

11241

Lej

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA.

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA.

TRASTORNO DISTIMICO Y EVENTOS DE LA VIDA.

TRABAJO DE INVESTIGACION
QUE PRESENTA:

DRA. MA. GUADALUPE AGUILAR MEDINA.
PARA OBTENER EL GRADO
DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

MEXICO, D.F.

1990.





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está 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.

I N D I C E

	Pág.
I).- RESUMEN.....	1
II).- INTRODUCCION.....	2
a).- Antecedentes.....	3
b).- Justificación e Hipótesis.....	8
c).- Objetivos.....	9
III).- MATERIAL Y METODOS.....	10
IV).- RESULTADOS.....	14
V).- DISCUSION.....	28
VI).- BIBLIOGRAFIA.....	33

INDICE DE TABLAS Y GRAFICAS.

Tabla 1.- Clasificación por edades en grupos.	15
Tabla 2.- Clasificación del estado civil.	16
Tabla 3.- Clasificación del nivel de escolaridad.	17
Tabla 4.- Clasificación de la Ocupación.	18
Tabla 5.- Eventos más frecuentes y nivel de tensión en el grupo con Trastorno Distímico.	19
Tabla 6.- Eventos más frecuentes y nivel de tensión en el Grupo Control.	20
Tabla 7.- Eventos ocurridos en la infancia.	24
Tabla 8.- Escala de Zung. Puntaje mayor a 50.	25
Tabla 9.- Escala de Hamilton para depresión . Puntaje mayor a 18.	26
Tabla 10.- Variables más frecuentes en la evaluación con la Escala de Hamilton para Ansiedad.	27
Gráfica 1.- Eventos similares mas frecuentes en ambos grupos.	21
Gráfica 2.- Tension ante los eventos mas frecuentes en ambos grupos.	22

RESUMEN

Es un estudio descriptivo, transversal y comparativo en una muestra de 35 pacientes con diagnóstico de Trastorno distímico, de acuerdo a los Criterios del DSM III. Quienes acudieron por primera vez al Servicio de la Consulta Externa, del Hospital Psiquiátrico "Pray Bernardino Alvarez" de la Cd. de México, D.F. Entre los meses de Junio, Julio y Agosto de 1989. Se les aplicó las siguientes escalas: Eventos Recientes de la Vida de Holmes y Rahe, Zung y Hamilton para depresión y Hamilton para Ansiedad. -- Además de una Historia Clínica Psiquiátrica. Este estudio se realizó con el objetivo de conocer el tipo y la frecuencia de los eventos de la vida; así como la tensión desarrollada y el nivel de depresión y ansiedad.

Los resultados se compararon con un grupo control con el fin de establecer si los pacientes con Trastorno distímico tienen mayor dificultad para manejar la tensión que producen los eventos de la vida.

Se reportó que los pacientes con Trastorno distímico presentan mayor número de acontecimientos y tensión que el grupo control pero no fueron los resultados tan significativos como se esperaba.

INTRODUCCION.

TRASTORNO DISTIMICO

Y

EVENTOS DE LA VIDA.

ANTECEDENTES.

En el presente uno de los conceptos más discutidos ha sido el de NEUROSIS. Aunque tiene una larga tradición desde su creador Sigmund Freud, su contenido ha sido sujeto a diferentes interpretaciones.

El término Neurosis se refiere a un conjunto multiforme de trastornos psicopatológicos que se expresan por síntomas que no perturban sustancialmente la relación del individuo con la realidad, pero la imagen distorsionada que tiene de sí mismo y del mundo le impiden establecer relaciones armónicas, satisfactorias y productivas consigo mismo y con los demás. (1,2).

En su etiología se conocen varios factores como son: de tipo constitucional con base hereditaria que condiciona la intensidad de impulsos y necesidades primarias, de actitudes y tendencias interrelacionadas con el carácter de los padres y de ciertas situaciones traumáticas que son importantes en cuanto a la selección de los síntomas. (3).

La relación entre neurosis y proceso de aprendizaje se ha descrito en los siguientes términos: "En el desarrollo normal, las pautas del pasado están sujetas a una modificación progresiva. Se aprende por experiencia, corrigiendo pautas tempranas a la luz de eventos nuevos. Cuando el problema se vuelve demasiado perturbador para ser enfrentado, este proceso de aprendizaje es interrumpido y los intentos subsecuentes de resolver el problema asumen por consiguiente el carácter de repeticiones estereotipadas".

tipadas de intentos de solución previamente ineficaces. (4).

Particularmente LA NEUROSIS DEPRESIVA se ha descrito psicodinámicamente como intentos desesperados por obligar a un objeto a conceder los suministros vitalmente necesarios. Debido a que la autoestima del individuo es regulada por los suministros externos. Por un lado, la fijación pregenital de estas personas se manifiesta en una tendencia a reaccionar a las frustraciones con violencia. Su dependencia oral, por otro lado, les impulsa a tratar de conseguir lo que necesitan por medio del sacrificio y la sumisión. El conflicto entre estas dos formas contradictorias de conducta es característico de las personas que presentan esta predisposición.

En todo individuo existen diversos núcleos conflictivos neuróticos y psicóticas, con sus ansiedades básicas y los mecanismos de defensa que son utilizados para hacer frente a estas e intentar la resolución -nunca alcanzada a través de ellos - de tales situaciones. Estos núcleos conflictivos son esporádicamente reactivados por determinados estímulos, a los que podemos llamar estímulos traumáticos. Aquello que hace que un estímulo dado sea traumático para un determinado sujeto no es el grado de trascendencia real en la vida del mismo sino el significado que adquiere en su mundo interno, al vincularse con determinadas vivencias y pautas de relaciones objetales. Puede decirse que así como todos los estímulos que constantemente inciden sobre el sujeto origina un esfuerzo de adaptación, algunos de estos estímulos pueden ser considerados como traumáticos a causa de que originan respuestas que son inapropiadas, pero que absorben todos los recursos para la adaptación por parte del sujeto. Estas respuestas además no solo son improcedentes, sino que consiguen tan solo un equilibrio inestable y, a la larga perjudicial para el individuo como ocurre en la "distimia" término utilizado en la literatura del siglo XIX para referirse al humor displacentero. Actualmente

aparece en el DSM III como una nueva categoría diagnóstica con el nombre de TRASTORNO DISTIMICO, que fue incluido en reconocimiento del gran número de individuos con aflicción crónica de grado menor, usualmente de dos años de duración. Debido al tiempo prolongado de sus síntomas, estos pacientes han sido referidos por varios términos: "Neuróticamente deprimidos" (6), "Personalidad depresiva," o "depresión caracterológica" (7) (8). (5). Así la combinación de angustia y síntomas depresivos guían para la inclusión de distimia como una nueva categoría entre los trastornos afectivos del DSM III. (9).

Algunos autores mencionan que los accesos depresivos sobrevienen generalmente posterior a experiencias vividas como una decepción, duelo, pérdida de aprecio, abandono etc. (10). O también en todas las situaciones que hacen resurgir un sentimiento de inseguridad mas o menos reprimido y hasta entonces regularmente bien compensado (11).

Los estudios EPIDEMIOLOGICOS más recientes, que utilizan criterios rigurosos para el diagnóstico como los del DSM III, mencionan que entre 3 y 4% de la población general, ha sufrido en algún momento de su vida uno o más episodios de depresión mayor, con una prevalencia de 18 a 23% para las mujeres y del 8 a 11% para los hombres. La incidencia para el Trastorno Distímico (T.D) es alrededor del 4%. La depresión mayor no parece haber aumentado en frecuencia con el tiempo desde los primeros reportes, sin embargo el T.D. sí parece ser más frecuente especialmente en las áreas urbanas donde el estilo de vida crea tensiones cada vez más difíciles de manejar. (12-13).

Varios investigadores se han interesado en el estudio de los EVENTOS DE LA VIDA, en sus diferentes como son: Actividades sociales y personales, trabajo, escuela, familia, etc. Y la relación que estos guardan con los Trastornos Mentales.

Fue Freud en "Duelo y Melancolía" quien enfatizó la relación entre la pérdida de un objeto amados y la depresión. (14)

Bowlby dijo que la pérdida de padres podría predisponer a depresión subsecuente. (15)

Se ha propuesto que la presencia de acontecimientos vitales puede preceder a la enfermedad. La depresión es uno de los padecimientos en que se ha observado esta correlación. (16)

Holmes y Rahe en su estudio consideraron que los eventos vitales más tensionantes son: Muerte del cónyuge, separación marital y divorcio. (17)

En un estudio de depresión en Kenya, la frecuencia de eventos de la vida ocurrieron antes y después del inicio de la depresión. Se argumentó que los ocurridos antes tienen importante rol causal y los ocurridos después tienen influencia significativa en la evolución de la enfermedad. (18)

En otro estudio controlado llevado a cabo en el mismo lugar los eventos más comunes en los sujetos deprimidos fueron aquellos relacionados con la Educación y la Salud. El paciente o un miembro de su familia fué el foco más común de los eventos. Así mismo se observó que el significado de un evento parece estar influenciado por el contexto cultural en el cual ocurre.

Se han realizado otros estudios de los eventos de la vida relacionados con pacientes que padecen un trastorno diferente a la depresión. Como en los pacientes esquizofrénicos en quienes los eventos de la esfera sexual producen mayor tensión. Lo cual parece tener que ver con la prohibición en la comunicación o con un modelo psicopatológico que incluye la naturaleza de los esquizofrénicos. (20).

En dos terceras partes de los pacientes admitidos al Hospital de Walsgrave Coventry, con un primer brote de manía reportaron eventos de la vida que le precedieron al inicio del Trastorno. Esta asociación con los eventos fue más significativa que en

admisiones subsecuentes con el mismo episodio de manía. Así se concluyó que los eventos pueden traer con el tiempo la presentación de la enfermedad. (21)

Carlo Paravelly y Stefano Pallanti obtuvieron en sus resultados que los eventos de la vida juegan un rol como factores precipitantes en el inicio del Trastorno por pánico. Sin embargo el grado de asociación no fue muy importante. (22)

McFarlane concluyó en su estudio que la Morbilidad psiquiátrica en una población afectada por un evento amenazante como un desastre, puede ser explicada en un modelo donde el desastre actúa como disparador para la mayoría de los individuos quienes son ya vulnerables a descompensarse. (23)

Necia Diep estudió en el Instituto Nacional de Cancerología de la Cd. de México, D.F. a pacientes con Ca de mama y CaCu, a quienes aplicó la Escala de Eventos de la vida. Encontró que las pacientes más deprimidas y ansiosas reportaron haber experimentado mayor número de acontecimientos vitales y mayor depresión. (24)

Por último algunos autores con un enfoque psicodinámico han relacionado las características de personalidad con la forma de reaccionar ante los eventos de la vida. Así un paciente que es inhibido, es más vulnerable y requiere de pocos eventos para deprimirse, adiferencia de otros individuos que se caracterizan por manifestar su agresión, quienes tienen la capacidad de actuar su frustración es más difícil que se depriman con un mínimo de eventos. (25).

J U S T I F I C A C I O N .

En el Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez", uno de los hospitales de mayor concentración de pacientes con trastornos mentales. En el Servicio de la consulta externa se da atención a un alto número de pacientes con Trastorno Distímico.

A pesar de la Literatura antes mencionada no existen publicaciones previas sobre los Eventos de la vida y el T.D. Lo cual puede obedecer a la dificultad para obtener información en México. Pero en particular en el Hospital donde se lleva a cabo el estudio no se conoce esta relación. Así el conocimiento de esta nos permitirá un acercamiento más objetivo, y ofrecer una mejor alternativa de tratamiento. Adecuada a las necesidades de los pacientes, y que contribuya a lograr una adaptación más temprana en sus vidas.

H I P O T E S I S .

Los pacientes con Trastorno Distímico tienen dificultad para manejar la tensión que producen los eventos de la vida.

O B J E T I V O S .

1.- Conocer el tipo y la frecuencia de los eventos de la vida que se han presentado en los últimos doce meses.

2.- Conocer el grado de tensión emocional desarrollada ante cada uno de los eventos de la vida.

3.- Detectar el nivel de depresión y Ansiedad

4.- Comparar los resultados obtenidos con los de un grupo control.

MATERIALES Y METODOS.

Sujetos.

Se seleccionaron pacientes que acudieron por primera vez al Servicio de Urgencias del Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez" de la Cd. de México, D.F. Entre los meses de Junio, Julio y Agosto de 1989; diagnosticados como Trastorno distónico, (T.D), sin antecedentes de Alcoholismo, farmacodependencia y Trastorno Depresivo Mayor. Que fueron enviados al Servicio de la consulta externa, donde se apoyó o descartó el diagnóstico.

Un grupo control se formó en el Instituto de Medicina Física y Rehabilitación de la S.S.A en México, D.F. Con individuos sin antecedentes de Alcoholismo y Farmacodependencia. Quienes acudieron como acompañantes de sus parientes que estaban rehabilitándose en ésta Institución.

Materiales.

Escala de Eventos de la Vida.

Esta escala ha jugado un papel relevante en los estudios de Investigación. Fue desarrollada por Holmes y Rahe en un intento por cuantificar los eventos de la vida.

Se basaron en la respuesta de 394 sujetos a 43 eventos de la vida que fueron derivados de la experiencia clínica. Se asignaron valores a cada uno de los eventos en forma ordenada para reflejar la intensidad y duración de la adaptación necesaria para estos eventos. La otra medida se refiere al Reajuste social que es obtenido sumando los valores de los reactivos que ocurrieron a los sujetos.

La escala de eventos de la vida utilizada en el presente estudio, es una versión adaptada en el Instituto Mexicano de Psiquiatría. Consta de 44 reactivos, versa sobre los acontecimientos

11
tos comunes de la vida. Es autoaplicable y los sujetos deben responder si los eventos se presentaron o no durante los 12 meses - previos al momento de aplicarse la escala; así como la tensión - que experimentaron en el caso de que haya ocurrido. La tensión - se calificó como Nula= 2, Leve= 3, Moderada = 4 y Severa= 5. En - caso de no haber ocurrido se calificó con 1. (16,24).

Escala de Zung.

Zung y Durham decidieron elaborar una esca - la que reuniera los siguientes requisitos:

- Que fuera aplicable a enfermos con diagnóstico primario de depre - sión.
- Que fuera breve y sencilla.
- De aplicación más cuantitativa.
- Que pudiera ser autoaplicable por el enfermo, a fin de recabar - su respuesta directa.

Una vez definidas las áreas a investigar, se elaboraron 20 - reactivos que se referirán a las mismas, planteando 10 en senti - do positivo y 10 en sentido negativo para evitar que el paciente encuentre una tendencia en el estudio.

La escala esta planeada de tal manera que un índice bajo se - ñala poca o ninguna depresión y un índice alto señala una depre - sión de significación clínica, que será un puntaje por arriba de 50. (25).

Escala de Hamilton para Depresión.

Max Hamilton hi - zo un análisis de las escalas existentes para medir síntomas y - trastornos mentales, y elaboró una escala que se usa hasta la - fecha, sobre todo para medir la intensidad de la depresión en in - vestigaciones con antidepresivos.

La escala consta de 17 variables; algunas se definen como - categorías de interés creciente, otras por términos equivalentes

Es para ser aplicada por el Investigador, de preferencia la evaluación debe ser por más de dos observadores.

La forma en como se cuantifica el registro incluye cuatro - variables adicionales: Variación diurna, despersonalización, síntomas paranoides y síntomas obsesivos, esto da un total de 21 - reactivos. Un puntaje total por arriba de 18 señala una depresión de significancia clínica. (2b)

Escala de Hamilton para Ansiedad.

Esta diseñada para recolectar síntomas relacionados con el estado ansioso, tensión, temores, insomnio, algunos aspectos sobre depresión y específicamente síntomas por ansiedad en los diversos aparatos y sistemas. Así como el comportamiento del paciente durante la entrevista. De esta manera reúne 14 variables que enuncian síntomas. Cada variable es calificada del 0 al 4. 0= Ausente, 1= leve, 2= moderado, 3= Grave 4= Totalmente incapacitante. Se valora de acuerdo a los apartados más frecuentes y el grado de intensidad que se haya percibido. La escala es aplicada por el Investigador. (2b)

DSM III (MANUAL ESTADISTICO Y DE DIAGNOSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES). De aquí se tomaron los criterios para el diagnóstico de T. D.

Historia Clínica Psiquiátrica.

Se realizó a cada paciente con T.D.

Escenario y aplicación.

Se llevó a cabo en un consultorio de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico. Al realizar la historia clínica se aplicaron los criterios diagnósticos. Posteriormente se explicó el objetivo del estudio, la necesidad de participación del paciente y la forma de contestar las escalas en caso

de haber aceptado. Primero contestaron la de Eventos de la vida, enseguida Zung y por último evaluamos con las de Hamilton para - Ansiedad y depresión.

El escenario fue similar para el grupo control a excepto de que el consultorio fue del Servicio de psiquiatría del Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación. El orden de la aplicación de escalas fue el mismo.

RESULTADOS.

La muestra total fue de 35 pacientes con T.D. Fueron 31 mujeres y 4 hombres. Con un rango de edad entre 20 y 40 años, con un promedio de 32 años de edad. (Ver tabla 1).

En relación al estado civil predominó el porcentaje de casados en un 71.4%. (Tabla 2). Sobre el nivel de escolaridad el 32% tuvieron primaria completa. (Tabla 3). En el tipo de ocupación la muestra estuvo representada en mayor porcentaje por las labores del hogar en un 65.7% (Tabla 4).

La muestra del grupo control fue similar en el número de sujetos, porcentaje de hombres y mujeres, así como en el rango y promedio de edad. (Tabla 1). Sobre el estado civil 60% estaban casados. (Tabla 2). En el nivel de escolaridad el 37.7% tuvieron secundaria completa. (Tabla 3). En relación al tipo de empleo predominaron las labores del hogar 60%. (Tabla 4).

El T.D fue más frecuente en pacientes del sexo femenino, casadas, con un promedio de 32 años de edad, dedicadas a las labores del hogar y nivel de escolaridad media.

Se muestran los diez eventos de la vida más frecuentes en ambos grupos. (Tabla 5 y 6). Cinco eventos son los mismos.

El evento más frecuente en los pacientes con T.D. fue el referente a: "Cambios significativos en hábitos de dormir, en un 94.2% y una tensión de 80%. En los diez eventos de este grupo la tensión promedio fue de 76%.

En el grupo control el evento más frecuente fue el referente a: "Cambio (s) significativo (s) en el aspecto económico, en un 77.1% con una tensión de 60%. El total de Tensión reportada en los diez eventos fue de 62%.

En ninguno de los dos grupos se reportó una pérdida del cónyuge o de la pareja y tampoco divorcio. El reactivo que se refiere a: "separación del cónyuge o pareja" en el grupo con T.D se presentó en un 37.1% y tensión de 86%. En el grupo control en --

CLASIFICACION POR EDADES EN GRUPOS.

T.D G.C

E D A D	F	M	To. %	P	M	To. %
20-25 ANOS	4		11.4	4	1	14.2
26-30 "	5	3	22.8	10	2	34.2
31-35 "	5		14.2	4		11.4
36-40 "	17	1	51.4	13	1	40
T O T A L	31	4		31	4	

TABLA 1

T.D = Trastorno Distímico.

G.C = Grupo control.

P = Femeninas

M = Masculinos.

T o . = Total en porcentaje.

E S T A D O C I V I L

T.D

G.C

	F	M	%	F	M	%
CASADOS	24	1	71.4	18	3	60
SOLTEROS	6	2	22.8	9	1	28.5
SEPARADOS	1	1	5.7	2		5.7
UNION LIBRE				2		17.1
T O T A L	31	4		31	4	

TABLA 2

CLASIFICACION DEL NIVEL DE ESCOLARIDAD .

T.D

G.C

ESCOLARIDAD		F	M	To%	F	M	Tq%
P	COMPLETA	12	1	37	7	1	228
	INCOMPLETA	4		11	5		142
S	COMPLETA	0		17	12	1	37
	INCOMPLETA	2		57	2		37
B	COMPLETA	0	1	20	2	1	85
	INCOMPLETA		1	28	2	1	85
L	COMPLETA		1	28	1		28
	INCOMPLETA	1		28			
T O T A L		31	4		31	4	

TABLA 3

P= Primaria.

S= Secundaria. B= Bachillerato. L= Licenciatura.

O C U P A C I O N

T.D

G.C.

	P	M	To. %	F	M	To. %
LABORES DEL HOGAR	23		57	21		60
SECRETARIAS	4		11.4	4		11
EMPLEADOS DE COMERCIOS	1		2.8	3		8.5
COMERCIAN TES EN PEQUEÑO		1	2.8	1	2	8.5
ENFERMERAS				2		5.7
OBREROS		1	2.8		1	2.8
MECANICO					1	2.8
ARQUITECTO		1	2.8			
CHOFER DE TAXI		1	2.8			
VENDEDORA DE SEGUROS	1		2.8			
EDUCADORA	1		2.8			
ESTUDIANTE	1		2.8			
T O T A L	31	4		31	4	

TABLA 4

EVENTOS MAS FRECUENTES Y NIVEL DE TENSION EN EL GRUPO
CON TRASTORNO DISTIMICO.

OBSERVADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO
ALVAREZ", MEXICO, D.F. 1989.

EVENTO	FREC.	No. P.	T	V. E	C. T
1.- CAMBIOS EN LOS HABITOS DE DORMIR.	94.2%	33	80%	4	MOD.
2.- CAMBIOS EN LOS HABITOS DE ALIMENTACION.	85.7%	30	80%	4	MOD.
3.- CAMBIO EN EL ASPECTO ECONOMICO.	74.2%	26	80%	4	MOD.
4.- CAMBIO EN LA SALUD O CONDUCTA DE ALGUN MIEMBRO DE LA FAM.	71.4%	25	80%	4	MOD.
5.- CAMBIO EN LOS HABITOS PERSONALES.	68.5%	24	60%	3	LEVE
6.- PROBLEMAS CON PARIENTES.	68.5%	24	80%	4	MOD.
7.- CAMBIO EN EL NO. DE DISCUSIONES CON EL CONYUGE, HIJOS O PADRES.	65.7%	23	80%	4	MOD.
8.- CAMBIO EN REUNIONES FAMILIARES.	57.1%	20	80%	4	MOD.
9.- PROBLEMAS O DIFICULTADES SEXUALES.	48.5%	17	80%	4	MOD.
10.- CAMBIO EN ACTIVIDADES RELIGIOSAS.	46.5%	17	60%	3	LEVE.

TABLA 5.

No. P= Número de pacientes.

V.E. = Valor en la Escala.

T = Tensión.

C.T = Calificación de la tensión.

MOD. = Moderada.

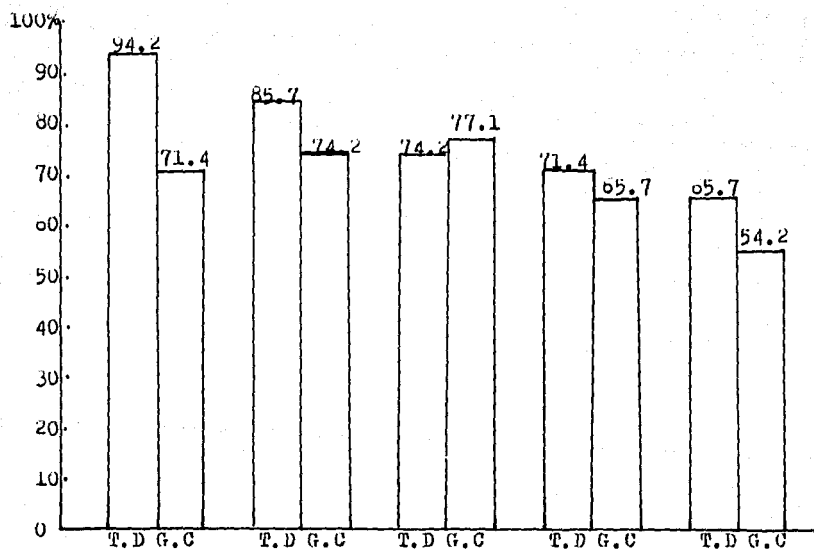
EVENTOS MAS FRECUENTES Y NIVEL DE TENSION EN EL
GRUPO CONTROL.

OBSERVADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION. MEXICO, D.F. 1989.

EVENTO	PREC.	No.P.	T	V.R	G.T
1.- CAMBIOS EN LOS HABITOS DE DORMIR.	71.4%	25	00%	3	LEVE
2.- CAMBIOS EN LOS HABITOS DE ALIMENTACION.	74.2%	20	00%	3	LEVE
3.- CAMBIO EN EL ASPECTO ECONOMICO.	77.1%	27	00%	3	LEVE
4.- CAMBIO EN LA SALUD O CONDUCTA DE ALGUN - MIEMBRO DE LA FAMILIA.	05.7%	23	80%	4	MOD.
5.- CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES.	02.8%	22	00%	3	LEVE.
6.- CAMBIO EN REUNIONES FAMILIARES.	08.5%	24	00%	3	LEVE
7.- CAMBIO EN EL NO. DE DISCUSIONES CON EL CONYUGE, PADRES O HIJOS.	54.2%	19	80%	4	MOD.
8.- PROBLEMAS CON PARIENTES.	54.2%	19	00%	3	LEVE.
9.- CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIVIENDA.	54.2%	19	00%	3	LEVE
10.- CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES RECREATIVAS.	51.4%	18	00%	3	LEVE.

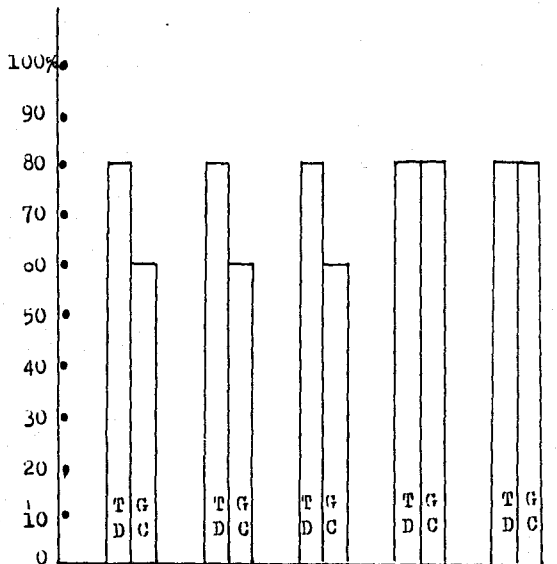
TABLA 6.

EVENTOS SIMILARES MAS FRECUENTES EN
AMBOS GRUPOS.



GRAFICA 1.

TENSION ANTE LOS EVENTOS MAS FRECUENTES
EN AMBOS GRUPOS.



GRAFICA 2

T.D = Trastorno Distónico.

G.C = Grupo control.

un 11.4%, y tensión de 70%.

El reactivo incluido para notificar otros eventos no mencionados en la escala, fue contestado en un 11.4% con una tensión de 100%.

El 28.5% con T.D. al llegar a la consulta externa tenían tratamiento farmacológico a base de antidepresivos tricíclicos.

El tiempo promedio transcurrido entre el envío del paciente de Urgencias y su primer atención en el Servicio de la Consulta externa fue de siete días.

En relación a la Historia Clínica Psiquiátrica, en el apartado sobre la infancia. El 11.4% manifestaron haber sufrido la separación de sus padres entre los 0 y 10 años de edad. Y el 11.4% la muerte del padre. (TABLA 7).

En la Escala de Zung, los pacientes con T.D. el 48.5% presentaron un puntaje por arriba de 50 que corresponden a los deprimidos ambulatorios, según la clasificación de Zung. En el grupo control el 8.5% obtuvo un puntaje arriba de 50 (Tabla 8).

En la Escala de Hamilton para Depresión los pacientes distintos en un 2.8% obtuvieron un puntaje mayor de 18. En el grupo control ningún sujeto alcanzó los 18 puntos. (Tabla 9).

En lo que se refiere a la Escala de Hamilton para Ansiedad la variable más frecuente en el grupo con T.D. fue la referente a síntomas sobre depresión. El grupo control reportó como más frecuente la variable para tensión. (Tabla 10).

Se aplicó el método Estadístico "T" de Student. A pesar de que los resultados fueron significativos en relación con el comportamiento de la Escala de eventos de la vida con otras escalas, se considera la muestra como pequeña. La aproximación fue aceptada pero no buena.

EVENTOS OCURRIDOS EN LA INFANCIA
(6-10 AÑOS)

EVENTO	%	No.P.
SEPARACION DE LOS PADRES.	11.4	4
MUERTE DEL PADRE.	11.4	4

TABLA 7.

GRUPO CON TRASTORNO DISTIMICO

ESCALA DE ZUNG
PUNTAJE MAYOR A 50.

	T.D	G.C.
PROMEDIO	56	51
PORCENTAJE %	48.5	8.5
No. DE PACIENTES	17	3

TABLA 8.

T.D = TRASTORNO DISTIMICO.

G.C. = GRUPO CONTROL.

BSCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION.
PUNTAJE MAYOR A 18.

	T. D	G. C
PROMEDIO	20	0
PORCENTAJE %	28.5	0
No. DE PACIENTES	10	0

TABLA 9.

VARIABLES MAS FRECUENTES
EN LA EVALUACION CON LA ESCALA DE HAMILTON
PARA ANSIEDAD .

T.D

G.C

VARIABLES	%	No. P.V.E	P%	No P.V.E
ESTADO DEPRESIVO	9.4	32	2	
ESTADO ANSIOSO	88.5	31	1	40 14 1
TENSION	85.7	30	2	628 22 1
INSOMNIO	82.8	29	2	485 17 1
INTELECTUAL	77.1	27	1	314 11 1
SISTEMA SOMATICO MUSCULAR.				514 18 1

TABLA 10

No.P = Número de Pacientes.

V.E = Valor en la escala.

1= Leve, 2= Moderado.

La importancia de realizar el presente estudio, - ha sido evidenciar la vulnerabilidad del enfermo con T.D. a los - eventos de la vida y su dificultad para manejar la tensión. Ade- más consideramos que existía una relación con la capacidad de - ajuste social a los eventos y la necesidad de solicitar ayuda -- psiquiátrica.

Después de analizar los resultados observamos una incidencia mayor del T.D en pacientes del sexo femenino. Lo cual puede obe- decer a los criterios de exclusión utilizados como son: alcohó - lismo y farmacodependencia que se presentan en el sexo masculino en un porcentaje más alto. De la Fuente y Campillo dicen que "la depresión también es enmascarada por cambios conductuales que -- dan origen a problemas conyugales, alcoholismo, drogadicción y - propensión a sufrir accidentes" (1).

Otros factores que se han tomado en cuenta para la inciden- cia de la depresión en la mujer son los constantes cambios hormo - nales, sobre todo en la vida reproductiva. Además los roles so - ciales en el cual la mujer se le está permitido reconocer más - sus emociones y respuestas cognitivas. (27). En nuestro medio - se han manejado algunas probables ideas al respecto, tales como: menor posibilidad de factores externos y mayor responsabilidad - dentro del medio familiar (28).

Lo antes mencionado apoya el grupo de pacientes con T.D. -- que son mujeres, casadas, en edad reproductiva, dedicadas a las labores del hogar y con un nivel de escolaridad media.

Kielholz refiere que la depresión reactiva se presenta más - entre los 30 y 45 años, que la endógena es más frecuente entre - 20 y 25 años y que la involutiva, después de los 55 años. Hallaz - gos más recientes del T.D., sugieren que los pacientes caen den- tro de dos grupos, un grupo nipotetizado que inicia a. edad tem- prana, en la niñez o adolescencia, y otro grupo que tiene su i -

Debido a que no era el objetivo del estudio determinar con exactitud el inicio del T.D. y las condiciones que rodeaban al paciente, deberá ser tomado en cuenta para estudios posteriores, buscando la relación que guarda la ruptura de las "ligas de apego" y el inicio del trastorno en épocas tempranas (14,15). Aunque en el estudio encontramos que dos mujeres experimentaron en la niñez la separación de los padres y dos más la muerte del padre. Hemos que apoyan las teorías de Freud, Abraham, y Bowlby sobre la pérdida de objetos de amor en la infancia. Sin embargo no se valoró la calidad afectiva de la relación con los padres que orientaría hacia la importancia dada al evento.

En el inicio del T.D. en la época adulta; los eventos de la vida se han considerado como factores que reactivan conflictos intrapsíquicos y después convertidos en problemas que impiden al sujeto llevar una vida adecuada. (5).(29)-.

La relación entre estado civil y T.D. según nuestro estudio demuestra que es más frecuente en los casados. A falta de información sobre esta relación, solo puede hacerse comparativo en estudios sobre depresión en general que demuestran mayor incidencia entre los viudos y solteros. (28)- Así este dato se deja a futuros estudios basados en los criterios del DSM III para el T.D.

En los resultados de la Escala de eventos de la vida, observamos cinco eventos similares entre los diez más frecuentes para ambos grupos. Aunque la frecuencia es mayor en el T.D no es tan significativa como se esperaba, a excepción de: "los cambios en los hábitos de dormir y en los hábitos de alimentación"; pero que pudieran estar relacionados con la posible confusión entre síntoma y evento por el síndrome depresivo presente. Debido a esto Faravelli y Ambonetti realizaron estudios comparativos con diferentes escalas que manejan diferentes métodos para la evaluación de los eventos. Concluyeron que la Escala a usar depende de los objetivos del investigador y su hipótesis. (30).

También observamos que la tensión que maneja el grupo disímico no difiere en forma importante del grupo control. Esto se ve más claramente en los eventos referentes al "área familiar - donde para ambos grupos es igual la tensión. Estos son: "Cambio en la salud o conducta de algún miembro de la familia y el cambio en el número de discusiones con el cónyuge, padres o hijos". Que indican que en el ambiente familiar la tensión se maneja con mayor dificultad.

El aspecto económico juega un papel importante en ambos grupos, factor que probablemente los ha obligado a acudir a un Hospital de Asistencia Pública. En el grupo control ocupó el primer lugar; evento que puede estar influido por los gastos generados por el familiar en rehabilitación.

De los tres eventos considerados más estresantes por Holmes y Rahe (17) únicamente se reportó el de separación del cónyuge - o pareja, pero no apoya la estudio de los autores porque la tensión en éstos pacientes fue moderada. Sin embargo la muestra de los pacientes con tal evento es pequeña y por tanto es poco demostrativa.

El grupo con T.D tiende a presentarse como un grupo moralista pues entre sus diez eventos más frecuentes está el de : "cambios en las actividades religiosas", que de alguna manera apoya el trabajo de Perris: sobre las características de personalidad y la forma de reaccionar ante los eventos de la vida. Si bien ; - las prácticas religiosas conllevan la inhibición de impulsos empático-particular de tipo agresivos, entonces estos pacientes van a requerir de pocos eventos para deprimirse..(25).

El reactivo utilizado para notificar otros eventos no mencionados se manejó con una tensión severa a pesar de que la paciente no fue la directamente afectada. Abramson, Slegman y Teasdale mencionan: que un estilo negativo de atribuir un difícil control a un evento de la vida, predispone al individuo a la depresión. En lo cual se involucran causas internas como una ha

ja de la autoestima que produce depresión; causas estables y -- globales que se refieren respectivamente a los temporal y el dominio específico del evento que determinan la duración y capacidad de generar síntomas depresivos. (31).

El tipo de eventos reportados por ambos grupos apoya otros estudios como el de Ndetel y Vadhver quienes mencionan que el significado de un evento parece estar influenciado por el contexto cultural en el cual ocurre.

Al analizar los resultados de las Escalas para depresión. -- En el grupo con T.D nos permiten apreciar la presencia de síntomas depresivos pero sin ser tan graves como para requerir de hospitalización. En la escala de Zung según su clasificación los pacientes se colocan en los deprimidos ambulatorios. Esto apoya -- el criterio del DSM III: "el síndrome depresivo no es tan severo como en la Depresión Mayor".

En el grupo control a pesar de la frecuencia y tensión similares para los eventos de la vida, no se detecta depresión o a menos esta población no reconoce síntomas depresivos de importancia. Lo que se correlaciona con la valoración de la escala de Hamilton para Ansiedad, donde el grupo con T.D. reportó con mayor frecuencia la variable sobre estado depresivo, seguida del estado ansioso, mientras que para el grupo control las variables más frecuentes fueron en primer lugar la relacionada con tensión seguida de insomnio. Esto resulta importante porque precisamente la combinación de angustia y síntomas depresivos quiaron para la inclusión de distimia como una nueva categoría entre los trastornos afectivos del DSM III. (9).

En esta etapa del análisis podemos enunciar que el hecho de solicitar una consulta psiquiátrica puede estar relacionado, más que con la frecuencia y tensión de los eventos; con el reconocimiento de los síntomas depresivos, mientras que los eventos activan conflictos intrapsíquicos y de acuerdo a la predisposición y

del paciente será su respuesta con diversos síntomas.

Es de suma importancia el conocimiento de estos hechos para dar una alternativa de tratamiento de acuerdo a las necesidades de los pacientes, para su adaptación temprana, el reconocimiento de su actitud ante la vida; así como el manejo de la tensión - ante los eventos. En una Institución de Asistencia Pública donde crece la demanda de pacientes con T.D y bajos recursos económicos, la Psicoterapia de Grupo puede ofrecerse como una alternativa. Goldmaa menciona: Aunque el tratamiento psicosocial que se ofrece más a menudo es la psicoterapia individual, muchos sujetos distínicos se beneficiarían con la terapéutica de grupo por la investigación activa y la reestructuración del funcionamiento social maladaptativo. (32).

B I B L I O G R A F I A.

- 1.- DE LA FUENTE MUNIZ R.: Neurosis.: Psicología Médica. México, 1978.
- 2.- FENICHEL O.: Teoría Psicoanalítica de la Neurosis. México, - D.F. 1987.
- 3.- KOLB L.C., BRODIE H.K: Las Neurosis: Psiquiatría Clínica, Mé- sico, D.F. 1985.
- 4.- F. ALEXANDER AND FRENCH T: Psychoanalytic Therapy The Ronald Press, Nueva York, 1946.
- 5.- CODERCH J.: Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalíti- ca. Barcelona, Esp. 1987.
- 6.- KLERMAN G.L, RNDICOTT J, SPITZER R, et al: Neurotic Depres- sions: A Systematic Analysis of Multiple criteria and meanings Am J Psychiatry 136: 57-61, 1979.
- 7.- SPITZER RL, SILLIAMS JBW, SKODOL AE: DSM III: The major achi- vements and an over view. Am J Psychiatry 137: 152-164, 1980
- 8.- Akiskal HS, ROSENTHAL TL, HAYKAL RP, et al: Characterologi- cal depressions separating "subaffective dysthymias" from - "Character-spectrum disorders" Arch Gen Psychiatry 37: 777- 783, 1980.
- 9.- DSM III. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Washington, D.C.- 1980. México, D.F, 1986.
- 10.- BY HENRY, BERNARD P., BRISSET CH.: Estados depresivos y Cri- sis de Melancolía. Tratado de Psiquiatría. México, D.F. 1987
- 11.- MacKINNON R.A., MICHAELS R.: El paciente deprimido: Psiquia- tría Clínica Aplicada. México, D.F. 1985.
- 12.- FEICHER, J.P. Et al.: Diagnosis Criteria for use in Psychia- tric research . Arch Psychiatry, 26, 1972, 57.
- 13.- HIRSCHFELD, R.M.A., CK CROSS.: Epidemiology of affective di- sorders, Crep. Gen Psychiatry, 39; 35-46 1982.
- 14.- FREUD S: Mourning and Melancholia, in Collected Papers. Lon-

- don, Hagart Press, 1950, vol 4, pp 152-172.
- 15.- LLOYD C: Life events and Depressive Disorder reviewed. Arch-Gen Psych 33: 529-558. Mayo 1980.
 - 16.- PAYKELLS: Contribution of life events to causation of psychiatric illness. Psychol Med 8: 245-253, 1978.
 - 17.- HOLMES TH, RAHF RH: The social Readjustment rating scale. J-Psychosom Res 11: 213-218, 1977.
 - 18.- NDETRI D.M., VADHER A.: Life events occurring before and after onset of depression in a Kenyan setting any significance?. - Acta Psychiatr. Scand. 1984: 69: 327-332.
 - 19.- NDETRI D.M., VADHER A.: Types of life events associated with depression in a Kenyan setting. Acta Psychiatr Scand. 66, 163-168. 1982.
 - 20.- GIFT T.F., HYNNE C.L. HARDER D: Sexual Life events and Schizophrenia. Comprehensive Psychiatry, vol. 29, No. 2 (March/April), 1988: pp 151-156.
 - 21.- AMBELAS A.: Life events and Mania A special Relationship?.: B Journal of Psych. 1987, 150, 235-240.
 - 22.- FARAVELLI, C, M.D, PALLANTI S.M.D.: Recent Life events and -panic Disorder. Am J. Psychiatry 1989; 146: 622-626.
 - 23.- McFARLANE ALEXANDER C: Life events and psychiatric disorder. The Role of a natural disaster. B. Journal of Psychiatry - 1987, 151, 362-367.
 - 24.- SECIN DIEP R. : Acontecimientos vitales y enfermedad neoplásica. Revista de Salud Mental V.7 No. 4 pags. 67-70, invierno-1984.
 - 25.- FERRIS H: Life events and personality characteristics in depression. Acta Psychiatr. Scand. 1984: 69: 350-358.
 - 26.- HAMILTON, M.: The assessment of anxiety states by rating, British Journal of Medical Psychology, 32, 50-55. 1959. Development of a rating scale for primary depressive illness, British Journal of Social and Clinical Psychology, 6, 278-296. 1967.

- 27.- HOROWITZ M, CHAFER C, HIROTO D, and et al.: Life events Questionnaires for measuring presumptive stress. Psychosomatic - Medicine vol. 39, No. 6. (Noviembre-Diciembre 1977).
- 28.- GONZALEZ G. S.: La depresión como problema de Salud Pública Revista Médica La Salle. Vol IX. No. 1 Enero-Marzo, 1988.
- 29.- AKISKAL H.S., M.D.: Dysthymic Disorder: Psychopathology of - proposed Chronic depressive subtypes. Am J. Psychiatry 140 - 1, January 1983.
- 30.- FARAVELLY C, AMBONETTI ALESSANDRA.: Assessment of life events in depressive disorders. A Comparison of three methods. Soc. - Psychiatry 18: 51-56 1983.
- 31.- BROFN J.D., SIEGEL J.M. Attributions for negative Life events and depression: The role of perceived control. Journal of personality and social Psychology 1988, vol. 54, No. 2, - 316-322.
- 32.- Goldman H.H: Trastornos afectivos. Psiquiatría General, México, D.F. 1987.

EVENTOS DE LA VIDA

Número de proyecto

1	2	3	4	5	6

Número de paciente

7	8	9

Número de tarjeta

10	11

Paciente: _____

Nombre (s)

Apellidos

A continuación se presentan una serie de eventos que ocurren a muchas personas. Por favor indique si estos eventos le ocurrieron en los últimos 12 meses y el nivel de tensión (preocupación, angustia, nervios, molestia) que usted considera que le ocasionó cada evento. Es importante que usted conteste a todas las preguntas.

El evento le ocasionó tensión:

severa
5

moderada
4

leve
3

nula
2

no le ocurrió
1

Anote el N° que -
correspon-
de en esta
sección.

1. Matrimonio

--

12

2. Problemas con el jefe o con compañeros de trabajo

--

13

3. Ser encarcelado o detenido en alguna institución

--

14

4. Muerte del cónyuge

--

15

5. Cambios significativos en hábitos de dormir
(duerme más o duerme menos que lo usual)

--

16

6. Muerte de un familiar cercano

--

17

7. Cambio(s) significativo(s) en sus hábitos de alimentación (come más o menos de lo usual, diferentes horarios de comida)

--

18

Anote el
N° que -
correspon-
de en esta
sección.

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 8. Privación o pérdida de un préstamo (hipoteca) | <input type="checkbox"/> | 19 |
| 9. Cambio(s) en hábitos personales, vestimenta, maneras, etc. | <input type="checkbox"/> | 20 |
| 10. Muerte de un amigo | <input type="checkbox"/> | 21 |
| 11. Violaciones menores de la ley (perturbar la paz, infracción de tránsito). | <input type="checkbox"/> | 22 |
| 12. Logro personal notable | <input type="checkbox"/> | 23 |
| 13. Embarazo (de la esposa, o usted misma) | <input type="checkbox"/> | 24 |
| 14. Cambio(s) significativo(s) en la salud o conducta de algún miembro de la familia. | <input type="checkbox"/> | 25 |
| 15. Problemas o dificultades sexuales | <input type="checkbox"/> | 26 |
| 16. Problemas con parientes | <input type="checkbox"/> | 27 |
| 17. Cambio(s) significativo(s) referente a reuniones familiares (mucho más o mucho menos de lo usual) | <input type="checkbox"/> | 28 |
| 18. Cambio(s) significativo(s) en el aspecto económico (mucho mejor o mucho peor de lo usual) | <input type="checkbox"/> | 29 |
| 19. Inclusión de un nuevo miembro a la familia (por nacimiento, adopción, otro familiar que viene a vivir con la familia) | <input type="checkbox"/> | 30 |
| 20. Cambio de residencia (cambio a una nueva dirección) | <input type="checkbox"/> | 31 |

Anote el
N° que -
correspon-
de en esta
sección.

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 21. Hijo o hija se va de la casa (por casamiento, ir a vivir a otra ciudad, etc.) | <input type="checkbox"/> | 32 |
| 22. Separación del cónyuge o pareja (casamiento o noviazgo) | <input type="checkbox"/> | 33 |
| 23. Cambio(s) significativo(s) en actividades religiosas (mucho más o mucho menos que lo usual) | <input type="checkbox"/> | 34 |
| 24. Reconciliación con el cónyuge o pareja (esposo(a) novio(a)) | <input type="checkbox"/> | 35 |
| 25. Ser despedido del trabajo o expulsado de la escuela. | <input type="checkbox"/> | 36 |
| 26. Divorcio (de usted, o de los padres) | <input type="checkbox"/> | 37 |
| 27. Cambio a otro tipo de trabajo diferente del que usted realiza usualmente | <input type="checkbox"/> | 38 |
| 28. Cambio(s) significativo(s) en el número de discusiones con el cónyuge, o con los padres (mucho más o mucho menos de lo usual en lo que refiere al cuidado y atención a los niños, hábitos personales, etc.) | <input type="checkbox"/> | 39 |
| 29. Cambio significativo de responsabilidades en el trabajo (promoción, estancamiento, cambios, etc) | <input type="checkbox"/> | 40 |
| 30. La esposa empieza o deja de trabajar fuera de la casa | <input type="checkbox"/> | 41 |
| 31. Cambio significativo de horario o condiciones de trabajo | <input type="checkbox"/> | 42 |
| 32. Cambio significativo en actividades recreativas (más o menos de lo usual) | <input type="checkbox"/> | 43 |

Anote el
N° que -
correspon-
de en esta
sección.

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| 33. Petición de un préstamo considerable | <input type="checkbox"/> | 44 |
| 34. Verse implicado con drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> | 45 |
| 35. Enfermedad seria o lesión significativa que requiere hospitalización o no necesariamente | <input type="checkbox"/> | 46 |
| 36. Reajustes en el trabajo (reorganización, bancarota) | <input type="checkbox"/> | 47 |
| 37. Cambio(s) significativo(s) en su vida o actividades sociales (ir al cine, a bailar, visitas, etc.) | <input type="checkbox"/> | 48 |
| 38. Cambio(s) significativo(s) referente a condiciones de vivienda (construcción de una nueva casa, remodelación, deterioro de la casa-habitación, o colonia, etc.) | <input type="checkbox"/> | 49 |
| 39. Retiro o jubilación del trabajo | <input type="checkbox"/> | 50 |
| 40. Vacaciones | <input type="checkbox"/> | 51 |
| 41. Reprobar en la escuela | <input type="checkbox"/> | 52 |
| 42. Cambio de escuela (Universidad) o lugar de estudio | <input type="checkbox"/> | 53 |
| 43. Iniciación o terminación de actividades escolares | <input type="checkbox"/> | 54 |
| 44. Le han ocurrido otros eventos no mencionados anteriormente | <input type="checkbox"/> | 55 |
| ¿Cuáles? _____ | <input type="checkbox"/> | 56 |
| _____ | <input type="checkbox"/> | 57 |
| _____ | | |

SINTOMAS	MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CONTINUAMENTE
1.- Me siento abatido y melancólico				
2.- En la mañana me siento mejor				
3.- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar				
4.- Me cuesta trabajo dormirme en la noche				
5.- Como igual que antes solia hacerlo				
6.- Todavia disfruto de las relaciones sexuales				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo molestias de constipación (estreñimiento)				
9.- El corazón me late más aprisa que de costumbre				
10.- Me canso sin hacer nada				
11.- Tengo la mente tan clara como antes				
12.- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbro				
13.- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Estoy más irritable de lo usual				
16.- Me resulta fácil tomar decisiones				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Mi vida tiene bastante interes				
19.- Creo que les haria un favor a los demás muriéndome				
20.- Todavía disfruto con las mismas cosas				

Paciente: _____ Fecha: _____

Dr.: _____

Diagnostico: _____

Observaciones: _____

Total cali: básica
Total indice AMD

Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

Enfermo	Fecha
..... Valoración n.	
Edad.....	Natural de
..... Sexo	
Estado	Profesión
..... (Indicar si está o no jubilado)	
Tratamiento	Dosis

Completar todos los puntos. Rodear con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

1. Humor deprimido (fritzeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente. (1): Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado. 2. Estas sensaciones se relatan oral o espontáneamente. 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz y la tendencia al llanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
2 Sensación de culpabilidad	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad. 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
3 Suicidio	0. Ausente. 1. Le parece que la vida no vale la pena de ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse. 3. Ideas de suicidio o amenazas. 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se clasifica 4).
4 Insomnio precoz	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se queja de dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora 2. Se queja de dificultades para dormirse cada noche.
5 Insomnio medio	0. No hay dificultad 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche - cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
6 Insomnio tardío	0. No hay dificultad 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero se vuelve a dormir. 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.
7. Trabajo y actividades	0. No hay dificultad 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones. 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones o trabajo - manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación (siente que debe esforzarse en su trabajo o actividades). 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso de la productividad. En el hospital, clasificar en 3 si el paciente no dedica por lo menos tres horas al día a actividades relacionadas exclusivamente con las pequeñas tareas del hospital o aficiones. 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad. En el hospital, clasificar en 4 si el paciente no se compromete en otras actividades más que a las pequeñas tareas, o si no puede realizar éstas sin ayuda.
8 Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, facultad de concentración empeorada, actividad no org disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
9 Agitación	0. Ninguna. 1. "Juega" con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

10. Ansiedad psíquica	<ul style="list-style-type: none"> 0. No hay dificultad. 1. Tensión subjetiva e irritabilidad. 2. Preocupación por pequeñas cosas. 3. Actitud expresiva aparente en la expresión o en el habla. 4. Temores expresados sin preguntarle. 			
11. Ansiedad somática	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; font-size: 3em;">}</td> <td style="border: none; padding-left: 10px;"> Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. 	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera. 2. Moderada. 3. Severa. 4. Incapacitante. 	}	Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastrointestinales - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos. Cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias. Respiratorios - hiperventilación, suspiros. Frecuencia urinaria. Sudación.		
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen. 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal o para sus síntomas gastrointestinales. 			
13. Síntomas somáticos generales	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. Pesadez en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgia, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2. 			
14. Síntomas genitales	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 20px;"> Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. 	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.	
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Débil. 2. Grave. 3. Incapacitante. 	Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.			
15. Hipocondría	<ul style="list-style-type: none"> 0. No la hay. 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente). 2. Preocupado por su salud. 3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas. 			
16. Pérdida de peso (Completa) A o B)	<ul style="list-style-type: none"> A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración) 0. No hay pérdida de peso. 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual. 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo). 			
	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> } Por término medio. </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	} Por término medio.	
<ul style="list-style-type: none"> B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana. 1. Pérdida de más de 500 g en una semana. 2. Pérdida de más de 1 kg en una semana. 	} Por término medio.			
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo. 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. 2. Niega que esté enfermo. 			
18. Variación diurna	<table style="border: none;"> <tr> <td style="border: none;"> <ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave </td> <td style="border: none; vertical-align: middle; padding-left: 10px;"> M T </td> <td style="border: none; padding-left: 10px;"> Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T) </td> </tr> </table>	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave 	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)
<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente 1. Ligera 2. Grave 	M T	Indicar si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Rodear M o T)		
19. Despersonalización y falta de realidad	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausente. 1. Ligera. Como: <i>Sensación de irrealidad</i> 2. Moderada. <i>Ideas nihilistas</i> 3. Grave. 4. Incapacitante. 			
20. Síntomas paranoides	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ninguno. 1. } Sospechosos. 2. } 3. Ideas de referencia. 4. Delirios de referencia y de persecución. 			
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. 			
22. Otros síntomas. (Especificar)	<ul style="list-style-type: none"> 0. Ausentes. 1. Ligeros. 2. Graves. 			
	Suma total puntuaciones 			

ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACION DE LA ANSIEDAD

REGISTRO No	NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA
CAUSA PRIMARIA DE LA CONSULTA		RECOMENDADO POR

INSTRUCCIONES ESTA LISTA ES PARA AYUDAR AL MEDICO EN LA EVALUACION DE CADA PACIENTE EN CUANTO AL GRADO DE ANSIEDAD Y ESTADO PATOLOGICO. POR FAVOR, HAGA SU EVALUACION DE ACUERDO CON LOS SIGUIENTES VALORES:

AUSENTE = 0 LEVE = 1 MODERADO = 2 GRAVE = 3 GRAVE, TOTALMENTE INCAPACITADO = 4

PATOLOGIA		VALORES	PATOLOGIA		VALORES
ESTADO ANSIOSO	PREOCUPACIONES TEMOR DE QUE SUCEHA LO PEOR, TEMOR ANTIICIPADO, IRRESISTENCIA		SISTEMA SOMATICO (SENSORIA)	TINITUS, VISION BORROSA, OLEADAS DE FRIO Y CALOR, SENSACION DE DEBILIDAD, SENSACION DE PRURITO	
TENSION	SENSACION DE TENSION FATIGABILIDAD, SOBRESALTO AL RESPONDER LLANTO FACIL, TEMBLOR, SENSACION DE INQUIETUD IMPOSIBILIDAD PARA RELAJARSE		SINTOMAS CARDIO-VASCULARES	TADUCARDIA, PALPITACIONES, DOLOR PRECORDIAL, PULSACIONES VASCULARES PROFUNDAZADAS, SENSACION DE DISMAYO ARRITMIA	
TEMORES	DE LA OSCURIDAD DE EXTRAÑOS DE SER DEJADO SOLO DE ANIMALES, DEL TRAFICO DE LAS MULTITUDES		SINTOMAS RESPIRATORIOS	OPRESION O CONSTRICCION TORACICA SENSACION DE ANOGO SUSPIROS, DISNEA	
INSOMNIO	DIFICULTAD PARA COENZAR EL SUEÑO SUEÑO INTERRUPTIDO SUEÑO INSATIS FACTORIO Y SENSACION DE FATIGA AL DESPERTAR SUEÑOS PESADILLAS TERRORES NOCTURNOS		SINTOMAS GASTRO INTESTINALES	DIFICULTAD AL DEGLUTIR FLATULENCIA DOLOR ABDOMINAL SENSACION DE ARDOR PLEASIDZ ABDOMINAL NAUSEAS VOMITOS DORBORISMAS HELES BLANDAS, PERDIDA DE PESO, ESTREÑIMIENTO	
INTELLECTUAL (COMPRENSION)	DIFICULTAD DE CONCENTRACION MEMORIA PORRE		SINTOMAS GENITO URINARIOS	POLACQUIRIA MICCION URGENTE, AMENORREA, METORRAGIA, FRIGIDIZ LYACULACION PRECOZ PERDIDA DE LIBIDO IMPOTENCIA	
ESTADO DEPRESIVO	PERDIDA DE INTERES FALTA DE PRAZER EN LOS PASATIEMPOS DEPRESION, DESPERTAR TEMPRANO TRANSPOSICION DE SUEÑO Y VIGILIA		SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO VEGETATIVO	SEQUEZADA BUCAL RUBOR PALIDEZ TENDENCIA A LA SUDORACION, VERTIGO, CEFALIAS POR TENSION ERECTISMO PROSO	
SISTEMA SOMATICO MUSCULAR	DOLORES Y MIALGIAS (SPASMOS MUSCULARES O CALAMBRES) RIGIDEZ TICS MIOCLENICOS RECHINA... DE DIENTES VOZ VACILANTE TONO MUSCULAR AUMENTADO		COMPORTA MIENTO DU RANTE LA ENTREVISTA	INQUIETUD IMPACIENCIA O INTRANQUILIDAD TEMBLOR DE MANOS FRUNCIMIENTO DEL CENO ROSTRO PREOCUPADO SUSPIROS O RESPIRACION RAPIDA PALIDEZ FACIAL DEGLUCION DE SALIVA FRUCTOS TICS MIDRIASIS EXOFTALMIA	
TOTAL					