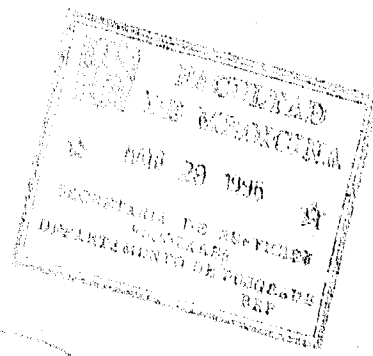


11241
34
20)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

"VALIDACION CONCURRENTE DE LA ESCALA DE MONTGOMERY-ASBERG
PARA MEDIR SINTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES FISICAMENTE
ENFERMOS"

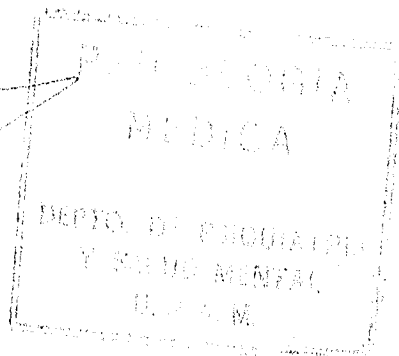
Autor:
Dr Gerardo Villanueva Bueno



Asesores IMSS:
Dr Armando Báez-Ramos
Dr Juan Manuel Saucedo García

Tutor metodológico:
Dr. Hector Ortega Soto

[Handwritten signature]



1996

[Handwritten signature]
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

DEDICATORIA:

A Eva María, quien ha sido mi mejor estímulo para continuar mi carrera,
y ha sabido comprenderme en los momentos agradables y en los difíciles;
y de quien he recibido apoyo y sabiduría profesada en amor.

A mis padres, que sembraron en mí la semilla de la curiosidad y la búsqueda
del conocimiento, lo que me ha permitido ser un mejor hombre, para servir
mejor a mis semejantes.

INDICE

| | |
|----------------------------|----|
| Antecedentes | 1 |
| Planteamiento del Problema | 4 |
| Hipótesis | 5 |
| Objetivos | 6 |
| Procedimientos | 9 |
| Resultados | 11 |
| Discusión | 13 |
| Bibliografía | 14 |
| Anexo I | 15 |
| Anexo II | 19 |

ANTECEDENTES

La depresión es un padecimiento que consiste en un estado de ánimo deprimido, o pérdida de interés o placer en todas o casi todas las actividades y síntomas asociados que representan un cambio en la forma previa de actuar. Estos incluyen alteración del apetito, cambio en el peso, alteraciones del sueño, agitación o entrecimiento psicomotor, disminución de la energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de concentración e ideas de muerte recurrentes, o ideas o intentos de suicidio y alteraciones en el contenido del pensamiento (1).

El término depresión, se utiliza en tres sentidos: síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma, puede acompañar a otros trastornos psicopatológicos primarios; como síndrome, agrupa procesos caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida del impulso vital; como enfermedad se observa en forma de un trastorno de origen biológico en el que puede delimitarse una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. En los últimos años se ha abordado el problema de las depresiones enmascaradas cuya importancia en la práctica clínica de la medicina general es indudable (2). La depresión enmascarada incluye aquellas manifestaciones de los trastornos depresivos de cualquier clase en la que los síntomas somáticos se encuentran en primer plano y los psicológicos son menos manifiestos. Los síntomas principales de la depresión enmascarada son: Dolor, trastornos psicosensoresiales como mareos, vértigo y trastornos de la visión, otros síntomas neurológicos como acatisia, incapacidad manifiesta para permanecer quieto o un impulso compulsivo para estar continuamente en movimiento y síntomas psicósomáticos en un sentido estricto, que se categorizan como gastrointestinales (náusea, vómito, gastralgia, meteorismo, aerofagia, hipo, estreñimiento, diarrea, bulimia, anorexia, úlceras, colitis), respiratorios (disnea, rinitis vasomotriz, asma), genitourinarios (disuria, vejiga neurógena, impotencia, eyaculación precoz, hipersexualidad, dismenorrea, frigidez), cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, extrasístoles, dolor precordial, fobia cardíaca), cutáneos (prurito, eczema, neurodermatitis, alopecia) y metabólicos (obesidad, delgadez) (3).

La depresión es el más común de los trastornos psiquiátricos, y tiene una prevalencia de hasta 33% de pacientes con enfermedad física (4). Los trastornos psiquiátricos complican la valoración clínica de pacientes con enfermedad médica crónica (y viceversa). Los médicos de nivel primario de atención no pueden siempre detectar los trastornos psiquiátricos en pacientes con enfermedad médica (5).

La presencia de una o más condiciones médicas crónicas eleva la prevalencia reciente y de tiempo de vida de trastornos del estado de ánimo de

5.8% a 9.4% y de 8.9% a 12.9%, respectivamente. En general, entre más severa sea la enfermedad, existe mayor probabilidad que sea complicada por la depresión. Se ha desarrollado una lista de síntomas con los cuales el clínico puede substituir los criterios diagnósticos del DSM-IV: apariencia temerosa o deprimida; retraimiento social o disminución de su capacidad para conversar, ensimismamiento, auto-compasión o pesimismo; y falta de reactividad del humor (el sujeto no puede ser animado, no sonríe, no reacciona a las buenas noticias). Es importante descubrir síntomas que son más claros de depresión que de la condición médica, tales como la presencia de auto-reproches, el deseo de morir, o retraso psicomotor (pocos padecimientos físicos producen enlentecimiento psicomotor; el hipotiroidismo y la enfermedad de Parkinson son dos de ellos) (6).

Un tercio de los pacientes referidos para interconsulta por depresión en un hospital general, no tendrán depresión al examen clínico. Por mucho, el diagnóstico más común encontrado en estas interconsultas mal etiquetadas ha sido el síndrome mental orgánico. Un paciente confuso y callado frecuentemente se observa deprimido. El paciente con demencia o con un síndrome del lóbulo temporal debido a lesión cerebral puede carecer de iniciativa espontánea y por tanto verse deprimido. Aunque menos comúnmente, el retraso mental también puede ser malinterpretado como depresión. Ante la sospecha, el retraso mental puede ser confirmado mediante una historia familiar, registros antiguos o por medio de una prueba de inteligencia formal. Otro estado que en ocasiones es confundido con depresión es la ira. El paciente muestra reducción del discurso, sonríe menos, y se muestra irritado; todo esto como respuesta a resentir la enfermedad, irritabilidad ante las rutinas terapéuticas y la estancia hospitalaria prolongada (7).

En 1980, se estimó que los costos ocasionados por los trastornos depresivos en los EUA alcanzaron US\$ 16,000 millones. En 1990, la cifra se había elevado a US\$ 44,000 millones, de los cuales 28% corresponde a gastos de cuidados médicos, psiquiátricos y farmacológicos, y los costos de mortalidad por suicidio relacionado a depresión representaron el 17%. La morbilidad y pérdida de función laboral representa el 55% restante (US\$ 23,800 millones) (8).

La depresión se diagnostica clínicamente, y además por instrumentos como escalas, cuestionarios y listas de verificación. Estas han permitido hacer objetivo el concepto de depresión para fines de investigación. Además se han podido utilizar para detectar que tan eficaz es un tratamiento.

Las escalas que se han usado con más frecuencia son: Inventario para Depresión de Beck (9) (confiabilidad interobservadores: 97%; análisis de

varianza Kruskal-Wallis por clases: $p= 0.001, 0.01$ y coeficiente de Spearman-Brown para confiabilidad y consistencia interna: 0.93), que es un autorreporte con 21 categorías de síntomas y actitudes, donde cada reactivo es calificado con números del 0 al 3, los cuales al sumarse reflejan intensidad de la depresión de la siguiente forma: 0-9, normal; 10-20, leve; 21-30, moderada; y 31 o más, severa. La escala de Hamilton para Depresión (10,11), es un informe de 17 reactivos con 4 variables adicionales, que se miden en escalas de 3 o 5 puntos (de acuerdo a la dificultad para medir una variable), aplicado por un evaluador experto y que refleja la intensidad de la depresión previamente diagnosticada. De éstas existen versiones adaptadas a la lengua castellana. Sin embargo, se ha informado que el instrumento diseñado por Montgomery y Åsberg es más sensible y específico cuando se utiliza en pacientes físicamente enfermos, dado que hace énfasis en aspectos psíquicos más que físicos (12,13,14). Este instrumento ha demostrado ser confiable cuando se ha aplicado en dos poblaciones de lengua diferente (inglesa y sueca), pero no existe una versión en el idioma español hasta el momento. Es de relevancia clínica estimar la confiabilidad y validez de la Escala para Depresión Montgomery-Åsberg en nuestro medio, dado que la población que es atendida en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI cursa con padecimientos físicos generales y frecuentemente concurre a estos fenómenos el trastorno depresivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

- ¿Será igualmente confiable la Escala para Depresión de Montgomery-Åsberg que el Inventario de Depresión de Beck para detectar síntomas depresivos en pacientes físicamente enfermos?

HIPÓTESIS

- La Escala para Depresión de Montgomery-Åsberg es igualmente confiable que el Inventario de Depresión de Beck para detectar síntomas depresivos en pacientes físicamente enfermos.

OBJETIVO:

- Establecer la validación concurrente de la Escala para Depresión de Montgomery-Åsberg respecto a el Inventario de Depresión de Beck para detectar síntomas depresivos en pacientes físicamente enfermos.

MATERIALES Y METODOS:

Diseño:

Se trata de una encuesta comparativa.

Universo de trabajo:

Los pacientes de los servicios de Neurología, Oftalmología, Hematología, Nefrología, Cirugía de cabeza y cuello y Dermatología del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI referidos al servicio de Psiquiatría con el diagnóstico clínico de Trastorno depresivo mayor, en el periodo de agosto de 1994 a enero de 1995.

Variables (según el método):

Independiente:

El diagnóstico o condición de Trastorno depresivo mayor.

Dependiente:

Puntaje de los instrumentos Inventario de Depresión de Beck y Escala para Depresión de Montgomery-Åsberg.

Variables (definición operativa):

Independiente:

Trastorno depresivo mayor:

A. Como mínimo, cinco de los síntomas siguientes han estado presentes durante un mismo periodo de dos semanas y representan un cambio en la conducta previa y, al menos uno de los síntomas es o 1) estado de ánimo deprimido, o 2) pérdida de interés o de capacidad para el placer:

1. estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, casi cada día, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás;
2. notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día;
3. aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (más de 5% del peso corporal por mes)
4. insomnio o hipersomnia
5. agitación o enlentecimiento psicomotor
6. fatiga o pérdida de energía
7. sentimientos excesivos de minusvalía o culpa inapropiada
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión
9. ideas recurrentes de muerte o suicidio

Dependiente:

Puntaje de la escala Montgomery-Åsberg, aplicada por evaluadores expertos en dos ocasiones, basal y una a dos semanas después.

Puntaje del Inventario de Depresión de Beck, auto-aplicado en la primera entrevista y una a dos semanas después.

Tamaño de la muestra:

Se reclutaron 20 pacientes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y 10 sujetos como grupo control.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Sujetos de ambos sexos
- Edad entre 18 y 60 años de edad
- Sujetos que cumplan los criterios diagnósticos del DSM-IV para trastorno depresivo mayor
- Con escolaridad mínima primaria o que sepan leer y escribir
- Derechohabientes del IMSS siendo atendidos actualmente en el Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda" del Centro Médico Nacional Siglo XXI, y
- Que acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

- Individuos que no cumplen con los criterios de inclusión
- Sujetos portadores de otro diagnóstico psiquiátrico diferente a Trastorno depresivo mayor (esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, trastorno mental orgánico, trastorno por somatización, trastornos de personalidad, trastorno de ansiedad, psicosis, abuso de sustancias psicoactivas), de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- Que no acepten la realización de entrevista y/o aplicación de los instrumentos de evaluación
- Pacientes que por su condición no podían ser entrevistados o era imposible aplicarle los instrumentos

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Aquellos individuos que fallezcan
- Sujetos que deserten de la atención del servicio

PROCEDIMIENTOS:

Se aplicarán el Inventario de Depresión de Beck (anexo I) y la Escala para Depresión de Montgomery-Åsberg (anexo II) a pacientes referidos al servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI por diagnóstico de Depresión, siendo los pacientes atendidos por los servicios de Neurología, Oftalmología, Hematología, Nefrología, Cirugía de cabeza y cuello y Dermatología. El diagnóstico clínico de Depresión se realizó por médicos adscritos y residentes de los servicios interconsultantes en base a una lista de criterios diagnósticos según el DSM-IV para trastorno depresivo.

Se utilizó un grupo control en sujetos sanos que fueron sometidos a la aplicación de las escalas en dos ocasiones con intervalo de por lo menos una semana.

Recursos para el estudio:

Humanos:

- Médicos Psiquiatras.
- Médicos residentes de Psiquiatría.

Materiales:

- Copias fotostáticas de los instrumentos de evaluación
- Tablas para apoyar
- Lápices
- Computadora
- Programa de análisis estadístico
- Disquetes de alta densidad de 3.5 pulgadas

CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Consideramos que el estudio cumple normas éticas para investigación en Medicina, dado que no se realizará maniobra invasiva alguna y la evaluación de los estados emocionales en sujetos que acuden a clínica psiquiátrica es un procedimiento de rutina.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| ACTIVIDAD | AGOSTO 94 | SEPTIEMBRE 94 | OCTUBRE 94 | NOVIEMBRE 94 | DICIEMBRE 94 | ENERO 95 | FEBRERO 95 |
|---------------------------|--------------|------------------|---------------|-----------------|-----------------|-------------|---------------|
| SELECCIÓN Y RECLUTAMIENTO | ⊙ | ⊙ | ⊙ | | | | |
| EVALUACION INICIAL | | | | ⊙ | ⊙ | | |
| EVALUACION FINAL | | | | | ⊙ | ⊙ | |
| ANALISIS DE DATOS | | | | | | ⊙ | ⊙ |

RESULTADOS

Se contó con la participación de veinte sujetos con el diagnóstico clínico de depresión, de acuerdo a los criterios diagnósticos para depresión del DSM-IV, de los cuales dos fueron excluidos por haber sido entrevistados en una sola ocasión y haber completado sólo una evaluación. Los 18 pacientes restantes fueron sometidos a por lo menos dos evaluaciones con un intervalo mínimo de una semana y máximo de diez días. Se reclutaron diez sujetos sin padecimiento depresivo como grupo control y se les aplicaron ambas escalas para fines de comparación. Los pacientes fueron entrevistados en el periodo entre el 1 de Agosto de 1994 y el 31 de Enero de 1995. Doce sujetos fueron femeninos.

Para el análisis se realizó correlación de Pearson para determinar la validez concurrente para diagnosticar trastorno depresivo. La correlación de la primera aplicación de la Escala para Depresión de Montgomery-Åsberg con la primera aplicación del Inventario para Depresión de Beck fue altamente significativa ($r = 0.855$, $P = 0.0001$, gl, 16). En el análisis de la segunda aplicación de los instrumentos la correlación fue significativa ($r = 0.747$, $P = 0.001$, gl, 16).

Los resultados muestran que tanto la escala para depresión de Montgomery-Åsberg como el inventario de depresión de Beck miden las mismas variables entre pacientes con síntomas depresivos y enfermedad física concurrente.

FALTA PAGINA

No. 12

DISCUSION

Los principales requerimientos de una escala para detectar depresión son que sea fácil de aplicar y breve, para facilitar su aplicación en el mayor número de situaciones clínicas relevantes para los padecimientos depresivos, especialmente en un hospital general, donde frecuentemente se solicitan interconsultas al servicio de psiquiatría con otros diagnósticos de envío diferentes al de depresión. La escala para depresión de Montgomery- Åsberg es breve, ya que por contar con sólo diez reactivos que se califican mediante entrevista, permite hacer una aplicación y evaluación rápida, que ofrece resultado de manera casi inmediata.

Otra ventaja adicional de la aplicación de la escala es que consiste en una entrevista semi-estructurada, lo que permite hacer una evaluación del área afectiva del paciente sin repetición de preguntas irrelevantes a la vez que permite dar un sentido a la entrevista con el paciente con síntomas depresivos.

Los diez reactivos incluidos en la escala depresión de Montgomery- Åsberg son todos referentes a los síntomas centrales de la depresión. Esto lleva a un enfoque directo al problema de diagnosticar el estado depresivo y además permite calificar la intensidad. Esto es de utilidad tanto en la práctica clínica como en trabajos de investigación. Esta escala permitirá detectar y calificar estados depresivos en diversas situaciones clínicas.

Estimamos que las diferencias encontradas en este estudio permiten el uso de la escala de Montgomery- Åsberg para distinguir a sujetos portadores de trastorno depresivo mayor con un padecimiento físico y que las diferencias encontradas entre este instrumento y el inventario para depresión de Beck son mínimas y se deben fundamentalmente al número de sujetos en el estudio.

BIBLIOGRAFIA

1. Spitzer RL, **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition**. The American Psychiatric Association 1994.
2. Vallejo J, Trastornos Depresivos. En Vallejo J. **Introducción a la psicopatología y la psiquiatría**, Tercera edición, Salvat 1991. Barcelona.
3. López-Ibor J.J. La máscara y la realidad de la depresión. En Feighner JP, Boyer WF. **Diagnóstico de la depresión**. John Wiley & Sons 1991. 119-138
4. Rosenberg SJ, Peterson RA, Hayes JR. **Depression in medical in-patients**. *British Journal of Medical Psychology* 1988; 61, 245-254
5. Wells KB, Golding JM, Burnam A. **Psychiatric Disorder in a Sample of the General Population With and Without Medical Conditions**. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 976-981
6. Endicott J. **Measurement of depression in patients with cancer**. *Cancer* 1984; 53 (suppl): 2243-2249.
7. Cassem NH. Depression. En cassem NH. **Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry**. Mosby Year Book 1991.
8. Greenberg PE, Stiglin SN, Finkelstein SN. *J Clin Psychiatry*. 1993; 54: 405-418.
9. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. et al. **An inventory for measuring depression**. *Arch Gen Psychiatry*. 1961; 4:53-63
10. Hamilton M. **A rating scale for depression**. *J Neurol Neurosurg Psychiatr*. 1960; 23: 56-62
11. Edwards B. C., Lambert M. J., Moran P. W., McCully T., Smith K. C. & Ellingson A. G. **A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome**. *British Journal of Clinical Psychology* 1984; 23, 93-99
12. Montgomery S.A., Asberg M. **A New Depression Scale Designed to be Sensitive to Change**. *Brit J Psychiat* 1979: 134, 382-389
13. Davidson J., Turnbull C. D., Strickland R., Miller R. & Graves K. **The Montgomery-Asberg Depression Scale: reliability and validity**. *Acta Psychiatr Scand* 1986: 73: 544-548
14. Bech P. **Instruments for measuring psychiatric disorders**. *Acta Psych Scand* 1993 (suppl): 372 Vol. 87.

ANEXO I

ESCALA PARA CALIFICAR DEPRESION DE MONTGOMERY-ÅSBERG.

La calificación debe basarse en una entrevista clínica, que debe incluir las preguntas acerca de los síntomas señaladas aquí de una manera sucinta y posteriormente de forma más detallada, lo que permitirá establecer una calificación precisa de la severidad. El evaluador debe decidir si la calificación se ubica en pasos definidos de la escala (0,2,4,6) o entre ellos (1,3,5).

Es importante recordar que es solo en contadas ocasiones que un paciente deprimido no pueda ser calificado en los reactivos de esta escala. Si no se pueden obtener respuestas del paciente todos los elementos relevantes tanto como la información de otras fuentes se pueden usar como una base para la calificación en línea con la práctica clínica cotidiana.

La escala puede ser usada para cualquier intervalo de tiempo entre las calificaciones, sea semanal o de otra forma, pero esto debe ser registrado.

Lista de reactivos:

1. Tristeza aparente
2. Tristeza reportada
3. Tensión interna
4. Insomnio
5. Hipofagia
6. Dificultades en la concentración
7. Debilidad
8. Anhedonia
9. Pensamientos pesimistas
10. Pensamientos suicidas

1. Tristeza aparente

Representa abandono, pesar y desesperación, (más que solamente ánimo decaído transitorio), reflejado en el habla, la expresión facial y la postura. Califique de acuerdo al grado de incapacidad para alegrarse.

0 No hay tristeza

1

2 Se mira desanimado pero se alegra sin dificultad

3

4 Parece triste e infeliz la mayor parte del tiempo

5

6 Se aprecia miserable todo el tiempo. Extremadamente abandonado

2. Tristeza reportada

Representa informes de ánimo depresivo, sin importar que éste se refleje en la apariencia o no. Incluye ánimo deprimido, abandono o el sentimiento de estar lejos del alcance de ayuda y sin esperanza. Calificar de acuerdo a la intensidad, duración y límites hasta donde el humor se informe esté influido por eventos.

- 0 Tristeza ocasional al enfrentarse a las circunstancias diarias
- 1
- 2 Triste o con desánimo pero se alegra sin dificultad
- 3
- 4 Sentimientos persistentes de tristeza o melancolía. El humor es aún determinado por circunstancias externas
- 5
- 6 Tristeza continua o invariable, miseria o abandono

3. Tensión interna

Representa sentimientos de incomodidad patológica, sensación de desastre, torbellino interno, tensión mental que lleva al pánico la desesperación o la ira. Calificar de acuerdo a la intensidad, la frecuencia, la duración y el límite de reafirmación solicitado.

- 0 Plácido. Solo tensión interna pasajera
- 1
- 2 Sentimientos ocasionales de desesperación e incomodidad patológica
- 3
- 4 Sentimientos continuos de tensión interna o de pánico intermitente el cual el paciente sólo puede manejar con algunas dificultades
- 5
- 6 Ira o desesperación intolerables. Pánico sobrecogedor

4. Insomnio

Representa la experiencia de la reducción en la duración o la profundidad del dormir del sujeto comparada con el patrón normal cuando se encuentra bien.

- 0 Duerme como siempre
- 1
- 2 Ligera dificultad para conciliar el dormir o éste ligeramente reducido, superficial o incómodo
- 3
- 4 Dormir reducido o perdido en cuando menos dos horas
- 5
- 6 Menos de dos o tres horas de dormir

5. Hipofagia

Representa el sentimiento de una pérdida del apetito comparado a cuando está bien.
Califique por pérdida del deseo a los alimentos o la necesidad de forzarse para comer.

- 0 Apetito normal o aumentado
- 1
- 2 Apetito ligeramente reducido
- 3
- 4 Sin apetito. La comida es insípida
- 5
- 6 Necesita que se le convenza para comer

6. Dificultades para la concentración

Representa dificultades para mantener los pensamientos coherentes hasta la pérdida incapacitante de la concentración.
Califique de acuerdo a la intensidad, la frecuencia y el grado de incapacidad producida.

- 0 Sin dificultades en la concentración
- 1
- 2 Dificultades ocasionales para mantener la coherencia de los pensamientos
- 3
- 4 Dificultades para concentrarse y mantener el pensamiento, lo cual reduce la capacidad para leer o mantener una conversación
- 5
- 6 Incapaz de leer o conversar sin gran dificultad

7. Debilidad

Representa una dificultad o enlentecimiento para iniciar y desempeñar las actividades diarias.

- 0 Difícilmente tiene alguna dificultad para iniciar. No hay enlentecimiento
- 1
- 2 Dificultades para iniciar las actividades
- 3
- 4 Dificultades para iniciar actividades rutinarias simples, las cuales son llevadas a cabo con esfuerzo
- 5
- 6 Debilidad completa. Incapaz de hacer nada sin ayuda

8. Anhedonia

Representa la experiencia subjetiva del interés disminuido en el entorno o las actividades que normalmente dan placer. La capacidad para reaccionar con emociones adecuadas a las circunstancias o a la gente, está reducida.

0 Interés normal en el entorno y en otras personas

1

2 Capacidad reducida para disfrutar intereses comunes

3

4 Pérdida del interés en el entorno. Pérdida de los sentimientos por amigos y conocidos

5

6 La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir ira, pesar o placer y una falla completa o incluso dolorosa para sentir acerca de parientes cercanos y amigos

9. Pensamientos pesimistas

Representa sentimientos de culpa, inferioridad, autoreproche, pecaminosidad, remordimiento y ruina.

0 Sin pensamientos pesimistas

1

2 Ideas fluctuantes de falla, autoreproche o autodepreciación

3

4 Auto-acusaciones persistentes o ideas definitivas, pero aún racionales de culpa o pecado. Gradualmente pesimista acerca del futuro

5

6 Ideas delirantes de ruina, remordimiento o pecado irremediable. Auto-acusaciones las cuales son absurdas e insacudibles

10. Pensamientos suicidas

Representa el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirla, que una muerte natural sería bienvenida, pensamientos suicidas y preparación para el suicidio. Los intentos suicidas no deben en sí mismos influir la calificación.

0 Disfruta de la vida o la toma como viene

1

2 Conciente de la vida. Solo pensamientos suicidas fluctuantes

3

4 Probablemente estaría mejor muerto. Los pensamientos suicidas son comunes, y el suicidio se considera como una posible solución, pero sin planes o intenciones específicas.

5

6 Planes explícitos para el suicidio, cuando haya una oportunidad. Preparación activa para el suicidio

**ANEXO II
INVENTARIO PARA LA DEPRESION DE BECK**

NOMBRE: _____

FECHA _____

Este cuestionario consta de grupos de afirmaciones; por favor lea cada afirmación cuidadosamente. Escoja entonces una afirmación en cada grupo, aquella que describa de mejor manera cómo se ha sentido LA SEMANA PASADA, INCLUSO HOY. Circule el número al lado de la afirmación que escogió. ASÉGURESE DE LEER TODAS LAS FRASES EN CADA GRUPO ANTES DE HACER SU ELECCION.

1. 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar

2. 0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro
1 Estoy desilusionado(a) del futuro
2 Siento que no tengo perspectiva de futuro
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará

3. 0 No siento que falle
1 Siento que fallo más que una persona normal
2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
3 Me siento una falla completa como persona

4. 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
1 No disfruto de las cosas como antes
2 No encuentro ya satisfacción real de nada
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo

5. 0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo

6. 0 No siento que he sido castigado(a)
1 Siento que podría ser castigado(a)
2 Espero ser castigado(a)
3 Siento que he sido castigado(a)

7. 0 No me siento desilusionado(a) de mí
1 Estoy desilusionado(a) de mí
2 Estoy disgustado(a) conmigo
3 Me odio

8. 0 No me siento peor que nadie
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9. 0 No tengo pensamientos de suicidarme
1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaría
2 Me gustaría matarme
3 Me mataría si pudiera

ESTA TESIS NO PUEDE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

10. 0 No lloro más de lo usual
1 Lloro más que antes
2 Lloro ahora todo el tiempo
3 Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo
11. 0 No soy más irritable de lo que era antes
1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes
2 Me siento irritado(a) todo el tiempo
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí
12. 0 No he perdido el interés en otra gente
1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes
2 He perdido mi interés en otra gente
3 He perdido todo mi interés en otra gente
13. 0 Hago decisiones igual que siempre
1 Evito hacer decisiones más que antes
2 Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora
3 No puedo hacer decisiones por completo
14. 0 No siento que me vea peor que antes
1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)
2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a)
3 Creo que me veo feo(a)
15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
3 No puedo hacer nada
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
17. 0 No me canso más de lo usual
1 Me canso más fácilmente que antes
2. Me canso de hacer casi cualquier cosa
3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa
18. 0 Mi apetito es igual que lo usual
1 Mi apetito no es tan bueno como antes
2 Mi apetito es mucho peor ahora
3 No tengo nada de apetito
19. 0 No he perdido peso
1 He perdido más de 2.5 Kgs
2 He perdido más de 5 Kgs
3 He perdido más de 7.5 Kgs
- He intentado perder peso comiendo menos
Sí_____ No_____

20. 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes
1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias
2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
21. 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes
2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés en el sexo