

11236



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL "DR. GAUDENCIO GONZÁLEZ GARZA"
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

DEPARTAMENTO DE OTORRRINOLARINGOLOGIA

*REACCIONES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON CÁNCER DE CABEZA Y CUELLO*

T E S I S

**PARA OBTENER EL TITULO DE :
OTORRINOLARINGOLOGA Y CIRUJANA DE
CABEZA Y CUELLO**

**P R E S E N T A :
DRA. IRMA ADRIANA RODRÍGUEZ PEÑA**

**ASESORES:
DR. MARIO ANTONIO BARRÓN SOTO
DR. RÚBEN MORENO PADILLA**



MÉXICO, D.F.,

FEBRERO 2000

276370



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).

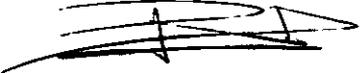
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

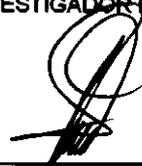

CARLOS GALDENIGO CONZALEZ
ARAZ
DR. EMILIO ESCOBAR PICASSO
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DIVISION
EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA


DR. MARIANO HERNANDEZ GORIBAR
JEFE DE SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGIA


DR. MARIO ANTONIO BARRON SOTO
INVESTIGADOR PRINCIPAL


DR. RUBEN MORENO PADILLA
INVESTIGADOR PRINCIPAL


DRA. IRMA ADRIANA RODRIGUEZ PEÑA
RESIDENTE DE OTORRINOLARINGOLOGIA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS

Por estar conmigo siempre y dejarme tener tantas cosas bellas en la vida.

A MIS PADRES

Por su gran apoyo y cariño a lo largo de todo este tiempo, los amo.

A MI HERMANA ICELL

Por su comprensión y apoyo sin cuestionamientos, te quiero.

A ILIANA

Por ser hermana y amiga y compartir conmigo lo más valioso de su vida, te quiero.

A MIS MAESTROS

Por su tiempo y paciencia, de todos aprendí mucho.

A MIS COMPAÑEROS

Por dejarme conocerlos un poco y compartir conmigo tantas cosas.

A LOS PACIENTES

que contribuyeron de alguna manera a mi formación científica y ética

INDICE

RESUMEN.....	1
INTRODUCCION.....	2
MATERIAL Y METODOS.....	4
RESULTADOS.....	5
ANALISIS.....	6
CONCLUSIONES.....	7
BIBLIOGRAFIA.....	8

ANEXOS

GRAFICAS

RESUMEN

TITULO: Reacciones de ansiedad y depresión en el paciente con cáncer de cabeza y cuello.

OBJETIVO: Detectar reacciones de ansiedad y depresión en pacientes con cáncer de cabeza y cuello al momento de conocer su enfermedad.

DISEÑO DE ESTUDIO: Encuesta descriptiva.

MATERIAL Y METODOS: Se recolectaron datos de 35 pacientes del servicio de Otorinolaringología y Cirugía de cabeza y Cuello del Hospital General Centro Médico "Dr. Gaudencio González Garza", con diagnóstico confirmado de cáncer de cabeza y cuello. Todos ellos fueron pacientes adultos, de ambos sexos, sin tratamientos quirúrgicos previos y que aceptaron participar en el proyecto previo consentimiento por escrito. Los cuestionarios aplicados fueron las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton para medir niveles ansiedad y depresión (leve, moderada, severa o muy severa), dependiendo de la puntuación obtenida en dichos cuestionarios. Las escalas realizan preguntas sencillas acerca del estado de ánimo, tensión emocional, temores, síntomas vasculares, respiratorios, gastrointestinales, autónomos y la conducta del paciente durante la entrevista.

RESULTADOS: Se analizaron 35 pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello; 30 del sexo masculino (85.7%), 5 del femenino (14.2%); con un rango de edad de 40 a 79 años, y un promedio de 57 años. En 19 pacientes (54.2%) se presentaron reacciones de ansiedad y depresión en forma moderada; en 7 pacientes (20%) en forma leve; en 8 (22.8%) pacientes en forma severa y sólo en 1 paciente (2.85%), se presentó ansiedad en forma muy severa. Los pacientes con depresión moderada están en un rango de edad de 50 a 69 años con un promedio de 59; los de ansiedad severa de 40 a 49 años, con un promedio de 47 años; aquellos pacientes con ansiedad leve están en un rango de edad de 70 a 79 años, con un promedio de 74 años. El único paciente que presentó ansiedad muy severa tiene 63 años de edad.

CONCLUSIONES: Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello presentan reacciones de ansiedad y depresión al momento de conocer su enfermedad, esto nos indica que el manejo de dichos pacientes debe ser multidisciplinario y la aplicación de escalas de ansiedad y depresión de Hamilton, nos permite detectar en forma temprana aquellos pacientes con riesgo a desarrollar un problema psicológico importante.

INTRODUCCION

La ansiedad es una emoción común tanto a personas sanas como enfermas, todos hemos experimentado la ansiedad, sin embargo, se debe distinguir entre la ansiedad como sensación común de la que se convierte en trastorno; se sabe que en ciertas condiciones de riesgo, la ansiedad se vuelve claramente patológica (psicopatológica); por ejemplo, cuando se informa a alguien de padecer una enfermedad grave como el cáncer, y, es probable que la persona afectada experimente diversos grados de ansiedad o aun de depresión. (1,2)

Evidentemente, las alteraciones emocionales despertadas dependen de una serie de factores, entre otros, la personalidad del paciente y la del informante, del apoyo social y familiar y de las características del tratamiento, así como del pronóstico. (3)

Contrario a lo que podría pensarse, la ansiedad es un fenómeno complejo y se caracteriza por un sentimiento subjetivo de aprehensión, tensión muscular, hipervigilancia y descarga adrenérgica que llevan posteriormente a una serie de síntomas físicos. Para fines prácticos se le parece mucho al miedo y esto es en gran parte porque ambos sentimientos comparten similitudes con relación a lo desconocido. (4,5)

Clinicamente las molestias pueden ser múltiples, entre otras podrían ser; cefalea, anorexia, opresión o dolor de pecho, sensación de vacío en estómago, mareo y sequedad de boca, hiperventilación, palpitaciones, parestias, disfunción sexual, alteraciones urinarias, etc. (6)

En el caso de la depresión, esta alteración podría ser la expresión final de una alteración genética de base asociada a factores de la personalidad y situaciones medioambientales y sociales como podrían ser el divorcio o la pérdida del empleo. Cuando se presenta alteraciones de suficiente severidad y persistencia es evidente que estamos ante un trastorno por ansiedad en cuyo caso es primordial la participación del psiquiatra para que establezca el diagnóstico específico y el tratamiento definitivo. (7,8)

Se considera población de alto riesgo aquella que presenta alteraciones orgánicas claramente identificadas; esto se sabe, facilita la alteración de los mecanismos adaptativos cotidianos y de hecho se han logrado avances en el aspecto bioquímico identificando los neurotransmisores involucrados.

Característicamente, en los trastornos de ansiedad se han identificado alteraciones en el sistema serotoninérgico, y el GABA. El locus ceroleus se considera el sitio más importante con relación a la filtración y discriminación de todos los estímulos y se ha corroborado en animales de experimentación. Otros autores como Uhde y Nemiah han sugerido que existen condiciones específicas de la ansiedad, entre otros, la transmisión familiar y el predominio en mujeres que apuntala dicha hipótesis genética, al menos en lo que se ha dado en llamar labilidad del sistema nervioso autónomo ante el estrés. (9)

Todo esto es importante cuando se diagnostica e informa a un paciente acerca de la gravedad de su enfermedad. Se sabe que el paciente atraviesa por una serie de etapas: una inicial que se desencadena por la misma hospitalización y puede considerarse como adaptativa y normal, posteriormente, podría agravarse con la presencia de enojo persistente, negación y hostilidad y aún más, sensación de persecución que podría resultar en una mala adaptación negando continuamente y rehusando cualquier tratamiento, así como derivando en un enfrentamiento con el equipo médico. (10)

El paciente podría presentar datos característicos de una psicosis, lo cual invariablemente requiere de tratamiento específico. Finalmente, el paciente podría adoptar una actitud de postramiento y resignación, aunque es probable que sus mecanismos adaptativos le lleven a asumir una actitud altruista y colabore en su tratamiento. Si no evoluciona adaptativamente y busca información continuamente o ayuda en la medicina tradicional o empírica, que puede significar no sólo una mala adaptación, sino un mal manejo por parte del equipo de salud. (11)

Los miedos en la fase final de la enfermedad cancerosa son múltiples, entre otros se encuentra el ser una carga económica para la familiar, el quedar desfigurado, el dejar asuntos pendientes, la pérdida de dignidad, etc. (12)

Siempre se debe tener presente que ante una pérdida grave de salud, la persona pasa por una serie de etapas como el choque, el enojo, negación, negociación, depresión y aceptación. En su momento, la participación del psiquiatra y el tanatólogo son fundamentales, se sabe que todos en ciertas condiciones desencadenan actitudes y conductas que reflejan probablemente una estructura neurótica del carácter lo que podría fundamentar el manejo psicoterapéutico individual o de grupo. En cuanto a escalas de detección de los trastornos por ansiedad existen muchas, una muy conocida y aplicada es la de Hamilton, la cual presenta una confiabilidad del 80%, esto podría ser un instrumento sencillo y de aplicación (autoaplicación) rápida. (1,2,6)

MATERIAL Y METODOS

Todos los pacientes con diagnóstico presuncional de cancer de cabeza y cuello atendidos en el servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello del H.G. CM La Raza Dr. Gaudencio González Garza a los cuales se les realiza historia clínica completa, estudios clínicos y paraclínicos y toma de biopsia de lesión probablemente maligna serán valorados por medio de la Escala de ansiedad y depresión de Hamilton.

A todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, se les aplicara la escala de Hamilton en su primera consulta en el servicio de Otorrinolaringología, previo consentimiento por escrito. Una vez confirmado su diagnóstico con estudio histopatológico, se aplicará nuevamente la misma escala. Una vez obtenidos ambos cuestionarios, serán evaluados por escala nominal y dependiendo de la puntuación obtenida se confirmarán la presencia de reacciones de ansiedad o depresión antes y después de conocer su enfermedad. (anexo 1,2)

RESULTADOS

De los 35 pacientes que se analizaron, 30 (85.7%) fueron del sexo masculino y 5 (14.2%) fueron del sexo femenino.

La edad promedio fue de 57 años, con un rango de 40 años la edad mínima y 79 años la máxima.

En 19 pacientes (54.2%) se presentaron reacciones de ansiedad y depresión en forma moderada; en 7 pacientes (20%) en forma leve; en 8 pacientes (31.4%) en forma severa y sólo en 1 paciente (2.85%) se presentó ansiedad en forma muy severa.

De los 35 pacientes, aquellos con depresión moderada tienen un rango de edad entre 50 y 69 años con un promedio de 59 años; los de ansiedad severa entre 40 y 49 años, con un promedio de 47 años; los pacientes con ansiedad leve con un rango de edad entre 70 a 79 años, con un promedio de edad de 74 años.

El único paciente que presentó ansiedad muy severa fue de 63 años de edad.

ANALISIS

La mayoría de los pacientes encuestados presentaron reacciones de ansiedad y depresión en forma leve a moderada, sin embargo, no son pocos los pacientes que pueden desencadenar reacciones severas ante la noticia de padecer cancer de cabeza y cuello, principalmente aquellos que sospechaban una enfermedad maligna durante el protocolo de estudio para confirmar su diagnóstico y aquellos con menor edad, disminuyendo la ansiedad en aquellos pacientes con más edad.

CONCLUSIONES

Todos los pacientes con diagnóstico de cáncer de cabeza y cuello presentan reacciones de ansiedad y depresión al momento de conocer su enfermedad, esto nos indica que el manejo de dichos pacientes debe ser multidisciplinario y la aplicación de escalas de ansiedad como la de Hamilton, nos permite detectar en forma temprana aquellos pacientes con riesgo a desarrollar un problema psicológico importante.

BIBLIOGRAFIA

1. Pinedo RH. Trastornos de ansiedad. En *Psiquiatría – 1. Asociación Psiquiátrica Mexicana*, 1998.
2. Chávez LE. Trastornos depresivos. En *Psiquiatría – 1. Asociación Psiquiátrica Mexicana*, 1998.
3. Beard, BH. Fear of death and fear of life. The dilemma in chronic renal failure, hemodialysis and kidney transplantation. *Arch Gen Psychiat* 1969. Sep; 21: 373-80.
4. Christensen T, Hjortso NC, Mortensen E, Riis-Hansen M, Kehlet H. Fatigue and anxiety in surgical patients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986; 73: 76 – 9.
5. Barlow DH, Blanchard BE, Vermilyea AJ. Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: description and reconceptualization. *Am J. Psychiat* 1986. Jan 143 (1): 40 – 4.
6. Gjerris A, Bech P, Bojholm S, Bolwig TG, Kramp P, Clemmensen L, Andersen J, Jensen E, Rafaelson OJ. The Hamilton Anxiety Scale Evaluation of homogeneity and inter-observer reliability in patients with depressive disorders. *J. Affect Disord* 1983; May, 5 (2): 163 – 70.
7. McDonough EM, Boyd JH, Varvares MA, Maves. Relationship between psychological status and compliance in a sample of patients treated for cancer of the head and neck. *Head and Neck Surgery.* 1996. May – Jun; 18 (3): 269 – 76.
8. Rappaport Y, Kreitler S, Chaitchik S, Algor R, Weissler K. Psychosocial problems in head and neck cancer patients and their change with time since diagnosis. *Ann Oncol* 1993 Jan; 4 (1): 69 – 73.
9. Steven MP, Anxiety and depression: a common neurobiological substrate? *J Clin Psychiatry* 1988 Oct; 49:10 (Suppl): 13 – 6.
10. Harris LL, Vogtsberger KN, Matox DE. Group psychotherapy for head and neck cancer patients. *Laryngoscope* 1985 May; 95 (5): 585 – 7.
11. Kreitler S, Chaitchik S, Rappaport Y, Algor R. Psychosocial effects of level of information and severity of disease on head and neck cancer patients. *J Cancer Educ* 1995; 10 (3): 144 – 54.
12. Krouse JH, Krouse HJ, Fabian RL. Adaptation to surgery for head and neck cancer. *Laryngoscope* 1989. Aug; 99 (8 Pt 1); 789 – 94.

ESTA TESIS NO DEBE
CALAR DE LA BIBLIOTECA

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

(Anexo 1)

NOMBRE:	FECHA
Calificación del 0 al 4 (0 = ausente; 1 = leve; 2 = moderada; 3 = severa; 4 = muy severa)	
ESTADO DE ANIMO (preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación miedosa, irritabilidad)	
TENSION (sensación de tensión, fatigabilidad, respuesta asustada, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, incapacidad para relajarse)	
TEMORES (de la obscuridad, de extraños, de estar solo, de animales, del tráfico, de multitudes)	
INSOMNIO (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido -roto-, sueño insatisfactorio, fatiga al levantarse, sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	
INTELECTO (dificultad en concentrarse, memoria pobre)	
ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO (pérdida de interés, ausencia de placer en diversiones, depresión, despertar temprano, variación diurna del afecto)	
SOMÁTICO (MUSCULAR Y SENSORIAL) (dolores, punzadas, torceduras, rigidez, sacudidas, miocónicas, bruxismo, voz inestable, aumento del tono muscular, tinnitus, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de punzadas)	
SINTOMAS CARDIOVASCULARES (taquicardia, palpitaciones, dolor pectoral, palpitación de vasos, sensación de desmayo)	
S. RESPIRATORIOS (presión constrictora en pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea)	
S. GASTROINTESTINALES (dificultad para tragar, flatulencia, dolor abdominal, sensación de quemadura, saciedad abdominal, náusea, borborismos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento)	
S. GENITOURINARIOS (frecuencia de orinar, urgencia de orinar, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, pérdida de apetito sexual, impotencia)	
S. AUTONOMICOS (boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudoración, vértigo, cefalea tensional, jalarse los pelos)	
CONDUCTA EN ENTREVISTA (impaciencia, inquietud o caminando de un lado a otro, temblor de manos, entreseño arugado, fascies de tensión, suspiros o respiración rápida, palidez facial)	

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

Anexo 2

NOMBRE DEL PACIENTE:

FECHA:

1. **ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO** (tristeza, desaliento, sensación de inutilidad, desesperanza)
 - 0 = Ausente
 - 1 = Sólo habla de su estado de ánimo de forma espontánea
 - 2 = Habla sobre su estado de ánimo de forma espontánea.
 - 3 = Comunica su estado en forma no verbal: expresión, postura, voz y tendencia a llorar
 - 4 = El paciente comunica sólo indirectamente su estado de ánimo tanto en su comunicación verbal como no verbal.

2. **SENSACION DE CULPABILIDAD** (reprocharse a sí mismo, reprochar por la enfermedad, sentimiento de culpa. Puntar 2 si hay ideas de culpa o sobrevaluadas, pero no alucinatorias)
 - 0 = Ausente
 - 1 = Actitud de reproche: piensa que no se ha portado bien con la gente
 - 2 = Ideas de culpabilidad o consideración de errores pasados
 - 3 = La enfermedad actual es un castigo, complejo de culpabilidad
 - 4 = Oye voces acusadoras o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazantes

3. **SUICIDIO** (pensamientos de muerte, planes de suicidio. Puntar 3 sólo si hay ideas o gestos definitivos de suicidio)
 - 0 = Ausente
 - 1 = Cree que no merece la pena vivir
 - 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre ella
 - 3 = Ideas o tendencias suicidas
 - 4 = Intentos de suicidio (los intentos serios puntúan 4)

4. **INSOMNIO PRECOZ** (Puntúa 2 sólo si la dificultad para dormir por la noche es superior a una hora)

0 = No tiene dificultad para dormir

1 = Se queja de dificultad ocasional para dormir (p ej más de media hora)

2 = Se queda de dificultad para dormir por las noches

5. **INSOMNIO MEDIO**

0 = No tiene dificultad para dormir

1 = El paciente se siente inquieto y trastornado durante la noche

2 = Se despierta durante la noche: las veces que sea levanta puntúan 2 (excepto para ir al baño)

6. **INSOMNIO TARDIO** (despertarse muy temprano, puntuará 2 sólo si se despierta temprano regularmente)

0 = No tiene dificultad para dormir

1 = Se despierta de madrugada pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormir si se levanta de la cama

7. **TRABAJO Y ACTIVIDADES**

0 = Sin dificultad

1 = Pérdida de interés en la actividad, hobbies, fatiga o debilidad relativos a actividades, trabajo o hobbies

2 = Pérdida de interés en la actividad, hobbies o trabajo, ya sea comunicada por el propio paciente o indirectamente por falta de atención indecisión o vacilación

3 = Disminución del tiempo de actividad o de la productividad. Los pacientes hospitalizados que no pasen al menos 3 horas al día ocupados en alguna actividad puntúan 3

4 = Ha dejado de trabajar a causa de la enfermedad actual. Los pacientes hospitalizados puntúan 4 si no realizan actividades o si no pueden realizar por sí mismo las tareas que se les asignan

8. **INHIBICION** (valorar únicamente sobre la observación en la entrevista, lentitud de pensamiento y palabra, actividad disminuida para concentrarse, actividad motora disminuida)
- 0 = Pensamiento
 - 1 = Ligero retardo en la entrevista
 - 2 = Retardo obvio en la entrevista
 - 3 = Dificultad para realizar la entrevista
 - = Estupor total
9. **AGITACION** (basar en la conducta a través de la entrevista. Esta definido como desasosiego asociado con ansiedad; debería diferenciarse de la ansiedad; se refiere a fenómenos observables)
- 0 = Ausente
 - 1 = Inquietud
 - 2 = "Juega" con las manos, pelo, etc
 - 3 = Se mueve, no puede estar parado
 - 4 = Se toma las manos, el pelo o se muerde las uñas o los labios
10. **ANSIEDAD PSQUICA** (sentimientos subjetivos, de tensión o irritabilidad, preocupaciones sobre cosas sin importancia, miedos y actitudes aprensivas)
- 0 = Ausente
 - 1 = Tensión e irritabilidad subjetivas
 - 2 = Preocupación por pequeños detalles
 - 3 = Actitud aprensiva aparente en la expresión de cara o de la palabra
11. **ANSIEDAD SOMATICA** (concomitantes fisiológicas de la ansiedad tales como: Gastrointestinales (boca seca, gases, indigestión, diarrea, calambres, eructos). Cardiovasculares (palpitaciones, dolor de cabeza). Respiratorios (hiperventilación, suspiros, frecuencia urinaria, sudor)
- 0 = Ausente
 - 1 = leve
 - 2 = Moderada
 - 3 = Severa

12. SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES (cambios en el apetito)

0 = Ausentes

1 = Pérdida del apetito. pero como animándole. Sensación de pesadez en abdomen

2 = Dificultad para comer si no se le obliga. Necesita laxantes y otros medicamentos para los síntomas GI

13. SINTOMAS SOMATICOS GENERALES

0 = Ninguno

1 = Pesadez en extremidades, espalda o cabeza, dolores de espalda, de cabeza y musculares; pérdida de energía, fatiga

2 = Cualquier síntoma evidente puntúa 2

14. SINTOMAS GENITALES

0 = Ausentes

1 = Leves

2 = Severos

15. HIPOCONDRIA

0 = Ausente

1 = Auto – absorción (corporal)

2 = Preocupación por la salud

3 = Quejas frecuentes, solicita ayuda, etc

4 = Complejos hipocondríacos

16. PERDIDA DE PESO (valorar pérdida de peso, desde la última visita o desde el comienzo de la enfermedad)

0 = No ha perdido peso o la pérdida no tiene que ver con la enfermedad

1 = Pérdida de peso probablemente debida a la enfermedad actual

2 = Pérdida de peso causada con certeza por la enfermedad actual

17. DISCERNIMIENTO (valorar el grado de asunción con la enfermedad)

0 = Admite que está deprimido, enfermo

1 = Reconoce su enfermedad pero lo atribuye a la mala comida, clima, exceso de trabajo, virus, falta de descanso, etc

2 = Niega que está enfermo

TOTAL PRIMEROS 17 ITEMS _____

18. CAMBIOS DIURNOS

Peor por la mañana _____ Peor por la noche _____

0 = Ausente

1 = Leves

2 = Severos

19. DESPERSONALIZACION (sensación de irrealidad, ideas nihilistas)

0 = Ausente

1 = Leve

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

20. SINTOMAS PARANOIDES

0 = Ausentes

1 = Se sospechan

2 = Ideas de referencia

3 = Complejos de referencia y persecución

21. SINTOMAS OBSESIVOS Y COMPULSIVOS

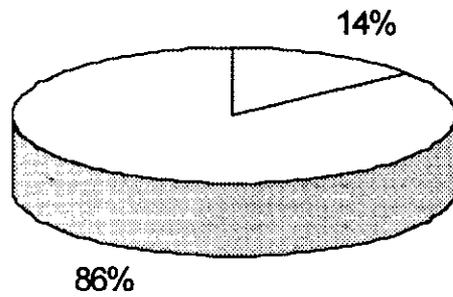
0 = Ausentes

1 = Leves

2 = Severos

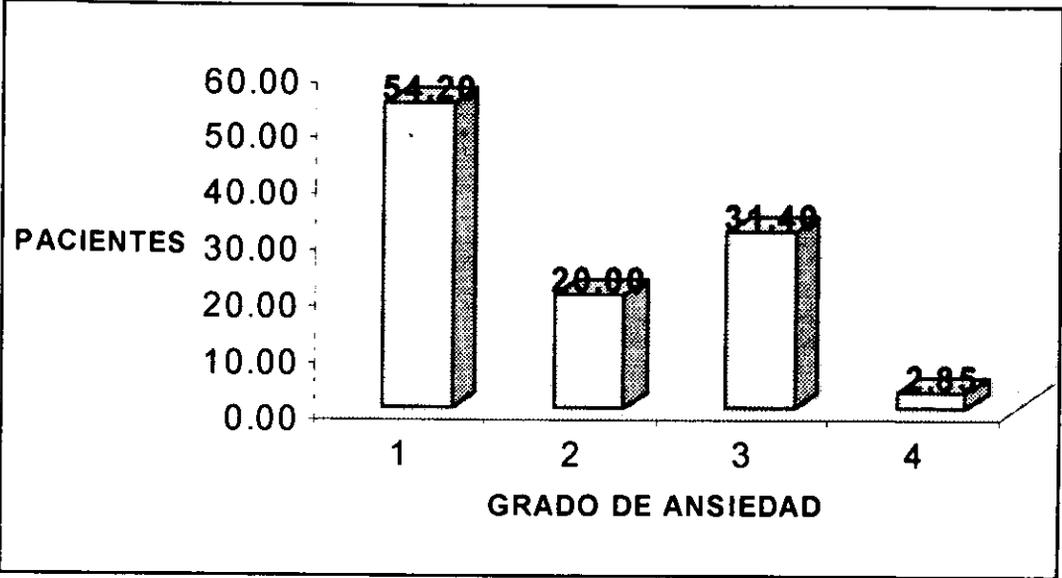
PUNTUACION TOTAL _____

DISTRIBUCION POR SEXO



14% FEMENINO
86% MASCULINO

GRADOS DE ANSIEDAD EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS



- 1 Leve
- 2 Moderada
- 3 Severa
- 4 Muy severa