

11241

33

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y  
SALUD MENTAL**

**“VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE RALENTIZACIÓN  
PSICOMOTRIZ EN PACIENTES DEPRIMIDOS MEXICANOS”**

226401

**TESIS**

**QUE PRESENTA**

**DR. CESAR NAZIN KURI GARCIA**

**PARA OBTENER EL TITULO DE:**

**ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA**

**ASESOR METODOLOGICO**

**ASESOR TEORICO**

*[Signature]*  
**PSICOLOGIA  
MEDICA**

*[Signature]*  
**Dr. Marco Antonio López Butrón**

**MEXICO, DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.**

**2000**

*Vo. Bo.*  
*[Signature]*  
**Dr. Alejandro Díaz J.**



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.

## **INTRODUCCION**

## **JUSTIFICACION**

# **CAPÍTULO UNO. CONSIDERACIONES TEÓRICAS EN RELACIÓN A LA RALENTIZACIÓN PSICOMOTRIZ**

- 1. Depresión y Ralentización Psicomotriz**
- 2. Diversas aproximaciones a la Ralentización Psicomotriz**
  - 2.1 Estudios Actométricos**
  - 2.2 Estudios Fonológicos**
  - 2.3 Estudios de Comportamiento Gráfico**
  - 2.4 Estudios Cognitivos**
  - 2.5 Estudios Electrofisiológicos**

## **CAPÍTULO DOS. METODOLOGIA GENERAL**

- 1. Objetivo Principal**
- 2. Objetivos Secundarios**
- 3. Diseño del Estudio**
- 4. Elegibilidad**
  - 4.1 Criterios de Inclusión**
  - 4.2 Criterios de Exclusión**
  - 4.3 Criterios de Eliminación**
- 5. Tamaño de la muestra**
- 6. Seguimiento**
- 7. Consideraciones Eticas**
- 8. Análisis de la Información**

## **CAPITULO TRES. RESULTADOS**

## **CAPÍTULO CUATRO. CONCLUSIONES.**

## **BIBLIOGRAFIA**

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

## **ANEXO 1. VERSION AL ESPAÑOL DE LA ESCALA DE RALENTIZACION PSICOMOTRIZ (ERD)**

## INTRODUCCION

El estudio de la depresión desde un punto de vista clínico y fisiopatológico es el centro de interés de la presente tesis. Se enfoca la atención sobre un aspecto particular de la depresión, a saber el comportamiento de la inhibición psicomotriz y de ralentización psicomotor de la depresión, toda vez que estos representan un área de importancia para los investigadores que combinan las aproximaciones clínicas y fisiológicas o neurobiológicas.

La importancia clínica del ralentización psicomotriz de la depresión se ha reconocido en los últimos años. Diferentes trabajos, iniciados en el Hospital de la Salpêtrière de París, Francia, por el doctor Widlöcher y colaboradores, han coincidido en que el ralentización psicomotriz es uno de entre tantos síntomas de la depresión, el cual ocupa un lugar particular en la comprensión del grupo de procesos depresivos.

El estudio de esta dimensión clínica comenzó en 1983 cuando se construyó la "Echelle de Ralentissement Dépressif" (ERD), (en español, escala de ralentización psicomotriz) que es el instrumento clínico de referencia a partir del cual se han derivado múltiples trabajos clínicos y paraclínicos, caso exclusivamente en los países europeos. Tal escala comprende 14 reactivos, los cuales incluyen aspectos relacionados exclusivamente con el comportamiento motriz y el intelectual, pero no con el humor depresivo. Diversos análisis factoriales han evidenciado la existencia de dos factores estadísticamente independientes: un factor de ralentización motor y un factor de ralentización ideatorio. Esta estructura factorial ha demostrado confiabilidad a través de diferentes estudios de validación efectuados en muestras variadas de pacientes deprimidos.

Por una parte, la ERD ha mostrado correlaciones altas con otras medidas de depresión como la escala de depresión de Hamilton, y por otra, muestra una alta sensibilidad al cambio, dado que sus puntajes correlacionan cercanamente

con la evolución de la depresión bajo tratamiento farmacológico de la misma manera que lo hacen otras medidas de depresión. Aún mas, puede considerarse que la intensidad del ralentización en fases iniciales puede ser un buen criterio de predicción de un resultado terapéutico antidepresivo favorable.

## **JUSTIFICACION**

La evidencia de los múltiples estudios realizados en torno al modelo de la ralentización depresiva le ha permitido constituirse como un paradigma sólido unitario del fenómeno de lo depresivo. Si bien el desarrollo de la ralentización psicomotriz ha seguido un proceso empírico importante en varios países, en nuestro medio tal dimensión psicopatológica no ha sido explorada. No contamos ni con a metodología de abordaje inicial para e estudio actométrico ni con instrumentos debidamente validados para la medición de su expresión clínica.

El abordaje de la dimensión psicopatológica ofrece una novedosa área de investigación en nuestro país. Su adecuada implementación promete el desarrollo de una línea de investigación, que de inicio permitiría la constatación de os fenómenos psicopatológicos descritos y que mas tarde devendría en nuevas propuestas al realizar estudios comparativos con poblaciones étnicamente diferentes. Su utilidad con los estudios clínicos de tratamiento antidepresivo como predictores y evaluadores de respuesta es también un área de interés.

con la evolución de la depresión bajo tratamiento farmacológico de la misma manera que lo hacen otras medidas de depresión. Aún mas, puede considerarse que la intensidad del ralentización en fases iniciales puede ser un buen criterio de predicción de un resultado terapéutico antidepressivo favorable.

## **JUSTIFICACION**

La evidencia de los múltiples estudios realizados en torno al modelo de la ralentización depresiva le ha permitido constituirse como un paradigma sólido unitario del fenómeno de lo depresivo. Si bien el desarrollo de la ralentización psicomotriz ha seguido un proceso empírico importante en varios países, en nuestro medio tal dimensión psicopatológica no ha sido explorada. No contamos ni con a metodología de abordaje inicial para e estudio actométrico ni con instrumentos debidamente validados para la medición de su expresión clínica.

El abordaje de la dimensión psicopatológica ofrece una novedosa área de investigación en nuestro país. Su adecuada implementación promete el desarrollo de una línea de investigación, que de inicio permitiría la constatación de os fenómenos psicopatológicos descritos y que mas tarde devendría en nuevas propuestas al realizar estudios comparativos con poblaciones étnicamente diferentes. Su utilidad con los estudios clínicos de tratamiento antidepressivo como predictores y evaluadores de respuesta es también un área de interés.

# **CAPÍTULO UNO. CONSIDERACIONES TEÓRICAS EN RELACIÓN A LA RALENTIZACIÓN PSICOMOTRIZ**

## **1. Depresión y ralentización psicomotriz.**

A lo largo del tiempo, la depresión se ha considerado desde el punto de vista psicopatológico, como un problema primario del humor. Es alrededor de esta noción subjetiva del humor triste que se ha intentado centrar la mayor parte del estudio de su psicopatología. Sin embargo, el término de humor es en si mismo, un concepto subjetivo, muy difícil de definir operacionalmente, así como de evaluar de manera confiable. Tal estado subjetivo es el resultado de un conjunto de actividades complejas que son más susceptibles de ser medidas como es el caso de los procesos de control normal y patológico de la actividad los cuales reflejan con mayor precisión el fenómeno observado. De esta manera, otros aspectos particulares de inhibición psicomotriz y del ralentización psicomotor , representan un área de importancia para la investigación de esta área.(1).

La ralentización psicomotriz constituye un patrón comportamental. Es una dimensión que afecta el conjunto de las conductas. En el depresivo se encuentra afectación tanto a nivel de marcha, los movimientos, la expresión mímica y de la palabra, así como de la concentración. Este conjunto de dificultades en la activación de las acciones es el campo de estudio de la ralentización psicomotriz (11).

Los estudios en relación al comportamiento de inhibición y de ralentización psicomotriz fueron iniciados en el Hospital de Salpêtrière de París, Francia por el Dr. Widlöcher y colaboradores. Su estudio se ha desarrollado en diversos niveles; inicialmente los estudios de psicopatología cuantitativa y después la etapa de los estudios experimentales clínicos. Esta etapa ha concluido desde las simples alteraciones en las variables motrices, hasta el estudio de las

alteraciones de tratamiento de la información a través de la Psicología experimental cognitiva y más recientemente, los estudios electrofisiológicos.

Tal evidencia por ahora, ha permitido coincidir que el ralentización psicomotriz es uno de entre tantos síntomas de la depresión, el cual ocupa un lugar particular en la comprensión en el grupo de procesos depresivos. El estudio de esta dimensión clínica comenzó en 1983 cuando se construyó la ERD (escala de ralentización psicomotriz), que es el instrumento clínico de referencia a partir del cual se han derivado múltiples trabajos clínicos y paraclínicos, casi exclusivamente en los países europeos. Tal escala comprende 14 reactivos, los cuales incluyen aspectos relacionados exclusivamente con el comportamiento motriz y el intelectual, pero no con el humor depresivo. Diversos análisis factoriales han evidenciado la existencia de dos factores estadísticamente independientes: un factor de ralentización motor y un factor de ralentización ideatorio. Esta estructura factorial ha demostrado confiabilidad a través de diferentes estudios de validación efectuados en nuestras variadas de pacientes deprimidos.

Por una parte, la ERD ha demostrado correlaciones altas con otras medidas de depresión como la escala para depresión de Hamilton (4), y por otra, muestra una alta sensibilidad al cambio dado que sus puntajes correlacionan cercanamente con la evolución de la depresión bajo tratamiento farmacológico de la misma manera que lo hacen otras medidas de depresión. Aún más, se considera que la intensidad de la ralentización en fases iniciales puede ser un buen criterio de predicción de un resultado terapéutico antidepressivo favorable (11).

## **2. Las diversas aproximaciones a la ralentización psicomotriz.**

**2.1 Estudios actométricos.** El término de actometría se refiere a una técnica que permite el registro continuo de la actividad motora espontánea. El actómetro es un aparato pequeño, de dimensiones parecidas a las de un reloj de pulsera. Se coloca en el puño del lado no dominante. El sujeto lo lleva permanentemente, lo cual permite registrar la actividad motriz aún por la noche. Técnicamente, el actómetro se compone de una pieza eléctrica sensible a la aceleración por movimientos mayores de 0.1 G. El actómetro también incluye una memoria integrada para el almacenaje de los eventos. Su tamaño es suficiente como para que el aparato tenga una autonomía importante desde varios días hasta varias semanas. La interpretación de los eventos puede ser hecha de diferentes maneras. Inicialmente de manera cualitativa y estudiando los trazos actográficos. En este caso, los valores almacenados en la memoria del actómetro se representan gráficamente en forma de histogramas. La altura de cada pico corresponde al número de movimientos por periodo. Sobre los trazos actográficos es fácil de reconocer la mayor parte de las veces, los periodos de vigilia, la actividad extremadamente intensa, los periodos de sueño en donde la actividad es tan débil que se parece casi a la inmovilidad. La actometría encuentra su mayor aplicación actualmente en los estudios de sueño (9, 10).

La técnica actométrica puede ser utilizada en los pacientes deprimidos (12). El nivel global de actividad a lo largo del día es bastante más bajo, pero también existen los picos de actividad. Además la alternancia sueño-vigilia es mucho menor marcada. El estudio de los trazos actográficos bajo tratamiento antidepresivo muestra que el patrón de actividad se normaliza progresivamente, con un nivel de actividad que aumenta gradualmente con el tiempo, a la vez que el contraste noche-día se hace cada vez más marcado. Más allá de la aproximación cualitativa que se funda en la interpretación de los trazos actográficos, también es posible tratar los hechos obtenidos de manera cuantitativa al definir diferentes parámetros actométricos, como por ejemplo el nivel promedio de actividad en 24 horas.

Diferentes estudios han sido realizados por Allilaire y colaboradores con esta técnica (11, 12). Ellos han evidenciado, antes de tratamiento la existencia de correlaciones significativas entre los puntajes de depresión y de ralentización por una parte y, por la otra, las diferentes variables actométricas. Resulta además llamativo que contrariamente a lo encontrado entre los puntajes de escalas como el MADRS y la escala de ralentización, nunca se ha podido encontrar una correlación entre actometría y cualquier otra medición de ansiedad, como el HARS. De relevancia clínica para este grupo es el hecho de que dada la corrección de la hipoactividad junto a la normalización del humor en pacientes bajo tratamiento antidepresivo, se tiene la impresión de que ciertos índices actométricos pueden ser predictivos de una respuesta a un tratamiento antidepresivo.

Otro punto de interés consiste en estudiar la variable actométrica como una variable cronobiológica. De los parámetros cronobiológicos habituales (amplitud, fase y meseta), la amplitud del ritmo es el único parámetro que se ha visto afectado en los pacientes deprimidos.

**2.2 Estudios fonológicos.** Desde a misma perspectiva que los estudios actométricos, es decir con el fin de poner en evidencia los índices objetivos de la ralentización depresiva y su relación con las variables clínicas, se han llevado a cabo estudios fonológicos en pacientes deprimidos (10). La técnica consiste en hacer contar o leer frases a los pacientes y someter los registros a procedimientos de análisis automatizados. De esta forma se ha podido mostrar que si bien los tiempos de fonación son idénticos, los tiempos de pausa entre las emisiones vocales se encuentran significativamente más alargados en los deprimidos y que además se normalizan con la mejoría clínica. Más que el tiempo total de fonación, la medición del tiempo de pausa del discurso (Speech pause time) es el que específicamente se encuentra alterado en la fonación. Se han evidenciado correlaciones fuertes entre el puntaje de la escala de ralentización psicomotriz y el tiempo de pausa del discurso y además tal correlación es más importante con el factor general de ralentización que con las variables motoras o verbales aisladas.

**2.3 Estudios de comportamiento gráfico.** Van Mier y cols. han estudiado la ralentización psicomotriz a través de una prueba de comportamiento gráfico que permite explorar el comportamiento motor al mismo tiempo que el nivel cognitiva. La consigna dada al sujeto es la de copiar lo mas pronto posible las letras o figuras presentadas sobre una pantalla, con la ayuda de un lápiz conectado a un dispositivo informático. De esta manera se han podido realizar diferentes mediciones como el tiempo de iniciación de movimiento, el número de movimientos necesarios para reproducir una figura y el tiempo de movimiento, que a su vez se descompone en un tiempo motor y en un tiempo decisional. Esta técnica se ha aplicado en diferentes patologías neurológicas o psiquiátricas. En a depresión la ralentización es global, pero sobre todo hay una alteración de los tiempos cognitivos (tiempo de decisión y de iniciación de la acción), mas que en los tiempos motores.

**2.4 Estudios cognitivos.** Resulta esencial el abordaje de la depresión y su ralentización desde el Modelo de tratamiento de la información. Diferentes estudios realizados con los modelos clásicos de tiempo de reacción han notado incrementos en los pacientes deprimidos. Otros modelos han corroborado los hallazgos. Con el paradigma de Tiempo de Reacción de Elección (Temps réaction de Choix, TRC), es posible medir separadamente el tiempo de decisión (tiempo premotor) y el tiempo de movimiento (13). Es posible, en efecto, descomponer el tiempo de respuesta en diferentes tiempos: el tiempo premotor (que comprende el momento en que el estímulo es presentado y e momento en que e sujeto comienza a iniciar el movimiento de respuesta), y el tiempo motor, que corresponde a la respuesta misma. Ghozlan y Widocher han podido demostrar que el tiempo de movimiento no se encuentra necesariamente alterado en los deprimidos y que varía según el estado de agitación. En contraste, el tiempo de decisión se encuentra significativamente alterado y se normaliza con la mejoría del estado depresivo (14-17). Con estos resultados parece confirmarse la hipótesis de que existe una perturbación en la etapa decisional de la iniciación del movimiento.

El segundo modelo cognitivo utiliza el test de frecuencia crítica de fusión (CFF) medida habitualmente utilizada en clínica y en farmacología clínica para estudiar los efectos estimulantes o sedantes de los medicamentos psicotrópicos. El principio de este test reside en el hecho de que si se hace variar el resplandor de una fuente luminosa de forma rítmica, la sensación experimentada dependerá del valor de la frecuencia. Para los valores fáciles, se percibe netamente el resplandor discontinuo. Para los valores mas frecuentes, se percibe al contrario este estímulo luminoso como una luz continua. Se pasa de un régimen a otro a traspasar un umbral dado, sea frecuencia crítica de fusión (o frecuencia ascendente), sea frecuencia crítica intermitente (frecuencia descendente), dependiendo de si se procese con valores crecientes o decrecientes. En la depresión, habitualmente se encuentra una disminución del umbral crítico de fusión. Esta disminución de la vigilancia no parece corresponder a una alteración de tratamiento de la información a nivel sensorial, esto es, a nivel perceptivo, si no que mas bien lo hace sobre los procesos decisionales. Sin embargo, aún está por definirse si existe una relación causal entre esta alteración de los procesos decisionales y la ralentización de la actividad, observada y medida a nivel clínico.

**2.5 Estudios electrofisiológicos.** Los mayores progresos recientes en la naturaleza de las alteraciones de tratamiento de la información en la depresión corresponden a los estudios electrofisiológicos (18). Gracias a su alta resolución temporal permite registros de orden de milisegundos como en los potenciales evocados, los cuales representan una de las mejores técnicas de medición de la actividad cognitiva. Los estudios al respecto son diversos. Por ejemplo, uno de los mas utilizados : en situación de escucha dicótica, los sujetos deben señalar lo mas rápidamente posible con un movimiento de dedo, la detección de un sonido agudo, designado como estímulo blanco, que se les presenta de manera aleatoria entre varios sonidos graves. Los potenciales evocados son registrados a partir de electrodos situados en la frente. Se registran varios tipos de ondas: varias ondas N 100, onda negativa que aparece 100 ms. después de la estimulación y que corresponde al tratamiento sensorial de la información, o bien N 200 o la P 300 que corresponden al tratamiento cognitivo activo de la información.

En relación con los pacientes deprimidos los hallazgos también han sido variados (13,18). En particular, las ondas N 200 presentan una amplitud mas débil, lo que corresponde a una dificultad del deprimido para involucrarse en estrategias de resolución o para hacer el esfuerzo mnésico de mantener o de reactualizar as informaciones necesarias con el fin de realizar esta tarea.

## **CAPITULO DOS. METODOLOGIA GENERAL**

### **1. Diseño del estudio.**

Se trata de un estudio con dos componentes, los cuales podrán llevarse a cabo simultáneamente:

**1.1 Validación del instrumento.** Estudio de proceso. En el caso de a escala de ralentización depresiva (ERD) existe una versión traducida y validada en población española. Se harán los ajustes necesarios al índice (y en su debido caso, los cambios) al contexto mexicano. Se tratará por tanto de un estudio de Validación Concurrente. Además se aplicarán dos escalas para depresión, que será la escala para depresión de Hamilton y el Inventario para Depresión de Beck.

**1.2 Ensayo clínico.** Estudio experimental, comparativo y proyectivo, longitudinal, cuya maniobra será la medición mediante las diversas técnicas de evaluación de a respuesta a tratamiento antidepresivo con al menos un fármaco.

### **2. Objetivo Principal**

Validar la Escala de Ralentización Psicomotriz en Pacientes Mexicanos con Depresión Mayor.

### **3. Objetivos Secundarios**

**3.1** Determinar la respuesta clínica a dos tipos de antidepresivos (fluoxetina y reboxetina) y sus efectos sobre el comportamiento según las diferentes modalidades de evaluación.

**3.2** Conocer la correlación existente entre la escala ERD y otras dos escalas para depresión (Inventario de Beck y Escala de Hamilton para depresión)

**3.3** Conocer la relación entre la escala ERD y una escala de socialización para pacientes deprimidos (SASS)

## **4. Elegibilidad.**

### **4.1 Criterios de inclusión.**

Se incluirá todos os pacientes que acudan a la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez que aceptan participar bajo consentimiento informado y que tengan as siguientes características:

- Pacientes de cualquier sexo.
- Edades comprendidas entre 18 y 70 años de edad.
- Que cumplan los criterios de depresión mayor del DSM IV de la APA de 1994.

### **4.2 Criterios de exclusión.**

- Pacientes con trastornos psicóticos asociados.
- Pacientes que previamente hayan iniciado algún tratamiento psicofarmacológico.
- Pacientes que presenten enfermedad médica asociada.
- Pacientes que no deseen participar.

### **4.3 Criterios de eliminación.**

- Pacientes que abandonan el tratamiento.

## **5. Tamaño de la muestra.**

Dado que no se cuenta con antecedentes previos en nuestro medio, el número de pacientes a incluirse será de 30 pacientes inicialmente. Con este número consideramos que podremos contar con una diferencia mínima que permitirá establecer e tamaño de muestra estadísticamente necesario.

## **6. Seguimiento.**

Posterior a la primera entrevista, los pacientes serán valorados quincenalmente durante todo el tratamiento.

## **7. Consideraciones éticas.**

El presente protocolo fue presentado y en su debido caso aceptado por el comité de ética del H.P. Fray Bernardino Alvarez según las normas y criterios que la rigen. Los pacientes que no desearo continuar en el estudio siguieron recibiendo la atención habitual sin que su negativa se afectara en forma alguna.

## **TIPO DE VARIABLES.**

Depresión- Dicotómica.

Ralentización (Ralentización)- Dicotómica.

## **8. ANALISIS DE LA INFORMACION**

**8.1 Validación de la Escala de Ralentización Psicomotriz (ERD).** Con el objetivo de realizar la validación de la escala de ERD, se realizó análisis de correlación (de Pearson) entre los resultados de la ERD y las demás escalas (Inventario de Beck, Escala de Hamilton para la depresión y la escala de funcionamiento social SASS. Para conocer la validez aparente se realizó estadística general de cada prueba incluyendo media, desviación estandar, mediana y sesgo. Para el caso de validez de constructo, se utilizaron los resultados de la correlación de Pearson entre la escala ERD y las escalas para depresión de Hamilton y de Beck de forma directa, y de forma más indirecta con la escla SASS.

**8.2 Respuesta a tratamiento.** Con el objetivo de conocer el comportamiento de las diferentes escalas en función del tipo de tratamiento administrado, se

utilizó estadística no paramétrica -dadas las diferencias encontradas en la asignación de tratamientos- a través de la prueba U-de Mann-Whitney. Dicha prueba también se utilizó con la intención de conocer dichas respuestas según dos grupos etarios, asignados de acuerdo al rango de edad y a la edad promedio encontrados (24 a 38 y 39 a 68 años). Como medida de superficie de cada una de las escalas, se determinó el área bajo la curva (AUC) para cada una de ellas, misma que después se analizó según los diferentes tratamientos y según los grupos etarios previamente definidos.

## **CAPITULO TRES. RESULTADOS:**

### **1. Información general de la población estudiada.**

Se evaluaron un total de 30 pacientes de acuerdo a los criterios establecidos de admisión, 25 de los cuales perteneció al sexo femenino (83.3%). Del total de pacientes, 21 (79%) completaron el tratamiento con fluoxetina y 9 (30%) lo hicieron con reboxetina. Dos pacientes que iniciaron tratamiento con reboxetina fueron cambiados al tratamiento por fluoxetina en la segunda visita debido a los efectos colaterales que presentaron. Las edades tuvieron un rango de 24 a 68 años.

### **2. Comportamiento general de las escalas**

La tabla 1. muestra los promedios y desviaciones estándar de las mediciones realizadas a la población total. Puede verse que el comportamiento de las diversas escalas fue de acuerdo a lo esperado, es decir, con disminución gradual en el puntaje de depresión tanto en el Inventario de Beck (IDB) (Evaluación inicial  $32.96 \pm 9.88$ ; evaluación final de  $8.70 \pm 5.04$ ), la de Hamilton (EDH) (Inicial  $X= 22.26 \pm 5.50$ ; final  $X= 6.80 \pm 2.90$ ), así como la de Ralentización psicomotriz (ERD: Inicial  $X= 28.46 \pm 5.66$ ; final  $X= 9.70 \pm 4.30$ ). Para la escala SASS, el incremento esperado en adaptabilidad social también se comportó según lo esperado (Inicial  $X= 29.20 \pm 5.66$ ; final  $46.66 \pm 6.22$ ). Las evaluaciones intermedias también se comportaron conforme lo esperado. Los puntajes encontrados para cada escala, según sus puntos de corte generalmente establecidos para considerarlos indicativos de depresión en el caso del IDB y la EDH, (17 puntos y 9 puntos respectivamente), corroboraron el diagnóstico clínico de depresión y mostraron mejoría gradual hasta llegar a la evaluación 5, y que empezaron a ser evidentes a partir de la 3a. semana de tratamiento de acuerdo a lo esperado.

	Inventario de Beck	Escala de Hamilton	SASS	ERD
Evaluación Inicial	32.96 (DE 9.88)	22.26 (DE 5.50)	29.20 (DE 8.42)	28.46 (DE 5.66)
2a. Evaluación	25.30 (DE 8.82)	17.06 (DE 4.26)	34.60 (DE 8.48)	23.26 (DE 5.90)
3a. Evaluación	19.76 (DE 7.67)	13.80 (DE 3.32)	39.30 (DE 6.87)	19.10 (DE 5.51)
4a. Evaluación	13.93 (DE 7.31)	10.33 (DE 3.10)	43.23 (DE 5.47)	14.56 (DE 4.98)
5a. Evaluación	8.70 (DE 5.04)	6.80 (DE 2.90)	46.66 (DE 6.22)	9.70 (DE 4.30)

Tabla 1. Resultados. Promedios y desviaciones estándar de las mediciones generales en los 30 pacientes estudiados.

Así mismo, se llevó a cabo el análisis comparativo de acuerdo a dos grupos etarios divididos según promedio y tampoco se encontró que hubieran diferencias con respecto al tratamiento y el porcentaje de respuesta (Tablas 2,3, 4 y 5). Sin embargo, con respecto a los puntajes de depresión en el primer grupo (de 24 a 38 años) el grado de depresión encontrado a través de la escala de Beck fue significativamente mayor que en el segundo grupo, pero con una clara tendencia a igualarse conforme transcurrieron las semanas de tratamiento.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Grupo 1 (24-38)	36.71 (DE 6.55)	27.28 (DE 7.77)	19.71 (DE 6.05)	14.78 (DE 8.41)	8.35 (DE 5.48)
Grupo 2 (39-68)	29.68 (DE 11.27)	23.56 (DE 9.54)	19.81 (DE 9.05)	13.18 (DE 6.38)	9.00 (DE 4.78)

Tabla 2. Resultados de la Escala de Beck según dos grupos etarios.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Grupo 1 (24-38)	23.71 (DE 6.32)	17.85 (DE 4.78)	13.85 (DE 3.27)	9.78 (DE 3.11)	6.07 (DE 2.81)
Grupo 2 (39-68)	21.00 (DE 4.48)	16.37 (DE 3.77)	13.75 (DE 3.47)	10.81 (DE 3.10)	7.43 (DE 2.92)

Tabla 3. Resultados de la Escala de Hamilton según dos grupos etarios.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Grupo 1 (24-38)	28.92 (DE 5.29)	23.07 (DE 6.82)	18.21 (DE 5.29)	13.35 (DE 5.32)	8.07 (DE 5.01)
Grupo 2 (39-68)	28.06 (DE 6.11)	23.43 (DE 5.18)	19.87 (DE 5.76)	15.62 (DE 4.57)	11.12 (DE 3.05)

Tabla 4. Resultados de la Escala ERD según dos grupos etarios.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Grupo 1 (24-38)	26.78 (DE 8.67)	31.50 (DE 7.88)	38.57 (DE 6.96)	43.42 (DE 5.44)	46.42 (DE 7.69)
Grupo 2 (39-68)	31.31 (DE 7.86)	37.31 (8.26)	39.93 (DE 6.95)	43.06 (DE 5.67)	46.87 (DE 4.85)

Tabla 5. Resultados de la Escala SASS según dos grupos etarios.

	Exacta		Corregida por colas		
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
Beck 1	76.0	253.0	.1417	-1.4994	.1338
Beck 2	97.0	232.0	.5521	-.6266	.5309
Beck 3	111.0	216.0	.9837	-.0417	.9668
Beck 4	105.0	224.0	.7901	-.2914	.7707
Beck 5	96.5	201.5	.5249	-.6485	.5167

Tabla 6. Prueba U de Mann-Whitney según los dos grupos etarios para el IDB

	Exacta		Corregida por colas		
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
Hamilton1	79.0	250.0	.1794	-1.3754	.1690
Hamilton2	93.0	236.0	.4475	-.7964	.4258
Hamilton 3	108.5	220.5	.8861	-.1462	.8838
Hamilton 4	82.5	187.5	.2237	-1.2345	.2170
Hamilton 5	79.0	184.0	.1794	-1.3837	.1664

Tabla 7 Prueba U de Mann-Whitney según los dos grupos etarios para la EDH

	Exacta		Corregida por colas		
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
ERD1	111.0	218.0	.9837	-.0417	.9668
ERD2	106.0	211.0	.8218	-.2501	.8025
ERD3	89.5	194.5	.3549	-.9377	.3484
ERD4	80.0	185.0	.1934	-1.3344	.1821
ERD5	62.5	167.5	.0383	-2.0649	.0389

Tabla 8 Prueba U de Mann-Whitney según los dos grupos etarios para la ERD.

	Exacta		Corregida por colas		
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
SASS1	77.5	182.5	.1536	-1.4379	.1505
SASS2	68.0	173.0	.0701	-1.8350	.0665
SASS3	107.5	212.5	.8538	-.1878	.8511
SASS4	105.0	224.0	.7901	-.2917	.7705
SASS5	110.5	215.5	.9510	-.0625	.9501

Tabla 9 Prueba U de Mann-Whitney según los dos grupos etarios para la escala SASS.

### 3. Respuesta a los dos tipos de tratamiento antidepresivo empleados

Los resultados de las pruebas respuesta a los dos tipos de tratamiento se muestran en la tabla 10, 11, 12 y 13 según los resultados de la escala de Beck, Hamilton ERD y SASS, respectivamente. Nuevamente puede notarse que la tendencia en el cambio de los promedios se comporta de una manera adecuada en ambos grupos de tratamiento. Con el objeto de evidenciar si la diferencia encontrada difería de acuerdo al tipo de antidepresivo utilizado, se hizo el análisis de resultados a través de la prueba U de Mann-Whitney, para cada prueba. No se encontraron diferencias significativas de acuerdo a este nivel del análisis en ninguno de los puntajes para ninguna de las pruebas. Ver tablas 14, 15, 16 y 17.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Fluoxetina	34.23 (DE 9.82)	26.66 (DE 8.07)	20.23 (DE 7.51)	14.66 (DE 8.09)	9.09 (DE 5.79)
Reboxetina	30.00 (DE 9.94)	22.11 (DE 10.14)	18.66 (DE 8.38)	12.22 (DE 5.04)	7.77 (DE 2.63)

Tabla 10. (Resultados promedio y desviación estándar) de la prueba de Beck según los dos tipos de tratamiento.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Fluoxetina	22.76 (DE 5.79)	17.57 (DE 4.27)	13.76 (DE 3.06)	10.19 (DE 3.09)	6.42 (DE 2.78)
Reboxetina	21.11 (DE 4.85)	15.88 (DE 4.25)	13.88 (DE 4.07)	10.66 (DE 3.27)	7.66 (DE 3.16)

Tabla 11. (Resultados promedio y desviación estándar) de la prueba de Hamilton según los dos tipos de tratamiento.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Fluoxetina	28.00 (DE 5.97)	23.80 (DE 5.76)	19.33 (DE 5.54)	14.71 (DE 5.06)	9.71 (DE 4.61)
Reboxetina	29.55 (DE 5.02)	22.00 (DE 6.36)	18.55 (DE 5.74)	14.22 (DE 5.09)	9.66 (DE 3.70)

Tabla 12. (Resultados promedio y desviación estándar) de la Escala de Ralentización Psicomotriz (ERD) según los dos tipos de tratamiento.

	Valoración inicial	2a. Evaluación	3a. Evaluación	4a. Evaluación	5a. Evaluación
Fluoxetina	27.95 (DE 8.70)	33.14 (DE 8.31)	38.04 (DE 6.18)	42.04 (DE 4.23)	45.33 (DE 6.24)
Reboxetina	32.11 (DE 7.37)	38.00 (DE 8.32)	42.22 (DE 7.87)	46.00 (DE 7.17)	49.77 (DE 5.23)

Tabla 13. (Resultados promedio y desviación estándar) de la escala SASS según los dos tipos de tratamiento.

	Exacta		Corregida por colas		
	U	W	Z-tailed P	Z	2-tailed P
Beck 1	67.5	112.5	.2264	-1.2242	.2209
Beck 2	73.5	118.5	.3485	-.9551	.3395
Beck 3	86.5	131.5	.7223	-.3629	.7167
Beck 4	81.0	126.0	.5630	-.6119	.5406
Beck 5	87.5	132.5	.7558	-.3188	.7499

Tabla 14. Prueba U de Mann-Whitney según la respuesta a tratamiento con fluoxetina vs. reboxetina según el IDB.

	Exacta		Corregida por colas		
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
Hamilton 1	79.5	124.5	.5043	-.6806	.4961
Hamilton 2	76.5	121.5	.4224	-.8214	.4114
Hamilton 3	3.5	138.5	.9646	-.0455	.9637
Hamilton 4	86.0	148.0	.7223	-.3872	.6986
Hamilton 5	71.5	162.5	.3040	-1.0499	.2938

Tabla 15. Prueba U de Mann-Whitney según la respuesta a tratamiento con fluoxetina vs. reboxetina según la EDH.

	Exacta			Corregida por colas	
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
ERD1	76.5	157.5	.4224	-.8166	.4141
ERD2	84.5	129.5	.6567	-.4538	.6500
ERD3	90.0	135.0	.8590	-.2042	.8382
ERD4	88.5	133.5	.7899	-.2724	.7853
ERD5	92.0	142.0	.9292	-.1135	.9096

Tabla 16. Prueba U de Mann-Whitney según la respuesta a tratamiento con fluoxetina vs. reboxetina según ERD.

	Exacta			Corregida por colas	
	U	W	2-tailed P	Z	2-tailed P
SASS1	69.5	164.5	.2633	-1.1343	.2567
SASS2	67.0	167.0	.2264	-1.2486	.2118
SASS3	67.5	166.5	.2264	-1.2264	.2200
SASS4	63.5	170.5	.1635	-1.4062	.1597
SASS5	53.0	181.0	.0627	-1.8838	.0596

Tabla 17. Prueba U de Mann-Whitney según la respuesta a tratamiento con fluoxetina vs. reboxetina según el SASS.

## BIBLIOGRAFIA.

1. Widlöcher D: L'évaluation quantitative du ralentissement psychomoteur dans les états dépressifs. *Psychologie médicale*, 1980, 12-13 :2725-9.
2. Widlöcher D :L'échelle de rallentissement dépressif: Fondementes Théoriques et premières applications.*Psychologie médicale*, 1981. 13,53-60
3. Pellet J Lang F, Carrier E, ;arcon R, Faure R,Ouvry MC, Gilibert M et al:Contribution à la validation de l'échelle de dépression de Widlocher.Etude d'un echantillon de sujets non déprimés.Société Medico-Psychologique,1982:800-810.
4. Granier F, Girad M, Crosas D, Fernet P, and al:L'échelle de depression de Widlöcher: analyse multifactorielle et comparaison avec l'échelle de Hamilton chez 55 patients deprimés hospitalisés, *Ann Med Psych*, 1982, 140:1134-47.
5. Greden JF and Carrol BJ:Decrease and speach pause time : a marker of psychomotor retardation among endogenous depression, *Biol Psychiat*. 1980 16:851-859.
6. Weckowicz TE, TAM Ch-N ,Mason J,Bay KS:Speed in test perfomance in depressed patients, *J Abnormal Psychol*, 1978, 87 5:578-582.
7. Hardy P, Jouvent R, and Widlöcher D:Speech pause time and retardation rating secale for depression,Toward a reciprocal validation , 1980 ,*J Affective Disor*, 6:123-127.
8. Hoffman GMA, Gonze JC and Mendllewicz J:Speech pausa time as a method for evaluation of psychomotor retardation in depressive illness, 1985,145:159-163.
9. Benoit O, Royant-Parola S,Borbely AA, and et al: Circadian aspect of motor activity in depressed patients.*Acta Psychiat.Bel*,1985:85,582-592.
- 10.Allilaire JF, Dantchev N, Raoux N, Raffaitin F and Widlöcher D:Actometry study of motor behavior in depressives, before and after treatment with trimipramina.*Clin Neuropharmacol*,1990, 13:2-17.
- 11.Dantchev N, Alliaire JF, and Raoux: Intéereèt des études actométriques dans la dépression.*Ann Med.Psych*, 1992 ,150:206-210.
- 12.E Massioui F : Etude électrophysiologique des processus attentionnels dans la dépression *Psycholl Fr.*,1988,tome 33-4: 259-267.

13. Ghozlan A, Widlocher D: Epreuves cognitives et ralentissement psychomoteur dépressif, *J Psychiatric Biol. et Théor*, 1987, 25:14.
14. Ghozlan A, Widlocher D: Decision Time and movement time: differential effect of practice. *Perceptual and Motor Skills*, 1987, 65:355-358.
15. Ghozlan A, Widlöcher D: Ralentissement psychomoteur dépressif et traitement de l'information, *Psychol Fr*, 1988, Tome 33-4 : 251-259.
16. Ghozlan A, Widlöcher D: Decision Time and movement time in depression: differential effects of practice before and after clinical improvement. *Perceptual and Motor Skills*, 1989, 68:187-192.
17. Nandrino JL, Renault B: Les nouvelles approches de la Psychophysiologie cognitive en psychiatrie: l'exemple de la dépression. *L'encephale*, 1995, Spl, 7-13.
18. Widlöcher D: Psychomotor Retardation: Clinical, Theoretical, and Psychometric Aspects. *Psychiatric Clinics of North America*, 1983, 6:1, 27-40.
19. Widlöcher D, Ghozlan A: The measurement of retardation in Depression. *Human Psychopharmacology: Measures and Methods*, 1989, Vol. 2: 1-21
20. Smith M, Banquet JP, El Massioui F, Widlocher D. Measuring cognitive deficits in depressives through ERPS. *Biological Markers of Depression: State of the Art*. M Anseau, R Von Frenckell and G Franck, Editors. Elsevier Science Publishers, 1991, 131-144.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.**

Entrega de anteproyecto.

2 de mayo 1999.

Entrega de protocolo.

7 de mayo de 1999.

Entrevista inicial.

Marzo-Abril 1999

Evaluación de la evolución.

Mayo-Septiembre 1999.

Análisis estadístico y clinimétrico.

Octubre 1999.

Entrega de tesis.

Enero del 2000.

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

#### 4. Resultados del Análisis de Correlación entre las diversas escalas.

Tabla 18 y posteriores. Grado de correlación encontrado entre todas y cada una de las diversas escalas. BE1 = Aplicación de la Escala de Beck en el tiempo Cero; BE5 = resultado de la aplicación de la Escala de Beck en su última aplicación. HA para cada una de las cinco aplicaciones de la Escala para Depresión de Hamilton, RA para las cinco aplicaciones de la Escala de Ralentización Psicomotriz y SA para cada una de las cinco aplicaciones de la Escala SASS.

	BE1	BE2	BE3	BE4	BE5	HA1
BE1	1.0000	.8368	.6081	.4496	.1602	.4490
BE2	.8368	1.0000	.6063	.4193	.0540	.6108
BE3	.6081	.6063	1.0000	.7351	.4568	.2270
BE4	.4496	.4193	.7351	1.0000	.8132	.1401
BE5	.1602	.0540	.4568	.8132	1.0000	-.0306
HA1	.4490	.6108	.2270	.1401	-.0306	1.0000
HA2	.4472	.6500	.3102	.0808	-.1192	.7646
HA3	.4559	.5710	.5143	.3396	.1504	.4873
HA4	.3750	.3329	.3890	.5287	.5137	.2211
HA5	.2302	.1370	.2933	.4455	.4286	-.0418
RA1	.4581	.5655	.1144	.0490	-.1131	.5831
RA2	.2649	.5251	.1157	.0587	-.1003	.3769
RA3	.4457	.5103	.3036	.2471	.1473	.1263
RA4	.3333	.3103	.2802	.3971	.3893	-.0019
RA5	.1579	-.0012	.2821	.4521	.5376	-.2486
SA1	-.5455	-.4862	-.5449	-.6018	-.5550	-.1529
SA2	-.6381	-.6032	-.5988	-.6175	-.4373	-.2541
SA3	-.4869	-.5435	-.6047	-.6373	-.4656	-.2256
SA4	-.4031	-.4920	-.5822	-.5403	-.4080	-.2025
SA5	-.2931	-.3861	-.3805	-.5841	-.5366	-.2741

Continúa Tabla 18...Análisis de Correlación.

	HA2	HA3	HA4	HA5	RA1	RA2
BE1	.4472	.4559	.3750	.2302	.4581	.2649
BE2	.6500	.5710	.3329	.1370	.5655	.5251
BE3	.3102	.5143	.3890	.2933	.1144	.1157
BE4	.0808	.3396	.5287	.4455	.0490	.0587
BE5	-.1192	.1504	.5137	.4286	-.1131	-.1003
HA1	.7646	.4873	.2211	-.0418	.5831	.3769
HA2	1.0000	.6960	.2381	.0707	.5263	.5951
HA3	.6960	1.0000	.5652	.3882	.4076	.5000
HA4	.2381	.5652	1.0000	.7811	.3716	.3098
HA5	.0707	.3882	.7811	1.0000	.1922	.2043
RA1	.5263	.4076	.3716	.1922	1.0000	.7808
RA2	.5951	.5000	.3098	.2043	.7808	1.0000
RA3	.4026	.5724	.5968	.6015	.6171	.7681
RA4	.1537	.4478	.8282	.7268	.4417	.5500
RA5	-.1718	.1620	.6182	.8285	-.0054	.1092
SA1	-.1452	-.2077	-.3723	-.2476	-.2562	-.1939
SA2	-.3157	-.2988	-.4145	-.2441	-.3339	-.3155
SA3	-.2888	-.3849	-.5308	-.4838	-.3560	-.3897
SA4	-.3269	-.3514	-.4050	-.3915	-.2992	-.3873
SA5	-.0848	-.1132	-.2995	-.1887	-.2583	-.2405

Continúa Tabla 18...Análisis de Correlación.

	RA3	RA4	RA5	SA1	SA2	SA3
BE1	.4457	.3333	.1579	-.5455	-.6381	-.4869
BE2	.5103	.3103	-.0012	-.4862	-.6032	-.5435
BE3	.3036	.2802	.2821	-.5449	-.5988	-.6047
BE4	.2471	.3971	.4521	-.6018	-.6175	-.6373
BE5	.1473	.3893	.5376	-.5550	-.4373	-.4656
HA1	.1263	-.0019	-.2486	-.1529	-.2541	-.2256
HA2	.4026	.1537	-.1718	-.1452	-.3157	-.2888
HA3	.5724	.4478	.1620	-.2077	-.2988	-.3849
HA4	.5968	.8282	.6182	-.3723	-.4145	-.5308
HA5	.6015	.7268	.8285	-.2476	-.2441	-.4838
RA1	.6171	.4417	-.0054	-.2562	-.3339	-.3560
RA2	.7681	.5500	.1092	-.1939	-.3155	-.3897
RA3	1.0000	.8225	.5347	-.3402	-.3750	-.5091
RA4	.8225	1.0000	.7108	-.3310	-.3638	-.5070
RA5	.5347	.7108	1.0000	-.2914	-.1973	-.4600
SA1	-.3402	-.3310	-.2914	1.0000	.8781	.7693
SA2	-.3750	-.3638	-.1973	.8781	1.0000	.8357
SA3	-.5091	-.5070	-.4600	.7693	.8357	1.0000
SA4	-.4483	-.4470	-.3865	.6171	.7002	.8850
SA5	-.2017	-.3445	-.2292	.5165	.5106	.6372

Continúa Tabla 18... Análisis de Correlación.

	SA4	SA5
BE1	-.4031	-.2931
BE2	-.4920	-.3861
BE3	-.5822	-.3805
BE4	-.5403	-.5841
BE5	-.4080	-.5366
HA1	-.2025	-.2741
HA2	-.3269	-.0848
HA3	-.3514	-.1132
HA4	-.4050	-.2995
HA5	-.3915	-.1887
RA1	-.2992	-.2583
RA2	-.3873	-.2405
RA3	-.4483	-.2017
RA4	-.4470	-.3445
RA5	-.3865	-.2292
SA1	.6171	.5165
SA2	.7002	.5106
SA3	.8850	.6372
SA4	1.0000	.7710
SA5	.7710	1.0000

## **CAPITULO CUATRO. CONCLUSIONES**

La presente tesis en la que se pretendió buscar la validación de la escala de Ralentización psicomotriz (ERD) a través de un proceso de validación de aparente y de constructo, así como conocer por otra parte, el comportamiento de esta escala a través de la respuesta a dos tratamientos antidepresivos, ha cumplido, hasta este punto, con los objetivos que se había trazado. La escala ERD cumple, según se ha podido constatar, con los criterios para considerarla un instrumento que, a través de correlacionar cercanamente con las otras escalas de depresión, es un instrumento lo suficientemente sensible y específico para medir este aspecto de la depresión y también para medir la respuesta al cambio. Debe de tomarse en cuenta que el grado de correlación con las otras escalas no es lo suficientemente intensa tal y como si se tratara de otra escala que midiera depresión; el grado de correlación encontrado es suficiente para contribuir a la forma de constructo y sólo eso. Es decir, la ERD que intenta medir sólo un aspecto muy específico de la depresión, o sea el relacionado con el enlentecimiento o ralentización psicomotriz, correlaciona sólo parcialmente con las escalas de Beck y de Hamilton, dado que estas miden aspectos generales de la depresión, tal como lo muestran los resultados de correlación.

Otro aspecto, hasta ahora no investigado por otros grupos, es el concerniente a la correlación existente entre la escala ERD y el grado de sociabilización medido a través de la escala SASS. Nuevamente el grado de correlación no fue tan intenso, pero se comportó parcialmente dado que las dimensiones dentro de la depresión que ambos miden son totalmente diferentes. La correlación progresiva a medida que se iban notando mejoría con el tratamiento es algo de notarse dado que el grado de correlación se ve siempre aparejado.

Por otra parte, es interesante ver la respuesta que se tuvo a dos diferentes tipos de tratamiento antidepresivo. Hemos podido constatar que el grado de respuesta a cada uno de los tratamientos fue muy similar y que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre éstos. Una de las hipótesis de

trabajo era que, dado que se trataba de dos antidepresivos con mecanismos de acción similar, pero a nivel de dos neurotransmisores diferentes, es decir la serotonina para fluoxetina y la noradrenalina para reboxetina, podríamos encontrar alguna diferencia en la forma de responder a los tratamientos a través de las escalas utilizadas, sobre todo la ERD. Sin embargo, la diferencia nuevamente no volvió a ser significativa, ni para lo relacionado al tiempo de respuesta clínica como tampoco en lo relacionado a los dos tipos de tratamiento. Era de esperarse, quizás, que el efecto predominante de la noradrenalina para el caso de la reboxetina, pudiera ejercer un tipo de respuesta, o más intensa, o más rápida sobre la mejoría de la depresión, Pero ninguna de estas dos condiciones pudo observarse.

No dejamos de tener en cuenta que la muestra que estudiamos en esta primer a fase es tan sólo de 30 pacientes y que precisamente esta es una de las limitaciones de la presente tesis. Otras de las limitaciones que no dejamos de tener en cuenta es que el presente estudio, la asignación de tratamientos fue de forma abierta y no a través de un tratamiento randomizado doble ciego como exige el rigor metodológico. Sin embargo, debido a las condiciones en que se realizó el estudio, esta maniobra de excelencia no se realizó como hubiéramos querido. Pero vale señalar que el objetivo principal estaba más bien relacionado con la validación de la escala y no la prueba del comportamiento de dos antidepresivos o su eficacia clínica. El hecho de incluir esta parte del ensayo clínico, de lo que más ha servido es justamente la de apoyar todo el proceso de validación a través de observar el comportamiento de la escala a lo largo del tiempo. Valga esta aclaración en su más amplia extensión.

Consideramos que los objetivos se han cumplido. Y que la profundización en los detalles fenomenológicos de la depresión ha sido de gran valía al realizar la presente tesis como residente de psiquiatría. Con la realización de una tesis de este tipo, el aprendizaje de las posibilidades de la investigación clínica se abren de manera interesante, con lo que considero se cumple el objetivo principal de su realización.

## ESCALA DE RALENTIZACION PSICOMOTRIZ

Nombre del paciente \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_

Este ítem deberá puntuarse de 0 a 4 siguiendo el esquema general indicado. Las indicaciones y ejemplos deben permitir diferenciar entre dos puntuaciones en caso de duda:

0: Normal

1: Dudas sobre el carácter patológico del fenómeno observado

2: Signo patológico pero discreto

3: Evidente para todo observador

4: Evidencia abrumadora

Evitar un factor extrínseco a la ralentización, como otra patología (Ej. Síndrome parkinsoniano, medicamentos sedativos o ansiedad que parezca falsear los fenómenos observados. Esto no excluye al paciente del estudio, pero depende de los juicios del mismo.

En caso de modificaciones referidas a uno o dos ítems aislados, precisar cuáles son al final de la escala: SI=Y; NO=N  
SI, precisar si dicho factor (indicarlo) \_\_\_\_\_ aumenta:1 o disminuye:2 la ralentización

### R MARCHA, ZANCADA

0 - Normal

1 - Ligera ralentización cuyo carácter patológico no es seguro

2 - Se observa una sola de las particularidades siguientes:

- Falta de agilidad en la pisada o el balanceo de los brazos
- El paciente arrastra los pies
- Pisada de amplitud normal pero ralentizada
- Pisada ralentizada, pasos cortos

3 - Varios de estos signos son completos

4 - El paciente debe ser sostenido para andar

### IV LENTIFICACION Y PECULIARIDAD de los movimientos: MIEMBROS Y TRONCO

0 - Movimientos adaptados, normales en amplitud, agilidad y ritmo, el tronco está confortablemente establecido en el sillón, los hombros sueltos.

La actitud y los movimientos van en armonía con el discurso.

1 - Existe quizás un ligero decaimiento difícil de valorar

2 - Cierta envaramiento es indiscutible

3 - No moviliza más que ocasionalmente los miembros, con lentitud, torpemente y débil amplitud, o bien sólo mueve las manos manteniendo fijas las demás articulaciones. Tronco inmóvil

4 - Rechazo a levantarse de la cama o completamente fijo en el sillón

### M LENTITUD Y PECULIARIDADES de los movimientos de la cabeza: MIMICA

0 - Mueve la cabeza distendidamente, la mirada explora la habitación y se fija alternativamente en el examinador y otros centros de interés de manera adecuada. Los movimientos de la boca son de amplitud normal

1 - Existe quizás una reducción difícil de apreciar

2 - La reducción de la movilidad no ofrece dudas pero es poco intensa. La mirada a menudo fija, mantiene cierta movilidad. La mímica, aún expresiva es monótona.

3 - El enfermo no mueve la cabeza. No explora la habitación. Frecuentemente fija su mirada hacia abajo y raramente mira al examinador. Articula mal la palabra, con poca movilidad de los labios. No sonríe jamás. Envaramiento de la mímica

4 - Fascias completamente envarada y dolorosamente inexpressiva

### N DEBITO VERBAL

0 - Débito supuestamente normal

1 - Ralentización del habla apenas perceptible

2 - Ralentización neta pero que no entorpece la conversación

3 - La lentitud del débito hace la conversación difícil

4 - Semimutismo. Mutismo

### 2 MODULACION DE LA VOZ (Intensidad y modulación de la voz correspondiente al discurso)

0 - Supuestamente normal

1 - Debilidad apenas perceptible

2 - Voz monocorde y débil, que obliga a aguzar el oído

3 - Discurso apenas audible, que obliga a repetir algunos pasajes. Modulación ausente

4 - Discurso inaudible

## E RESPUESTAS BREVES

- 0 - El sujeto no tiene dificultad para emitir respuestas de una duración dada
- 1 - Las respuestas parecen de una duración breve
- 2 - Respuestas breves sin dificultar el curso de la conversación
- 3 - Respuestas muy lacónicas (una o dos palabras...)
- 4 - Respuestas monosilábicas

## R VARIEDAD DE LOS TEMAS ABORDADOS ESPONTANEAMENTE: INICIATIVA IDEICA

- 0 - Asociación de ideal fácil
- 1 - Temática relativamente rica y variada, pero el paciente quizás tiene dificultades para pasar rápido de una idea a otra
- 2 - Los temas nuevos se abordan raramente de manera espontánea y son pobres
- 3 - Temas nuevos ausentes espontáneamente, tendencia a la rumiación mental
- 4 - Ninguna elaboración, conversación muy pobre, inexplorable

## FLUIDEZ IDEICA (Tema propuesto por el examinador en caso necesario)

- 0 - Fácil asociación de ideas
- 1 - Temas relativamente ricos y variados, pero el paciente tiene quizás dificultades para pasar de una idea a otra
- 2 - Los temas nuevos son raros, poco variados
- 3 - Los temas nuevos están ausentes de manera espontánea, tendencia a la rumiación mental
- 4 - Ninguna elaboración, discurso muy pobre

## M EXPERIENCIA SUBJETIVA DE RUMIACION MENTAL

- 0 - Sentimiento del paciente de pensar libremente, sin dificultades como antes
- 1 - Dudas entre 0 y 2
- 2 - Impresión del paciente de que sus pensamientos se focalizan hacia algunos temas, volviendo a los mismos sin cesar, interfiriendo en la vida cotidiana y empañando su mundo interior
- 3 - El paciente tiene la impresión de que sus pensamientos espontáneos tienden a llevarle siempre hacia una misma y única preocupación dolorosa
- 4 - El paciente experimenta una incapacidad total para desembarazarse de su rumiación dolorosa

## T FATIGABILIDAD

- 0 - La fatiga no se evidencia espontáneamente ni durante la entrevista
- 1 - La fatiga no se evidencia espontáneamente, pero quizás se ponga de evidencia durante la entrevista
- 2 - Al enfermo le molesta la fatiga en su vida cotidiana (comer, lavarse, vestirse, subir las escaleras...)
- 3 - La fatiga obliga al enfermo a una reducción de sus actividades
- 4 - Reducción casi total de las actividades basadas en la fatiga

## T INTERES POR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS

- 0 - El enfermo, a pesar de la hospitalización, conserva sus intereses habituales
- 1 - El enfermo atribuye la disminución de un cierto número de tareas por las que tenía interés a la hospitalización a otro pretexto cualquiera
- 2 - El desinterés por ciertas actividades (TV, diarios, tricotar) se atribuye a su estado mórbido
- 3 - El desinterés es muy amplio, alcanzando incluso al porvenir del paciente (algunos centros de interés persisten: visitas, familia)
- 4 - Total desinterés

## EM PERCEPCION POR EL PACIENTE DEL CURSO DEL TIEMPO PRESENTE

- 0 - Idéntica a la vivencia habitual
- 1 - El tiempo presente pasa lentamente, pero se atribuye a la inactividad, a la hospitalización...
- 2 - Existe un curso más lento del tiempo percibido, pero se evidencia solamente con un interrogatorio detallado
- 3 - El enfermo señala espontáneamente o fácilmente un curso ralentizado del tiempo presente en respuesta a una pregunta directa
- 4 - El trastorno es lo suficientemente importante como para dar la impresión de que el tiempo presente se ha detenido. Ninguna actividad de anticipación

## EM MEMORIA

- 0 - El paciente afirma no presentar ningún trastorno mnésico, el observador tampoco lo observa durante la entrevista
- 1 - El enfermo refiere alguna dificultad mnésica pero es difícil de objetivar
- 2 - El trastorno mnésico es objetivable pero poco importante
- 3 - El trastorno de la memoria se describe como un handicap
- 4 - Amnesia franca

## ON CONCENTRACION

- 0 - Facultad de concentración normal
- 1 - El paciente piensa que puede concentrarse normalmente, pero algunas tareas que exigen un esfuerzo de concentración parecen difíciles de realizar
- 2 - El paciente señala molestias en algunas tareas que relaciona con dificultades de concentración (lectura, cálculo, tareas profesionales,...)
- 3 - Una dificultad importante de concentración hace difícil la comprensión de informaciones banales (diarios, etc)
- 4 - El trastorno interfiere incluso a la entrevista

PUNTUACION TOTAL \_\_\_\_\_