

11241  
19  
Sep.

VALIDEZ DE UNA TRADUCCION AL CASTELLANO DEL INVENTARIO DE  
BECK PARA LA DEPRESION EN EL HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ.

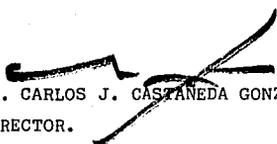
T E S I S

DRA. PATRICIA RODRIGUEZ OJEDA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA MEDICA Y SALUD MENTAL

HOSPITAL PSIQUIATRICO FRAY BERNARDINO ALVAREZ

  
DR. CARLOS J. CASTAÑEDA GONZALEZ  
DIRECTOR.

  
DR. CARLOS TORNER AGUILAR.  
ASESOR.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.





## **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.

## INDICE

INTRODUCCION	PAGS.	1-3.
ANTECEDENTES	PAGS.	3-7.
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	PAGS.	8
OBJETIVOS	PAG.	8
HIPOTESIS	PAG.	8
MATERIAL Y METODOS	PAG.	9
DISEÑO	PAG.	9
ANALISIS DE RESULTADOS	PAG.	9
RESULTADOS	PAGS.	10-12
DISCUSION	PAGS.	12-13
CONCLUSIONES	PAGS	13
BIBLIOGRAFIA	PAG.	14
CUADROS. CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS.	PAGS	15-25
ANEXOS	PAGS.	26-28.

## INTRODUCCION:

La investigacion sobre los padecimientos graves de la afectividad es el mejor ejemplo de los actuales enfoques biomedicos de la psiquiatria. La depresion es el mas frecuente de los transtornos psiquiatricos graves tiene un alto indice de morbilidad, es causa de incalculables perdidas economicas y puede ser mortal.

Entre enfermos generales la depresion oscila, segun las estadisticas, entre el 10 y el 20 %, y entre pacientes psiquiatricos la cifra aumenta hasta casi un 50 %. Solo el 10 % de estos pacientes llegan a las consultas psiquiatricas especializadas, por lo que el 90 % restante son tratados por medicos generales o especialistas no psiquiatras. La explicacion parcial de este hecho puede deberse a que aproximadamente la mitad de las depresiones se presentan de forma enmascarada. Estos equivalentes depresivos ocultan la verdadera faz del transtorno, que aparece como una enfermedad somatica, lo que hace a veces dificil el diagnostico diferencial.

Hirschfeld y Cross (1982) concluye que los factores de riesgo para los sintomas depresivos y los transtornos depresivos no bipolares son: sexo femenino, jovenes solteros y no ligados afectivamente, clase social baja y acumulacion de acontecimientos de vida, especialmente perdidas personales recientes.

### VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

Sexo: predominancia en mujeres de transtornos afectivos no bipolares. Aunque se discute la causa, posiblemente se debe a factores psicologicos y sociales. El suicidio consumado es mas frecuente en varones.

Edad: Los transtornos bipolares comienzan mas pronto que los no bipolares.

Estado civil: Aunque los trabajos de Kaplan sugieren un alto riesgo para las mujeres casadas ya que las diferencias desaparecian al comparar los sexos de otros estados (solteria, viudedad) es un tema discutido y en cualquier caso la diferencia solo se mantiene en los transtornos no bipolares.

Otras variables:

Los datos sobre educacion y nivel socioeconomico son contradictorios. Existe una relacion inversa entre clase social y transtornos no bipolares, en tanto que los bipolares prevalecen en clases altas. La depresion se produce en todas las culturas, aunque en las primitivas adquiere una expresion sintomatica peculiar (mas somatizaciones, hipocondria y vivencias paranoides, y menor sentimiento de culpa) (Tan). La religion no parece ser un factor de riesgo especifico, pero entre los catolicos y judios el indice de suicidios es mas bajo. La relacion trabajo-depresion es curvilinea de forma que la mayor incidencia se da en los puestos mas bajos y mas altas de la escala.

Aspectos psicosociales.

Perdidas parentales: Las classicas teorias de Freud y Abraham sobre las perdidas parentales infantiles han tomado consistencia en los estudios de Brown y Abraham - en Carberwell, donde estos hechos con mujeres, junto a una escasa relacion inter-

-personal desempleo y presencia en el hogar de tres o mas hijos menores de 14 años, constituyen factores de vulnerabilidad que en presencia de desencadenantes abocan a la depresion. Sin embargo la cuestion es controvertida, ya que, si bien en la revision de Lloyd (1980) se concluye que la perdida de un padre en la infancia aumenta el riesgo de depresion, en la de Tennant y cols. (1980) se considera que, cuando el procedimiento metodologico es riguroso, la relacion perdidas parentales-morbilidad-depresiva es inconsistente.

SopORTE social: La escasa relacion interpersonal, especialmente con la pareja, constituye un factor de vulnerabilidad y mal pronostico para la depresion (Brown,-- Roy).

Acontecimientos de vida: Varios autores han constatado la alta frecuencia de eventos significativos, acaecidos meses antes de un cuadro depresivo. Paykel (1982) ha subrayado la naturaleza negativa (perdidas) de estos acontecimientos, aunque enfatizando la interaccion que se establece con otros factores (herencia, personalidad, contexto familiar, relacion interpersonal, estilo de vida, perdidas parentales, etc), lo que propicia un modelo polifactorial. Los acontecimientos vitales son numerosos tanto en transtornos bipolares como unipolares. Sin embargo el estudio de estos hechos, que es aparentemente objetivo, resulta metodologicamente complejo (Vallejo, Gas to y Catalan). (1).

Si bien la mayoria de las personas experimentan episodios de tristeza que dependen de su personalidad y forma de enfrentar los problemas cotidianos, la depresion clinica es de mayor severidad y duracion que estos episodios transitorios. Las presentaciones son sumamente variables y pueden expresarse con sintomas especificos. Algunos pacientes pueden presentar predominantemente sintomas neurovegetativos y negar sentimientos de tristeza. Otros pueden referir inicialmente una angustia existencial y solo mas tarde admitir la presencia de otros sintomas. No es infrecuente que un paciente minimice los sintomas o los remita a un acontecimiento especifico de su vida. En algunos casos, los sintomas pueden ser notados por primera vez por los familiares mientras que el paciente los niega.

Las variaciones individuales requieren que el medico evalúe en forma completa a cada paciente con un transtorno afectivo potencial. La elevada incidencia de depresion, la importante morbilidad asociada en funcion de suicidios y los beneficios potenciales del tratamiento son factores que subrayan la necesidad de llevar a cabo un diagnostico certero. (2).

Entre los clinicos existen diferentes grados de desacuerdo para efectuar los diagnosticos psiquiatricos de ahi la importancia de la unificacion de criterios en el DSM III R y las escalas y cuestionarios empleados en la investigacion psiquiatrica.

Las escalas pueden ser administradas por un aplicador adiestrado o por el mismo paciente (autoaplicacion).

Entre las principales escalas de medicion para el estudio y la cuantificacion de la depresion, contamos con la de Hamilton, la de Zung, el IDD inventario para el diagnostico de depresion y el IBD inventario de Beck para la depresion.

En esta investigacion previo diagnostico psiquiatrico se aplico la escala de Hamilton y el IBD inventario de Beck para la depresion previamente validadas en otros hospitales de nuestro pais; pero no en un hospital psiquiatrico de concentracion, por lo que aplicamos la inventario de depreesion de Beck en el Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez.

#### ANTECEDENTES:

La depresion fue descrita desde la antiguedad, corresponde a Hipocrates las primeras referencias conceptuales y clinicas de la melancolia. En el Corpus Hippocraticum se reconoce ya un tipus melancholicus inclinado a padecer este transtorno, de especial incidencia en primavera y otoño, cuya causa es una patologia de los humores basicos y concretamente un exceso o alteracion de la bilis negra. Fue Aristoteles el primero que dedico un estudio monografico a este problema. En el siglo I, Aretes de Capadocia ofrece una de las mejores descripciones de la melancolia.

En la Edad Media, Alejandro de Tralles(525-605), dedica a este transtorno unas excelentes paginas en su obra Doce libros sobre el arte medico, donde se observan tres formas etiologicas diferentes: exceso de sangre, sangre acre y bilis negra. Este autor aprecia que, tal como ya habia sido reflejado en otras descripciones antiguas (Aretes); no siem pre la tristeza y el temor son los sintomas caracteristicos de estos pacientes, sino que en otras ocasiones prevalece la hilaridad, la ira y la ansiedad, fenomenos como vemos cercanos a los estados maniacos.

Es casi innecesario subrayar que todo el cumulo de transtornos que desde el siglo v a. de J.C. se engloban en el termino de melancolia corresponden en realidad a una gran diversidad de estados morbosos. En el siglo XVII Thomas Willis (1621-1675) hace notar la sucesion de cuadros maniacos y melancolicos en el mismo paciente. Corresponde a Buerton (1577-1640) las paginas mas brillantes de su epoca sobre el tema en su obra The Anatomy of Melancholy, publicada en 1621. A traves de su experiencia personal como enfermo supo exponer con acierto las vivencias negativas de esta situacion morbida, a la vez que señalo los accesos de alegria desbordante que alternan con el estado depresivo.

La aportacion probablemente mas importante de la primera parte del siglo XVIII corresponde a un español, Andres Piquer (1711-1792), quien describio con suma precision la enfermedad maniaco depresiva del rey Fernando VI, hasta su muerte el 10 de agosto de 1758. En la segunda parte de este siglo la figura mas destacada fue Cullen (1710-1790), el cual incluye en la Vesaniae dos generos principales de depresion, la mania y la melancolia.

Ya en los albores del siglo XIX la obra de Pinel (1745-1826) destaca cuatro -

formas de enfermedades mentales: mania, melancolia, demencia e idiocia. En la misma linea su discipulo Esquirol (1772-1840) incluye la melancolia, que el denomina - lipemania, entre las monomias o locuras parciales, matizando y mejorando su vision conceptual. Esquirol afirama "La melancolia es un delirio parcial cronico sin fiebre determinado y mantenido por una pasion triste, debilitante o depresiva..." Sin embargo hasta mediados del siglo XIX no se efectua la descripcion especifica de una locura circular sobre la base de los ya conocidos episodios de melancolia y mania.

Desde Hipocrates hasta Kraepelin se fueron desgajando del tronco de la melancolia hipocratica varios y heterogeneos transtornos(1) Es en 1986 cuando Emil Kraepelin diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz que luego se conoceria - como esquizofrenia. Kraepelin inicia el uso del termino depresion, intentando crear una palabra que tuviera mayor especificidad para estos procesos.

En 1957 Leonhard diferencia las formas bipolares y unipolares de la depresion. Autores mas recientes como Perris, Winokur y Angst han abundado en esta distincion - abordandola desde varios puntos de vista (geneticos, clinicos, etc.). En el orden clinico Roth y otros miembros de la escuela de Newcastle, asi como Kendell y Paykel; se han ocupado de este tema. Spielberger, Lopez-Ibor Aliño han abordado en los ultimos años el problema de las depresiones enmascaradas, cuya importancia en el ambito de la medicina general es indudable. (1).

El aumento en el diagnostico de depresion en la poblacion mundial ha llevado a investigar las causas de esto y la frecuencia con que se presenta. En una muestra de 767 usuarios de cuidados de salud se encontraron los siguientes transtornos basados en el DSM III R los mas comunes: depresion mayor 23.5 %, transtorno distimico -- 16.8 %. Dos terceras partes tuvieron un historial de vida de depresion mayor (3). Otros autores han estudiado el funcionamiento social en la depresion, encontrando -- que aquellos con diagnostico de depresion mayor o transtorno distimico segun el DSM III estan mas deteriorados funcionalmente que pacientes sin estas características.(4). Entre el 12 y el 20 % de las personas que experimentan una crisis aguda; desarrollan un sindrome depresivo cronico y cometen suicidio hasta un 15 % de los pacientes con depresion. (5).

Entre los clinicos existen diferentes grados de desacuerdo para efectuar los -- diagnosticos psiquiatricos; Bech (1981); enlista los posibles factores como fuente - de desacuerdo.(6).

- 1.- La variacion en la informacion que ocurre cuando los observadores juntan in formacion de diferentes fuentes.
- 2.- La variacion en la informacion que ocurre cuando los clinicos ven la misma informacion o los mismos datos; pero los observan diferentes.
- 3.- La variacion en la terminologia que ocurre cuando los clinicos observan el mismo fenomeno; pero llegan a diferentes conclusiones de diagnostico por-- que usan diferente terminologia.
- 4.- La ignorancia del fenomeno clinico.

Una de las razones para la introduccion de las escalas de medicion es el mejoramiento de la comunicacion y el poder comparar los diferentes estudios.(7).

Las escalas y cuestionarios tienen tres principales usos en investigacion -- psiquiatrica:

- 1.- Como recurso de tamizaje para detectar la incidencia de un transtorno en una comunidad.
- 2.- Como instrumento para establecer patrones de sintomas u otras caracteristicas en un paciente o en un grupo de pacientes.
- 3.- Como medicion de la severidad de los transtornos.

Existen diferentes tipos de escalas; en esta investigacion previa entrevista psiquiatrica e historia clinica completa se aplico la escala de depresion de Hamilton y posteriormente se pidio al paciente contestara el IDB el inventario de -- depresion de Beck.

#### INVENTARIO DE BECK PARA LA DEPRESION.

El inventario de depresion de Beck (IDB) fue diseñado por A.T. Beck para medir el grado de depresion independientemente del diagnostico psiquiatrico. Contiene 21 items, los cuales son contestados por los mismos pacientes, un punto de corte de 13 ha encontrado una sensibilidad del 79 % y una especificidad de 77 %, siendo esto en un estudio de Nielsen y Williams en una poblacion de pacientes de consulta externa.

Como lo define Beck, un registro de 21-30 indica depresion moderada y el registro de mas de 30: depresion severa.

El IDB es uno de los mas ampliamente usados en E.U.A. para registrar escalas de depresion. Los pacientes responden a cada item, en una escala de 0 = ausente, - 3 = sintoma severo o persistente. Algunos autores muestran que el IDB ha sido superior en la identificacion del paciente depresivo en relacion con la identificacion por un medico no psiquiatr, y tiene una cerrada comparacion con las entrevistas psiquiatricas.

Sin embargo si se utiliza el IDB para discriminar ademas de calcular la prevalencia, un corte de registro mas bajo es apropiado. Esto es porque el costo de administracion de la prueba y el chequeo por una breve entrevista son bajos, comparado con el costo de perdida en un caso de depresion.

Desde la aparicion del IDB inventario de depresion de Beck SE HAN REALIZADO - diversos estudios sobre la validez y confiabilidad del mismo en varios paises Zheng y cols.; estudiaron un total de 329 pacientes, en 24 hospitales de China, obteniendose coeficientes de confiabilidad de 0.846. (8); similares a los reportados por Gallagher y col., de 0.90. Recientemente Ambrosini-PJ y cols. (1991), evaluaron la validez actual del inventario de depresion de Beck (BDI) en 122 pacientes externos referidos a una clinica de depresion; el BDI se correlaciono significativamente con los 17 items del puntaje para depresion en mujeres deprimidas; pero no hombres depri

midos porque las calificaciones del BDI fueron mas del 30 % altas en mujeres. La consistencia interna del BDI en todos los casos fue de 0.91 % y fue mas elevada - en pacientes deprimidos que en no deprimidos. (9).

Welch G.; y cols. en 1990 hicieron una investigacion enfocado en el factor - estructura del inventario de Beck para la depresion por su estructura subyacente; hicieron una serie de estudios del factor fueron conducidos que incluia el uso de un nuevo procedimiento de apareamiento de factores en ambos pacientes depimidos y muestras de poblacion normal. Los resultados apoyan la presencia unica de un agen te amplio, que sugiere que los items del BDI recogen una constriccion general de- sindromes depresivos mas que la variedad mas especifica sugerida por investigado-- res previos. (10).

En Mexico Hernandez R. realizo una tesina enun estudio de confiabilidad del IDB obteniendo medidas de confiabilidad de 0.89 para el coeficiente de correlacion de- Pearson, y de 0.88 para el coeficiente de correlacion de rangos de Sperman. (11). Torres C. en otra tesina hizo una validacion del IDB en un hospital de tercer ni- vel. (12)

En el inventario de depresion de Beck originalmente los reactivos fueron es- cogidos en el curso de la psicoterapia de pacientes deprimidos; se hicieron obser-- vaciones sistematicas y se tomaron registros de sus actitudes y sintomas que mos-- traron ser especificos para los pacientes deprimidos y que eran consistentes de -- las descripciones de depresion, contenidos en la literatura psiquiatrica.(13).

A continuacion se enlistan los reactivos:

- 1.- Animo.
- 2.- Pesimismo.
- 3.- Sensacion de fracaso.
- 4.- Insatisfaccion.
- 5.- Sentimientos de culpabilidad.
- 6.- Sensacion de castigo.
- 7.- Descontento.
- 8.- Autoacusacion.
- 9.- Deseos autopunitivos.
- 10.- Llanto.
- 11.- Irritabilidad.
- 12.- Aislamiento.
- 13.- Indecision.
- 14.- Imagen corporal.
- 15.- Inhibicion corporal.
- 16.- Transtorno del sueño.
- 17.- Fatigabilidad.
- 18.- perdida del apetito.
- 19.- Perdida de peso.

20.- Preocupacion somática.

21.- Perdida de la Tívido.

#### ESCALA DE HAMILTON, PARA DEPRESION.

Max Hamilton hizo un analisis de las escalas existentes para medir sintomas y trastornos mentales; y elaboro escala que se usa hasta la actualidad; sobre todo para medir la intensidad de la depresion en investigaciones con anti-depresivos.

La escala consta de 17 variables algunas se definen como categorías de interés creciente; otras por terminos equivalentes.

Es para ser aplicado por el investigador, de preferencia la evaluación debe ser por mas de dos observadores.

La forma en como se cuantifica el registro incluye cuatro variables adicionales: variacion diurna; despersonalizacion; sintomas paranoides y sintomas obsesivos, esto da un total de 21 reactivos; Un puntaje y total por arriba de 18 senales una depresion de significancia clinica. (14) (15) una puntuacion entre 0-7 indice no depresion; y de 8 a 15 depresion menor.

Recientemente Hooijer C. y Col's (1991) publicaron un estudio en el cual nos refiere la co-existencia de version diferente de HDRS puede introducir una fuente de error en la investigacion de depresion. En un proceso de entrenamiento; basado en 16 videotapes; mas de 900 Calif. fueron usadas para investigar diferencia entre las 2 versiones principales. La HDRS publicada por Becket al' en 1986 produjo significativamente calif. mas abajo que la HDRS original -- presentada por Hamilton en 1960. Experiencia previa de las aplicables, tanto a psiquiatria y en el uso de la escala aumentaron las calif. en una manera poco significativa durante el entrenamiento, las calif. de los aplicadores se incrementaron significativamente, Estos efectos fueron pequeños; un punto para cada uno en la Calif. total; pero fueron consistentes a lo largo de nuestro material. En la investigacion de depresion, los procedimientos de entrenamiento y la version exacta de la escala usada debe ser especificada. (16)

Obrien K. y Col. en una investigacion publicada en 1988 nos refieren: el analisis factorial de los componentes principales identicos del total de HDRS para puntajes de depresion. Fueron conducidos en 2 submuestras separadas y - obtenidas de la misma poblacion clinica de porcentos est. Con depresion moderada. Una comparacion de las factoes analizadas mostro un acuerdo substancial para 4 factores a lo largo de las 2 sub-muestras; los 4 factores etiquetados como quejas somaticas; anorexia; alteraciones del sueño, y agitacion/ enlentecimiento. Algunos factoes adicionales emergieron en el analisis de uno de las sub-muestras, pero fallo de aparecer en la otra. En total, estos resultados surgieron de la HRS exhibe una confiabilidad estable en su estructura factorial basada en una muestra amplia de porcentos externos con T. Depresion unipolar. Metodologicamente los problemas con investigacion anterior con discutidas en la luz de los actuales hallazgos. (17).

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se obtendran puntajes mas elevados en pacientes que sean diagnosticados previamente con un transtorno del estado de animo que los diagnosticados con otros diagnosticos psiquiatricos al aplicar el IDB el inventario para la depresion de Beck ?

Se obtendran puntajes elevados en la escala de Hamilton para la depresion al aplicarlo a la misma poblacion?

Los puntajes totales del IDB inventario para la depresion de Beck, permiten identificar a aquellos pacientes que cursan con algun transtorno del estado de animo, diagnosticado mediante una entrevista clinica con historia clinica completa.?

#### OBJETIVOS:

Determinar los puntajes del resultado del IDB inventario para la depresion de Beck que presentan aquellos pacientes diagnosticados con algun transtorno del estado de animo y contrastarlo con pacientes diagnosticados con otros diagnosticos psiquiatricos; basados en la entrevista psiquiatrica y la historia clinica.

#### HIPOTESIS.

Los pacientes diagnosticados con algun transtorno del estado de animo obtendran puntajes mas altos en el IDB inventario para la depresion de Beck que los diagnosticados con otros transtornos psiquiatricos.

#### MATERIAL Y METODOS.

## MATERIAL Y METODOS:

Se tomo una muestra al azar de los pacientes que acuden al servicio de la consulta externa del Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez", que acudieron por primera vez o subsecuentes. Los cuales fueron entrevistados inicialmente por un medico adiestrado (residente de tercer año de psiquiatria del mismo hospital) realizandose historia clinica psiquiatrica completa, ese mismo dia otro medico adiestrado (residente de tercer año de psiquiatria del mismo hospital, le aplicaba la escala de depresion de Hamilton; simultaneamente al termino de la entrevista inicial se le pedia al paciente contestara el IDB inventario para la depresion de Beck.

## DISEÑO:

Se trata de un estudio metodologico, analitico y transversal. Al inicio del estudio se reviso el IDB inventario de depresion de Beck en su traduccion al español; se realizo historia clinica psiquiatrica completa obteniendose un diagnostico psiquiatrico basado en los criterios diagnosticos del DSM III R; realizandose tambien una entrevista semiestructurada basados en los mismos criterios.

Se tomo una muestra total de 50 pacientes, a los cuales se les realizo una entrevista psiquiatrica semiestructurada, se les realizo historia clinica completa y simultaneamente se aplico la escala de depresion de Hamilton realizandose el estudio desde el mes de octubre de 1991 hasta el 10 de febrero de 1992. Tomandose las siguientes variables de la historia clinica: sexo, edad, estado civil; escolaridad, ocupacion; residencia y diagnostico psiquiatrico.

## ANALISIS DE RESULTADOS.

Se obtuvieron la media aritmetica, la desviacion estandard y el error estandard de los puntajes totales del IDB inventario para la depresion de Beck, y la escala de depresion de Hamilton segun los diversos diagnosticos y se hicieron analisis ANOVA; realizandose ademas calculo de correlacion entre la escala de depresion de Hamilton y el IDB inventario para la depresion de Beck.

Se obtuvo la sensibilidad y especificidad en un solo punto de corte.

## RESULTADOS

### DATOS DEMOGRAFICOS:

## RESULTADOS:

La muestra en total de pacientes fueron 50, de los cuales 30 presentaron trastorno del estado de animo y 20 presentaron otros diagnosticos psiquiatricos.

### CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS:

**SEXO:** 29 pacientes fueron del sexo femenino correspondiendo al 58 % y 21 pacientes fueron del sexo masculino, es decir el 42 %. Los pacientes con trastorno del estado de animo fueron 30 en total de los cuales 21 pacientes fueron del sexo femenino correspondiendo al 70 % y 9 fueron del sexo masculino correspondiendo al 30 %. Los pacientes que tuvieron otros diagnosticos psiquiatricos 8 fueron del sexo femenino correspondien al 40 % y 12 fueron del sexo masculino correspondiendo al 60 %.

**EDAD:** En el total de la muestra la minima fue de 18 años y maximo 63 años, teniendo un promedio de 35.04. Los que tuvieron un trastorno del estado de animo la edad minima fue de 19 años y la edad maxima fue de 63 años el promedio fue de 38.1; los que fueron diagnosticados con otros trastornos psiquiatricos la edad minima fue de 18 años y la edad maxima fue de 46 años teniendo un promedio de 30.04 años.

**RESIDENCIA:** En el total de la muestra 29 pacientes correspondiendo al 58 % residen en el D.F. 12 pacientes, correspondiendo al 24 % en el area metropolitana; y 9 pacientes el 18 % eran de provincia. En cuanto a los pacientes diagnosticados con trastorno del estado de animo (30); 15 pacientes correspondientes al 50 % radicaban en el D.F.; 9 pacientes, correspondientes al 30 % en el area metropolitana y 6 pacientes es decir el 20 % fueron de provincia. En los pacientes con otros diagnosticos psiquiatricos (20); 14 pacientes es decir el 70 % fueron del D.F.; 3 pacientes o sea el 15 % radicaban en el area metropolitana y 3 pacientes correspondiendo al 15 % en provincia.

**ESTADO CIVIL:** Se encontro que 20 pacientes, el 40 % del total de la muestra eran solteros; - 16 pacientes es decir el 32 % casados, y 8 pacientes, el 16 % eran divorciados; 5 pacientes es decir el 10 % estaban en union libre y un paciente era viudo correspondiendo al 2 %. En los pacientes con trastorno del estado de animo 10 pacientes, el 33.3 % eran solteros; 10 pacientes, el 33.3 % casados; 6 pacientes el 20 % divorciados y 3 pacientes el 10% en union libre; solo un paciente correspondiendo al 3.3 % era viudo. Los pacientes que fueron diagnosticados con otros trastornos psiquiatricos 10 pacientes, el 50 % eran solteros; 6 pacientes, el 30 % casados; 2 pacientes, el 6.6 % divorciados y 2 pacientes, el 6.6 en union libre.

ESCOLARIDAD: En la muestra en total los años mínimo de estudio fueron 2 y el máximo de 17, con un promedio de 9.1. En los pacientes diagnosticados con un trastorno del estado de ánimo, los años promedio fue de 8.3; siendo el mínimo de 2 y el máximo de 17 años. Los pacientes diagnosticados con otros trastornos psiquiátricos los años de estudio mínimo fueron de 3 y el máximo de 17, teniendo un promedio de 10.25.

Ocupación: En el total de la muestra 14 pacientes, el 28 % trabajaban como empleados; 1 paciente, el 2 % trabajaba como obrero; 2 pacientes correspondiendo al 4 % trabajaban como campesinos; y 6 pacientes el 12 % comerciantes; 4 pacientes, el 8 % eran estudiantes y 14 pacientes, el 28 % se dedicaban al hogar; solo 9 pacientes, el 18 % eran desempleados. De los pacientes con un trastorno del estado de ánimo, 5 pacientes, el 16.6 % eran empleados; 1 paciente, el 3.3 % era campesino; 5 pacientes, el 16.6 % comerciante; 3 pacientes, 10 % estudiantes; y 13 pacientes, el 43.3 % se dedicaban al hogar y 3 pacientes, 10 % estaban desempleados. Los pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos 9 pacientes, el 45 % estaban empleados, 1 paciente, el 5 % era obrero; 1 paciente, 5 % era campesino; un paciente, 5 % era comerciante; un paciente, 5 % era estudiante un paciente, 5 % se dedicaba al hogar y 6 pacientes correspondiendo al 30 % estaban desempleados.

#### DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO.

30 pacientes fueron diagnosticados con trastorno del estado de ánimo, es decir el 60% y 20 pacientes tuvieron otros diagnósticos psiquiátricos correspondiendo al 40 % del total de la muestra. De los pacientes con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, 14 pacientes fueron diagnosticados como depresión mayor es decir el 28 %; 4 pacientes como distimia es decir el 8 %; 5 pacientes con distimia más depresión correspondiendo al 10 %; 2 pacientes como trastorno bipolar de presivo es decir el 4 %; 1 paciente con trastorno del estado de ánimo por sustancias psicoactivas es decir el 2 %; trastorno del estado de ánimo 2 pacientes es decir el 4 % y por último trastorno adaptativo con estado de ánimo deprimido 2 correspondiendo al 4 %.

20 pacientes fueron diagnosticados con otros trastornos psiquiátricos.

IDB Inventario para la depresión de Beck.

En cuanto a los resultados de la aplicación del IDB, tomando la muestra en total, la media aritmética fue de 20.94, teniendo una desviación estándar de 12.4 con un error estándar de 1.75.

ESCALA para la depresión de Hamilton:

En cuanto a los resultados de la escala de depresión de Hamilton tomando la muestra en total tuvimos una media aritmética de 20.62, una desviación estándar de 9.68, con un error estándar de 1.36.

Al correlacionar tanto los resultados de la aplicación del IDB inventario para la depresión de

Beck con la escala de Hamilton, obtuvimos un índice de correlación de Spearman de .806.

Tomando como punto de corte para la escala de depresión de Hamilton 18 obtuvimos una sensibilidad de 0.8 y una especificidad de 0.9 para nuestra muestra estudiada.

En el IDB inventario para la depresión de Beck tomando como punto de corte 21 la sensibilidad fue de 0.7 y la especificidad fue de 1 para el total de la muestra estudiada.

Tomando en cuenta solo los pacientes con diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, — a los cuales se les aplicó el IDB inventario para la depresión de Beck; la media aritmética — que obtuvimos fue de 28.6, con una desviación estándar de 9.9 y un error estándar de 1.8.

En estos mismos pacientes la escala de Hamilton aplicada, los resultados nos dieron una media aritmética de 25.7 con una desviación estándar de 8.2 y un error estándar de 1.5.

A los pacientes diagnosticados con otros diagnósticos psiquiátricos (20), en el IDB inventario para la depresión de Beck en los resultados obtuvimos una media aritmética de 9.45, una — desviación estándar de 4.1 con un error estándar de .91.

En estos mismos pacientes con los resultados que obtuvimos en la escala para la depresión de Hamilton obtuvimos una media aritmética de 12.4, una desviación estándar de 4.0 y un error estándar de .91.

Al correlacionar los pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo, los resultados del IDB inventario para la depresión de Beck contra la escala de depresión de Hamilton el Kruskal-Wallis nos dio 1.08.

Al correlacionar pacientes con otros diagnósticos psiquiátricos el IDB inventario para la depresión de Beck contra la escala de depresión de Hamilton el Kruskal-Wallis nos dio 4.6

Al correlacionar el IDB inventario de la depresión de Beck de los pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo, con los pacientes diagnosticados con otros trastornos psiquiátricos el Kruskal-Wallis nos dio 33.4 con un nivel de significancia de 0.547.

Al correlacionar los resultados de la escala para la depresión de Hamilton con los pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo, con los diagnosticados con otros diagnósticos psiquiátricos el Kruskal-Wallis fue de 27.33, teniendo un nivel de significancia de .0072.

#### DISCUSION:

Los resultados de los datos demográficos nos muestra una población que va de los 18 años a los 63 años, teniendo un promedio de 35.04 para la muestra en total y para los pacientes diagnosticados con trastorno del estado de ánimo la edad mínima fue de 19 y la edad máxima fue de 63; teniendo un promedio de 38.1; los diagnosticados con otros trastornos psiquiátricos la edad mínima fue de 18 y la máxima de 46; teniendo un promedio de 30.04.

En cuanto al sexo predominó el sexo femenino siendo el 58 % de la muestra en total; en el lugar de residencia predominó el Distrito Federal siendo 29 pacientes correspondiendo al 58 %

de la muestra en total; en cuanto al estado civil; el 40 % de nuestra poblacion fueron solteros y el 32 % casados y el 16 % divorciados; el 10 % vivian en union libre y solo el 2 % estaba viudo. En cuanto la escolaridad en la muestra total fue la escolaridad minima de 2 años y la maxima de 17 teniendo un promedio de 9.1 ya que como se dio una escala autoaplicable todos sabian leer en cuanto la ocupacion el 28 % trabajaba como empleado, 12 % comerciantes, 28 % se dedicaban al hogar y el 18 % eran desempleados, ocupando lugares similares los empleados y las amas de casa, tambien esto - podría deberse a que la muestra fue predominantemente mujeres.

En cuanto al diagnostico psiquiatrico, aunque no se trataba de ver la prevalencia de la depresion mayor el 28 % fueron diagnosticados asi; siguiendo el 10 % a distimia mas depresion y el 8 % con distimia, como ya se habia encontrado con anterioridad por otros autores., aunque no en los mismos porcentajes pero si en cuanto a que son mas frecuentes.

En cuanto el motivo de estudio sobre la validez del IDB inventario de depresion de Beck, las puntuaciones totales que obtuvieron los pacientes con diagnostico de trastorno del estado de animo fueron significativamente mayores de los que obtuvieron los diagnosticados con otros trastornos psiquiatricos.

#### CONCLUSIONES:

De acuerdo a los datos obtenidos y el analisis estadistico realizado, se puede afirmar que al ser aplicado el IDB inventario de la depresion de Beck en los pacientes con diagnostico de trastorno del estado de animo obtienen un puntaje significativamente mas alto que los pacientes diagnosticados con otros trastornos psiquiatricos. Por lo tanto es un instrumento con una validez adecuada para su empleo en el Hospital Psiquiatrico "Fray Bernardino Alvarez".

## BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Julio Vallejo Ruiloba. Introduccion a la psicopatologia y la psiquiatria. segunda edicion Salvat Editores, S.A.; pags. 582-589.
- 2.- Flaherty y cols. Psiquiatria diagnostico y tratamiento. Manuales clinicos, Editorial medica Panamericana. Pag 26.
- 3.- Katon-W, et al.; Distressed high utilizers of medical care: DSM III R diagnoses and treatment needs. Gen. Hosp. Psychiatry. 12|6 (355-362). 1990.
- 4.- Steward-JW., et al.; Social functioning in chronic depression: Effect of 6 weeks of antidepressant treatment.; Psychiatry. Res. 25|2 (213-222), 1988.
- 5.- Bryson, S.; et al.; J. Clin. Psychol.; 40:529, 1984.
- 6.- Bech, P.; Rating Scales for affective disorders: Their validity and consistency. Acta Psiquiatrica Scan. Suppl. 295. 1981.
- 7.- Katsching, H.; Problems in the use of global scores of rating scales in psychiatric research. Psychiatric clinic; University of Vienna, 241-248. 1983.
- 8.- Zheng, Y.; et al.; Comprehensive psychiatric 29:484, 1988.
- 9.- Ambrosini P.J.; et al.; Concurrent validity and psychometric properties of the Beck Depression inventory in out patient adolescent. J. Am Acad. Child. adolesc. psychiatry. 30|1 (51-57), 1991.
- 10.- Welch, G.; et al.; The replicable dimensions of the Beck Depression Inventory . J. Clin. Psychol. 46|6 (817-827), 1990.
- 11.- Hernandez R.; Estudio acerca de la confiabilidad del inventario de depresion de Beck , traducido al español ; en hospital de tercer nivel. Tesina, Fac. de Med. UNAM, 1988
- 12.- Torres C.; Validez de una traduccion al castellano del inventario de Beck para la depresion en un hospital de tercer nivel. Tesina. Fac. de Med. UNAM, 1988.
- 13.- Beck, A.T.; et al.; An inventory for measuring depression. Arch. Gen. Psychat. 4:53-63. 1961.
- 14.- Hamilton, M.; The assessment of anxiety states by rating. British Journal of Medical Psychology, 32, 50-55. 1959.
- 15.- Hamilton, M.; Development of a rating scale for primary depressive illness; British journal of social and clinical psychology 6, 278-296, 1967.
- 16.- Hooijer C.; et al.; The hamilton depression rating scale (HDRS): Changes in scores as a function of training and version used. J. Affect. Disord. 22|1-2 (21-29); 1991.

CARACTERISTICAS  
DEMOGRAFICAS  
MUESTRA TOTAL SEXO

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	29	58
MASCULINO	21	42
TOTAL	50	100

CUADRO 1 SEXO.

C A R A C T E R I S T I C A S   D E M O G R A F I C A S

P A C I E N T E S   C O N   T R A N S T O R N O   D E L   E S T A D O   D E   A N I M O

S E X O

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	21	70
MASCULINO	9	30
TOTAL	30	100

C U A D R O   2   S E X O .

C A R A C T E R I S T I C A S   D E M O G R A F I C A S

PACIENTES CON OTROS TRASTORNOS  
PSIQUIATRICOS  
S E X O

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	8	40
MASCULINO	12	60

CUADRO 3 SEXO.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

ESTADO CIVIL

MUESTRA TOTAL

ESTADO CIVIL	NUMERO	FORCENTAJE
SOLTERO	20	40
CASADO	16	32
DIVORCIADO	8	16
UNION LIBRE	5	10
VIUDO	1	2
TOTAL	50	100

CUADRO 4 ESTADO CIVIL.

## CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

### ESTADO CIVIL

#### PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERO	10	33,3
CASADO	10	33,3
DIVORCIADO	6	20
UNION LIBRE	3	10
VIUDA	1	3,3
TOTAL	30	100

CUADRO 5 ESTADO CIVIL

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

ESTADO CIVIL

PACIENTES CON OTROS DIAGNOSTICOS  
PSIQUIATRICOS

ESTADO CIVIL	NUMERO	PORCENTAJE
SOLTERO	10	50
CASADOS	6	30
DIVORCIADO	2	6.6
UNION LIBRE	2	6.6
TOTAL	20	100

CUADRO 6 ESTADO CIVIL.

## CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

### LUGAR DE RESIDENCIA

LUGAR	MUESTRA TOTAL NUMERO	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	29	58
AREA METROPOLITANA	12	24
PROVINCIA	9	18
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### CUADRO 7 LUGAR DE RESIDENCIA

#### PACIENTES CON TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO

LUGAR	NUMERO	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	15	50
AREA METROPOLITANA	9	30
PROVINCIA	6	20
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

### CUADRO 8 LUGAR DE RESIDENCIA

#### PACIENTES CON OTROS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS

LUGAR	NUMERO	PORCENTAJE
DISTRITO FEDERAL	14	70
AREA METROPOLITANA	5	25
PROVINCIA	3	

### CUADRO 9 LUGAR DE RESIDENCIA.

TRANSTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

DIAGNOSTICO	NUMERO	PORCENTAJE
DEPRESION MAYOR	14	28
DISTIMIA	4	8
DISTIMIA MAS DEPRESION MAYOR	5	10
TRANSTORNO BIPOLAR DEPRESIVO	2	4
TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO POR SUST. PSICOACTIVAS	1	2
TRANSTORNO DEL ESTADO DE ANIMO	2	4
TRANSTORNO ADAPTATIVO CON ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO	2	4
OTROS DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS	20	40

CUADRO 10 DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS.

CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

OCCUPACION

MUESTRA TOTAL

OCCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
EMPLEADO	14	28
OBrero	1	2
CAMPESTINO	2	4
ESTUDIANTE	4	8
PROFESIONISTA	-	-
HOGAR	14	28
DESEMPLEADO	9	18
TOTAL	50	100

CUADRO 11. OCCUPACION

## C A R A C T E R I S T I C A S    D E M O G R A F I C A S

### O C U P A C I O N

#### PACIENTES CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

O C U P A C I O N	N U M E R O	P O R C E N T A J E
EMPLEADO	5	16.6
CAMPESINO	1	33.3
COMERCIANTE	5	16.6
ESTUDIANTE	3	10
HOGAR	13	43.3
DESEMPLEADO	3	10
TOTAL	30	100

CUADRO 12 O C U P A C I O N

## CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS

### OCUPACION

#### PACIENTES CON OTROS TRASTORNOS PSIQUIATRICOS

OCUPACION	NUMERO	PORCENTAJE
EMPLEADO	9	45
OBRAERO	1	5
CAMPESINO	1	5
COMERCIANTE	1	5
ESTUDIANTE	1	5
HOGAR	1	5
DESEMPLEADO	6	30
TOTAL	20	100

CUADRO 13 OCUPACION

En este cuestionario hay grupos de oraciones, por favor lee cada grupo cuidadosamente y elige la oración, de cada grupo, que mejor describa como se ha sentido esta última semana, incluyendo hoy. Marque con una X la oración que haya escogido. Si varias oraciones en el grupo parecen aplicarse a su caso marque sólo una. Asegúrese de leer todas las asuweraciones en cada grupo antes de contestar.

- 1)  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.  
 Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.
  
- 2)  No me siento desanimado acerca del futuro.  
 Me siento desanimado acerca del futuro.  
 Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.  
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
  
- 3)  No me siento como un fracasado.  
 Siento que he fracasado más que otras personas.  
 Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.  
 Siento que como persona soy un completo fracasado.
  
- 4)  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.  
 No disfruto las cosas como antes.  
 Ya no obtengo satisfacción de nada.  
 Estoy insatisfecho y molesto con todo.
  
- 5)  No me siento culpable.  
 En algunos momentos me siento culpable.  
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.  
 Me siento culpable todo el tiempo.
  
- 6)  No siento que seré castigado.  
 Siento que puedo ser castigado.  
 Creo que seré castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.
  
- 7)  No me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento descontento conmigo mismo.  
 Me siento a disgusto conmigo mismo.  
 Me odio a mí mismo.
  
- 8)  No siento que sea peor que otros.  
 Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores.  
 Me culpo todo el tiempo por mis errores.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
  
- 9)  No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.  
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.  
 Quisiera suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
  
- 10)  No lloro más que de costumbre.  
 Llora más que antes.  
 Llora todo el tiempo.  
 Podría llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
  
- 11)  Ahora no estoy más irritable que antes.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado todo el tiempo.  
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban.
  
- 12)  No he perdido el interés en la gente.  
 No me interesa la gente como antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.  
 He perdido todo el interés en la gente.

- 13)  Tomo decisiones tan bien como siempre.  
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.  
 Se me dificulta tomar decisiones.  
 No puedo tomar decisiones en nada.
- 14)  No siento que me vea más feo que antes.  
 Me preocupa que me vea viejo y feo.  
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.  
 Creo que me veo horrible.
- 15)  Puedo trabajar tan bien como antes.  
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.  
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.  
 No puedo trabajar para nada.
- 16)  Duermo tan bien como antes.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.  
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormir.
- 17)  No me canso más de lo habitual.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso de hacer casi cualquier cosa.  
 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
- 18)  Mi apetito es igual que siempre.  
 Mi apetito no es tan bueno como antes.  
 Casi no tengo apetito.  
 No tengo apetito en lo absoluto.
- 19)  No he perdido peso o casi nada.  
 He perdido más de 2.5 kilos.  
 He perdido más de 5 kilos.  
 He perdido más de 7.5 kilos.  
(Estoy a dieta SI NO).
- 20)  Mi salud no me preocupa más que antes.  
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, o estreñimiento.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.  
 Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa.
- 21)  Mi interés por el sexo es igual que antes.  
 Estoy menos interesado en el sexo que antes.  
 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.  
 He perdido completamente el interés en el sexo.

# Escala de valoración psiquiátrica de Hamilton para la depresión.

UNIVERSIDAD DE LA SANTIAGA

Enfermo .....	Fecha .....
.....	Valoración n. ....
Edad..... Natural de .....	Sexo .....
Estado .....	Profesión .....
	<small>(Indicar si está o no jubilado)</small>
Tratamiento .....	Doña.....

Completar todos los ítems. Puntar con un círculo el número que mejor caracteriza al paciente

<b>1. Humor deprimido</b> <small>(Tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)</small>	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 tenencia al tanto. 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea.
<b>2. Sensación de culpabilidad</b>	0. Ausente. 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente. 2. Ideas de culpabilidad, o imputación sobre errores pasados o malas acciones. 3. La enfermedad actual es un castigo, ideas delirantes de culpabilidad. 4. Cye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.
<b>3. Suicidio</b>	0. Ausente. 1. La idea que la vida no vale la pena de ser vivida. 2. Deseo de 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).
<b>4. Insomnio precoz</b>	0. No tiene dificultad para dormirse. 1. Se despierta con dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo más de media hora. 2. Se despierta con dificultades para dormirse cada noche.
<b>5. Insomnio medio</b>	0. No hay dificultad. 1. El paciente se despierta 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)
<b>6. Insomnio tardío</b>	3. 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.
<b>7. Trabajo y actividades</b>	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 incorrectamente 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.
<b>8. Inhibición</b> <small>(Lentitud de pensamientos y de palabras, lentitud de concentración atencional, actividad no era disminuida)</small>	0. Palabra y pensamiento normales. 1. Ligero retraso en el diálogo. 2. Evidente retraso en el diálogo. 3. Diálogo difícil. 4. Torpeza absoluta.
<b>9. Agitación</b>	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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

10. Ansiedad pánicua	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay dificultad</li> <li>1. Tendencia subjetiva a inutilidad</li> <li>2. Preocupación por pequeñas cosas</li> <li>3. Actitud expresiva aversiva en la expresión o en el habla</li> <li>4. Temores expresados sin propiciarlos</li> </ol>	
11. Ansiedad somática	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente</li> <li>1. Ligera</li> <li>2. Moderada</li> <li>3. Grave</li> <li>4. Incapacitante</li> </ol>	<p>Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad, tales como: Gastronerviosismo - boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, retortijones, eructos, cardiovasculares - palpitaciones, cefalalgias respiratorias - hiperventilación, suspiros, frecuencia miccional, sudación</p>
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente</li> <li>1. Necesidad del apetito para comer sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen.</li> <li>2. Dificultad en comer el no comer. Solicita o necesita laxantes o medicación antidiarreica o para sus síntomas gastrointestinales.</li> </ol>	
13. Síntomas somáticos generales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno</li> <li>1. Escalofríos en extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad</li> <li>2. Despertar pronto a bien dormido (se clasifica en 2).</li> </ol>	
14. Síntomas genitales	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente</li> <li>1. Leve</li> <li>2. Grave</li> <li>3. Incapacitante</li> </ol>	<p>Síntomas como: Pérdida de libido Trastornos menstruales.</p>
15. Hipocondría	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. No hay</li> <li>1. Preocupado de sí mismo (compulsivos)</li> <li>2. Preocupado por su salud.</li> <li>3. Se lamenta constantemente. Solicita ayudas, etc.</li> <li>4. Ideas delirantes hipocondríacas.</li> </ol>	
16. Pérdida de peso (Completar A o B)	<ol style="list-style-type: none"> <li>A. Según manifestaciones del paciente (primera valoración)</li> <li>B. Según pérdida de peso</li> <li>1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual.</li> <li>2. Pérdida de peso definida (según el enfermo)</li> </ol>	<p>según peso hecho por el psiquiatra (valoraciones siguientes)</p> <p>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.</p>
17. Insight (Conciencia de sí mismo)	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Sin conciencia de que está enfermo y enfermo.</li> <li>1. Sin conciencia de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.</li> <li>2. Niega que esté enfermo.</li> </ol>	
18. Variación diurna	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente</li> <li>1. Ligera</li> <li>2. Grave</li> </ol>	<p>M T Indice si los síntomas son más severos por la mañana o por la tarde (Radar M o T)</p>
19. Despersonalización y falta de realidad	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausente.</li> <li>1. Ligera. Como: Sensación de irrealidad</li> <li>2. Moderada. Ideas nihilistas</li> <li>3. Grave.</li> <li>4. Incapacitante.</li> </ol>	
20. Síntomas paranoias	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ninguno.</li> <li>1. Sospechosos.</li> <li>2. Ideas de referencia.</li> <li>3. Ideas de referencia.</li> <li>4. Delirios de referencia y de persecución.</li> </ol>	<p style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">10. IS CON FALLA DE ORIGEN</p>
21. Síntomas obsesivos y compulsivos	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausentes</li> <li>1. Ligeros.</li> <li>2. Graves.</li> </ol>	
22. Otros síntomas. (Especificar)	<ol style="list-style-type: none"> <li>0. Ausentes.</li> <li>1. Ligeros.</li> </ol>	<p>Suma total</p>