



Universidad Nacional Autónoma de México



Facultad de Medicina

**Departamento de Psicología Médica,
Psiquiatría y Salud Mental**

**HOSPITAL ESPAÑOL DE MÉXICO
Sociedad de Beneficencia Española**

**Signos Neurológicos Blandos y
Funcionamiento Social Autorreportado
en Pacientes Ambulatorios con
Depresión Remitida**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:**

DR. CARLOS CABALLERO-ÁLVAREZ

México, D. F. 11 de Julio del 2008



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dr. Carlos Serrano Gómez
Asesor Teórico

M. en C. Christopher Ormsby
Asesor Metodológico

Dr. Alfredo Sierra Unzueta
Jefe del departamento de Enseñanza
e Investigación del Hospital Español. S.B.E.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS	IV
LISTA DE TABLAS Y FIGURAS	V
ABREVIATURAS.....	VI
RESUMEN.....	VII

INTRODUCCIÓN..... 1

MARCO DE REFERENCIA Y ANTECEDENTES	1
JUSTIFICACIÓN.....	7
OBJETIVOS	8
OBJETIVO GENERAL	8
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
HIPÓTESIS.....	8

MATERIAL Y MÉTODOS..... 9

TIPO DE ESTUDIO	9
POBLACIÓN EN ESTUDIO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	9
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	9
VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	10
RECOLECCIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	12
IMPLICACIONES ÉTICAS DEL ESTUDIO	13
APOYO FINANCIERO	13

RESULTADOS..... 14

DISCUSIÓN..... 19

CONCLUSIONES..... 24

ANEXOS 25

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	25
II. ESCALAS Y FORMATOS DE VACIADO DE DATOS	26
III. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-IV-TR PARA TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR	39
IV. CARTA DE PRESENTACIÓN AL COMITÉ DE ÉTICA	40

REFERENCIAS 41

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Carlos Serrano Gómez, al Dr. Lauro Castanedo de Alba, al Dr. Enrique Suárez Álvarez, a la Dra. Rosa Isela Mézquita Orozco, a la Dra. Atenea Martínez Salazar y a la Dra. Yuridia Ponce.

A Christopher Ormsby.

A mis Maestros, Compañeros y Hermanos.

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Clasificación de los Signos Neurológicos Blandos según el dominio o función evaluada.	1
Tabla 2. Características Sociodemográficas de la Muestra	14
Tabla 3. Características clínicas de 35 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión incluidos en el estudio	15
Tabla 4. Signos Neurológicos Blandos y Ajuste Social en 35 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión	16
Figura 1. Correlación entre Signos Neurológicos Blandos y Ajuste Social	17
Figura 2. Puntaje SASS Total Según Pareja Actual	18

ABREVIATURAS

AS	Ajuste Social
CV	Calidad de Vida
DSM-IV-TR	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition, Text Revised
EAAS	Escala de Autoevaluación de Adaptación Social
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño
HDRS-17	Hamilton Depression Rating Scale, 17 items
MADRS	Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale
OMS	Organización Mundial de la Salud
SASS	Social Adaptation Self-Evaluation Scale
SNB	Signos Neurológicos Blandos
STAR-D	Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression
TDM	Trastorno Depresivo Mayor

RESUMEN

El presente estudio se preguntó si existe asociación entre los Signos Neurológicos Blandos explorados durante el examen neurológico y el Ajuste Social Autorreportado en un grupo de pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

Se entrevistó a 35 pacientes ambulatorios diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor que acudieron a solicitar cita de seguimiento en la consulta externa del servicio de psiquiatría del Hospital Español, y que a juicio del médico tratante se encontraban en remisión. Los pacientes fueron valorados mediante la escala HDRS-17 para confirmar la ausencia de síntomas depresivos en las dos semanas previas y, posteriormente, se recabó información sociodemográfica, médica y psiquiátrica en entrevista cara-cara con apoyo del expediente clínico, a continuación se les realizó una exploración neurológica exhaustiva que incluyó la exploración de Signos Neurológicos Blandos mediante la escala de valoración neurológica NES y finalmente, se les solicitó llenar el cuestionario SASS para determinar el grado de Ajuste Social actual.

Mediante una correlación de Pearson se encontró que, en los pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión, la presencia de Signos Neurológicos Blandos correlaciona negativamente con el grado de Ajuste Social Autoreportado. ($r=-0.59$; $p=0.00017$).

Se concluyó que en depresión, a pesar de la remisión de síntomas depresivos, una mayor presencia de Signos Neurológicos Blandos correlaciona con un peor ajuste social, independientemente de todas las demás variables incorporadas en el estudio.

INTRODUCCIÓN

Marco de referencia y antecedentes

I) Signos Neurológicos Blandos

Los Signos Neurológicos Blandos son anormalidades menores encontradas durante la exploración neurológica exhaustiva en sujetos que no presentan ningún trastorno neurológico focalizado.¹

A estos hallazgos menores se les describe como “blandos” para indicar la dificultad de localizarlos en una región cerebral precisa,² pero su hallazgo traduce alteraciones en la integración sensorial, coordinación motora y/o secuenciación de actos motores complejos,³ y por tanto deben ser considerados como indicadores de alteración cerebral difusa o de alteración cortical regional.^{4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12}

La evaluación de un SNB se hace durante la exploración física del paciente, específicamente mediante un examen neurológico exhaustivo. El reporte de los hallazgos, a diferencia de los signos neurológicos mayores que reflejan la presencia o ausencia de neuropatología focalizada describiéndolos en términos dicotómicos (normal/anormal) o (presente/ausente); los SNB se describen en términos de “grado de disfunción” y suelen utilizarse escalas para estandarizar el grado de disfunción, tales como la la escala Heidelberg de Schröder, 1992)¹³ o la escala de Valoración Neurológica¹⁴ (NES, Neurological Evaluation Scale de Buchanan y Heinrichs, 1989).

Los Signos Neurológicos Blandos se agrupan en uno de los 4 dominios que se describen a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de los Signos Neurológicos Blandos según el dominio o función evaluada.	
Dominio	Ejemplos
1) Integración Sensorial	Integración Audiovisual, Estereognosia, Grafestesia, Extinción y Desorientación derecha-izquierda.
2) Coordinación Motora	Marcha en Tandem, Movimientos Alternantes Rápidos, Oposición Dedo-Pulgar y Test Dedo-Nariz. Otros signos incluidos en esta categoría incluyen: Disdiadococinecia y Golpeteo Ritmico.
3) Secuenciación de Actos Motores	Test Puño-Anillo, el TEST Puño-Palma-Borde y Test de Ozeretski.
4) Otros Signos	Romberg, Tremor, Movimientos en espejo, Siquinecia, Convergencia, Impersistencia de la Mirada, Reflejo Glabelar, Reflejo de prensión y Reflejo de chupeteo. Otros incluidos en esta categoría suelen ser: Reflejo Palmomentoniano, Discinecia tronco/extremidad, Saltos, Respuesta plantar extensora, Marcha Incrementada, Articulación, Movimientos Sacádicos, Actos imaginarios, y Test de cara-mano.
Nota: En el Apéndice X, se incluye una descripción de cada Signo Neurológico Blando	

Durante la década de los años 60's, los Signos Neurológicos Blandos fueron estudiados ampliamente en la población pediátrica especialmente en el contexto de la llamada "Disfunción Cerebral Mínima", y tiempo después en adolescentes y adultos.

Los SNB no son patognomónicos de ninguna patología, pero han sido estudiados principalmente en esquizofrenia,^{15, 16, 17, 18} con prevalencias que varían desde un 20%¹⁹ hasta 97.1% durante un primer episodio psicótico.

En comparación con los trastornos psicóticos, relativamente pocos estudios han evaluado la presencia de SNB en otros trastornos psiquiátricos pero han sido reportados en Tricotilomanía,²⁰ Trastorno Bipolar,^{21, 22, 23} y recientemente en individuos sanos, con tasas de prevalencia variables, desde 0% hasta 50% de los individuos.^{24, 25, 26, 27}

II) Funcionamiento Social en Trastorno Depresivo Mayor

El Funcionamiento Social es un concepto que hace referencia al proceso por el cual un individuo logra hacer frente a las normas del medio social en el que se mueve mediante la modificación de sus patrones de comportamiento, con el objeto de adaptarse al medio social al mismo tiempo que obtiene satisfacción de su rol social.^{28, 29}

Valorar el funcionamiento social en el contexto de un trastorno mental no ha resultado sencillo, debido en parte a la gran diversidad de términos similares que han sido utilizados en la literatura para definir un mismo concepto, entre los que encontramos por ejemplo, “dificultad social”, “discapacidad social”, “actividad social”, “adaptación social”, “satisfacción social”, “integración social³⁰”, “ajuste social” y un largo etc. etc., términos que en general coinciden con el concepto que hace referencia al proceso de adaptación mencionado.

El Trastorno Depresivo Mayor suele estar acompañado un sufrimiento significativo que podría ser explicado en parte por un desajuste en la esfera psicosocial,^{31, 32} de hecho, el grado de deterioro en las interacciones socio-interpersonales suelen ser una motivación frecuente para la búsqueda de tratamiento.^{33, 34}

Aunque la relación de causalidad no está claramente definida, se ha descrito correlación entre la severidad de los síntomas depresivos y el grado de disfunción social experimentado,³⁵ y aunque se reporta cierta mejora del grado de disfunción social tras la remisión de la sintomatología depresiva,³⁶ algunos autores consideran que no suele normalizarse por completo.³⁷

Existe evidencia sobre la persistencia de disfunción social incluso tras la remisión de los síntomas depresivos: En un estudio ya clásico, se demostró que con el tratamiento antidepresivo el funcionamiento social puede mejorar en menor grado que los síntomas depresivos.³⁸

La utilización de escalas en los ensayos clínicos controlados pretende entre otras cosas, objetivizar la remisión y la respuesta al tratamiento antidepresivo con fines de estandarización y comparación entre las diversas intervenciones farmacológicas y no farmacológicas disponibles, sin embargo, también han sido reconocidas las limitaciones de estas escalas para evaluar otras áreas frecuentemente afectadas durante el curso de un episodio depresivo.

III) Depresión como causa de discapacidad

No cabe duda que el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), se ha convertido en uno de los problemas de salud pública mas desafiantes de la última década: No solo por una alta prevalencia, estimada entre 5.8 - 9.5% a 12 meses, y puntual entre 1.9 y 3.2%.³⁹ Sino por una alta mortalidad y comorbilidad.^{40, 41, 42}

En numeros netos, la OMS reportó en el 2005 un estimado de 150 millones de casos de depresión a nivel mundial.⁴³ Dicho de otras maneras, se calcula que a nivel mundial una de cada 20 personas sufrirá al menos un episodio depresivo en algún momento de su vida⁴⁴ y para el año 2020, el Trastorno Depresivo Mayor representará la segunda causa de discapacidad a nivel mundial, apenas superado por los problemas cardiovasculares.⁴⁵

En la República Mexicana el problema no es menos inquietante: la información proveniente de los estudios epidemiológicos indican que, actualmente el Trastorno Depresivo Mayor es el trastorno neuropsiquiátrico que causa mayor grado de discapacidad en la población adulta.⁴⁶

IV) Remisión Vs Respuesta de síntomas depresivos

El objetivo del tratamiento farmacológico es inducir la remisión de la sintomatología depresiva y prevenir la recaída o recurrencia;^{47, 48} en este sentido, los estudios demuestran consistentemente que, si un paciente deprimido no alcanza la remisión, continuará expuesto a una mayor probabilidad de recurrencia, y continuará experimentando

alteraciones en la esfera psicosocial.^{49, 50, 51, 52, 53, 54} Se espera por tanto, que con la remisión se disminuya la probabilidad de recurrencia, recaída y morbimortalidad.

Aunque los criterios de remisión continúan siendo objeto de debate, la mayoría de los investigadores reconocen que, en ausencia de marcadores biológicos del estado depresivo, la remisión de la sintomatología depresiva puede ser definida de manera fenomenológica⁵⁵ estableciéndose clínicamente cuando la sintomatología depresiva disminuye a puntos de corte mínimos establecidos por consenso en escalas clínicas como la Hamilton (HDRS) o la Montgomery-Åsberg (MADRS).

Actualmente en los diseños de la gran mayoría de los ensayos clínicos controlados se considera que un paciente ha logrado la remisión cuando cumple con un periodo relativamente corto durante el cual existe un mínimo número de síntomas depresivos, traducido como un puntaje mejor o igual a 7 en la Escala Hamilton para depresión (HDRS).⁵⁶ Sin embargo estos ensayos clínicos tienen como objetivo principal el comparar la efectividad de dos intervenciones farmacológicas y pocas veces incluyen valoraciones sobre la esfera psicosocial una vez alcanzada la remisión con dichos criterios.

Justificación

En 2004 un estudio en pacientes con Trastorno Bipolar reportó una asociación entre los Signos Neurológicos Blandos y un pobre Ajuste Psicosocial.⁵⁷ Dos años después estos hallazgos fueron replicados en pacientes bipolares eutímicos, al reportarse una fuerte asociación estadística entre Signos Neurológicos Blandos y Discapacidad Social.⁵⁸ Sin embargo, los autores consideraron estos resultados como “preliminares” y sugirieron la necesidad de replicar los hallazgos en estudios posteriores.

Podría esperarse que esta misma asociación entre los SNB y el Ajuste Social fuera observada en el Trastorno Depresivo Mayor, es decir, que los SNB estuvieran asociados a un pobre Ajuste Social en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor a pesar de encontrarse en remisión. Sin embargo ésta cuestión no ha sido abordada hasta el momento.

Objetivos

Objetivo General

- 1) Se desea saber si existe asociación entre Signos Neurológicos Blandos y Ajuste Social Autorreportado en un grupo de pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

Objetivos Específicos

- 1) Conocer la prevalencia de Signos Neurológicos Blandos en un grupo de pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.
- 2) Identificar el grado de Ajuste Social de los pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.
- 3) Describir las características demográficas de un grupo de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

Hipótesis

- 1) La presencia de Signos Neurológicos Blandos se encuentra asociada al grado de Ajuste Social Autoreportado en los pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, transversal, observacional y descriptivo en la consulta externa de de la unidad de psiquiatría del Hospital Español de México.

Población en estudio y tamaño de la muestra

Se estudió a una muestra compuesta por 35 pacientes diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor por su médico tratante y que se encontraban en remisión a criterio de los mismos, fueron entrevistados en la clínica de consulta ambulatoria de psiquiatría del Hospital Español de México.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

Los criterios de Inclusión fueron:

- 1) Pacientes ambulatorios diagnosticados con Trastorno Depresivo Mayor según los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR⁵⁹ que actualmente se encuentren en remisión, definida por un puntaje ≤ 7 en la escala HDRS-17.
- 2) Ausencia de cualquier diagnóstico o historia previa en eje I.
- 3) Edad mayor a 18 años y menor a 65 años.

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Tiempo desde último internamiento menor a 2 meses
- 2) Incapacidad para otorgar el consentimiento informado o retiro del mismo
- 3) Alteraciones cognoscitivas evidentes al momento de la exploración (confusión, desorientación, incapacidad para seguir órdenes, etc.)
- 4) Pacientes con trastornos comórbidos en Eje I
- 5) Pacientes con Enfermedades Crónico-Degenerativas diagnosticadas en Eje III (Enfermedad Cerebrovascular, Trastornos Neurodegenerativos, Parkinsonismo idiopático o Enfermedades sistémicas con consecuencias cerebrales, insuficiencia hepática, cardiovascular o renal, Hipertensión Arterial descontrolada o Diabetes Mellitus descontrolada)
- 6) Antecedente de sufrimiento natal, hipoxia neonatal o defectos congénitos.
- 7) Presencia de signos neurológicos focales al momento de la exploración.

Variables y escalas de medición

Evaluación del Estado de Ánimo

El estado de ánimo de los participantes reclutados fue evaluado en el momento de la entrevista mediante la Escala Hamilton para Depresión HDRS.⁶⁰

Aunque la escala HDRS ha sido frecuentemente criticada por la contaminación de síntomas de ansiedad y síntomas somáticos (ítems 9-11), y recientemente se haya propuesto como alternativa a la escala Montgomery-Åsberg para la evaluación de los episodios depresivos; hoy por hoy la HDRS-17 continúa siendo la escala más utilizada en

la actualidad y en aras de hacer susceptible la comparación de los resultados del presente estudio con la literatura previa, se escogió a la HDRS de 17 items como instrumento de evaluación. Los puntajes oscilan entre 0-52, un mayor puntaje traduce mayor gravedad de sintomatología depresiva. El punto de corte para ser incluido en el estudio es concordante con la mayoría de los estudios sobre eficacia de tratamientos antidepresivos, donde la remisión suele definirse por un puntaje menor o igual a 7 en la Escala Hamilton para Depresión.⁶¹

Información Sociodemográfica

Los pacientes fueron entrevistados cara-cara para la obtención de información sociodemográfica, médica y psiquiátrica.

Signos Neurológicos Blandos

La presencia y severidad de los signos neurológicos blandos fue evaluada mediante la escala de Valoración Neurológica⁶² (NES, Neurological Evaluation Scale de Buchanan y Heinrichs, 1989).

Se trata de un instrumento estandarizado y estructurado que evalúa 26 signos neurológicos blandos agrupados en 4 subescalas (Integración sensorial, Coordinación motora, Secuenciación de actos motores complejos y Otros signos). Cada ítem se puntúa con una escala de 0-2 (“0” representa ninguna anormalidad, “1” anormalidad leve y “2” anormalidad marcada). La escala proporciona un puntaje total, un puntaje por cada ítem y un puntaje para tres áreas funcionales de interés.⁶³ Tiene una IRR (kappa ≥ 0.8)⁶⁴ y se requieren entre 15 y 20 minutos para su aplicación durante una exploración neurológica.⁶⁵

Evaluación del Ajuste Social

El ajuste social de los participantes fue evaluado mediante la escala autoaplicada de adaptación social (Social Adaptation Self-Evaluation Scale [SASS]) de Bosc y Dubini.⁶⁶

Se trata de una escala autoaplicada que recoge la percepción del sujeto sobre su funcionamiento social en un marco de referencia temporal del momento actual. La validación al español fue realizada en 1999 por Bobes,⁶⁷ y ha sido ampliamente utilizada en la población mexicana por reconocidos autores.^{68, 69} Consta de 21 ítems que exploran el funcionamiento del individuo en las siguientes áreas de la vida: (Trabajo, Familia, Ocio, Relaciones Sociales, Motivación e Intereses). El sujeto contesta cada ítem utilizando una escala tipo Likert con 4 grados de respuesta que van desde el 0 hasta el 3 (peor funcionamiento-mejor funcionamiento).

La escala SASS proporciona una puntuación total que es la suma de las puntuaciones en todos los ítems.

La puntuación total oscila entre 0 y 60, los puntos de corte utilizados son:

< 25	Desadaptación social
25 – 52	Adaptación normal
> 55	Superadaptación patológica

Recolección de datos y análisis de los resultados

Los datos obtenidos fueron recolectados en un formato diseñado específicamente para la realización del presente estudio (Anexo II). Posteriormente el análisis de los resultados se realizó mediante el programa estadístico R versión 2.11.⁷⁰ Se utilizaron promedio, desviación estándar y rango para describir las variables numéricas, así como frecuencia y

porcentaje para las variables nominales, correlación de Pearson para los análisis univariados, regresión lineal multivariada para el modelo multivariado, y para calificaciones entre grupos dicotómicos la T de student.

Implicaciones Éticas del Estudio

El presente estudio contó con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Español y fue aceptado por el Comité Científico de la misma institución, puesto que se utilizaron técnicas y métodos de investigación documental, revisión de expedientes clínicos, y aplicación de instrumentos de auto-evaluación estandarizados de uso generalizado en la literatura científica actual, el presente se consideró un estudio de investigación con riesgo mínimo. Por otra parte, al tratarse de un estudio descriptivo y observacional, no se hizo intervención alguna que modificara el curso del trastorno.

Durante la realización del presente estudio no fue necesario afrontar ningún riesgo ya que ningún paciente resultó afectado ni reportó evento adverso alguno, ningún paciente retiró el consentimiento informado antes de la conclusión del proyecto.

Apoyo Financiero

El presente estudio no contó con ningún tipo de apoyo económico para su realización, tampoco se proporcionó alguna gratificación económica o en especie a los pacientes que participaron, por lo anterior, no se reporta ningún conflicto de interés.

RESULTADOS

Se entrevistó a 35 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Las principales características sociodemográficas se presentan en la Tabla 2. En general se trató de pacientes en la 5ª década de la vida, (41.31 años promedio, D.E. 14.82) con educación preparatoria (12.26 años de educación promedio, D.E. 3.31), poco más de la mitad (51.43%, n=18) casados, el 40% de la muestra reportó no tener pareja actual al momento del estudio, la mayoría de los entrevistados fueron del sexo masculino (65.71%, n=23) y la mayoría sin trabajo remunerado (68.57%, n=24).

TABLA 2. Características Sociodemográficas de la Muestra

	Grupo de Pacientes (n=35)				
	Promedio (D.E.)	Rango	Error Estandar	Mediana	Rango Intercuartil
Edad	41.31 (14.82)	18 - 65	2.51	41	26.5
Años de educación	12.26 (3.31)	5 - 16	0.56	14	4.5
	n (%)				
Sexo					
Masculino	23 (65.71)				
Femenino	12 (34.29)				
Estado Civil					
Soltero	11 (31.43)				
Casado	18 (51.43)				
Viudo	3 (8.57)				
Divorciado	3 (8.47)				
Con pareja					
No	14 (40)				
Si	21 (60)				
Con trabajo remunerado					
No	24 (68.57)				
Si	11 (31.43)				
Con internamiento previo					
No	12 (34.29)				
Si	23 (65.71)				

* Prueba de dos colas

El grupo entrevistado se conformó en su totalidad por pacientes con antecedente de Trastorno Depresivo Mayor en remisión al momento de la entrevista (HDRS-17 promedio 3.66, D.E. 1.49) en general fueron diagnosticados alrededor de la 3ª década de la vida (26.3 años promedio, D.E. 8.7), y la mayoría presentó un último episodio grave sin síntomas psicóticos (57.1%, n=20); La mayoría estuvo ingresado al menos en una ocasión en alguna unidad de psiquiatría (65.71%, n=23), con una estancia promedio mayor a un mes (41 días, D.E. 21.4). El 62.8% (n=22) reportó al menos un intento suicida; el 100% de la muestra (n=35) se encontraba bajo tratamiento con fármacos antidepresivos al momento del estudio, un 71.4% con benzodiacepinas (n=25) y sólo el 14.3% (n=5) tenía algún antipsicótico dentro del esquema farmacológico de tratamiento indicado por sus médicos tratantes. En la Tabla 3 se resumen las características clínicas de la muestra de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

TABLA 3. Características clínicas de 35 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión incluidos en el estudio

	N (%)	Promedio (D.E)
Edad de Diagnóstico		26.3 (8.7)
Gravedad de último episodio		
Leve	9 (25.7)	
Moderado	4 (11.4)	
Grave sin síntomas psicóticos	20 (57.1)	
Grave con síntomas psicóticos	2 (5.7)	
Antecedente de Internamiento		
No	12 (34.3)	
Si	23 (65.7)	
Número de Internamientos		1.3 (1.2)
Días de Hospitalización		41 (21.4)*
Antecedente de Intento Suicida		
No	13 (37.2)	
Si	22 (62.8)	
Intentos suicidas		1.7 (0.75) **
Psicofármacos		
Antidepresivos	35 (100)	
Antipsicóticos	5 (14.3)	
Benzodiacepinas	25 (71.4)	
HDRS-17		3.66 (1.49)

* Contempla únicamente a los pacientes con antecedente de hospitalización

** Contempla únicamente a los pacientes con antecedente de intento suicida

Signos Neurológicos Blandos y Ajuste Social Autorreportado

Los Signos Neurológicos Blandos fueron evaluados mediante al escala NES y se encontro un puntaje total promedio de 18.26, (D.E. 5.3), la subescala con mayor puntuación fue la de “Otros Signos” (promedio 7.49, D.E. 2.45) y la menor fue la sub-escala de “Integración Motora”.

Por otro lado, en cuando al Ajuste Social Autorreportado, se evaluó mediante la escala SASS, el grupo presentó un puntaje total promedio de 23.11 (D.E. 4.31), La sub-escala con mayor puntuación fue la de “Relaciones Extra-Familiares” (promedio 8.71, D.E. 1.50) y la menor fue la sub-escala de “Satisfacción del Rol” (promedio 1.97, D.E. 1.36).

Los resultados de ambas escalas se resumen en la Tabla 4.

TABLA 4. Signos Neurológicos Blandos y Ajuste Social en 35 pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

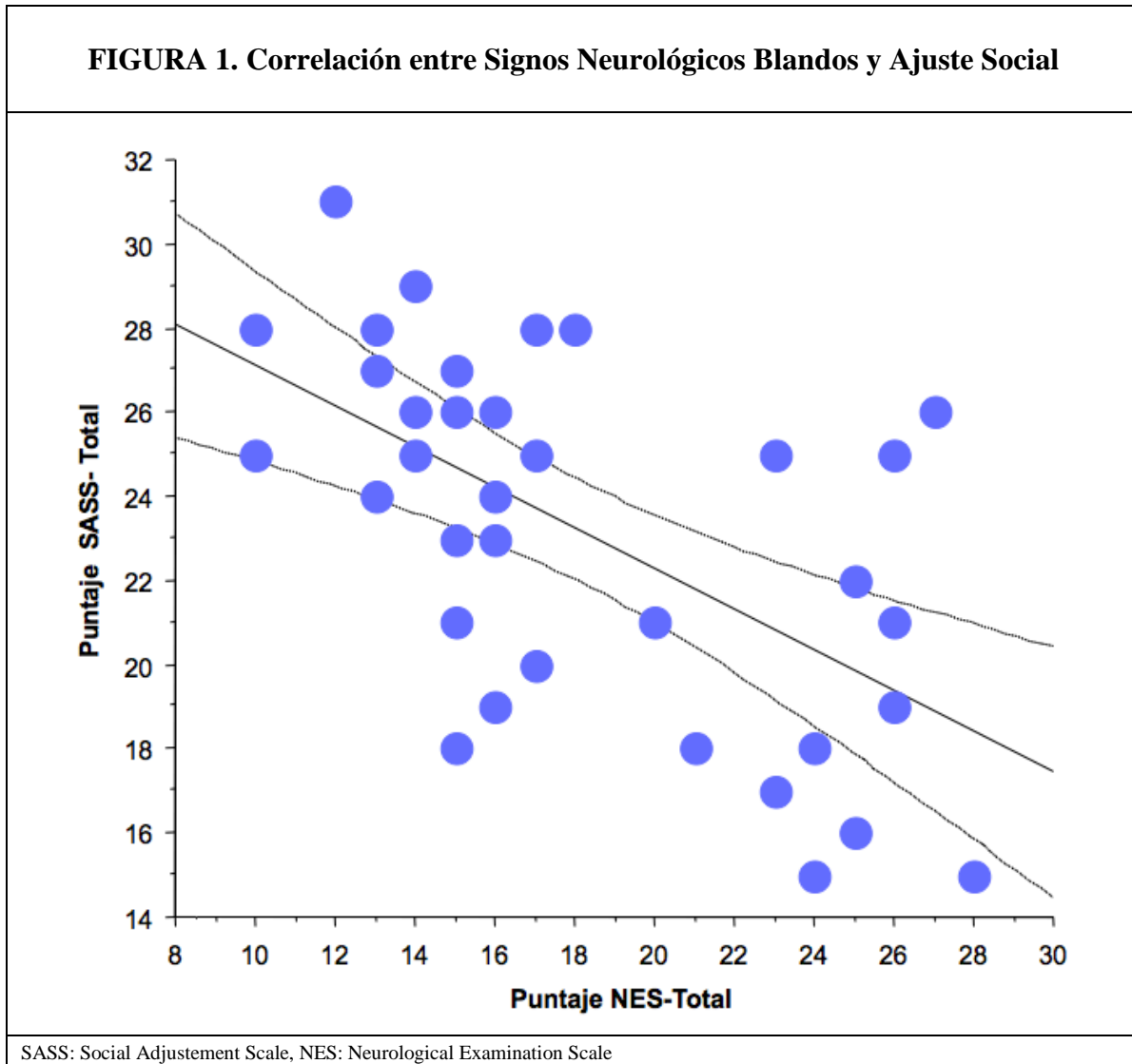
Escalas y Subescalas	Grupo de Pacientes (n=35)
	Promedio (D.E.)
TOTAL NES	18.26 (5.1)
Integración Sensorial	3.74 (1.98)
Integración Motora	2.34 (1.26)
Secuenciación motora	4.09 (1.69)
Subescala otros	7.49 (2.45)
TOTAL SASS	23.11 (4.31)
Trabajo y Placer	*4.86 (1.61)
Relaciones Familiares	*3.11 (1.05)
Relaciones Extra-Familiares	*8.71 (1.50)
Intereses	*2.37 (1.06)
Satisfacción del Rol	*1.97 (1.36)
Control del Ambiente	*2.46 (1.19)

* Prueba de dos colas

SASS: Social Adjustment Scale, NES: Nerological Examination Scale

Correlación entre Ajuste Social y Signos Neurológicos Blandos

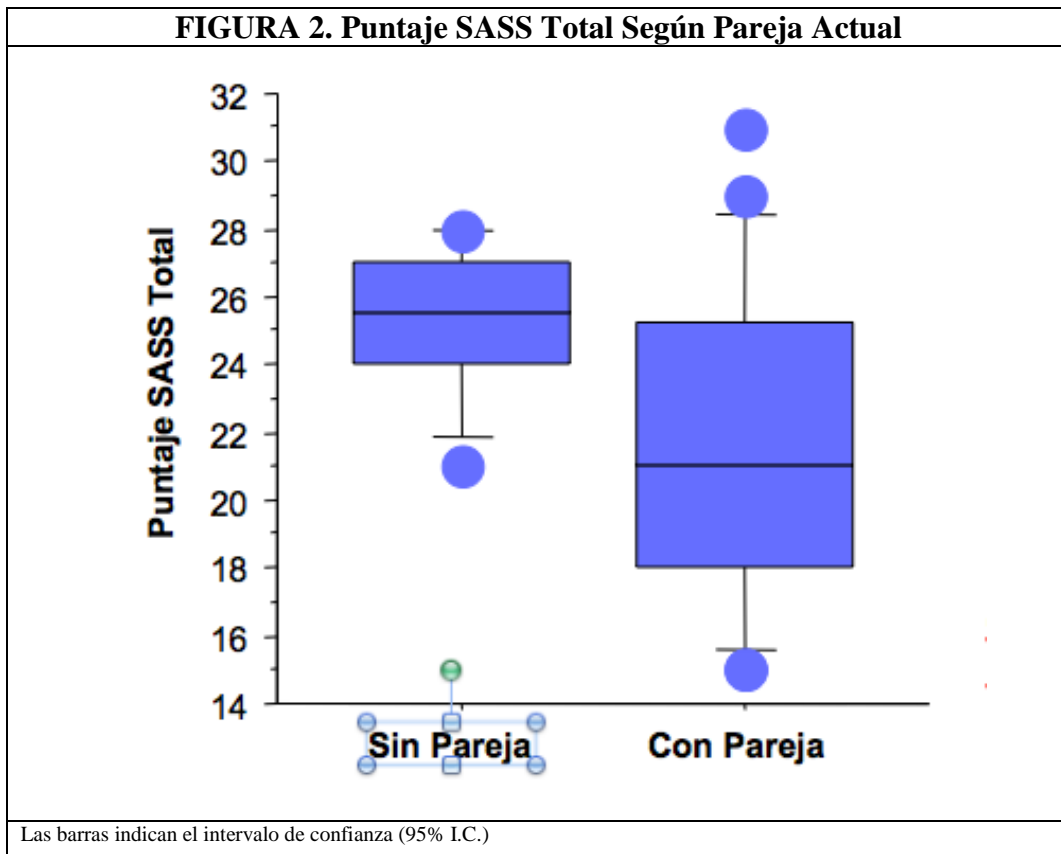
Mediante correlación de Pearson, se encontró una correlación negativa entre los puntajes totales de la escala NES y la escala SASS. ($r=-0.59$; $p=0.00017$). (Figura 1)



En el modelo se detectaron otras tres variables asociadas al puntaje SASS Total: edad en años ($r=-0.41$; $p=0.015$), años de educación ($r=0.36$; $p=0.031$) y el número total de medicamentos ($r=-0.45$; $p=0.0072$).

Para determinar si alguna de estas variables era un predictor independiente, se utilizó una regresión lineal multivariada, en el que se incluyó las cuatro variables mencionadas, se encontró que estas cuatro variables en conjunto son predictivas para el puntaje SASS Total ($p=0.0015$) pero solo el puntaje NES Total lo predice de manera independiente ($p=0.0019$). Indicando que la correlación SASS y NES no se pierde al corregir las otras variables.

Como hallazgo se encontró que el estatus de tener pareja disminuyó significativamente el puntaje SASS total ($p=0.0097$), pero aún estratificando la muestra entre quienes tienen ($r=-0.054$; $p=0.0011$) y no tienen pareja ($r=-0.7$; $p=0.0052$), se mantiene la correlación SASS con NES (Figura 2).



DISCUSIÓN

Hasta hace tres décadas se subestimaba el impacto de los trastornos mentales, pero afortunadamente semejante percepción ha cambiado en los últimos años debido en parte a dos factores, por un lado la redefinición de los trastornos mentales, y por otro la estimación de la carga global de la enfermedad.⁷¹

A raíz de estos factores se reconoció que el Trastorno Depresivo Mayor, además de ser el problema de salud mental más frecuentemente reportado en la práctica de la medicina general,⁷² rivaliza con cualquier otra enfermedad médica conocida en cuanto a su costo global como carga de enfermedad.⁷³ Por mencionar un ejemplo, con respecto a la función física, los pacientes deprimidos puntúan en promedio, 77.6% de la función normal, mientras que enfermedades como artritis, diabetes, e hipertensión puntúan entre 79% a 88.1%.⁷⁴

Hoy por hoy se reconoce que, el Trastorno Depresivo Mayor involucra una disfunción social significativa,^{75, 76, 77, 78} pero paradójicamente el funcionamiento social raramente ha sido considerado en los ensayos clínicos que valoran la efectividad de las intervenciones farmacológicas.

Diversos autores han subrayado que para considerar una recuperación de un episodio depresivo, es insuficiente considerar que un paciente deje de cumplir los criterios diagnósticos,⁷⁹ en la misma línea, otros autores proponen que el grado de disfunción social debería tomarse en cuenta para determinar la remisión de un episodio depresivo.^{80, 81, 82}

La discusión en torno a la remisión no finaliza en este punto ya que aún es controversial el tiempo necesario que un paciente necesita estar sin síntomas depresivos para ser considerado en remisión.

Para efectos del presente estudio, además de el juicio clínico del médico tratante, se decidió utilizar la metodología de la gran mayoría de los ensayos clínicos controlados realizados en la actualidad, es decir, se consideró un caso como remisión cuando el paciente obtuvo < 7 puntos en la escala HDRS-17; mediante el uso de esta escala y este criterio, se pretendió imitar justamente el diseño de la mayoría de los estudios de efectividad farmacológica; abriendo la posibilidad de comparación con la literatura que aborda el problema del grado de ajuste social en depresión mayor, por otra parte, en cuanto el área correspondiente a la evaluación de los Signos Neurológicos Blandos se utilizó un instrumento estructurado, estandarizado y validado internacionalmente para la exploración de estos Signos.^{83, 84}

En cuanto a la muestra de estudio, dado que en el área de consulta externa de psiquiatría del Hospital Español se atiende de manera exclusiva a pacientes socios de la Sociedad de Beneficiencia Española, estamos hablando de un grupo particular de pacientes que cuentan actualmente con la nacionalidad española o bien son dependientes económicos directos de algún español, este hecho cuestiona la representatividad de la muestra, pero podemos mencionar que las características sociodemográficas del grupo de estudio, no son diferentes a los estudios previos que el Hospital Español ha reportado previamente, y al respecto podemos destacar que el Hospital Español además de haber sido pionero, hoy día

es uno de los pocos hospitales generales en México que cuentan con una unidad de psiquiatría con varias decenas de camas censables para internamientos exclusivamente psiquiátricos, además de un área de seguimiento para pacientes ambulatorios.

Otro punto discutible es que no se pudo determinar de una manera fiable el número de episodios depresivos previos, como tampoco se pudo obtener el tiempo promedio de enfermedad, pero se fue posible recabar el número de internamientos previos y el total de días hospitalizado en una sala de psiquiatría desde el diagnóstico de TDM.

Los criterios de inclusión y exclusión mencionados en la metodología son comparables a otros estudios sobre Signos Neurológicos Blandos, y aunque se trata de una muestra relativamente pequeña, el diseño del estudio permitió en la medida de lo posible, reclutar pacientes con las características clínicas que suelen observarse en la práctica general, es decir, fue posible estudiar una a pacientes ambulatorios diagnosticados por sus médicos tratantes con trastorno depresivo mayor, que fueron manejados esencialmente con tratamiento farmacológico y que contaron con un seguimiento ambulatorio que finalizó en la percepción de remisión por parte de los médicos tratantes.

Ya ha sido descrito que los SNB son independientes al efecto terapéutico y/o adverso de los psicofármacos (Kolakowska et al., 1985; Rossi et al., 1990; King et al., 1991; Mohr et al., 1996), pero debido a que se encontraron otras 3 variables asociadas al puntaje total de la escala SASS de ajuste social, (edad, años de educación y número total de medicamentos), se utilizó un modelo de regresión lineal multivariada para determinar si se

afectaba la correlación entre SASS y NES, pero se encontró que la correlación no se pierde al corregir las 3 variables mencionadas, y se corroboró que solo la escala NES de signos neurológicos blandos predice de manera independiente el puntaje de la escala SASS.

La base neuroanatómica de los Signos Neurológicos Blandos continúa hasta la fecha poco comprendida, y aunque tradicionalmente se considera que estos signos son causados por alteraciones difusas, queda pendiente por conocer si es posible dilucidar alteraciones específicas mediante técnicas especializadas de neuroimagen.

Al respecto, recientemente se ha sugerido que tanto en pacientes psicóticos como en individuos sanos una alta puntuación en NES correlaciona con reducción volumétrica a nivel del giro frontal inferior, medio y superior, así como reducción en giro cíngulo anterior ⁸⁵. El presente estudio encontró una mayor prevalencia en la subescla de secuenciación motora (4.09), en comparación con integración motora (3.74), e integración sensorial (2.34). Aunque no encontramos estudios que estudiaran la prevalencia de signos neurológicos blandos en pacientes con trastorno depresivo en remisión, se ha descrito que los SNB de coordinación motora parecen estar asociados con reducción de volumen de los ganglios basales, mientras que los de integración sensorial parecen estar asociados a reducciones de volumen tanto en ganglios basales como en áreas corticales involucradas en la integración de información de diferentes modalidades sensoriales. ^{86, 87}

En general hay pocas investigaciones sobre SNB en Trastorno Depresivo Mayor con las que se puedan comparar los hallazgos del presente trabajo, por lo que, el presente estudio puede ser la base de futuras investigaciones en este campo, en los que será necesario descartar otros factores concomitantes no explorados en este trabajo. Por otra parte, se realizó una investigación bibliográfica con objetos de comparación de resultados, sin embargo tampoco encontramos algún estudio que valorara el grado de ajuste social en un grupo de pacientes depresivos en remisión.

Aunque el presente estudio no puede detectar la dirección de la correlación y por tanto no puede explorarse la causalidad, creemos que el presente estudio cumplió el objetivo primario al comprobarse la hipótesis planteada, encontrándose que la presencia de Signos Neurológicos Blandos se encuentra asociada al grado de Ajuste Social Autoreportado en los pacientes ambulatorios con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión. La correlación encontrada en el presente estudio, fue significativa y con pendiente negativa, de tal manera que un mayor puntaje en la escala de Signos Neurológicos Blandos correlacionó con un menor puntaje en la escala de Ajuste Social.

CONCLUSIONES

El impacto del trastorno depresivo mayor va mas allá de los síntomas nucleares considerados en los criterios diagnósticos y cada vez un mayor número de expertos consideran que la remisión debe ser vista como el objetivo principal en el tratamiento de la depresión^{88, 89, 90, 91, 92, 93, 94}, sin embargo la mayoría de los ensayos clínicos controlados aún no incluyen sistemáticamente la valoración del funcionamiento social en su metodología.

El presente estudio aporta el hallazgo de una correlación negativa entre la presencia de Signos Neurologicos Blandos y el Ajuste Social Autoreportado en una muestra de pacientes deprimidos considerados en remisión mediante los criterios fenomenológicos actuales

Anexos

I. Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Signos Neurológicos Blandos y Ajuste Social en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor en Remisión.

Esta hoja de consentimiento informado puede contener información que usted no comprenda en su totalidad, por lo que no dude en solicitar a su médico que le resuelva cualquier duda que tenga al respecto.

El estudio de los datos clínicos relacionados a los trastornos psiquiátricos son muy importantes para conocer las consecuencias del trastorno que usted padece, pero por desgracia, todavía no se conocen en su totalidad los factores involucrados que agravan la evolución de los trastornos psiquiátricos, especialmente en las áreas sociales y por tanto, no en todos los casos podemos llevar a cabo un tratamiento que incida directamente sobre éstos factores. Por ello hemos iniciado este estudio que pretende estudiar algunos de estos factores, con la esperanza de que nuestros hallazgos, junto al de otros muchos equipos de investigación que están trabajando en el mismo sentido, ayuden a encontrar en un futuro no muy lejano un tratamiento “integral” para su enfermedad.

Lo que le pedimos es que participe en este proyecto de investigación en el que usted contestará un cuestionario para tratar de encontrar variaciones que nos permitan explicar si posee algún factor de riesgo que le hace susceptible de padecer un curso desfavorable de su enfermedad.

Participando en este estudio usted no obtendrá beneficios clínicos directos ni compensación económica alguna, pero los resultados de la investigación nos ayudarán a entender mejor las causas de su enfermedad.

La información obtenida será archivada sin que aparezca su nombre ni ningún dato que le pueda identificar a excepción de un código numérico. Asimismo, su nombre no aparecerá en ningún escrito ni comunicación derivado de este estudio. Su participación en este estudio es totalmente voluntaria y altruista. Una vez iniciado el estudio, podrá todavía negarse a que se excluyan del estudio los resultados o datos obtenidos de su participación, lo anterior podrá solicitarlo en cualquier momento del desarrollo de este trabajo.

Si tiene alguna duda sobre lo que acaba de leer o sobre cualquier otro aspecto de esta investigación, por favor pregúntesela a su médico antes de firmar esta hoja de consentimiento informado.

Agradecemos de antemano su colaboración.

Contacto: Si tuviera alguna pregunta o duda acerca del presente estudio, puede contactar al Dr. Carlos Caballero-Álvarez al teléfono 52559600. Ext. 9278.

Yo, _____, he comprendido toda la información expuesta en la presente hoja de consentimiento informado y he tenido la oportunidad de preguntar todas las dudas que se me han planteado. Por la presente doy mi autorización para que mis datos clínicos sean utilizados en la presente investigación.

_____ Nombre y firma del Paciente	_____ Fecha
_____ Nombre y firma del familiar o representante legal	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha
_____ Testigo	_____ Fecha

II. Escalas y Formatos de Vaciado de Datos

Nombre (Iniciales) _____

ESTIMADO PACIENTE:

El estudio de los datos clínicos relacionados a los trastornos psiquiátricos son muy importantes para conocer las consecuencias del trastorno que usted padece. Pero por desgracia, todavía no se conocen en su totalidad los factores involucrados que agravan la evolución de los trastornos psiquiátricos, especialmente en las áreas sociales y calidad de vida en general, y por tanto, no en todos los casos podemos llevar a cabo un tratamiento que incida directamente sobre éstos factores.

Por ello hemos iniciado este estudio que pretende estudiar algunos de estos factores, con la esperanza de que nuestros hallazgos, junto al de otros muchos equipos de investigación que están trabajando en el mismo sentido, ayuden a encontrar en un futuro no muy lejano un tratamiento "integral" para su enfermedad.

Lo que le pedimos es que participe en este proyecto de investigación en el que usted contestará el siguiente cuestionario y será entrevistado por un médico quien le hará una exploración neurológica para tratar de encontrar variaciones que nos permitan explicar si posee algún factor de riesgo que le hace susceptible de padecer un curso desfavorable de su enfermedad.

SI USTED TIENE ENTRE 18 - 65 AÑOS Y DESEA PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO, LLENE POR FAVOR EL SIGUIENTE CUESTIONARIO MIENTRAS ESPERA SER ATENDIDO EN SU CONSULTA. AL FINALIZAR, POR FAVOR ENTREGUE ESTE CUESTIONARIO Y ESPERE UN MOMENTO PARA SER ENTREVISTADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DEL PROYECTO.

Nombre (Iniciales) _____

Las siguientes preguntas tienen como objetivo evaluar la Calidad de Vida que usted ha experimentado en la última semana, la información que proporcione nos ayudará a diseñar estrategias de tratamiento integral para el padecimiento que padece.

Si usted tiene menos de 65 años, Por favor ayúdenos respondiendo el siguiente cuestionario marcando con una X o circulando la opción que considere adecuada.

El tiempo aproximado es de 20-30 minutos.

DATOS GENERALES						
FECHA	ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO				FECHA DE NACIMIENTO (DIA-MES-AÑO)	
¿CUAL ES SU EDAD ACTUAL?						
SEXO	0 FEMENINO	1 MASCULINO				
¿CUAL ES SU ESTADO CIVIL?	0 SOLTERO	1 CASADO	2 VIUDO	3 DIVORCIADO	4 NUNCA CASADO	5 ACTUALMENTE NO TENGO PAREJA
EN CUANTO A SU EDUCACIÓN ¿CUANTOS AÑOS COMPLETÓ?	PRIMARIA 0 1 2 3 4 5 6	SECUNDARIA 0 1 2 3	PREPARATORIA 0 1 2 3	LICENCIATURA 0 1 2 3 4 5 6	POSTGRADO 0 1 2 3 4 5 6	MAESTRIA / DOCTORADO 0 1 2 3 4 5 6
¿TRABAJA ACTUALMENTE?	0 NO	1 SI				
¿ALGUNA VEZ HA SIDO INTERNADO EN PSIQUIATRÍA?	0 NO	1 SI				
SI SU RESPUESTA FUE SI ¿CUANTAS VECES?	1 UNA	2 DOS	3 TRES	4 CUATRO	5 CINCO	6 SEIS VECES O MAS

¿ QUE MEDICAMENTOS PSIQUIÁTRICOS TOMA ACTUALMENTE ?			
(ANOTE UNO EN CADA CASILLA POR FAVOR) EJEMPLOS: (PROZAC, ALTRULINE, HALDOL, RISPERDAL, ZYPREXA, TEGRETOL, DEPAKENE, CARBOLIT, TAFIL, RIVOTRIL, EBIXA, REMINYL)			

Agradecemos su colaboración.

SNB y FS en PX con TDM-Rem

Nombre (Iniciales) _____

ESTA HOJA DEBERA SER LLENADA POR EL MEDICO

DATOS GENERALES					
FECHA	EXPEDIENTE	NOMBRE			CONSECUTIVO
					INICIALES
					F. DE NAC. (DD/MM/AA)
					EDAD
					(0 = FEM / 1 = MASC) SEXO
					0 = Soltero, 1 = casado, 2 = viudo, 3 = divorciado, 4 = nunca casado, 5 = concubinato EDO CIVIL
PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	LICENCIATURA	POST LICENCIATURA	TOTAL AÑOS DE EDUCACIÓN
					(0=No / 1= Si) TRABAJA ACTUALMENTE
					(0=No / 1= Si) INTERNAMIENTO PREVIO
					NUMERO DE INTERNAMIENTOS
					TOTAL MESES HOSPITALIZADO
					# INTENTOS SUICIDIO
					FECHA DE ULT. INTERNAMIENTO TIEMPO DESDE ULT. INTER (MESES)

MEDICACIÓN ACTUAL					
# ANSIOLÍTICOS /HIPNÓTICOS	# ANTIDEPRESIVOS	# ANTIPSICÓTICOS	# OTROS MEDICAMENTOS	TOTAL DE MEDICAMENTOS	

EJE I			
Dx EJE I		FECHA DX	EDAD DX
Dx EJE I		FECHA DX	EDAD DX
Dx EJE I		FECHA DX	EDAD DX

EJE II			
Dx EJE II		FECHA DX	EDAD DX

EJE III (COMORBIDO)		
	(0=No / 1= Si)	COMORBILIDAD MÉDICA
Dx EJE III	FECHA DX	EDAD DX
Dx EJE III	FECHA DX	EDAD DX
Dx EJE III	FECHA DX	EDAD DX
Dx EJE III	FECHA DX	EDAD DX
Dx EJE III	FECHA DX	EDAD DX

SNB y FS en PX con TDM-Rem

Nombre (Iniciales) _____

ESTA HOJA DEBERA SER LLENADA POR EL MEDICO

EJE III (HISTORIA)		
	(0=No / 1= Si)	COMORBILIDAD MÉDICA
Dx Eje III	FECHA DX	EDAD DX
Dx Eje III	FECHA DX	EDAD DX
Dx Eje III	FECHA DX	EDAD DX
Dx Eje III	FECHA DX	EDAD DX
Dx Eje III	FECHA DX	EDAD DX

X					

SNB y FS en PX con TDM-Rem

ESTA HOJA DEBERA SER LLENADA POR EL MEDICO
HDRS (HAMILTON)

<i>Ítems</i>	<i>Criterios operativos de valoración</i>
1. Humor deprimido (tristeza, depresión, desamparo, inutilidad)	0. Ausente 1. Estas sensaciones se indican solamente al ser preguntado 2. Estas sensaciones se relatan oral y espontáneamente 3. Sensaciones no comunicadas verbalmente, es decir, por la expresión facial, la postura, la voz, y la tendencia al llanto 4. El paciente manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea
2. Sensación de culpabilidad	0. Ausente 1. Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente 2. Ideas de culpabilidad, o meditación sobre errores pasados o malas acciones 3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpabilidad 4. Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras
3. Suicidio	0. Ausente 1. Le parece que la vida no merece la pena ser vivida 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse 3. Ideas de suicidio o amenazas 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio se califica 4)
4. Insomnio precoz	0. Ausente 1. Dificultades ocasionales para dormirse, por ejemplo, más de media hora 2. Dificultades para dormirse cada noche
5. Insomnio medio	0. Ausente 1. El paciente se queja de estar inquieto durante la noche 2. Está despierto durante la noche; cualquier ocasión de levantarse de la cama se califica 2 (excepto si está justificada: orinar, tomar o dar medicación, etc.)
6. Insomnio tardío	0. Ausente 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada pero vuelve a dormirse 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
7. Trabajo y actividades	0. Ausente 1. Ideas y sentimientos de incapacidad. Fatiga o debilidad relacionadas con su actividad, trabajo o aficiones 2. Pérdida de interés en su actividad, aficiones, o trabajo, manifestado directamente por el enfermo o indirectamente por desatención, indecisión y vacilación 3. Disminución del tiempo dedicado a actividades o descenso en la productividad 4. Dejó de trabajar por la presente enfermedad
8. Inhibición (lentitud de pensamiento y de palabra, empeoramiento de la concentración, actividad motora disminuida)	0. Palabra y pensamiento normales 1. Ligero retraso en el diálogo 2. Evidente retraso en el diálogo 3. Diálogo difícil 4. Torpeza absoluta
9. Agitación	0. Ninguna 1. «Juega» con sus manos, cabellos, etc. 2. Se retuerce las manos, se muerde las uñas, los labios, se tira de los cabellos, etc.
10. Ansiedad psíquica	0. No hay dificultad 1. Tensión subjetiva e irritabilidad 2. Preocupación por pequeñas cosas 3. Actitud aprensiva aparente en la expresión o en el habla 4. Terrores expresados sin preguntarle

ESTA HOJA DEBERA SER LLENADA POR EL MEDICO

11. Ansiedad somática	0. Ausente 1. Ligera 2. Moderada 3. Grave 4. Incapacitante Signos fisiológicos concomitantes de la ansiedad como: <ul style="list-style-type: none"> • Gastrointestinales: boca seca, flatulencia, diarrea, eructos, retortijones • Cardiovasculares: palpitaciones, cefalalgias • Respiratorios: hiperventilación, suspiros • Frecuencia urinaria • Sudoración
12. Síntomas somáticos gastrointestinales	0. Ninguno 1. Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen 2. Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita o necesita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales
13. Síntomas somáticos generales	0. Ninguno 1. Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefalalgias, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad 2. Cualquier sintoma bien definido se califica 2
14. Síntomas genitales	0. Ausente 1. Débil 2. Grave 3. Incapacitante Síntomas como <ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de la libido • Trastornos menstruales
15. Hipocondría	0. No la hay 1. Preocupado de sí mismo (corporalmente) 2. Preocupado por su salud 3. Se lamenta constantemente, solicita ayudas, etc. 4. Ideas delirantes hipocondríacas
16. Pérdida de peso (completar A o B)	A. Según manifestaciones del paciente (primera evaluación) 0. No hay pérdida de peso 1. Probable pérdida de peso asociada con la enfermedad actual 2. Pérdida de peso definida (según el enfermo) B. Según pesaje hecho por el psiquiatra (evaluaciones siguientes) 0. Pérdida de peso inferior a 500 g en una semana 1. Pérdida de peso de más de 500 g en una semana 2. Pérdida de peso de más de 1 kg en una semana (por término medio)
17. <i>Insight</i> (conciencia de enfermedad)	0. Se da cuenta de que está deprimido y enfermo 1. Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, etc. 2. Niega que esté enfermo

SIGNOS NEUROLOGICOS BLANDOS

ESCALA DE VALORACIÓN NEUROLOGICA (NES)

INSTRUCCIONES PARA EL EXAMEN

El examen debe realizarse en un ambiente tranquilo, sin interrupciones ni observadores adicionales. Los pacientes con antecedentes de trastornos neurológicos, abuso de sustancias o alcoholismo, deben ser excluidos. El procedimiento se realiza de tal manera que las pruebas son realizadas por el paciente en bipedestación.

Introducciones Generales:

Voy a pedirte que hagas una serie de cosas. Algunas de ellas son bastante fáciles pero otras quizás te parezcan algo difíciles. No te preocupes por eso, no se trata de que lo hagas perfecto, simplemente quiero que lo hagas lo mejor que puedas. No hay tiempo límite para realizar cada tarea y yo te voy a explicar cada una de ellas antes de comenzar. Si tienes dudas o no entiendes lo que te pido, pregúntame.

La capacidad del paciente para realizar un ejercicio determinado se califica:

Escala para puntuación	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

Cuando hay un desempeño normal (0), las diferencias claras en los lados del cuerpo se califican como (1)

1. MARCHA EN TANDEM	
<i>El sujeto debe caminar en línea recta, con el talón tocando la punta del otro pie, durante 12 pasos consecutivos. Se empieza a contar a partir del primer paso correcto. Para esta prueba vamos a salir al pasillo. Quiero que te imagines una línea recta en el suelo (se puede usar una de las líneas que ya hay en el suelo, caso de que las haya). Quiero que andes sobre ella, en línea recta tocando con el talón la punta del otro pie, como si andaras sobre una cuerda floja (mostrar cómo se hace). Yo te diré cuando tienes que parar. Empieza.</i>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

2. TEST DE ROMBERG	
<i>(2, 3 y 4 se evalúan al mismo tiempo). El sujeto tiene que ponerse de espaldas a la pared con los pies juntos, los brazos extendidos paralelos al suelo, los dedos de las manos extendidos y separados y los ojos cerrados durante un minuto. Quédate de pie, de espaldas a la pared pero sin apoyarte. Junta los pies y extiende los brazos con los dedos de las manos separados (demostrar). Te voy a pedir que cierres los ojos y que los mantengas cerrados, con esta posición durante un minuto. Va a parecerse muy largo, pero es sólo un minuto. Yo te avisaré cuando hayan pasado 30 segundos y cuando acabemos. Si notas que pierdes el equilibrio, puedes apoyarte en la pared ¿Preparado? Cierra los ojos. Cuando pasen 30s decir Te quedan 30 segundos. Cerciorarse de que sigue con los ojos cerrados.</i>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

3. FLAPPING ESPONTÁNEO	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

4. TEMBLOR ESPONTÁNEO	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

5. DOMINANCIA CEREBRAL	
<p>Quédate de pie. Quiero que me muestres cómo harías ciertas actividades, ok? A ver muéstrame cómo/hazme el gesto de cómo ...- Escribirías - Caviarías un agujero con una pala - Lanzarías una pelota - Repartirías una baraja de cartas - Encenderías una cerilla - Clavarías un clavo - Cortarías con tijeras - Te lavarías los dientes - Enhebrarías una aguja - Abrirías un bote de mermelada - Te peinarías - Pie Imagínate que ahí hay un balón. Dale una patada</p>	
0	Derecha
1	Izquierda
2	Ambidiestra
9	No valorable

6. INTEGRACION AUDIOVISUAL	
<p>El sujeto empareja un set de golpes rítmicos con la serie de puntos correspondiente en una tarjeta. Ahora voy a dar una serie de golpes con el bolígrafo en la mesa y te voy a pedir que los escuches con los ojos cerrados muy atentamente. Cuando acabe, te voy a avisar y te mostraré una tarjeta con tres opciones: A, B y C. Tú me tienes que decir cuál de las tres opciones representa mejor los golpes que yo he dado, atendiendo tanto al número de golpes, como a la separación entre ellos. Vamos a empezar con 3 ejemplos para asegurarnos que has entendido bien lo que hay que hacer. ¿De acuerdo? Bien, ahora mantén los ojos cerrados y escucha la primera serie de golpes. Da la primera serie de golpes rítmicos y enseña la primera tarjeta al sujeto. ¿Cuál de estas opciones representa mejor los golpes que he dado? Muy bien/ No, la respuesta es B. Independientemente de si el S ha respondido bien o mal, se le explica la secuencia diciendo: He dado un golpe, después una pausa y después otro golpe. Da la segunda serie de golpes rítmicos y enseña la segunda tarjeta al sujeto y pregunta ¿Cuál de estas opciones representa mejor los golpes que he dado? Muy bien. Si la primera y la segunda respuesta han sido correctas, no se explica más. Caso de fallar la primera o la segunda se vuelve a explicar. En realidad la respuesta es B porque he dado dos golpes, he dejado un espacio, y he dado otro golpe. Da la tercera serie de golpes rítmicos, enseña la tercera tarjeta al sujeto y pregunta ¿Cuál de estas opciones representa mejor los golpes que he dado? Muy bien. Si ha fallado la segunda o la tercera respuesta, habrá que explicar cuál y por qué es la respuesta correcta. Muy bien. Estos eran de prueba, ahora vamos a empezar con el test.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

7. ESTEROAGNOSIA	
<p>El sujeto debe identificar objetos en su mano con los ojos cerrados. Ahora quiero que extiendas tu mano D/I (dominante) sobre la mesa boca arriba. Voy a poner un objeto común y corriente en tu mano y quiero que adivines con los ojos cerrados, mediante el tacto, qué objeto es. Puedes tocarlo todo el tiempo que quieras. Si el sujeto tiene dominancia mixta se comenzará con la mano con la que escribe. Venga, cierra los ojos y dime qué es. Comienza con la LLAVE. Si el S no sabe el nombre del objeto, pídele que lo describa y/o que diga para qué sirve. Si lo describe de forma correcta, se registra como acierto. Continúa de igual modo con el CLIP, BOTÓN y la GOMA. Muy bien, ahora dame la otra mano y cierra los ojos. Recuerda que puedes tomarte el tiempo que necesites. Continúa con la CHAPA, IMPERDIBLE, TORNILLO y MONEDA.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

8. GRAFESTESIA	
<p>El S debe identificar un número escrito en la yema del dedo índice manteniendo los ojos cerrados. Seguimos haciendo cosas con los ojos cerrados, vale? Voy a escribir un número entre el 0 y el 9 en la yema de tu dedo índice y quiero que me digas qué número es. Vamos a empezar con la mano dcha/izda (dominante). Cierra los ojos. Golpea la yema del dedo con la punta del lápiz un par de veces. -¿Notas esto? Venga, pues vamos a empezar. Procede escribiendo los siguientes números: 3, 7, 6, 4, 8. Si pregunta en qué sentido los estás escribiendo, se le responde, caso contrario, no se le especifica. Ahora dame la otra mano. Golpea la yema del dedo con la punta del lápiz un par de veces. -¿Notas esto? Venga, pues vamos a empezar. Procede escribiendo los siguientes números: 6, 8, 7, 3, 4.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

9. TEST PUÑO-ANILLO	
<i>El S debe alternar reposar la mano en la mesa en forma de puño y en forma de anillo.</i>	
Ahora voy a pedirte que hagas una secuencia de movimientos. Demostrar la secuencia. Quiero que apoyes el codo encima de la mesa, con la mano cerrada en forma de puño. En esta posición, vas a bajar la mano hasta que toque la mesa y subir. Una vez tienes la mano arriba, vas a cambiar la posición de puño por la de anillo (mostrar cómo: las yemas de los dedos pulgar e índice tocándose y el resto de los dedos totalmente extendidos y juntos). Ahora quiero que bajes la mano en posición de anillo hasta que toque la mesa y después la subas. Una vez arriba, cambias otra vez a la posición de puño. Se trata de que hagas un "viaje de ida y vuelta" con cada posición (mostrar cómo durante un par de secuencias). Es muy importante que el cambio de puño a anillo y viceversa, lo hagas cuando la mano está arriba del todo, para que no te lées. Esta secuencia la vas a repetir bastantes veces, hasta que yo te diga. Comenzando con la mano dominante el S debe repetir la secuencia puño-anillo 15 veces, empezando a contar desde la primera secuencia completa bien hecha. Si el sujeto de comienzo no realiza los movimientos adecuadamente o los realiza de manera que no pueden ser evaluados correctamente, parar al S y repetir las instrucciones otra vez. Si los errores se dan una vez ha realizado una secuencia completa correctamente, se puntúan como dudas/errores. Muy bien, ahora vamos a hacer lo mismo con la otra mano (mostrar cómo un par de secuencias si es necesario, o lo ha hecho muy mal con la mano dominante).	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

10. TEST PUÑO-CANTO-PALMA	
<i>El S debe tocar la mesa con el puño, el canto y la palma de la mano.</i>	
Vamos a hacer otra secuencia de movimientos. Ahora voy a pedirte que des un golpecito en la mesa con el puño, después con el canto y luego con la palma de la mano. Asegúrate de que tocas la mesa cada vez que cambias la posición de la mano y que levantas la mano para cambiar de posición, aunque no mucho (mostrar cómo). Así que es puño, canto y palma, pero seguido. Puedes empezar con tu mano (dominante). ¿Lista? Venga. Comenzando con la mano dominante el S tiene que repetir la secuencia 15 veces, empezando a contar desde la primera secuencia completa bien hecha. Si el sujeto de comienzo no realiza los movimientos adecuadamente o los realiza de manera que no pueden ser evaluados correctamente, parar al S y repetir las instrucciones otra vez. Si los errores se dan una vez ha realizado una secuencia completa correctamente, se puntúan como dudas/errores. Muy bien, ahora vamos a hacer lo mismo con la otra mano.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

11. TEST DE OZERETSKI	
<i>El S pone las manos sobre la mesa, una con la palma hacia abajo y otra en forma de puño y alterna las posiciones.</i>	
Ahora quiero que pongas las dos manos sobre la mesa, una mano con la palma hacia abajo y la otra en forma de puño. Así (mostrar). Quiero que la que está cerrada la abras, y la que está abierta, la cierres, pero de forma simultánea. Ha de ser totalmente a la vez (mostrar). Comenzando con la mano dominante el S tiene que repetir la secuencia 15 veces, empezando a contar desde la primera secuencia completa bien hecha. Si el sujeto de comienzo no realiza los movimientos adecuadamente o los realiza de manera que no pueden ser evaluados correctamente, parar al S y repetir las instrucciones otra vez. Si los errores se dan una vez ha realizado una secuencia completa correctamente, se puntúan como dudas/errores. NOTA: Para estas tres pruebas, si se ve que el ritmo es de comienzo muy lento, se le puede animar a hacerlo un poco más rápido ("¿Podrías ir un poco más deprisa?"), pero conviene por otro lado, evitar precipitaciones. Si el ritmo es muy lento porque no puede ir más deprisa, se tomará en cuenta para la corrección.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

12. MEMORIA	
<i>Se pide al S que recuerde 4 palabras.</i>	
Ahora voy a decirte 4 palabras y quiero que las memorices porque más adelante te voy a preguntar por ellas. Las palabras son: MARRÓN, HONESTIDAD, TULIPÁN Y CUENTAGOTAS. Repítemelas, por favor. Si el S no repite las 4 palabras correctamente se le presentarán de nuevo. Si el S sigue sin poder repetir las palabras después de tres repeticiones, el test se da por terminado, puntuándose "2" en ambas partes del ítem. Después de que el S haya repetido las palabras correctamente, se dirá: Bien, memorízalas porque ya sabes que luego te voy a preguntar por ellas.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

13. TEST DE GOLPES RÍTMICOS	
<p>Reproducción: <i>Se pide al S que reproduzca una serie de golpes rítmicos hechos por el examinador.</i> Ahora, como antes, voy a dar unos golpes con el bolígrafo sobre la mesa y tú los vas a volver a escuchar con los ojos cerrados. Cuando acabe, te aviso, y entonces tú tendrás que repetir exactamente la secuencia de golpes que yo he dado, atendiendo tanto al número de golpes, como a la separación entre ellos. Recuerda, mientras yo doy los golpes tú escuchas con los ojos cerrados. Cuando repitas tú la secuencia, puedes tener los ojos abiertos o cerrados, como tú prefieras. ¿Preparado? Cierra los ojos. Yo te aviso cuando tengas que repetir los golpes. Asegúrate que el S mantiene los ojos cerrados durante toda la secuencia. Después de realizar cada secuencia di, Bien, ahora tu. Presentar las secuencias como están en la hoja de registro. Producción: <i>El S produce una serie de golpes rítmicos siguiendo las instrucciones.</i> Esta vez, te voy a dar instrucciones verbales para que tu des unos golpes con el bolígrafo sobre la mesa. Quiero que repitas el patrón de golpes hasta que te diga que pares. Empezamos con una secuencia de 2 golpes. Es decir que repitas varias series de 2 golpes cada una. ¿Preparado? Empieza. Proceder con los siguientes ritmos siguiendo la hoja de registro. Puntúan las primeras tres series de cada ítem. Para los ítems 4 y 5. Ahora quiero que alternes dos golpes fuertes y tres suaves, dos fuertes y tres suaves.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

14. DISDIADOCOCINESIA	
<p><i>El sujeto pone las manos en las piernas, con la palma hacia abajo, y alterna tocar la pierna con la palma hacia abajo y con la palma hacia arriba.</i> Para las pruebas que quedan vamos a mover las sillas y ponernos de frente sin la mesa en medio. Quiero que apoyes la palma de las manos en tus piernas. Comenzando con la mano D/I (dominante) quiero que des un golpecito en la pierna primero con la palma y luego con el dorso. Quiero que hagas esto con cierta rapidez y empezando con un golpecito con la palma (demostrar). ¿Preparado? Empieza. Comenzando con la mano dominante el S tiene que repetir la secuencia 20 veces. Si va muy despacio, habrá que indicarle que incremente la velocidad. Si el sujeto de comienzo no realiza los movimientos adecuadamente o los realiza de manera que no pueden ser evaluados correctamente, parar al S y repetir las instrucciones otra vez. Si los errores se dan una vez ha realizado una secuencia completa correctamente, se puntúan como dudas/errores. Muy bien, ahora vamos a hacer lo mismo con la otra mano. Repasar los movimientos antes de comenzar con la mano no dominante.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

15. OPOSICIÓN DEDO-PULGAR	
<p><i>El S toca las yemas de los dedos con el pulgar, primero con una mano y luego con la otra.</i> Ahora pon las manos sobre las piernas con las palmas hacia arriba y los dedos completamente extendidos. Comenzando con la mano D/I (dominante), quiero que toques la punta de cada uno de tus dedos con el pulgar. Empieza por el dedo índice, corazón, anular y meñique (demostrar), cuando llegues al final empiezas de nuevo desde el índice. ¿Listo? Empieza. Comenzando con la mano dominante el S tiene que repetir la secuencia 10 veces. Si va muy despacio, habrá que indicarle que incremente la velocidad. Si el sujeto de comienzo no realiza los movimientos adecuadamente o los realiza de manera que no pueden ser evaluados correctamente, parar al S y repetir las instrucciones otra vez. Si los errores se dan una vez ha realizado una secuencia completa correctamente, se puntúan como dudas/errores. Asegúrate que el S mantiene los dedos de la otra mano bien extendidos para poder evaluar los movimientos espejo. Muy bien, ahora vamos a hacer lo mismo con la otra mano. Repasar los movimientos antes de comenzar con la mano no dominante.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

16. MOVIMIENTOS EN ESPEJO	
Se valora junto con 15	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

17. EXTINCIÓN	
<p><i>Se toca al S en la mano o en la mejilla y éste debe reconocer dónde se le ha tocado.</i> Para esta prueba voy a pedirte que cierres los ojos y que pongas las manos sobre las piernas con las palmas hacia abajo. Voy a tocar en el dorso de la mano o en la mejilla. ¿vale? (demostrar). Quiero que me digas dónde te he tocado. ¿Preparado? Tocar al sujeto en la mejilla derecha y la mano izquierda. ¿Dónde te he tocado? Si el sujeto sólo dice un sitio preguntar: ¿Te he tocado en algún otro sitio? Solamente se le puede realizar esta pregunta una vez. Si en lo sucesivo responde que se ha tocado en un sitio, apuntar como omisión directamente. Se presentan los siguientes ítems siguiendo la hoja de puntuación. Si no lo nombra bien, comparar si señala bien.</p>	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

18. CONFUSIÓN IZQUIERDA / DERECHA	
<i>El S debe identificar partes corporales dicha / izda.</i>	
Presentar las partes en la siguiente secuencia: - Enséñame tu mano izquierda. - Enséñame tu pie derecho. - Pon tu mano derecha en tu hombro izquierdo. Bien, relájate. - Tócate la oreja derecha con la mano izquierda. Vale, baja el brazo. - Señala mi rodilla izquierda. - Señala a mi codo derecho. - Con tu mano derecha señala mi mano izquierda (cruza los brazos cuando digas la palabra "señala"). - : Ahora quiero que con tu mano izquierda señales (recruza los brazos)mi mano derecha.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

19. SINQUINESIA	
<i>El S sigue el tapón del bolígrafo mientras se mueve de manera horizontal a la altura de los ojos.</i>	
¿Ves el tapón del bolígrafo? Quiero que lo sigas SOLO con la mirada Mueve el boli de forma horizontal, primero hacia la dcha y luego hacia la izqda. Si el sujeto mueve la cabeza di: Bien, lo vamos a volver a hacer, pero esta vez sin mover la cabeza en absoluto. Sigue el boli sólo con los ojos. Repetir.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

20. CONVERGENCIA	
<i>El S sigue el tapón del bolígrafo mientras se le acerca a la nariz.</i>	
Ahora voy a acercar el boli hacia ti, hacia tu nariz y quiero que lo sigas con la mirada todo lo que puedas. Mover el boli directamente hacia la nariz del S. Repetir el ítem tantas veces como sea necesario hasta estar seguros de la puntuación.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

21. IMPERSISTENCIA DE LA MIRADA	
<i>El S fija la mirada en el tapón del bolígrafo mientras éste se mantiene en un ángulo de 45º sobre el plano horizontal de los campos visuales derecho e izquierdo.</i>	
Ahora voy a mover el boli y lo voy a dejar quieto en una posición durante un rato. Quiero que mantengas fija la mirada en el tapón hasta que yo te diga. Mantén el boli en un ángulo de 45º sobre el campo visual derecho durante 30 segundos. Bien, descansa los ojos unos segundos... Ahora vamos a hacer lo mismo hacia el otro lado.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

22. TEST DEL DEDO-NARIZ	
<i>El S extiende los brazos hacia el lateral. Con los ojos cerrados se toca la punta de la nariz con la punta de los dedos. Primero con uno y luego con otro.</i> Extiende los brazos hacia los lados y apunta con el dedo índice. Vas a tocarle la punta de la nariz con la punta del dedo, primero una mano y luego la otra, pero lo vas a hacer con los ojos cerrados. Recuerda, punta con punta. Vale, ahora con el otro.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

23. REFLEJO GLABELAR	
<i>El sujeto fija la mirada a través de la habitación mientras se le golpea la zona glabelar.</i>	
Ahora relájate y mira a aquella pared. No avisar de que se le va a tocar. Acércate al sujeto por encima de la frente, fuera de su campo visual y golpea suavemente la región glabelar 10 veces con el dedo índice.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

24. REFLEJO DE HOCIQUEO	
<i>El evaluador presiona el filtrum del S y entre los labios con el palo depresor.</i>	
Relájate y mira hacia mí. Primero presiona el filtrum (zona entre la nariz y los labios) y después presiona entre los labios del S, con una ligera presión en el labio inferior.	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

25. REFLEJO PRENSIL	
<i>El S mantiene la palma de la mano hacia arriba mientras el evaluador la presiona.</i>	
Relájate y pon las manos sobre las piernas con las palmas hacia arriba. Asegúrate de que las manos están relajadas y presiona la palma de la mano dominante y la no dominante respectivamente entre el dedo índice y el pulgar a lo largo de la mano. Ahora quiero que deletrees la palabra CASA hacia atrás. Presiona la palma de ambas manos otra vez mientras realiza la tarea distractora. Si la tarea distractora la hace muy rápidamente, se le puede pedir que cuente de 20 hacia atrás de dos en dos (20, 18, 16...).	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

26. REFLEJO DE CHUPETEO	
Se evalúa junto con 24	
0	El paciente no tiene dificultad con el ejercicio
1	Se reconoce cierta dificultad con el ejercicio
2	Dificultad marcada, presenta problemas continuos, o el desempeño es defectuoso
9	No valorable

SASS (Bosc-DUBINI)

¿Tiene usted un trabajo u ocupación remunerada? Sí <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Si la respuesta es «sí»:			
1. ¿En qué medida le interesa su trabajo?			
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
Si la respuesta es «no»:			
2. En qué medida le interesan las tareas domésticas u otras ocupaciones no remuneradas?			
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
3. Cuando participa en el trabajo o en la actividad que constituye su ocupación principal (tareas domésticas, estudios, etc.):			
<input type="checkbox"/> Disfruta mucho	<input type="checkbox"/> Disfruta bastante	<input type="checkbox"/> Disfruta tan sólo un poco	<input type="checkbox"/> No disfruta en absoluto
4. ¿Le interesan los hobbies/actividades de ocio?			
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Un poco	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
5. La calidad de su tiempo libre es:			
<input type="checkbox"/> Muy buena	<input type="checkbox"/> Buena	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Insatisfactoria
6. ¿Con qué frecuencia busca usted el contacto con miembros de su familia (cónyuge, hijos, padre, etc.)?			
<input type="checkbox"/> Muy frecuentemente	<input type="checkbox"/> Frecuentemente	<input type="checkbox"/> Raras veces	<input type="checkbox"/> Nunca
7. En su familia, las relaciones son:			
<input type="checkbox"/> Muy buenas	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Aceptables	<input type="checkbox"/> Insatisfactorias
8. Aparte de su familia, se relaciona usted con:			
<input type="checkbox"/> Muchas personas	<input type="checkbox"/> Algunas personas	<input type="checkbox"/> Tan sólo unas pocas personas	<input type="checkbox"/> Nadie
9. ¿Intenta usted establecer relaciones con otros?			
<input type="checkbox"/> Muy activamente	<input type="checkbox"/> Activamente	<input type="checkbox"/> De forma moderadamente activa	<input type="checkbox"/> De ninguna forma activa
10. ¿Cómo calificaría en general sus relaciones con otras personas?			
<input type="checkbox"/> Muy buenas	<input type="checkbox"/> Buenas	<input type="checkbox"/> Aceptables	<input type="checkbox"/> Insatisfactorias
11. ¿Qué valor le da usted a sus relaciones con los demás?			
<input type="checkbox"/> Gran valor	<input type="checkbox"/> Bastante valor	<input type="checkbox"/> Tan sólo un poco de valor	<input type="checkbox"/> Ningún valor en absoluto
12. ¿Con qué frecuencia buscan contacto con usted las personas de su círculo social?			
<input type="checkbox"/> Muy a menudo	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Raras veces	<input type="checkbox"/> Nunca
13. ¿Respetas usted las normas sociales, las buenas maneras, las normas de educación, etc.?			
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/> Raras veces	<input type="checkbox"/> Nunca
14. ¿En qué medida está usted involucrado en la vida de la comunidad (asociaciones, comunidades de vecinos, clubes, iglesia, etc.)?			
<input type="checkbox"/> Plenamente	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Ligeramente	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
15. ¿Le gusta buscar información sobre cosas, situaciones y personas, para mejorar la comprensión que tiene usted de ellas?			
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> No mucho	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
16. ¿Está usted interesado en la información científica, técnica o cultural?			
<input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> Tan sólo ligeramente	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
17. ¿Con qué frecuencia le resulta difícil expresar sus opiniones a la gente?			
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
18. ¿Con qué frecuencia se siente rechazado, excluido de su círculo?			
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
19. ¿Hasta qué punto considera usted que es importante su aspecto físico?			
<input type="checkbox"/> Muy importante	<input type="checkbox"/> Moderadamente importante	<input type="checkbox"/> No muy importante	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto
20. ¿En qué medida tiene usted dificultades para manejar sus recursos e ingresos?			
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> A veces	<input type="checkbox"/> Nunca
21. ¿Se siente capaz de organizar su entorno según sus deseos y necesidades?			
<input type="checkbox"/> En gran medida	<input type="checkbox"/> Moderadamente	<input type="checkbox"/> No mucho	<input type="checkbox"/> Nada en absoluto

III. Criterios Diagnósticos de Trastorno Depresivo Mayor

Criterios Diagnósticos del DSM-IV-TR para Episodio Depresivo Mayor

A. Presencia de cinco (0 mas) de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas. que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de animo depresivo o (2) perdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica, o las ideas dehrantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día segun lo marca el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de animo puede ser irritable
- (2) Disminución acusada del interes o de la capacidad para el placer en todas o, casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (segun refiere el propio sujeto u observan los demas)
- (3) Pérdida importante de peso sin hacer regimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de mas del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
- (5) Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día (observable por los demas, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) Fatiga o pérdida de energia casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples auto-reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan espedfico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto

C. Los síntomas provocan malestar clinicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras areas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., despues de la perdida de un ser querido), los síntomas persisten durante mas de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revisión de Texto. 4ª ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, ©2000.

IV. Carta de Presentación al comité de ética

15 de Septiembre del 2007 México, Distrito Federal.

COMITÉ DE INVESTIGACION Y BIOETICA
Hospital Español de México

Por medio de la presente solicito a usted y al comité científico y de bioética del Hospital Español de México, evalúen y si los criterios lo determinan, aprueben la autorización del protocolo de tesis “ **SIGNOS NEUROLOGICOS BLANDOS Y FUNCIONAMIENTO SOCIAL AUTORREPORTADO EN PACIENTES AMBULATORIOS CON DEPRESION REMITIDA**” de acuerdo a las normas de investigación clínica y ética de esta institución.

Atentamente

Dr. Carlos Caballero-Álvarez
Médico Residente de 3er año de la especialidad de Psiquiatría

Referencias

- ¹ DAZZAN, P., MURRAY, R.M., Neurological soft signs in first-episode psychosis: a systematic review. *Br J Psychiatry* 181(supp.43) s50-s57. 2002
- ² TORREY, E.F., 1980. Neurological abnormalities in schizophrenia patients. *Biol. Psychiatry* 15 (3), 381–388.
- ³ BUCHANAN R.W., HEINDRICHS D.W., 1989. The Neurological Evaluation Scale (NES): A structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry res.* 27, 335-350.
- ⁴ LIDDLE, P.F., 1987. Schizophrenic syndromes, cognitive performance, and neurological dysfunction. *Psychol. Med.* 16, 49–57.
- ⁵ MERRIAM, A.E., STANLEY, R., KAY, S.R., et al, 1990. Neurological signs and the positive–negative dimension in schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 28, 181–192.
- ⁶ LIDDLE, P.F., MORRIS, D., 1991. Schizophrenic syndromes, and frontal lobe function performance. *Br. J. Psychiatry* 158, 340–345.
- ⁷ PERALTA, V., DE LEON, J., CUESTA, M.J., 1992. Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive/negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry* 161, 335–343.
- ⁸ SCHRODER, J., NIETHAMMER, R., GEIDER, F., Reitz, C., Binkert, M., Jaus, M., Sauer, H., 1992. Neurological signs in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 6, 25–30.
- ⁹ MALLA, A., NORMAN, R.M.G., WILLIAMSON, P., Cortese, L., Diaz, J.F., 1993. Three-syndrome concept of schizophrenia: a factor analytic study. *Schizophr. Res.* 10, 143–150.
- ¹⁰ MALLA, A.K., NORMAN, R.M.J., AGUILAR, O., et al, 1997. Relationship between neurologic ‘soft signs’ and syndromes of schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 96, 274–280.
- ¹¹ FLASHMAN, L.A., FLAUM, M., GUPTA, S., et al, 1996. Soft signs and neuropsychological performance in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 153, 256–532.
- ¹² ARANGO, C., KIRKPATRICK, B., BUCHANAN, R.W., 2000. Neurological signs and the heterogeneity of schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 157, 560–565.
- ¹³ SCHRODER, J., NIETHAMMER, R., GEIDER, ET AL, 1992. Neurological soft signs in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 6, 25–30.
- ¹⁴ BUCHANAN, R.W., HEINRICH, D.W., 1989. The Neurological Evaluation Scale (NES): a structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Research* 27, 335–350.
- ¹⁵ DAZZAN P., MORGAN K.D., CHITNIS X., et al. The structural brain correlates of neurological soft signs in healthy individuals, *Cereb Cortex* 2006; 16:1225-1231
- ¹⁶ BUCHANAN, R.W., HEINDRICHS D.W. The Neurological evaluation scale (NES): A structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Research.* 27, 335-350.
- ¹⁷ MOHR F, HUBMANN W, ALBUS M, et al. Neurological soft signs and neuropsychological performance in patients with first episode schizophrenia. *Psychiatry Research* 121 (2003) 21-30
- ¹⁸
- ¹⁹ The Scottish Schizophrenia Research Group, The Scottish First
- ²⁰ STANLEY M.A. The Neuropsychology of tricotillomanía. *Journal of Anxiety Disorders.* Vol 11. No. 5, pp473-488. 1997
- ²¹ NASHRALLAH, H.A., TIPPIN J., Neurological soft signs in mania patients; a comparison with schizophrenia and control groups. *Journal of Affective Disorders*, 80, 221-230.
- ²² GOSWAMI, U., BASU, S., KHASTGIR, U., et al. Neurobiological characterization of bipolar affective disorders : a focus on tardive dyskinesia and soft neurological signs in relation to serum dopamine beta hydroxylase activity. *Indian Journal of Psychiatry*, 40. 201-211. 1998
- ²³ NEGASH A., KEBEDE D., ALEM A. et al., Neurological soft signs in bipolar I disorder patients. *Journal of Affective disorders* 80 (2004)221-230.
- ²⁴ KENNARD 1960
- ²⁵ HERTZIG, BIRCH 1968
- ²⁶ ROCHFORD, 1970
- ²⁷ COX, LUDWIG 1979
- ²⁸ PAYKEL E. S., Social Functioning and the depressed patient. *Int J psychiatry Clin Pract* 1999;3:S9-S11

-
- ²⁹ HIRSCHFELD R.M, MONTGOMERY S.A., Social Functioning in depression a review, *J Clin Psychiatry* 2000, 61:268-275
- ³⁰ BOHLE, V.A., WIETERSHEIM, J.V., WILKE, E., et al : Die Soziale integration von patientinnen mit anorexia nervosa und bulimie (Social adjustment of patients suffering from anorexia nervosa). *Z Psychosom Med Psychoanal*, 37, 282–291, 1991.
- ³¹ GOLDNEY R.D., FISHER L.J ., WILSON D.H ., et al. Mayor depression and its associated morbidity and quality of life in a random, representative Australian community sample, *Aust N Z J Psychiatry* 34(6) :1022-1029, 2000.
- ³² FAVA M., CASSANO P. Mood Disorders : Major Depressive Disorder and Distymic Disorder, en *Comprehensive Clinical Psychiatry*. Editado por STERN T.A., ROSENBAUM J.F, FAVA M.et al. Philadelphia, PA. Elsevier, 2008, pp 391-398.
- ³³ Meller I, Fichter M, Weyeyer S, Witzke W. The use of psychiatric facilities by depressives: results of the Upper Bavarian study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1989;79:27–31.
- ³⁴ Wills, TA.; DePaulo, BM. Interpersonal analysis of the help-seeking process. In: Snyder, CR.; Forsyth, DR., editors. *Handbook of Social and Clinical Psychology: The Health Perspective*. Pergamon; New York: 1991. p. 350-375.
- ³⁵ J. R. VITTEGL, L. A. CLARK, and R. B. JARRETT. Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychol Med*. 2004 May ; 34(4): 643–658.
- ³⁶ Weissman, MM.; Paykel, ES. *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*. University of Chicago Press; Chicago, IL: 1974.
- ³⁷ J. R. VITTEGL, L. A. CLARK, and R. B. JARRETT. Improvement in social-interpersonal functioning after cognitive therapy for recurrent depression. *Psychol Med*. 2004 May ; 34(4): 643–658.
- ³⁸ (Gotlib & Lee, 1989)
- ³⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
- ⁴⁰ ZHENG D., MACERA C.A., CROFT J.B., et al: Mayor depression and all-cause mortality among White adults in the United States, *Ann Epidemiol* 7(3):213-218,1997.
- ⁴¹ BRUCE M.L., LEAF P.J. ROZAL G.P.M, et al : Psychiatric status and 9-year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study, *Am J Psychiatry* 151 :716-721, 1994.
- ⁴² PENNINX B.W., GEERLINGSS.W., DEEG D.J., etal: Minor and Mayor depression and the risk of death in older persons, *Arch Gen Psychiatry* 56(10):889-895, 1999.
- ⁴³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. OMS, Editores Médicos, S.A. EDIMSA, 2005
- ⁴⁴ REMICK R.A. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002, 167:1253-1260.
- ⁴⁵ MURRAY C.J, LÓPEZ A.D. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997, 349:1498-1504.
- ⁴⁶ LARA-MUÑOZ M.C ., MEDINA-MORA M.E., BORGES G. et al. Social Cost of Mental Disorders: Disability and work days lost. Results from the mexican survey of psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre 2007
- ⁴⁷ ZIMMERMAN M., MCGLINCHEY J.B., POSTERNAK M.A., et al. How Should Remission From Depression Be Defined? The Depressed Patient’s Perspective. *Am J Psychiatry* 2006; 163:148-150
- ⁴⁸ FERRIER I.N., Treatment of Depression, is improvement enough? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 suppl 6:10-4
- ⁴⁹ FARAVELLI C, AMBONETTI A, PALLANTI S, et al: Depressive relapses and incomplete recovery from index episode. *Am J Psychiatry* 1986; 143:888–891
- ⁵⁰ JUDD L.L., AKISKAL H.S., ZELLER P.J, Et al: Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:375–380
- ⁵¹ JUDD L.L., AKISKAL H.S., MASER J.D, et al: Major depressive disorder: a prospective study of residual subthreshold depressive symptoms as predictor of rapid relapse. *J Affect Disord* 1998; 50:97–108
- ⁵² PAYKEL E.S, RAMANA R, COOPER Z, et al: Residual symptoms after partial remission: an important outcome in depression. *Psychol Med* 1995; 25:1171–1180
- ⁵³ SIMONS A.D, MURPHY G.E, LEVINE J.L, et al: Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:43–48

-
- ⁵⁴ THASE M.E, SIMONS A.D, MCGEARY J, et al: Relapse after cognitive behavior therapy of depression: potential implications for longer courses of treatment. *Am J Psychiatry* 1992; 149:1046–1052
- ⁵⁵ KELLER MB: Past, present, and future directions for defining optimal treatment outcome in depression: remission and beyond. *JAMA* 2003; 289:3152–3160
- ⁵⁶ ZIMMERMAN M, McGLINCHEY J.B., POSTERNAK M.A., et al: How Should remisión from depression be defined? The depressed patient's perspective. *Am J Psychiatry* 2006; 163:148-150
- ⁵⁷ NEGASH, A., KEBEDE, D., ALEM, A., et al. Neurological soft signs in bipolar I disorder patients. *Journal of Affective disorders*, 80, 221-230.
- ⁵⁸ GOSWAMI U., SHARMA A., KHASTIGIR U., et al. Neuropsychological dysfunction, soft neurological signs and social disability in euthymic patients with bipolar disorder. *BJP* 2006; 188: 366-373
- ⁵⁹ American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Revisión de Texto. 4ª ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
- ⁶⁰ HAMILTON, M. A rating Scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 23. 56-62. 1960.
- ⁶¹
- ⁶² BUCHANAN, R.W., HEINRICHS, D.W., 1989. The Neurological Evaluation Scale (NES): a structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Research* 27, 335–350.
- ⁶³ BUCHANAN, R.W., HEINRICHS, D.W., 1989. The Neurological Evaluation Scale (NES): a structured instrument for the assessment of neurological signs in schizophrenia. *Psychiatry Research* 27, 335–350.
- ⁶⁴ SANDERS R.D., FORMAN S.D., GUPTA B et al. Interrater Reliability of the Neurological Evaluation Scale. *Biol Psychiatry* 1995; 37:593-683
- ⁶⁵ RAYMOND C.K., WANG Y., WANG L., Neurological Soft Signs and their relationships to neurocognitive functions: A re-visit with the structural equation medeling design. *Plos ONE* 4(12): e8469. Doi:10.1371/journal.pone.0008469
- ⁶⁶ BOSCH, M., DUBINI, A., POLIN, V., Development and validation of a social functioning scale, the social adaptation self-evaluation scale. *Eur Neuropsychopharm* 1997;7 (suppl 1):57-70.
- ⁶⁷ BOBES J., GONZALEZ M.P., BASCARAN M.T. et al. Validación en español de la escala de adaptación social SASS. *Actas Esp Psiquiatr* 199; 27:71-80
- ⁶⁸ TORRES J., LARA-MUÑOZ M.C., Apego al tratamiento psicoterapéutico y resultados de una intervención breve en pacientes de consulta externa psiquiátrica. *Salud Mental* 25,6. 2002.
- ⁶⁹ BIAGINI M., TORRUCO M., CARRASCO B., Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud Mental* 28, 1, 2005.
- ⁷⁰ CITA
- ⁷¹ LARA MUÑOZ, M.C, MEDINA-MORA M.E., BORGES G. et al. Social cost of mental disorders: disability and work days lost. Results from the mexican survey of Psychiatric epidemiology. *Salud Mental*, Vol. 30, No. 5, septiembre-octubre 2007
- ⁷² GOLDBERG D, HUXLEY P. *Common mental disorders: A bio-social model* 1992, London: Tavistock/Routledge.
- ⁷³ GREDEL J.F. The burden of recurrent depression: causes, consequences, and future prospects, *J Clin Psychiatry* 62(suppl 22):5-9,2001
- ⁷⁴ WELLS K.B., STEWART A., HAYS R.D., et al: The functioning and well being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study, *JAMA* 262(7):914-919,1989.
- ⁷⁵ Fredman L, Weissman MW, Leaf PJ, Bruce ML. Social functioning in community residents with depression and other psychiatric disorders: results of the New Haven epidemio-logic catchment area study. *Journal of Affective Disorders* 1988;15:103–112.
- ⁷⁶ Gotlib IH, Lee CM. The social functioning of depressed patients: a longitudinal study. *Journal of Social and Clinical Psychology* 1989;8:223–237.
- ⁷⁷ Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *Journal of Affective Disorders* 1996;37:91–101.
- ⁷⁸ Zlotnick C, Kohn R, Keitner G, Della Grotta SA. The relationship between quality of interpersonal relationships and major depressive disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *Journal of Affective Disorders* 2000;59:205–215.

-
- ⁷⁹ BELSAISE C., FAVA G.A., The concept of Recovery in Major Depression. *Psychiatric Times*. Vol 25 No. 7, 2008.
- ⁸⁰ ANGST J, KUPFER D.J, ROSENBAUM J.F: Recovery from depression: Risk or reality? *Acta Psychiatr Scand* 1996; 93:413–419
- ⁸¹ KELSEY J.E: Clinician perspective on achieving and maintaining remission in depression. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(suppl 26): 16–22
- ⁸² THASE M.E: Effectiveness of antidepressants: comparative remission rates. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 2):3–7
- ⁸³ DAZZAN P., MORGAN K.D., CHITNIS X., et al. The Structural brain correlates of neurological soft signs in healthy individuals. *Cereb Cortex* 2006;16:125-1231
- ⁸⁴ NEGASH A., KEBEDE D., ALEM A., Neurological soft signs in bipolar I disorder patients, *Journal of Affective Disorders* 80(2004)221-230
- ⁸⁵ DAZZAN P., MORGAN K.D., CHITNIS X., et al. The structural brain correlates of neurological soft signs in healthy individuals, *Cereb Cortex* 2006; 16:1225-1231
- ⁸⁶ KESHAVAN MS, SANDERS RD, SWEENEY JA, et al, Diagnostic specificity and neuro- anatomical validity of neurological abnormalities in first-episode psychoses. *Am J Psychiatry* 2003, 160:1298--1304.
- ⁸⁷ DAZZAN P, MORGAN KD, ORR KG, et al. The structural brain correlates of neurological soft signs in AESOP first-episode psychoses study. *Brain* 2004, 127:143--153
- ⁸⁸ BALLENGER J.C. Clinical guidelines for establishing remission in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 22):29–34.
- ⁸⁹ FERRIER I.N. Treatment of major depression: is improvement enough? *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 6):10–14
- ⁹⁰ NIERENBERG A.A., WRIGHT E.C. Evolution of remission as the new standard in treatment of depression. *J Clin Psychiatry* 1999; 60(suppl 22):7–11
- ⁹¹ RUSH A.J., CRISMON M.L., TOPRAC M.G., et al: Consensus guidelines in the treatment of major depressive disorder. *J Clin Psychiatry* 1998; 59(suppl 20):73–84
- ⁹² RUSH A.J., TRIVEDI M.H. Treating depression to remission. *Psychiatr Annals* 1995; 25:704–709
- ⁹³ STAHL S.M. Why settle for silver, when you can go for gold? Response vs recovery as the goal of antidepressant therapy. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:213–214
- ⁹⁴ THASE M.E. Evaluating antidepressant therapies: remission as the optimal outcome. *J Clin Psychiatry* 2003; 64(suppl 13):18–25