> <td></td> <td><12 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td><70 Sí <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PD	Puntos de corte	T	Pc	AV-I		<21 Sí <input type="checkbox"/>			MT		<20 Sí <input type="checkbox"/>			FV		<19 Sí <input type="checkbox"/>			AV-D		<7 Sí <input type="checkbox"/>			VP		<12 Sí <input type="checkbox"/>			TOTAL		<70 Sí <input type="checkbox"/>		
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I	20	<21 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	37	10																																																																																																								
MT	14	<20 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	31	3																																																																																																								
FV	15	<19 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	41	19																																																																																																								
AV-D	6	<7 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	38	11																																																																																																								
VP	12	<12 Sí <input type="checkbox"/>	43	23																																																																																																								
TOTAL	67	<70 Sí <input checked="" type="checkbox"/>	29	2																																																																																																								
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I		<21 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
MT		<20 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
FV		<19 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
AV-D		<7 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
VP		<12 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
TOTAL		<70 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
	PD	Puntos de corte	T	Pc																																																																																																								
AV-I		<21 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
MT		<20 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
FV		<19 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
AV-D		<7 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
VP		<12 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										
TOTAL		<70 Sí <input type="checkbox"/>																																																																																																										

Perfil gráfico

Traslade los percentiles de cada prueba al perfil y trace una línea uniendo los puntos. Utilice diferentes colores para representar los resultados de las formas 1, 2 y 3.



Autores: O. Pino, G. Guílera, J. E. Rojo, J. Gómez-Benito y S. E. Purdon.

Copyright © 2014 by TEA Ediciones S.A.U., Fray Bernardino Sahagún, 24 - 28036 Madrid, España.

Este ejemplar está impreso en DOS TINTAS. Si le presentan otro en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Printed in Spain. Impreso en España.