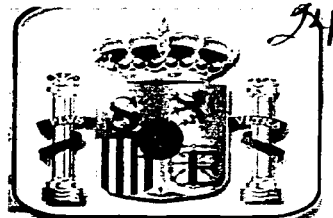




UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.  
 FACULTAD DE MEDICINA.  
 DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,  
 PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL.



11241

Ante la Dirección General de Bibliotecas •  
 UNAM a difundir en formato electrónico e impresa el  
 contenido de mi trabajo de tesis de  
 NOMBRE: Romero, Diaz  
Carilda Alma Rosa  
 FECHA: 20 de Junio 03  
 FIRMA: [Firma]  
**TESIS**

**TITULO: CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.**

ALUMNO:

**DRA. ALMA ROMERO DIAZ.  
 HOSPITAL ESPAÑOL DE MEXICO.**

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN  
 EN PSICOLOGIA DE POSTGRADO  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 U.N.A.M.

TUTOR TEORICO.

TUTOR METODOLOGICO.

[Firma]  
 DR. CARLOS SERRANO GOMEZ

[Firma]  
 DRA. CARMEN LARA MUÑOZ

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE "ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA"

FEBRERO DEL 2003.

CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN PSIQUIATRIA  
 DEPTO. DE PSICOLOGIA MEDICA,  
 PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,  
 FACULTAD DE MEDICINA  
 U.N.A.M.

[Firma]  
 DR. ALEJANDRO DIAZ MARTINEZ

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis 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.

## **INDICE.**

|   | <b>Pág.</b> |
|---|-------------|
| INTRODUCCIÓN.   | 3           |
| CURSO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN.                | 4           |
| CURSO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO. | 6           |
| CALIDAD DE VIDA.  | 8           |
| CALIDAD DE VIDA Y CARDIOPATÍA CORONARIA ISQUEMICA.          | 11          |
| ANTECEDENTES.   | 13          |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.                 | 18          |
| OBJETIVOS.  | 18          |
| MATERIAL Y MÉTODO.  | 19          |
| RESULTADOS.   | 24          |
| DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.                                   | 29          |
| BIBLIOGRAFÍA.   | 31          |
| MATERIAL DE CAPTURA Y EVALUACIÓN.                           | 41          |

## **CALIDAD DE VIDA Y DEPRESION EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.**

### **INTRODUCCIÓN.**

En 1980 la OMS consideró que algunos fenómenos o factores psicosociales como el bienestar psicosocial, la salud mental, los trastornos psiquiátricos y la calidad de vida, constituían problemas mayores de salud pública que deberían ser foco de interés y objetivos de los programas de salud.

La depresión y la enfermedad isquémica coronaria, han interesado a los investigadores durante las últimas dos décadas, por lo que existen estudios sobre estas entidades. El impacto de las enfermedades afectivas en el desarrollo y curso de la enfermedad cardiovascular, desempeña un papel importante. La asociación entre ambas entidades ha sido motivo de estudios epidemiológicos y observacionales. La enfermedad cardiovascular y la depresión coexisten en un gran número de pacientes; aunque la entidad es común en la población médica es frecuentemente subdiagnosticada y no se recibe el tratamiento adecuado. Dependiendo la estrategia de tiempo y metodología implementada hay estimaciones en la frecuencia de la depresión en pacientes con enfermedad cardiovascular y oscilan entre el 9 al 27 % o del 15 al 35 %, y específicamente con una frecuencia del 18 % de depresión en pacientes con infarto al miocardio (6, 7, 9, 10, 12, 21, 47).

La asociación entre estas dos entidades médicas proporciona al individuo un peor pronóstico ya que la mortalidad asociada es 3.5 veces mayor, incrementando el impacto en la mortalidad y morbilidad así como en la recuperación funcional del individuo. La presencia de depresión en individuos previamente infartados puede incrementar la probabilidad de presentar subsecuentes episodios de infarto al miocardio. Algunas investigaciones han tratado de estimar a la depresión y factores sociales como predictores de

recaídas, mal apego terapéutico, reingreso hospitalario y muerte en pacientes con infarto al miocardio, los resultados aportan datos en relación que la depresión y factores sociales (pobre soporte social del paciente) están asociados a un posible riesgo en la mortalidad en pacientes con infarto al miocardio.

En países avanzados, el trastorno afectivo y la enfermedad isquémica coronaria son problemas de salud con presencia de alta prevalencia en la población, por lo que sobre la coexistencia de ambas entidades hay una creciente evidencia, se ha demostrado que el estrés psicológico en general y la depresión en particular, predispone a la enfermedad cardiovascular, personas que experimentan estrés mental durante su vida tienen el doble de riesgo de sufrir isquemia miocárdica; así mismo los pacientes con depresión posterior a un evento isquémico, presentan incremento en la mortalidad, que aquellos que no están deprimidos, estos datos sugieren que el mecanismo psicofisiológico, refuerza la vulnerabilidad de los pacientes deprimidos a presentar una enfermedad coronaria y el mecanismo exacto que refuerza esta relación no ha sido establecido. Si la depresión incrementa el riesgo de la enfermedad cardiovascular o la enfermedad cardiovascular incrementa la incidencia de depresión, aún no es claro, lo que hasta el momento ha sido demostrado es que la depresión afecta el curso y el pronóstico de una enfermedad cardiovascular (3, 5, 11,15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 37).

En este tipo de pacientes una variable importante que se ha considerado, sobre todo en la evaluación de intervenciones terapéuticas es la calidad de vida, ya que es conocido que el funcionamiento físico posterior un infarto puede limitarse, en cuanto a actividades físicas e incapacidad laboral (1, 2, 8).

## **CURSO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO DE LA DEPRESIÓN.**

La depresión mayor tiene una prevalencia del 15% en la población general, en pacientes que asisten a una atención primaria puede aproximarse al 10% y en los hospitalizados puede alcanzar hasta el 15%. En general el trastorno se

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

observa con mayor frecuencia en las mujeres con una relación 2:1 (mujer / hombre), así como en personas que no tienen relaciones interpersonales íntimas o que se encuentran separadas o divorciadas. La edad de inicio en promedio se ha establecido alrededor de la tercer década de la vida, pero el 50% de los pacientes inician en un rango entre los 20 a 50 años (4, 69, 73, 76, 77).

La mayoría de las personas utilizan el término de depresión incluso para referirse a fluctuaciones mínimas del estado de ánimo y transitorias, es frecuente que a menudo se considere normal y por lo tanto es probable que no se tome en consideración, aún siendo grave, lo anterior es aplicable a pacientes con enfermedades médicas previas, por lo que si un paciente posterior a un infarto al miocardio altera su estado de ánimo, este se considera normal, aún cumpliendo con los criterios para una depresión mayor.

Este trastorno está caracterizado por un malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, existiendo casi siempre una pérdida del interés y de la capacidad para obtener placer, en mayor o menor medida, normalmente el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse para comer, la alteración del sueño asociada más a menudo a una depresión es característico el de tipo intermedio, pero puede también presentarse el de tipo inicial y tardío, también podemos encontrar hipersomnia. Dentro de los cambios psicomotores se incluye la agitación o enlentecimiento, estos deben ser lo bastante graves para ser observados por los demás y no presentar únicamente una sensación subjetiva, es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga, el sentimiento de inutilidad o culpa que puede implicar evaluaciones negativas y no realistas del propio valor, preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados, existe además una capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones, además de alteraciones en la memoria, lo que repercute en las ocupaciones laborales o estudios que representan una exigencia intelectual. Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas suicidas, existe en ocasiones la presentación de ideaciones de tipo obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas por dolor (14, 16).

La discapacidad, cronicidad y recaídas son frecuentes en este trastorno, la depresión está asociada a disfunción física, social y a muchas otras enfermedades médicas comunes; incluyendo hipertensión, diabetes y artritis.

El impacto de la depresión en el funcionamiento social es tan grave como el deterioro asociado a condiciones cardíacas (enfermedad coronaria y angina). De hecho la depresión en presencia de otra enfermedad médica puede alterar el funcionamiento del individuo, es decir la disfunción social, es dos veces mayor en personas con enfermedad coronaria y depresión, que en personas que presentan solo una condición, y si la depresión persiste durante toda la enfermedad coronaria durante varios meses la recuperación de esta se complica con eventos cardíacos alternos [ arritmia ](50, 64, 65, 72, 75, 76).

La presencia de la depresión en las 24 horas consecutivas a un infarto al miocardio se asocia a un riesgo significativamente elevado de muerte prematura, nuevo infarto e incluso paro cardíaco. Además en pacientes ambulatorios con depresión el riesgo de mortalidad a consecuencia de una enfermedad cardiovascular es más del doble (24).

Es conocido que una persona con síntomas neurovegetativos, desanimada y con deseos de morir, evoluciona clínicamente peor, que una esperanzada y con motivación. La depresión mayor requiere siempre de tratamiento, aunque el paciente no presente otros procesos biológicos, por lo cual cuando una persona enferma se deprime, es desafortunado no diagnosticarla y proveer el tratamiento oportuno (86, 86).

## **CURSO CLÍNICO Y DIAGNOSTICO DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.**

Las enfermedades cardiovasculares son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en algunos países desarrollados y constituyen un problema de salud pública en varios en vías de desarrollo, uno de cada tres hombres y una de cada diez mujeres desarrollan una enfermedad de este tipo antes de los 60 años de edad y es una las principales causas de incapacidad.

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

La enfermedad cardiovascular tiene una incidencia anual de 2-6 casos por cada mil habitantes en EUA, en este país esta enfermedad afecta a 6.9 millones de personas de la población total y entre el 1 al 8% pueden sufrir un infarto agudo al miocardio [ IAM ] (85).

El IAM es mas frecuente en hombres en una proporción de 4:1 con relación a las mujeres, antes de los 40 años de edad la proporción es de 8:1 y después de los 70 es de 1:1. Se considera además la principal causa de muerte en hombres de 40 años de edad y de los mayores de 60 años, así como la principal causa de muerte en mujeres de 64 años de edad. En sujetos de 35 años de edad es la cuarta causa de muerte. Este padecimiento se caracteriza cuando un segmento de miocardio progresa desde isquemia hasta necrosis real, debido a oclusión de una arteria coronaria, este concepto presupone que es posible suspender la progresión antes de que se complete. La identificación inmediata de infarto depende de la interpretación correcta de los síntomas, el sintoma de presentación por lo general es dolor precordial (ya sea la sensación de opresión o de pesantez) que dura más de 15 minutos y suele irradiarse hacia la parte anterior precordial, mandíbula, cara medial de los brazos o codos (42, 45, 46, 48, 49).

Además de los síntomas clínicos es necesaria la realización de estudios de laboratorio y gabinete, para realizar el diagnóstico definitivo del IAM, siendo de utilidad el Electrocardiograma y la cuantificación de enzimas cardiacas (CPK, CPK-MB, LDH).

El 30% de los infartos pasan inadvertidos debido a la falta de síntomas típicos, no obstante solo alrededor del 5% son en realidad silenciosos. Los infartos no identificados predominan en diabéticos, hipertensos y personas de la tercera edad (20, 36, 39).

La incidencia y prevalencia de la enfermedad cardiovascular, se han incrementado en los últimos años, tanto en el sexo masculino como en el femenino, este incremento se atribuye a una mayor exposición a factores de riesgo tanto biológicos, como psicosociales. Se habla de cambios en el estilo de vida, ambiente y sociedad, que se relacionan con ciertos estados emocionales negativos, de estas entidades las más frecuentes y estudiadas son la ansiedad y



la depresión, ya que ambas se consideran factores de riesgo en pacientes con enfermedades cardiovasculares: En la recidiva de síntomas y para el desarrollo de trastornos de la conducción cardíaca (arritmias), estas constituyen una de las principales causas de mortalidad en población con enfermedad cardiovascular, en parte su etiología se atribuye al desajuste que se produce en la interacción simpático-parasimpático en la depresión y que origina inestabilidad y actividad anormal del ventrículo, en el caso de la depresión se produce una disminución en la actividad parasimpático, que tiene función de protección antiaritmica y un aumento del tono adrenérgico. En relación con la morbilidad y mortalidad por enfermedad cardiovascular, algunos autores refieren que han disminuido, pero en el caso de México ha aumentado, esto se atribuye a un incremento en los factores de riesgo (51, 53, 85, 86).

La presencia de depresión se ha asociado con un incremento en la agregabilidad plaquetaria y trombogénesis, lo que parece ser inducido por la serotonina y que se relaciona con el desarrollo de eventos cardiacos mayores (IAM y muerte súbita), ya que estos procesos pueden incrementar el grado de obstrucción coronaria que producen las lesiones ateromatosas y por lo tanto la isquemia que sufre el miocardio (22).

## **CALIDAD DE VIDA.**

El concepto de calidad de vida, en sus inicios se consideraba como una expresión comercial. Al incorporarse a la medicina hace referencia a la enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan a un sujeto enfermo en la percepción de su bienestar biopsicosocial, este término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud y enfermedad en relación a un tratamiento. Pretende constituir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva hacia los pacientes, la enfermedad que sufren y el tratamiento que reciben, para restablecer y preservar su salud, por medio de estrategias médicamente guiadas y adaptadas a las demandas de los

enfermos, postula una actitud que puede brindar puentes, contactos y enlaces entre los diversos discursos sobre el ser humano enfermo.

La calidad de vida como concepto, incluye en su espectro dimensiones o áreas biopsicosociales, las cuales a su vez comprenden distintos elementos, indicadores o variables. Estos elementos son de dos tipos objetivos y subjetivos, de acuerdo a esta clasificación que es la más utilizada, los primeros corresponden a todas aquellas variables que pueden observarse directamente y pueden determinarse numéricamente. Los segundos corresponden a todos aquellos atributos que no pueden observarse directamente, típicamente se determinan por medio del método de inducción y por los principios clásicos de la teoría de preguntas evaluativas. No obstante esta división es artificial y operacional, pues fomenta la dicotomía mente-cuerpo y debemos recordar que en psiquiatría los elementos subjetivos importan como fenómenos objetivos y formas de expresión clínica, que adquieren categoría y significación en el modelo de una clínica psiquiátrica y psicológica (40, 41).

Definir la calidad de vida es un proceso ambiguo. Si a un fenómeno tan complejo como es la vida humana se le agrega a su dimensión temporal "cantidad en años" atributos que definan el conjunto de cualidades que la distinguen y corresponden a su calidad, el problema adquiere una dimensión filosófica, por esto ha sido indefinible en forma precisa y se ha optado por definiciones operacionales, basándose en los elementos objetivos y subjetivos comprendidos en su espectro.

El componente subjetivo es considerado la base conceptual de la definición de la calidad de vida y ha dado origen a las llamadas definiciones unidimensionales. En estas definiciones el foco de atención es la percepción del sujeto sobre su vida, ejemplo de estas son las definiciones postuladas por Dunbar en 1990, quien la define como la diferencia en un periodo particular de tiempo entre la esperanza y la expectativa individual y la experiencia del individuo, basada en la integración de factores o experiencias a nivel biopsicosocial (63).

Otros autores consideran a la calidad de vida como un concepto con una definición multidimensional e incluyen componentes objetivos y subjetivos, que median razonablemente entre sus expectativas y los elementos que pueden

evaluar en sus estudios, pero no se ha delineado claramente una definición sobre el concepto y se dá por sobre entendida en sus publicaciones (73).

Sin embargo se focalizan en los componentes objetivos postulando que estos elementos determinan e influyen sobre la percepción de la calidad de vida. También existen las llamadas definiciones mixtas, como la propuesta por Lara (1995), quien la define como la percepción y evaluación global que el sujeto hace sobre su vida de cuando está enfermo, dependiendo de las características de la enfermedad que sufre y de las del tratamiento que recibe. Este tipo de definiciones no se focalizan en algún elemento, subjetivo u objetivo, sino que los considera complementarios.

Los dominios de la calidad de vida se refieren a las características de la vida de los enfermos, la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan en diferentes momentos de la enfermedad así como la adaptación a los mismos. La evaluación del concepto es una forma de monitorear a los pacientes.

En la actualidad los estudios sobre la calidad de vida, se consideran como un punto importante en los estudios clínicos. Las evaluaciones de este concepto son consideradas prioritarias en estudios clínicos sobre fármacos nuevos.

Todos los estudios de calidad de vida permitirán conocer las necesidades reales de atención a la salud, de la población enferma y la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas. También permitirán la toma y modificación de decisiones clínicas, así como la organización de políticas y programas de salud, de esta manera la atención a los pacientes pueda mejorarse ya que los reportes de la Sociedad Mexicana de Calidad de atención a la Salud A. C. (SOMECASA), uno de los principales problemas de los servicio de salud en México es de mala calidad. Por otro lado los pacientes demandan actualmente la necesidad de mayor atención a su calidad de vida, así como mayor conocimiento sobre los factores concomitantes a su enfermedad y tratamiento.

En nuestro medio los resultados de los tratamientos de las enfermedades, incluyendo el Infarto Agudo al Miocardio, aún se determinan basándose en datos biológicos, siéndose negligentes en la estimación de la percepción y evaluación subjetiva de los pacientes, sobre su enfermedad y el tratamiento d la misma. Así

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

mismo con la detección de los problemas psicosociales a los que estas dos instancias pueden conllevar a los pacientes. No obstante se han realizado la estimación de dos variables psicosociales como son; el estado funcional y retorno a la vida productiva, pero es necesario realizar evaluaciones de los resultados en términos biopsicosociales, estimando otras áreas importantes que se han integrado en el concepto de calidad de vida.

Por lo que incluir en el estudio una escala de calidad de vida con una medición posterior, ampliaría el conocimiento de lo que ocurre en nuestro medio en este aspecto (68).

### **CALIDAD DE VIDA Y CARDIOPATÍA CORONARIA ISQUEMICA.**

La OMS en su XXIX Asamblea Mundial de Salud en 1976, consideró la necesidad de formar un comité experto en enfermedades cardiovasculares, para preparar un programa a largo plazo en el área de estas entidades nosológicas, con especial énfasis en la promoción de la investigación sobre prevención, etiología, diagnóstico tratamiento y rehabilitación por medio de cooperativas internacionales.

Estas enfermedades cardiovasculares son de las principales causas de morbilidad y mortalidad en países desarrollados y constituyen un problema de salud pública creciente, además son una de las causas mas relevantes de incapacidad y costo social.

Entre las enfermedades cardiovasculares la causa más frecuente de incapacidad y muerte prematura en los EU es la cardiopatía coronaria isquemica (CCI). Esta enfermedad afecta a 6.9 millones de personas de la población total en este país, con una incidencia de 450 mil recurrencias al año y del 1 al 8% de los sujetos con esta enfermedad pueden sufrir un IAM. La CCI representa el mayor gasto del presupuesto total destinado al cuidado de la salud, pensiones por incapacidad laboral y beneficios de seguridad social, esto se debe a la severidad

de los síntomas con que se manifiesta y por las limitaciones que provoca en las habilidades y capacidad para realizar actividades laborales productivas y sociales. Tomando como foco de atención este punto, los métodos terapéuticos de aproximación a esta enfermedad, buscaban aumentar la capacidad física, el retorno a la vida cotidiana y productiva y aumentar la supervivencia en años, por o que los resultados de los manejos médicos de la CCI se estimaban en términos biológicos: modificación en el perfil de los síntomas y evaluaciones clínicas, morbilidad, mortalidad, exámenes de laboratorio y gabinete, así como por evaluaciones del estado funcional (79, 80).

Posteriormente se consideró el hecho de que esta entidad tiene un origen multicausal, y que ciertos factores psicosociales representaban un conjunto de variables causales, constituyentes e interactuantes en forma compleja con los elementos biológicos. Entonces al punto de interés biológico se agregaron elementos psicosociales, mostrándose interés en estos elementos de la CCI y se realizaron investigaciones sobre como estos factores interactuaban en esta enfermedad, pero los estudios se focalizaron en el concepto tradicional de los trastornos afectivos. También se modificó el objetivo de los tratamientos para la CCI, el cual no se limitó a mejorar aspectos biológicos y a prolongar la vida, sino a tratar de hacer a esta confortable, funcional, satisfactoria y con contacto e interacción social, es decir buscaban restablecer la vida en términos biopsicosociales. Ante esta situación se comenzó a cuestionar si se lograba este propósito, así como sobre la percepción y evaluación que el sujeto hacía de su vida, de su enfermedad y del tratamiento de la misma. También sobre como estas dos últimas instancias afectaban el estilo y calidad de vida de los sujetos enfermos de CCI, por lo que se emprendieron esfuerzos para evaluar esta variable en la población que padece esta entidad (2, 73).

## **ANTECEDENTES.**

Desde hace varias décadas en la literatura se ha ligado la depresión a la muerte, sin embargo recientemente estudios científicos examinaron la relación entre estas entidades y desde 1970 los investigadores compararon la mortalidad entre pacientes tratados con depresión mayor y la población general, los estudios encontraron un incremento de mortalidad por cardiopatía entre los pacientes deprimidos. Sin embargo esos estudios, solo concluyeron la relación de la depresión y el beneficio de su tratamiento. Otros científicos comenzaron a investigar sobre la relación entre depresión y hábito tabáquico, en estas, se encontró que los pacientes presentaban además una cardiopatía, pero esto fue asociado principalmente al tabaco, descartándose nuevamente la relación con la depresión (28, 29, 30, 31, 32, 33).

El primer estudio apareció en 1993, en el cual no solo se mencionaba la relación entre la depresión y la mortalidad, sino se especificaba, la posibilidad de una fuerte asociación entre la depresión y el desarrollo de una enfermedad isquémica.

En los últimos 2 años, se han realizado estudios de seguimiento en pacientes que no padecen enfermedad isquémica, pero que tiene depresión y se encontró un incremento en el riesgo de desarrollar enfermedad isquémica a diferencia de en la población general (23, 34, 35) .

Otra estrategia de investigación ha utilizado el seguimiento de pacientes con enfermedad isquémica, en los que se ha encontrado que la presencia concomitante de un trastorno depresivo, el pronóstico individual de estos pacientes se empobrece. Además los pacientes que sufren una depresión inmediatamente después de un infarto al miocardio presentan una mortalidad 3.5 veces mayor, a diferencia de los no deprimidos. La base de esta asociación aún en la actualidad se mantiene con un sin número de especulaciones, sin embargo los cambios del sistema nervioso autónomo y de las plaquetas que se han encontrado en la depresión tienen una importante asociación con las alteraciones que existen durante un infarto al miocardio (25, 26).

El primer esfuerzo científico para probar la relación entre la depresión y la muerte, fue realizado por Malzberg en 1937 (*Am J of Psychiatry*). El comparó la mortalidad de pacientes con depresión en el hospital civil de Nueva York, con el resto de la población del estado. Encontró que la asociación entre la mortalidad de los pacientes que debido a encontrarse hospitalizados y que desarrollaban depresión era alta, estos resultados no fueron concluyentes, por lo que no se tomaron en cuenta, y no hubo estudios interesados en este tema durante los siguientes 40 años.

En 1970, algunos investigadores comenzaron a re-examinar el impacto de la depresión en los diferentes diagnósticos, el estudio, que impresionó al resto de los científicos durante esta época, fue el de Weeke, quien identificó a todos los sujetos con diagnóstico de depresión mayor, o enfermedad maniaco-depresiva, entre 1974 y 1978, examinó sus causas de muerte y encontró que el 50% de las muertes había sido por alguna enfermedad cardíaca, cabe que señalar que en este estudio se incluyeron 6000 pacientes.

Weeke, realizó un segundo estudio en el cual comparó el riesgo relativo de mortalidad de la enfermedad cardiovascular en pacientes deprimidos, antes y después de la introducción del tratamiento antidepresivo. El riesgo relativo en este estudio, no mostró diferencias entre ambos grupos, pero estudios posteriores lograron mostrar evidencia de que en la actualidad, sí hay diferencia entre estos dos grupos, ya que el riesgo relativo es menor durante la época de aparición de los antidepresivos, esto apoya que el tratamiento de la depresión reduce el riesgo de muerte en sujetos con enfermedad cardiovascular (11, 12, 13).

En 1980 y siguiendo la base de los estudios de Weeke, se encontró una mayor mortalidad secundaria a alteraciones cardiovasculares, en pacientes deprimidos.

Carney (1988), estudio a los pacientes con enfermedad cardiovascular, de los 52 pacientes incluidos en este estudio el 20% cumplieron criterios para depresión mayor, a este grupo de pacientes deprimidos, se les realizó un seguimiento a 12 meses, encontrando un riesgo 2.5 veces mayor de desarrollar serias complicaciones durante el trascurso de la enfermedad cardiovascular.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Sharma y Markar (1990), reportaron un gran número de muertes secundarias a enfermedades cardiovasculares en 472 pacientes con enfermedad maniaco-depresiva durante un periodo de 17 años, Posteriores investigaciones encontraron características similares en otras poblaciones de pacientes con enfermedades afectivas (77).

Frasure-Smith (1993), realizaron un estudio riguroso, en el cual examinaron 222 sujetos con diagnóstico de infarto al miocardio, se realizó un seguimiento a 6, 12 y 18 meses, los resultados obtenidos reportan que un 16% de los pacientes cumplieron criterios para depresión mayor, de este grupo a los 6 meses el 17% de los pacientes habían muerto, comparados con tan solo un 3% de los sujetos no deprimidos. Estos mismo autores realizaron además otro estudio, en sujetos con diagnóstico de depresión mayor, midiendo los síntomas de depresión con el Inventario de Beck, a 6 meses posteriores al infarto al miocardio, los pacientes que habían obtenido mayores puntajes en la escala aún sin diagnóstico de depresión, presentaron una mortalidad mayor que aquellos con bajos puntajes. A los 12 meses los pacientes que se acercaron a una calificación de 10 en la escala Inventario de Beck, presentaron una mayor mortalidad y a los 18 meses no hubo relación entre una mayor calificación en la escala con la mortalidad. Los autores no dieron una explicación clara a este fenómeno, pero podría pensarse que los síntomas leves de depresión, pero con una cronicidad mayor, puedan ser un factor de riesgo en la mortalidad, más que un cuadro de depresión mayor instalado.

Zilber en un estudio que se realizó en Israel, realizó un seguimiento a 7868 sujetos deprimidos durante un periodo de 5 años; la mortalidad total fue significativamente elevada, pero la principal causa de la muerte no fueron enfermedades cardiovasculares sino infecciosas (55, 56).

En los últimos 6 años en base a la evidencia previa, ya se puede hablar de una fuerte relación de la enfermedad coronaria (EC) y los trastornos depresivos: Primero, la prevalencia de la depresión mayor en pacientes con EC es del 17 al 22%, aproximadamente dos veces más alto que el resto de las enfermedades en la atención primaria y de 3 a 4 veces más alto que en la población general (57).



Para muchos pacientes la enfermedad coronaria se encuentra de forma crónica. En un estudio realizado ya en la década de los noventas, a 12 meses de seguimiento, se encontró que más de la mitad de los pacientes que cumplían criterios para depresión mayor después de una cateterización coronaria y que no fueron tratados para la depresión, presentaron recaídas frecuentes, además que los pacientes con depresión leve, el 42% desarrolló una depresión severa (81, 82).

No siempre la depresión se presenta al mismo tiempo que una EC, pero puede haber un impacto negativo en el inicio y evolución de una enfermedad cardiovascular, siendo principalmente en el desarrollo de un infarto al miocardio. De hecho la magnitud del efecto de la depresión en la morbilidad y mortalidad de la EC quizá exceda los efectos de un factor de riesgo psicológico conocido.

La depresión mayor es un predictor significativo de mortalidad a los 6 meses posteriores a la presencia de un infarto al miocardio, similar al peso como factor predictor de infarto previo.

En un estudio de pacientes con enfermedad coronaria bajo tratamiento con cateterización, la depresión mayor fue el mejor predictor de eventos cardíacos subsecuentes y /o complicación (infarto al miocardio, angioplastia, bypass de arteria coronaria o muerte (58, 59, 60).

En pacientes hospitalizados con angina inestable, en presencia de síntomas depresivos tuvieron 4 veces más predisposición a presentar infarto al miocardio o falla cardíaca en el siguiente año, en comparación de los pacientes no deprimidos. Los pacientes que presentan una alta severidad de una EC y además se agrega una depresión, tienen una menor posibilidad de regresar al trabajo, que aquellos no deprimidos. Evidencias recientes sugieren que la severidad de los síntomas de la depresión, tiene un mayor impacto en la discapacidad funcional, que aquellos que presentan síntomas depresivos leves.

Entre los individuos con EC, así como en la población sana, las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos depresivos a diferencia de los hombres. Earlier y Black observaron que las mujeres tienen una mortalidad más alta después de un infarto al miocardio que los hombres, lo que ha sugerido la especulación de que esto se debe en parte al incremento de la prevalencia de la

## TESIS CON FALLA DE ORIGEN

depresión en mujeres con EC. Sin embargo un estudio reciente encontró que aunque las mujeres tenían una predisposición dos veces mayor que los hombres a sufrir depresión postinfarto, las mujeres no tenían tasas altas de mortalidad (61,62).

Existen varias explicaciones del efecto de la depresión en la EC. La depresión es fuertemente relacionada a la adicción a nicotina, ya referido por Aromaa (1994), pero la depresión afecta el curso de la EC después de controlar la adicción a la nicotina. La depresión interfiere en la capacidad para que el paciente tenga un buen apego al tratamiento, siga las recomendaciones del cardiólogo, deje de fumar, el ejercicio, etc. La depresión además incrementa el riesgo de arritmias ventriculares y muerte súbita, así como alteraciones en la variabilidad de la frecuencia cardíaca, mediada por el sistema autónomo (54).

Los pacientes deprimidos además presentan cambios en la agregación plaquetaria, posiblemente por alteraciones en la serotonina plasmática. Los pacientes deprimidos han mostrado tener alteraciones tanto en sistema nervioso central como en la función de la serotonina plaquetaria. En particular hay un incremento en la densidad del receptor 5HT<sub>2</sub> plaquetario, esto aumenta la capacidad de unión, produciendo una disminución de los niveles de serotonina encontrados en los controles en los que los síntomas depresivos ya se han resuelto. Debido a este incremento en la capacidad de unión, los pacientes deprimidos quizá son más vulnerables a la activación plaquetaria mediada por serotonina, esta activación puede producir un desarrollo de aterosclerosis, trombosis y vasoconstricción (62, 72).

En estudios se examinó la actividad plaquetaria en pacientes deprimidos médicamente saludables y pacientes deprimidos que presentaban una comorbilidad con EC, los resultados mostraron que los pacientes deprimidos tenían un incremento en los niveles de activación y respuesta plaquetaria a diferencia de los controles médicamente saludables y los pacientes no deprimidos con una EC (68, 71).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.**

La enfermedad cardiovascular como el trastorno depresivo, son entidades que actualmente se están incrementando su prevalencia tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo, ambas entidades son consideradas problemas de salud pública, en parte por las consecuencias no solo en la salud individual, si no también por la consecuente serie de discapacidades en la funcionalidad dentro diferentes áreas de los sujetos afectados por estos padecimientos.

La asociación entre la enfermedad cardiovascular y la depresión como se ha expuesto en párrafos previos ha ido en aumento tanto en su prevalencia individual como en la comorbilidad o asociación de estas entidades, repercutiendo en mayor grado a los sujetos que presentan esta condición. El estudio de la asociación entre estas entidades puede realizarse en diferentes aspectos; ahora bien, uno de estos aspectos prioritario para la presente investigación en el conocer la prevalencia de presentación de un cuadro depresivo en pacientes post-infartados así como evaluar la calidad de vida en estos sujetos en un plazo de seguimiento a seis meses.

La importancia del presente estudio reside en dos aspectos primordiales; el primero en el conocimiento en la frecuencia de comorbilidad entre las ambas entidades y en segundo lugar el grado de alteración que insumen en la calidad de vida de un paciente.

### **OBJETIVOS:**

- 1) Determinar incidencia de depresión en pacientes postinfarto a 6 meses de seguimiento.
- 2) Determinar la calidad de vida en pacientes post-infarto a 6 meses de seguimiento.
- 3) Comparar por sexo los promedios obtenidos en los diferentes instrumentos utilizados.

## **MATERIAL Y METODO.**

### *Diseño de la investigación.*

Es de tipo longitudinal.

### *Pacientes.*

Pacientes adultos mayores de 18 años, que se hospitalizaron en la unidad coronaria del Hospital Español de la Ciudad de México por vez primera durante los meses de diciembre del 2000 al mes de noviembre del 2001, cumplieron con los criterios para infarto agudo al miocardio y aceptaron en forma voluntaria participar en el estudio.

### CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- Cumplan con los criterios para Infarto Agudo al Miocardio.
- 2.- Que sea su primer Infarto Agudo al Miocardio.
- 3.- No cuenten con historia previa de Episodio Depresivo Mayor.

### CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- La presencia de otra condición médica que haga poco probable la sobrevida a 6 meses (EVC).
- 2.- Pacientes con diagnóstico de demencia, o con puntaje menor a 25 en la escala minimental state.
- 3.- Pacientes con diagnóstico previo de trastornos afectivos.
- 4.- Pacientes con antecedente de IAM.

### Criterios Diagnósticos De Infarto Agudo Al Miocardio (1).

- 1) Que presenten un incremento y disminución de troponina y/o CK-MB por arriba del valor normal, máximo de referencia. Además de uno de los siguientes puntos.
  - A) Síntomas de isquemia (dolor típico precordial mayor o igual a 20min.)
  - B) Desarrollo de ondas Q patológicas en el electrocardiograma
  - C) Cambios en el electrocardiograma que indiquen isquemia (depresión o elevación del ST.
  - D) Coincidente con la realización de coronariografía.
  - E) Un nivel de CPK mayor a 1.5 veces lo normal

### Instrumentos Utilizados en las Evaluaciones.

La escala de Depresión de Beck, es uno de los instrumentos más empleados para la evaluación de los síntomas depresivos en adultos, la escala incluye 21 reactivos de síntomas de depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada en relación a la forma en la que se ha sentido el paciente en la última semana, estas afirmaciones reflejan, la severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 0 (mínimo) a 4 (severo), la puntuación total de la escala se obtiene sumando los 21 reactivos, siendo 0 la mínima puntuación y 64 la máxima.

La escala de depresión de Hamilton, es una evaluación que se realiza por el entrevistador, calificado para cuantificar la intensidad de los estados depresivos, cuenta con 21 reactivos y una calificación máxima de 62 puntos.

Para considerar al paciente con depresión debía obtener un puntaje superior o igual a 10 puntos en la escala.

El cuestionario de Dunbar, se realizó para evaluar la calidad de vida en pacientes psiquiátricos no psicóticos, pero puede tener aplicación general. Está constituido

por 46 preguntas en escalas análogas visuales que se califican de 1 a 10. Las preguntas se dividen en 2 grupos de 23 reactivos, que proporcionan los puntajes de 2 indicadores: calidad de vida actual que mide la percepción de la satisfacción de vida en el momento de la aplicación del índice, y calidad de vida ideal, que mide la percepción subjetiva de la satisfacción de vida ideal, que el sujeto desearía. Este índice proporciona dos puntajes totales por cada indicador y cada uno de ellos realiza la evaluación considerando 7 áreas que son: bienestar psicológico, bienestar físico, humor, autocontrol, relaciones sociales, área laboral y economía. Cada área comprende un listado de síntomas psicológicos y sociales que se pueden presentar en trastornos ansiosos o afectivos. Los autores reportaron su consistencia interna reportando valores de alpha de 0.90 para la calidad subjetiva de vida actual y de 0.95 para la calidad de vida ideal. En este trabajo se utilizó una escala análoga visual, este es un método de clasificación o de determinación gráfica que constituye una aproximación, para evaluar fenómenos o atributos subjetivos. Es una línea de 10cm, con dos límites, uno define la ausencia del fenómeno y el otro su máxima expresión, al paciente se le hace marcar en la línea el punto que corresponde a la magnitud de la calidad de vida, en respuesta a la leyenda "marque con una cruz sobre la línea graduada de 0 a 10 como considera usted su vida", la distancia entre el inicio de la línea a la marca, representa el valor numérico que el sujeto da a su calidad de vida global.

#### **Criterios Para Diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor.**

Para el diagnóstico de depresión en los diferentes periodos de evaluación, se utilizaron los criterios de DSM IV:

A) Cinco o más de los siguientes puntos presentes la mayor parte del día, casi cada día durante el mismo periodo de dos semanas y que representan un cambio de la función previa, uno de los síntomas debe de ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida del interés o de la capacidad para el placer.

- 1) **Animo deprimido**
  - 2) **Disminución del interés o el placer en la mayoría o en todas las actividades.**
  - 3) **Pérdida de peso significativa sin dieta intencional o ganancia de peso, decremento o incremento del apetito.**
  - 4) **Insomnio o hipersomnía, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o de culpa excesivo o inapropiado.**
  - 5) **Agitación o retardo psicomotor.**
  - 6) **Fatiga o pérdida de energía**
  - 7) **Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada.**
  - 8) **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión.**
  - 9) **Pensamiento recurrente de muerte ideación suicida recurrente, plan o intento suicida.**
- B) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro funcional.
- D) Los síntomas no son causados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia o enfermedad médica.
- E) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo o por el diagnóstico de esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
- F) No historia de episodio maníaco o hipomaniaco previo.

### **PROCEDIMIENTO.**

Se realizó una solicitud de permiso a las autoridades administrativas del hospital Español, para el acceso al banco de registro de ingreso de pacientes y poder captar a aquellos con diagnóstico de IAM, así mismo el personal de la unidad coronaria mantuvo contacto con el investigador, para informar sobre los ingresos realizados en este servicio que reúnan los criterios para el estudio, e iniciar el proceso de las evaluaciones en un plazo de 24 a 72 horas, posterior al

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ingreso del paciente a la unidad coronaria, la primera entrevista se llevó a cabo en la habitación del paciente, previo consentimiento de él y de su médico tratante.

Se llevó a cabo la captura de datos demográficos, clínicos y antecedentes médicos de los sujetos, mediante la revisión del expediente clínico, posteriormente el entrevistador se presentaba ante el paciente explicando el motivo de la entrevista y obteniendo su consentimiento, para iniciar la primera evaluación clínica al paciente considerando los criterios de DSM IV, para la presencia o no de cuadro depresivo, además de la aplicación del Inventario de Beck, la escala de Hamilton de Depresión y la escala de calidad de vida de Dunbar, previa explicación de cómo debía responder en cada una de las pruebas. En esta visita además se realizaba la programación de las siguientes entrevistas, para las cuales se concertaría una cita vía telefónica a los 2-4-6 meses posteriores a la primera, aplicándose la misma batería de escalas así como la evaluación clínica para Episodio Depresivo Mayor.

Durante las entrevistas subsecuentes, se revisaba el expediente clínico del paciente, para revisar el seguimiento realizado por el cardiólogo y así corroborar el adecuado estado médico del paciente, se le explicó nuevamente sobre la forma de contestar las escalas y se concertaba la siguiente cita dos meses después, hasta completar 3 evaluaciones subsecuentes.



## **RESULTADOS.**

Se entrevistaron a 100 sujetos en el presente estudio. Las características demográficas se describen en el cuadro 1. En su mayoría fueron hombres, pertenecientes a la sexta y séptima década de la vida. La edad promedio de la población general fue de  $63.97 \pm 12.67$  años (Hombres  $62.91 \pm 11.96$ , Mujeres  $68.47 \pm 14.85$ ). El promedio de años de escolaridad para los hombres fue  $14.4 \pm 3.31$  y en las mujeres de  $8.63 \pm 3.72$ . El grupo con 13 o más años de escolaridad muestra la mayor frecuencia. El estado civil casado fue el más frecuente en la población. El 70 % de la población son económicamente activos (45 % de la población tiene actividad profesional y el 25 % están considerados en otras actividades no profesionales).

Fueron diagnosticados con presencia de Episodio Depresivo Mayor de acuerdo a los criterios del DSM-IV a 24 sujetos (24 %) de la población incluida en el estudio. De los cuales fueron 15 hombres y 9 mujeres. En la evaluación basal se detectaron 13 casos que reunían los criterios para depresión (7 hombres y 6 mujeres), a los dos meses se identificaron 10 nuevos casos con episodio depresivo (7 hombres y 3 mujeres), y solo fue detectado un caso varón en la tercer evaluación realizada a los cuatro meses. No hubo casos nuevos de depresión en la ultima evaluación, los pacientes deprimidos continuaron con la presencia del trastorno hasta el final de la evaluación.

Al comparar los promedios obtenidos en los diferentes instrumentos por sexo en las evaluaciones realizadas en el presente trabajo, encontramos diferencias significativas en la evaluación basal y a dos meses en el inventario de Beck siendo mayor el promedio obtenido por las mujeres en comparación al hombre. En el cuestionario de Dunbar Actual existe diferencia significativa al obtener mayor puntajes promedios los varones en las evaluaciones basal y a los seis meses. Mientras en el cuestionario de Dunbar Ideal la diferencia significativa se presenta por el mayor promedio en el puntaje para los hombre en las evaluaciones a dos y cuatro meses. La escala de Hamilton para depresión no

|  |
|--|
| <p style="text-align: center;">TESIS CON<br/>FALLA DE ORIGEN</p> |
|--|

mostró diferencias significativas en ningún tiempo de evaluación al compararlo por sexo (ver cuadro 2a, b, c, d).

El cuadro 3 presenta la comparación de los puntajes promedios en los diferentes tiempos de evaluación del total de la población sin mostrar diferencia significativa en los diferentes tiempos de evaluación (cuadro 3).

**Cuadro 1. Características Demográficas de los Pacientes.**

| <b>Variables</b>      | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-----------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Sexo</b>           |                   |                   |
| Femenino              | 19                | 19                |
| Masculino             | 81                | 81                |
| <b>Escolaridad</b>    |                   |                   |
| 1 a 6 años            | 14                | 14.0              |
| 7 a 9 años            | 8                 | 8.0               |
| 10 a 12 años          | 20                | 20.0              |
| 13 o más años         | 58                | 58.0              |
| <b>Estado Civil</b>   |                   |                   |
| Casado                | 85                | 85                |
| Divorciado            | 6                 | 6                 |
| Viudo                 | 9                 | 9                 |
| <b>Ocupación</b>      |                   |                   |
| Hogar                 | 14                | 14                |
| Jubilado              | 16                | 16                |
| Actividad Profesional | 45                | 45                |
| Otras                 | 25                | 25                |

**Cuadro 2a. Comparación por sexo de los promedios obtenidos en el Hamilton de Depresión y tiempo de evaluación.**

| <b>HAMILTON<br/>DEPRESION.</b> | <i>Promedio</i> | <i>d. s.</i> | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|--------------------------------|-----------------|--------------|----------|-----------|----------|
| <b>BASAL</b>                   |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                        | 9.42            | 5.60         | 1.4398   | 1         | 0.2302   |
| Hombres                        | 7.30            | 3.73         |          |           |          |
| <b>DOS MESES</b>               |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                        | 10.47           | 6.86         | 2.2066   | 1         | 0.1374   |
| Hombres                        | 8.20            | 6.12         |          |           |          |
| <b>CUATRO<br/>MESES</b>        |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                        | 11.05           | 8.48         | 0.8307   | 1         | 0.3620   |
| Hombres                        | 9.02            | 7.06         |          |           |          |
| <b>SEIS MESES</b>              |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                        | 11.94           | 9.33         | 1.3096   | 1         | 0.2525   |
| Hombres                        | 9.27            | 8.07         |          |           |          |

**Cuadro 2b. Comparación por sexo de los promedios obtenidos en el Inventario de Beck y tiempo de evaluación.**

| <b>INV. BECK.</b>       | <i>Promedio</i> | <i>d. s.</i> | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|-------------------------|-----------------|--------------|----------|-----------|----------|
| <b>BASAL</b>            |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                 | 13.84           | 7.76         | 4.4076   | 1         | 0.0358   |
| Hombres                 | 9.66            | 5.35         |          |           |          |
| <b>DOS MESES</b>        |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                 | 15.31           | 9.12         | 8.8611   | 1         | 0.0275   |
| Hombres                 | 10.83           | 8.23         |          |           |          |
| <b>CUATRO<br/>MESES</b> |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                 | 14.94           | 10.93        | 1.5519   | 1         | 0.2129   |
| Hombres                 | 11.49           | 9.28         |          |           |          |
| <b>SEIS MESES</b>       |                 |              |          |           |          |
| Mujeres                 | 15.42           | 12.45        | 1.7538   | 1         | 0.1854   |
| Hombres                 | 11.32           | 9.9          |          |           |          |

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**Cuadro 2c. Comparación por sexo de los promedios obtenidos en el Cuestionario de Dunbar Actual y tiempo de evaluación.**

| <b>DUNBAR ACTUAL.</b> | <i>Promedio</i> | <i>d. s.</i> | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|-----------------------|-----------------|--------------|----------|-----------|----------|
| <b>BASAL</b>          |                 |              |          |           |          |
| Mujeres               | 5.23            | 0.17         | 4.4618   | 1         | 0.0347   |
| Hombres               | 5.36            | 0.28         |          |           |          |
| <b>DOS MESES</b>      |                 |              |          |           |          |
| Mujeres               | 5.26            | 0.24         | 3.3367   | 1         | 0.0677   |
| Hombres               | 5.36            | 0.31         |          |           |          |
| <b>CUATRO MESES</b>   |                 |              |          |           |          |
| Mujeres               | 5.20            | 0.21         | 3.4890   | 1         | 0.0618   |
| Hombres               | 5.34            | 0.28         |          |           |          |
| <b>SEIS MESES</b>     |                 |              |          |           |          |
| Mujeres               | 5.11            | 0.34         | 5.1052   | 1         | 0.0239   |
| Hombres               | 5.28            | 0.66         |          |           |          |

**Cuadro 2d. Comparación por sexo de los promedios obtenidos en el Cuestionario de Dunbar Ideal y tiempo de evaluación.**

| <b>DUNBAR IDEAL.</b> | <i>Promedio</i> | <i>d. s.</i> | <i>t</i> | <i>gl</i> | <i>p</i> |
|----------------------|-----------------|--------------|----------|-----------|----------|
| <b>BASAL</b>         |                 |              |          |           |          |
| Mujeres              | 5.16            | 0.23         | 0.0023   | 1         | 0.9614   |
| Hombres              | 5.18            | 0.28         |          |           |          |
| <b>DOS MESES</b>     |                 |              |          |           |          |
| Mujeres              | 5.02            | 0.28         | 4.5783   | 1         | 0.0324   |
| Hombres              | 5.18            | 0.28         |          |           |          |
| <b>CUATRO MESES</b>  |                 |              |          |           |          |
| Mujeres              | 4.92            | 0.32         | 8.4366   | 1         | 0.0037   |
| Hombres              | 5.18            | 0.25         |          |           |          |
| <b>SEIS MESES</b>    |                 |              |          |           |          |
| Mujeres              | 5.10            | 0.28         | 0.4362   | 1         | 0.5089   |
| Hombres              | 5.12            | 0.63         |          |           |          |

**Cuadro 3. Comparación de los promedios por tiempo de aplicación de los instrumentos.**

| <b>INSTRUMENTO</b>        | <b>Promedio</b> | <b>d. s.</b> | <b>P*</b> |
|---------------------------|-----------------|--------------|-----------|
| <b>Tiempo Evaluación</b>  |                 |              |           |
| <b>HAMILTON DEPRESIÓN</b> |                 |              |           |
| <i>Basal</i>              | 7.71            | 4.20         | 0.9862    |
| <b>Dos Meses</b>          | 8.64            | 6.29         |           |
| <b>Cuatro Meses</b>       | 9.41            | 7.34         |           |
| <b>Seis Meses</b>         | 9.78            | 8.34         |           |
| <b>INVENTARIO DE BECK</b> |                 |              |           |
| <i>Basal</i>              | 10.46           | 6.07         | 0.9775    |
| <b>Dos Meses</b>          | 11.69           | 8.54         |           |
| <b>Cuatro Meses</b>       | 12.15           | 9.65         |           |
| <b>Seis Meses</b>         | 12.10           | 10.51        |           |
| <b>DUNBAR ACTUAL</b>      |                 |              |           |
| <i>Basal</i>              | 5.33            | 0.27         | 0.3826    |
| <b>Dos Meses</b>          | 5.34            | 0.30         |           |
| <b>Cuatro Meses</b>       | 5.31            | 0.27         |           |
| <b>Seis Meses</b>         | 5.25            | 0.61         |           |
| <b>DUNBAR IDEAL</b>       |                 |              |           |
| <i>Basal</i>              | 5.18            | 0.27         | 0.6776    |
| <b>Dos Meses</b>          | 5.15            | 0.29         |           |
| <b>Cuatro Meses</b>       | 5.13            | 0.28         |           |
| <b>Seis Meses</b>         | 5.11            | 0.58         |           |

\*Prueba de Wilcoxon.

## **DISCUSION Y CONCLUSIONES.**

El presente trabajo muestra que la población masculina es más afectada por el infarto agudo al miocardio (IAM), en una proporción de 4:1 (hombre/mujer) (14), además el promedio de edad en los varones al momento de la presentación del IAM es relativamente menor que en las mujeres. El 24 % de la población incluida en el presente estudio fue diagnosticada con la presencia de Episodio Depresivo Mayor, esta prevalencia es muy similar a la reportada a nivel internacional (9, 10, 16, 20, 21), cabe destacar que cerca de la mitad de la mujeres afectadas por el IAM presentan el trastorno afectivo, se ha documentado la mayor prevalencia en mujeres del un trastorno afectivo tanto a nivel de la población general como en la población post-infarto (21, 22).

La comparación por sexo en los diferentes instrumentos utilizados nos aportan datos relevantes; como se menciona en un apartado anterior las mujeres reportan un mayor promedio en el puntaje del inventario de Beck, con una diferencia significativa en las evaluaciones basal y a dos meses de seguimiento, esto es, de destacar ya que invariablemente que presenten una mayor prevalencia de la depresión, al parecer se agrega una severidad mayor del trastorno (21, 25, 26, 27, 33).

La calidad de vida (CV) de acuerdo al cuestionario implementado en la presente investigación; los varones reportan promedios mayores tanto en la evaluación actual como ideal del instrumento, hay diferencia significativas en la CV actual en la medición basal y a los seis meses así como en la CV ideal a los dos y cuatro meses respecto a la de la población femenina reportada, lo anterior puede relacionarse con una mejor expectativa en la CV en los varones, en parte pueda ser debido al menor promedio de edad presentado en la población masculina.(33, 38, 39, 43,52, 83, 84)

Un aspecto que debe connotarse dentro de esta investigación es lo referente a los años de estudio de nuestra población, ya que las mujeres reportan un promedio menor de años de escolaridad respecto a los hombres, lo anterior se menciona debido a que investigaciones previas han reportado que una menor

escolaridad esta relacionado con puntajes altos en el inventario de Beck, esto es relevante por las diferencias establecidas dentro de este instrumento en la presente investigación. (21, 38, 39, 47, 87, 88)

El presente estudio muestra la presencia de una alta comorbilidad entre el IAM y la incidencia de la depresión Mayor, siendo esta aun más preocupante en las mujeres. Al respecto cabe señalar el impacto de la depresión en al IAM donde en reportes internacionales mencionan la disminución del apego al tratamiento (farmacológico, nutricional y de ejercicio), presencia de complicaciones e incremento en la mortalidad.

La evidencia es clara de que aproximadamente uno de cada cinco pacientes con IAM presentan depresión, y esta entidad es independiente de la severidad de la enfermedad cardíaca, pero puede persistir por meses o años. La depresión es asociada a una pobre calidad de vida, lo que se adjunta a una alteración en el funcionamiento global del individuo, por lo que es de importancia considerarse el tratamiento de la depresión en estos pacientes, ya que además se ha comprobado que en algunos pacientes la depresión es subdiagnosticada y por lo tanto no se inicia un tratamiento adecuado.

Cabe señalar que debemos considerar nuestros hallazgos con reserva debido a la naturaleza de nuestra oblación, obtenida de un hospital de tercer nivel pero con características en donde el nivel socioeconómico de la población es de medio a alto, por lo que sobre todo en las expectativas de calidad de vida, considero pudieran tener un impacto diferente y en este sentido no ser una muestra representativa de nuestra población.

**BIBLIOGRAFIA.**

- 1) Aherm DK, Gorkin L, Anderson JL. Biobehavioral variables and mortality of cardiac arrest in the cardiac arrhythmia pilot study (CAPS). *Am J Cardiol*, 1990; 66:59-62.
- 2) Allison TG, Williams DE, Miller TD. Medical and economic cost of psychological distress in patients with coronary artery disease. *Mayo Clinic Proc*. 1995; 70:734-42.
- 3) Andreasen NC, Swayze V, Flaum M, Alliger R, Cohen G. Ventricular abnormalities in affective disorders: Clinical and demografic correlates. *Am J Psychiatry*. 1990; 147: 893-990.
- 4) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, ed 4 (DSM IV), Washington, DC, American Psychiatric Association. 1994.
- 5) Anda R, Williamson D, Jones D. Depressed affect, hopelessness and the risk of ischaemic heart disease in a cohort of US adults. *Epidemiology*. 1993; 4:285-94.
- 6) Appels A, Mulder P. Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J*. 1988; 9:758-64.
- 7) Appels A, Hoppener P, Mulder P. A questionnaire to assess premonitory symptoms of myocardial infarction. *Int J Cardiol*. 1987; 17:15-24.
- 8) Aromaa A, Raitasalo R, Reunanen A. Depression and cardiovascular diseases. *Acta Psychiatr Scand*. 1994; 337(suppl):77-82.



- 9) Barefoot JC, Schroll M. Symptoms of Depression, acute myocardial infarction and total mortality in a community sample. *Circulation*. 1996; 93:1976-80.
- 10) Barefoot JC, Helms MJ, Mark DB, Blumenthal JA, Williams RS, Wallace AG, Williams RB, Needles TL. Physiological and psychological variables predict compliance to prescribed exercise therapy in patients recovering from myocardial infarction. *Psychosom Med*. 1982; 44:519-27.
- 11) Carney RM, Rich MW, Freedland KE. Major Depressive disorders predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. *Psychosom Med*. 1988; 50:627-633.
- 12) Carney RM, Freedland KE, Phyllis K. Anxiety, depression and heart rate variability. *Am Psychosom Society*. 2000; 62:84-86.
- 13) Carney RM, Freedland FE, Smith L. Relation of depression and mortality after myocardial infarction in women. *Circulation*. 1991; 84:1876-1877.
- 14) Caldecott-Hazard S, Morgan D, De León Jones F, Ovestreet DH, Janowsky D. Clinical and biochemical aspects of depressive disorders: II Transmitter / receptor theories. *Synapse*. 1991; 9:251-58.
- 15) Case RB, Moss AI, Case N, McDermott M, Eberly S. Living alone after myocardial infarction: impact on progress. *JAMA*. 1991; 267:515-9.
- 16) Casem EH. Depression and anxiety secondary to medical illness. *Psychiatr Clin North Am*. 2000; 13:597-612.
- 17) Camacho-H. Factores de riesgo para cardiopatía isquémica en México, un estudio de casos clínicos y testigos. *Arch Ins Cardiol. Mex*. 1995; 65 4: 315-322.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 18) Cinitron GB, Hernandez E, Livares EM. Bedside recognition , incidence and clinical course of right ventricular infarction. *Am J Cardiol.* 1981; 47: 224-227.
- 19) Cohen HW, Gibson G, Alderman MH. Excess risk of myocardial infarction in patients treated with antidepressant medications: Association with use of tricyclic. *Am J Med.* 2000; 108:2-8.
- 20) Committee for the redefinition of myocardial infarction. Myocardial Infarction redefined: A Consensus document of the joint European Society of Cardiology/American College of Cardiology. *JACC.* 2002; 36 (3): 959-969.
- 21) Conti CR. Myocardial infarction: rationale for therapy in 1989. *Clin Cardiol.* 1989; 12: 1100-1111.
- 22) Chavez SI. Cardiopatía Coronaria Isquémica, síndrome de insuficiencia coronaria, causas, mecanismos y consecuencias. *Cardiología.* Ed Médica Panamericana, México D. F. 1993; 831-996.
- 23) Christopher M, O'Connor MD, Paul A, Gurbel M. Depression and Ischemic heart disease. *Am Heart J.* 2000; 140:563-69.
- 24) Coryell W, Endicot J, Keller M. Major depression in a non clinical sample: demographic and clinical risk factors for first onset. *Arch Gen Psychiatry.* 1992; 49: 117-21.
- 25) Clayton PJ, Guse SB, Cloninger CR, Martin RL. Unipolar depression: Diagnostic inconsistency and its implications. *Affect Disord.* 1992; 26: 111-115.
- 26) Deakin JFW. Depression and 5HT. *Int Clin Psychofarmacol.* 1991; 6:23-31.

- 27) Dominique L, Musselman MD; Dwight L, Evans MD, Charles B, Nemeroff MD. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry*. 1981; 55:580-92.
- 28) Dwigl MM, Stoudemire A. Effects of depressive disorders on coronary artery disease: a review. *Harvard Rev Psychiatry*. 1997; 115-122.
- 29) Ford D, Mead L, Chang P. Depression is a risk factor for coronary artery disease in men: the precursor study. *Arch Intern Med*, 1998; 158:113-21.
- 30) Forrester AW, Lipsey JR, Teitelbaum ML, DePaulo JR, Andrzejewski PL. Depression following myocardial infarction. *Int J Psychiatry Med*. 1998; 22:33-46.
- 31) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression following myocardial infarction. Impact on 6-month survival. *JAMA*. 1993; 270:1819-25.
- 32) Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. *Circulation*. 1995; 91:999-1005.
- 33) Frasure-Smith N, Lesperance F. Social support, depression and mortality during the first year after myocardial infarction. *Circulation*. 2000; 101:1919-24.
- 34) Furlanetto LM, Cavanaugh SA, Bueno JR, Creech SD, Powell L. Association between depressive symptoms and mortality in medical inpatients. *Am Heart J*. 2000; 141:426-32.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 35) García L, Valdez M, Jodar I, Riesco N, de Flores T. Psychological factors and vulnerability to psychiatric morbidity after myocardial infarction. *Psychother Phychosom.* 1994; 61:187-94.
- 36) Gaspar HJ. Cardiopatía Isquémica. Tratado de Medicina Interna. Ed Panamericana. México D. F. 1995; 282-297.
- 37) Glassman AH, Shapiro PA. Depression and the course of coronary artery disease. *Am J Psychiatry.* 1997; 154: 4-11.
- 38) Glassman AH, Sharma R. Depression and course of cardiovascular disease. *Am J Psychiatry.* 1998; 155:4-11.
- 39) Goldman EL, Cook F, Mitchel N, Flatley M, Sherman H, Cohn FP. Pitfalls in the serial assessment of cardiac functional status. How a reduction in "ordinary" activity may reduce the apparent degree of cardiac compromise and give a misleading impression of improvement. *J Chron Dis.* 1982; 35:763-771.
- 40) Goldman EI, Hashimoto B, Cook FE, Loscalzo A. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class, advantages of a new specific activity scale. *Circulation.* 1981; 6: 1227-1234.
- 41) Gonzalez CC, Freyre GJ. Problemas bioéticos en la atención al paciente psiquiátrico. *Psiquis.* 1996; 53: 60-69.
- 42) Guyatt HG. How should we measure function in patients with chronic heart and lung disease?. *J Chron Dis.* 1985; 386: 517-524.
- 43) Guyatt HG. Methodologic problems in clinical trials in heart failure. *J Chron Disease.* 1985; 384: 353-363.

- 44) Guyatt HG, Deyo AR, Charlson M, Levine NM, Mitchel A. Responsiveness and validity in health status measurement, a clarification. *Clin Epidemiol.* 1989; 425: 403-408.
- 45) Hance M, Carney RM. Depression in patients with coronary artery disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 1996; 18: 61-65.
- 46) Helfant RH, Klein LW. The Q-wave and non q-wave myocardial infarction: differences and similarities. *Prog Cardiovasc Dis.* 1986; 29: 205-220.
- 47) Horwath E, Johnson J, Weissman MM, Hornig CD. The validity of major depression with atypical features based on a community study. *J Affect Disord.* 1992; 26: 117-22.
- 48) Irvine J, Basinski A, Baker B. Depression and risk of sudden cardiac death after acute myocardial infarction: testing for the confounding effects of fatigue. *Psychosom Med.* 1999; 61:729-37.
- 49) Jenkinson CM, Madeley RJ, Mitchell JRA, Turner ID. The influence of psychosocial factors on survival after myocardial infarction. *Public Health.* 1993; 107:305-17.
- 50) Katon W, Sullivan MD, Clark MR. Cardiovascular disorders. Comprehensive text book of Psychiatry / Kaplan H and Sadock B. Ed Williams and Wilkins. Baltimore USA. 1995; 1491-1500.
- 51) Krantz D, Sheps D, Carney R, Robert M, Natelson B. Effects of mental stress in patients with coronary artery disease: evidence and clinical implications. *JAMA.* 2000; 283: 1800-2.

- 52) Ladwig KH, Kieser M, Konig J, Breithardt G, Borggreffe M. Affective disorders and survival after acute myocardial infarction. Results from the post-infarction late potential study. *Eur Heart J*. 1991; 12:959-64.
- 53) Ladwig KH, Roll G, Breithardt G, Budde T, Borggreffe M. Post-infarction depression and incomplete recovery 6-months after acute myocardial infarction. *Lancet*. 1994; 343:20-3.
- 54) Lane D, Carroll D, Ring C, Beevers DG, Lip GY. Mortality and quality of life 12-months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosom Med*. 2001; 63:221-30.
- 55) Lesperance F, Frasura-Smith N, Talajic M. Depression and beyond: affect, arteriosclerosis and death. *Eur Neuropsychofarmacol*. 1995; 3:219-20.
- 56) Lesperance F, Frasura-Smith N, Talajic M. Major depression before and after myocardial infarction: Its nature and consequences. *Psychosom Med*. 1996; 58:99-110.
- 57) Lesperance F, Frasura-Smith N, Juneau M, Theroux P. Depression and 1-year prognosis in unstable angina. *Arch Intern Med*. 2000; 160:1354-60.
- 58) Levenson LL. Cardiovascular disease. Principles of medical psychiatry; Stoudemire and Fogel. Ed. Grune and Stratton Orlando FL USA. 1987; 89-103.
- 59) Lloyd GG, Cawley RH. Distress or illness? A study of the psychological symptoms after myocardial infarction. *Br J Psychiatry*. 1983; 142:120-5.
- 60) Mayou RA, Gill D, Thompson DR. Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosom Med*. 2000; 62:212-9.

- 61) Moss AJ, Bigger JT, Odoroff CL. Postinfarct risk stratification. *Prog Cardiovasc Dis.* 1987; 29: 389-412.
- 62) Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease. *Arch Gen Psychiatry.* (1998; 55:580-92.
- 63) Ormel J, VonKorff M, Usfun TB. Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA.* 1994; 272:1741-1748.
- 64) Pennix BWJH, Beekman ATF, Honig A. Depression and cardiac mortality. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58:221-7.
- 65) Powell LH, Shaker LA, Jones BA. Psychosocial predictors of mortality in 83 women white premature acute myocardial infarction. *Psychosom Med.* 1993; 55:426-33.
- 66) Pratt LA, Ford D, Crum RM. Coronary Heart disease / myocardial infarction: depression, psychotropic medication and risk of myocardial infarction: prospective data from the Baltimore ECA follow-up. *Circulation.* 1996; 94:3123-9.
- 67) Rabins PV, Harvis K, Koven S. High fatality rates of late-life depression associated with cardiovascular disease. *J affect disord.* 1985; 9:165-7.
- 68) Regier DA, Boyd JH, Rae DS. One month prevalence of mental disorders in United States. *Arch Gen Psychiatry.* 1988; 45:977-86.
- 69) Rorsman B, Grasbeck A, Hagnell O, Lanke J, Ohman R, Ojesjo L. A prospective study of first incidence depression. The Lundby study 1957-1972. *Br J Psychiatry.* 1990; 156: 336-342.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 70) Roose PS, Dalack GW, Woodring S. Death depression and heart disease. *Am J Cardiol.* 1990; 526: 34-39.
- 71) Ruberman W, Weinblatt E, Goldberg JD, Chaudhary BS. Psychosocial influences on mortality after myocardial infarction. *N Eng J Med.* 1984; 311:552-9.
- 72) Saravia RP. Psiquiatría y humanismo. *Psiquiatría.* 1996; 12 (2): 44-46.
- 73) Scott J. Chronic depression. *Br J Psychiatry.* 1988; 153: 287-297.
- 74) Shapiro P, Lesperance F, Frasure-Smith N. Acute ischemic heart disease. *Am Heart J.* 1999; 137:236-51.
- 75) Schleifer SJ, Macari-Hinson MM. The nature of course of depression following myocardial infarction. *Arch Intern Med.* 1989; 149:1785-9.
- 76) Sharma R, Markar HR. Mortality rates and affective disorders. *J affect Disord.* 1994; 31: 91-6.
- 77) Schulberg HC, Saul M. Assessing depression in primary medical and psychiatric practice. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1985; 12: 1164-1170.
- 78) Silverstone PH. Depression increases mortality and morbidity in acute life threatening medical illness. *J Psychosom Res.* 1991; 34:651-7.
- 79) Taylor LH, Jacobs RD, Shucker B, Knudsen J, León SA, Debacker G. Aquestionary for de assessment of leisure time physical activities. *J Chron Dis.* 1978; 31:741-755.



- 80) Trelawny-Ross C, Russell O. Social and psychological responses to myocardial infarction: multiple determinants of outcome at six months. *J Psychosom Res.* 1987; 31:125-30.
- 81) Vogt T, Pope C, Mullooly J, Hollis J. Mental health status as a predictor of morbidity and mortality: A 15 year follow-up of members of a health maintenance organization. *Am J Public Health.* 1994; 84:227-31.
- 82) Welin C, Lappas G, Wilhelmsen L. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. *J Intern Med.* 2000; 247:629-39.
- 83) Wells KB, Golding JM, Burnam MA. Psychiatric disorder in a sample of the general population with or without chronic medical condition. *Am J Psychiatry.* 1990; 145: 976-979.
- 84) Who: Prevention of coronary heart disease. Report of Who Expert Committee. Geneva. 1981.
- 85) Williams RB, Litman AB. Psychosocial factors: role in cardiac risk and treatment strategies. *Cardiol Clin.* 1996; 14:97-104.
- 86) Williams RB. Do benzodiazepines have a role in the prevention or treatment of coronary heart disease and other major medical disorders?. *J Psychiatr Res.* 1990; 24 suppl 2: 51-56.
- 87) Zielinski RJ, Roose SP, Devanand DP. Cardiovascular complications of ECT in depress patients with cardiac disease. *Am J Psychiatry.* 1993; 150: 904-909.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# MATERIAL DE CAPTURA Y EVALUACIÓN.

Primero, trate de ser **USTED MISMO**.  
Piense en **COMO SE SIENTE AHORA** y  
Complete los enunciados de las próximas  
Páginas.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Duermo bien

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Duermo mal

Estoy Irritable

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No estoy Irritable

No tengo problemas agobiantes

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tengo problemas agobiantes

## TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Me siento con control de mi vida

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento sin control de mi vida

No estoy satisfecho con mi trabajo diario

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Estoy satisfecho con mi trabajo diario

Me siento seguro

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento inseguro

## TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Tengo una movilidad física reducida

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tengo una movilidad física completa

Me siento sin esperanza

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento con esperanza

Quisiera estar muerto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Estoy contento de estar vivo

## TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Me siento bien conmigo mismo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento mal conmigo mismo

No obtengo placer de mis pasatiempos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Obtengo placer de mis pasatiempos

Nunca me preocupo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Siempre me preocupo

TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

No me siento un fracaso

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento un fracaso

Me siento incompetente en el trabajo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento competente en el trabajo

Tengo buen apetito

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tengo poco apetito

TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Siento inferior

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No me siento inferior

Estoy siempre lleno de energía

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Siempre me falta energía

No tengo dificultad para tomar decisiones

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tengo gran dificultad para tomar decisiones

TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Me siento desamparado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No me siento desamparado

Tengo confianza en mi mismo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No tengo confianza en mi mismo

No tengo dolores físicos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tengo dolores físicos

TAL Y COMO ME SIENTO AHORA

Me preocupa el dinero

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No me preocupa el dinero

Me siento incapaz de hacer y/o mantener relaciones con amigos o compañeros de trabajo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me siento capaz de hacer y/o mantener relaciones con amigos o compañeros de trabajo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Ahora imagine su **ESTADO PERSONAL  
IDEAL**; o sea cómo le gustaría estar.  
Ahora complete los enunciados de las  
próximas páginas.

SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR

Dormía bien

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Dormiría mal

Estaría irritable

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No estaría irritable

No tendría problemas agobiantes

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tendría problemas agobiantes

SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR

Me sentiría con control de mi vida

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría sin control de mi vida

No estaría satisfecho con mi trabajo diario

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Estaría satisfecho con mi trabajo diario

Me sentiría seguro

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría inseguro

SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR

Tendría una movilidad física reducida

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tendría una movilidad física completa

Me sentiría sin esperanza

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría con esperanza

Desearía estar muerto

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Estaría contento de estar vivo

SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR

Me sentiría bien conmigo mismo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría mal conmigo mismo

No obtendría placer de mis pasatiempos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Obtendría placer de mis pasatiempos

Nunca me preocuparía

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Siempre me preocuparía

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR**

No me sentiría un fracaso

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría un fracaso

Me sentiría incompetente en el trabajo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría competente en el trabajo

Tendría buen apetito

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tendría poco apetito

**SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR**

Me sentiría inferior

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No me sentiría inferior

Me sentiría siempre lleno de energía

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Siempre me faltaría energía

No tendría dificultad para tomar decisiones

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tendría gran dificultad para tomar decisiones

**SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR**

Me sentiría desamparado

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No me sentiría desamparado

Tendría confianza en mi mismo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No tendría confianza en mi mismo

No tendría dolores físicos

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tendría dolores físicos

**SI YO ESTUVIERA COMO A MI ME GUSTARIA ESTAR**

Me preocuparía el dinero

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

No me preocuparía el dinero

Me sentiría incapaz de hacer y/o mantener relaciones con amigos o compañeros

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Me sentiría capaz de hacer y/o mantener relaciones con amigos o compañeros



## INVENTARIO DE BECK

- 1.- TRISTEZA  
0 = No me siento triste  
1 = Me siento triste y melancólico  
2a = Me siento triste y melancólico todo el tiempo y no puedo animarme  
2b = Estoy tan triste o infeliz que esto es verdaderamente doloroso
- 2.- PESIMISMO  
0 = No estoy particularmente pesimista o desalentado por el futuro  
1 = Me siento desalentado por el futuro  
2a = Siento que no tengo para que pensar en el porvenir  
2b = Siento que nunca saldré de mis problemas  
3 = Siento que el futuro es desalentador y que las cosas no pueden mejorar
- 3.- SENSACION DE FRACASO  
0 = No me siento como un fracasado  
1 = Siento que he fracasado más que el promedio  
2a = Siento que he consumado muy poco que valga la pena o que signifique algo  
2b = Viendo mi vida en forma retrospectiva todo lo que puedo ver es una gran cantidad de fracasos  
3 = Siento que soy un fracaso completo como persona (padre, madre, esposo (a), etc)
- 4.- INATISFACCION  
0 = No estoy particularmente insatisfecho  
1a = Me siento aburrido la mayor parte del tiempo  
1b = No gozo cosas de la manera que acostumbraba  
2 = Nunca siento satisfacción de nada  
3 = Estoy insatisfecho de todo
- 5.- CULPAS  
0 = No me siento particularmente culpable  
1a = Me siento mal o indigno gran parte del tiempo  
1b = Me siento algo culpable  
2 = Me siento mal o indigno casi siempre  
3 = Siento que soy muy malo o inútil
- 6.- EXPECTATIVAS DE CASTIGO  
0 = No siento que esté siendo castigado  
1 = He tenido la sensación de que algo malo me puede ocurrir  
2 = Siento que soy castigado o que seré castigado  
3 = Creo que merezco ser castigado
- 7.- AUTODESAGRADO  
0 = No me siento decepcionado de mí mismo  
1a = Estoy decepcionado de mí mismo  
1b = No me agrado  
2 = Estoy disgustado conmigo mismo  
3 = Me odio
- 8.- AUTOACUSACIONES  
0 = No creo ser peor que cualquier otro  
1 = Me crítico por mi debilidad y errores  
2 = Me reprocho mis culpas  
3 = Me reprocho todo lo malo que ocurre
- 9.- IDEAS SUICIDAS  
0 = No tengo ninguna intención de hacerme daño  
1 = Tengo intenciones de hacerme daño pero no las llevaría a cabo  
2a = Siento que estaría mejor muerto  
2b = Siento que mi familia estaría en mejores circunstancias si yo muriera  
3a = Tengo planes definidos para suicidarme  
3b = Me mataría si pudiera
- 10.- LLANTO  
0 = No lloro más de lo usual  
1 = Llora más de lo que acostumbraba  
2 = Ahora lloro todo el tiempo no puedo evitarlo  
3 = Yo fui capaz de llorar, pero ahora no puedo, aunque quiera hacerlo

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## 11.- IRRITABILIDAD

- 0 = No estoy más irritado de lo habitual
- 1 = Me molesto o me irrito con mayor facilidad de lo habitual
- 2 = Me siento irritado siempre
- 3 = Me irrito con las cosas que usualmente no me irritaba

## 12.- SEPARACION SOCIAL

- 0 = No he perdido interés por la gente
- 1 = Estoy menos interesado por las demás personas de lo que acostumbraba a estar
- 2 = He perdido casi totalmente el interés por las demás personas
- 3 = He perdido todo interés por las demás personas, y no me importa lo que les ocurra

## 13.- INDECISION

- 0 = Tomo decisiones tan bien como siempre
- 1 = Trato de evitar el tomar decisiones
- 2 = Tengo grandes dificultades para tomar decisiones
- 3 = No puedo tomar ninguna decisión

## 14.- CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL

- 0 = No siento que luzca peor de lo acostumbrado
- 1 = Me preocupa parecer viejo o desagradable
- 2 = Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia
- 3 = Siento que luzco feo o repulsivo

## 15.- RETARDO LABORAL

- 0 = Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 = Me cuesta un esfuerzo extra el empezar a hacer algo
- 2 = Tengo que darme mucho ánimo para hacer cualquier cosa
- 3 = No puedo hacer ningún trabajo

## 16.- INSOMNIO

- 0 = No puedo dormir también como siempre
- 1 = Despierto por la mañana más cansado que de costumbre
- 2 = Despierto una o dos horas mas temprano que lo usual y me es difícil volver a dormir
- 3 = Despierto temprano cada mañana y no puedo dormir más de 5 horas

## 17.- FATIGABILIDAD

- 0 = No me canso más de lo normal
- 1 = Me canso más fácilmente que lo usual
- 2 = Me canso de no hacer nada
- 3 = Me canso demasiado al hacer cualquier cosa

## 18.-ANOREXIA

- 0 = Mi apetito no excede a lo normal
- 1 = Mi apetito no es tan bueno como de costumbre
- 2 = Mi apetito es deficiente
- 3 = No tengo apetito

## 19.- PERDIDA DE PESO

- 0 = No he perdido mucho peso o nada últimamente
- 1 = He perdido mas de 2.5 Kg.
- 2 = He perdido mas de 5 Kg.
- 3 = He perdido mas de 7 Kg.

## 20.- PREOCUPACION SOMATICA

- 0 = No estoy más interesado en mi salud que lo usual
- 1 = Estoy preocupado por males y dolores, malestar estomacal o constipación
- 2 = Estoy tan preocupado de cómo me siento, que es difícil tener otros pensamientos
- 3 = Estoy sumamente preocupado de cómo me siento

## 21.- PERDIDA DE LA LIBIDO

- 0 = No he notado ningún cambio reciente en mi interés sexual
- 1 = Tengo poco interés en el sexo
- 2 = Mi interés en el sexo es casi nulo
- 3 = He perdido completamente el interés en el sexo

TOTAL \_\_\_\_\_

## ESCALA DE DEPRESION DE HAMILTON

SELECCIONE DE CADA REACTIVO LA OPCIÓN QUE MEJOR CARACTERICE AL ENFERMO EN EL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN

### 1.- ANIMO DEPRIMIDO: triste, desesperado, desamparado, auto devaluado.

- 0 = Ausente
- 1 = Estos estados de ánimo se mencionaron en el interrogatorio
- 2 = Estos estados de ánimo se reportaron verbalmente en el interrogatorio
- 3 = Comunica estos estados de ánimo en forma no verbal, es decir mediante expresiones faciales, actitudes, tendencia al llanto, etc.
- 4 = Comunica prácticamente solo estos estados de ánimo, en su comunicación espontánea verbal y no verbal

### 2.- SENTIMIENTOS DE CULPA

- 0 = Ausente
- 1 = Auto reproche, siente que ha defraudado a alguien
- 2 = Ideas de culpa sobre errores pasados. Piensa en ellos repetitivamente y con preocupación
- 3 = Piensa que la enfermedad actual es un castigo. Delirios de culpa
- 4 = Escucha voces acusatorias que lo denuncian y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras.

### 3.- SUICIDIO

- 0 = Ausente
- 1 = Siente que no vale la pena vivir
- 2 = Desea morir o tiene pensamientos en relación a su propia muerte
- 3 = Ideas o gestos suicidas
- 4 = Intento de suicidio

### 4.- INSOMNIO INICIAL

- 0 = Sin dificultad para conciliar el sueño
- 1 = Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (más de media hora)
- 2 = Se queja de dificultad para conciliar el sueño todas las noches

### 5.- INSOMNIO INTERMEDIO

- 0 = Sin dificultad
- 1 = Se queja de estar inquieto y perturbado durante la noche
- 2 = Se despierta durante la noche y/o necesita levantarse de la cama (excepto para ir al baño)

### 6.-INSOMNIO TERMINAL

- 0 = Sin dificultad
- 1 = Se despierta durante la madrugada, pero puede volver a dormirse
- 2 = Incapaz de volverse a dormir si se despierta en la madrugada o se levanta de la cama

### 7.- TRABAJO Y ACTIVIDADES

- 0 = Sin dificultades
- 1 = Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad relacionándose con sus actividades, trabajo o pasatiempos
- 2 = Pérdida del interés en sus actividades, pasatiempos o trabajo, ya sea reportado directamente por el enfermo o deducido indirectamente mediante sus negligencias indecisiones y/o litubeos (siente que va a hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades).
- 3 = Disminución del tiempo que dedica a sus actividades, o disminución en su productividad. En el hospital se califica con el 3 si el enfermo no dedica cuando menos 3 horas diarias a las actividades rutinarias del servicio, si las hay, hacer un gran esfuerzo para trabajar y/o desempeñar sus actividades

### 8.- RETARDO lentitud del pensamiento y/o palabra, dificultad para concentrarse, disminución de su actividad motora.

- 0 = Ausente
- 1 = Ligero retardo durante la entrevista
- 2 = Obvio retardo durante la entrevista
- 3 = Entrevista difícil debido al retardo
- 4 = Estupor completo

### 9.- AGITACION

- 0 = Ninguna
- 1 = Jugueteo de objetos (papeles, cabellos, etc) con las manos
- 2 = Comerse las uñas, jalarse el cabello, morderse los labios, etc.

### 10.-SENTIMIENTOS DE CULPA Y PREOCUPACION

- 0 = Ausente
- 1 = Tensión subjetiva e irritabilidad
- 2 = Preocupación por cosas triviales
- 3 = Actitud aprehensiva aparente por su expresión al hablar
- 4 = Expresa miedo o temor espontáneamente

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

11.-ANSIEDAD SOMATICA equivalentes fisiológicos de la ansiedad. Gastrointestinales (boca seca, flatulencia, indigestión, diarrea, dolores), cardiovasculares (palpitaciones, cefaleas), respiratorios (hiperventilación, suspiros), aumento de la frecuencia urinaria, diaforesis.

- 0 = Ausente
- 1 = Leve
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12.-SINTOMAS SOMATICOS GASTROINTESTINALES

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito, pero come sin la insistencia de sus familiares o del personal. Sensación de pesantez en el abdomen.
- 2 = Dificultad para comer a pesar de la insistencia de los familiares o del personal. Toma laxantes y otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

13.- SINTOMAS SOMATICOS EN GENERAL

- 0 = Ninguno
- 1 = Sensación de pesantez en miembros, espalda o cabeza; dolores de espalda, cabeza o musculares. Pérdida de energía y fatiga
- 2 = Todo síntoma físico específico se califica con 2

14.- SINTOMAS GENITALES pérdida de la libido, trastornos menstruales, etc.

- 0 = Ausentes
- 1 = Moderados
- 2 = Severos

15.- HIPOCONDRIASIS

- 0 = Ausente
- 1 = Aborto en su propio cuerpo
- 2 = Preocupación por la salud
- 3 = Quejas frecuentes, peticiones de ayuda constantes, etc
- 4 = Delirios hipocondríacos

16.- PERDIDA DE PESO: A o B. A: cuando se evalúa por historia. B: cuando se evalúa semanalmente.

- A0 = Sin pérdida de peso
- A1 = Probable pérdida de peso en relación a la enfermedad actual
- A2 = Pérdida de peso definitiva según el paciente
- B0 = Pérdida menor de 0.5Kg de peso en la semana
- B1 = Más de 0.5 Kg
- B2 = Mas de 1 Kg

17.-INTROSPECCION

- 0 = Reconoce que ha estado deprimido y enfermo
- 1 = Reconoce su enfermedad pero la atribuye a otras causas como mala alimentación, al clima, al exceso de trabajo, a algún virus, etc.
- 2 = Niega estar enfermo

18.-VARIACIONES DIURNAS: complétese AM o PM dependiendo si los síntomas son mas severos en la mañana o en la tarde.

- |              |              |
|--------------|--------------|
| AM           | PM           |
| 0 = Ausente  | 0 = Ausente  |
| 1 = Moderada | 1 = Moderada |
| 2 = Severa   | 2 = Severa   |

19.-DESPERSONALIZACIÓN Y DESREALIZACION: sentimientos de irrealidad e ideas nihilistas.

- 0 = Ausentes
- 1 = Leves
- 2 = Moderados
- 3 = Severos
- 4 = Incapacitantes

20.-SINTOMAS PARANOIDES.

- 0 = Ninguno
- 1 = Sospechoso
- 2 = Suspica
- 3 = Ideas de referencia
- 4 = Delirios de referencia y/o persecución

21.- SINTOMAS OBSESIVOS COMPULSIVOS.

- 0 = Ausentes
- 1 = Moderados
- 2 = Severos

TOTAL \_\_\_\_\_

0-9 = sin depresión, 10-18 = depresión leve, 19-25 = depresión moderada, de 26 o más = depresión severa.