

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACION DE EDUCACION MEDICA
COORDINACION DE ESPECIALIDADES MEDICAS
HOSPITAL DE PSIQUIATRIA "SAN FERNANDO"

ANSIEDAD Y DEPRESION EN FAMILIARES DE
PACIENTES PSIQUIATRICOS EN UNA UNIDAD DE
ATENCION PSIQUIATRICA INSTITUCIONAL
EN LA CIUDAD DE MEXICO

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA
PRESENTA:
DR. FERNANDO VALDES SUAREZ

ASESORA: DRA. ELIZABETH BARRAZA DIAZ
DR. MIGUEL ANGEL ZAMORA OLVERA
DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASIDO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

COORDINACION DE EDUCACION MEDICA
COORDINACION DE ESPECIALIDADES MEDICAS
HOSPITAL DE PSIQUIATRIA "SAN FERNANDO"

ANSIEDAD Y DEPRESION EN FAMILIARES DE
PACIENTES PSIQUIATRICOS EN UNA UNIDAD DE
ATENCION PSIQUIATRICA INSTITUCIONAL
EN LA CIUDAD DE MEXICO

DIC. 11 2000

Unidad de Servicios Escolares
IMMM de (Pasgrado)

HOSPITAL
DE PSIQUIATRIA
SAN FERNANDO
JEFATURA DE
EDUCACION MEDICA

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIZACION EN
PSIQUIATRIA
PRESENTA:
DR. FERNANDO VALDES SUAREZ

ASESORES: DRA. ELIZABETH BARRAZA DIAZ
DR. MIGUEL ANGEL ZAMORA OLVERA
DR. MIGUEL VILLAVICENCIO CASIDO
CURSO DE ESPECIALIZACION EN PSIQUIATRIA
DEPTO. DE PSICOLOGIA MEXICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL,
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



MEXICO, D. F.

1999.

Yo, Sr.
Alfonso Diaz
DR. ALFONSO DIAZ MARTINEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE
MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIVISION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ANSIEDAD Y DEPRESION EN FAMILIARES DE
PACIENTES PSIQUIATRICOS
EN UNA UNIDAD DE ATENCION PSIQUIATRICA
INSTITUCIONAL
EN LA CIUDAD DE MEXICO

TESIS QUE PRESENTA
DR FERNANDO VALDES SUAREZ

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
P S I Q U I A T R I A

ASESORES TEORICOS:

DRA ELIZABETH BARRAZA DIAZ
SUBDIRECTORA MEDICA DEL HOSPITAL
DE PSIQUIATRIA Y U.M.F. No. 10 DEL IMSS

DR MIGUEL ANGEL ZAMORA OLVERA
JEFE DEL DEPARTAMENTO CLINICO
DEL HOSPITAL DE PSIQUIATRIA Y U.M.F. 10 DEL IMSS

ASESOR METODOLOGICO:

DR MIGUEL VILLAVICENCIO CASILDO
ADSCRITO AL SERV. DE URGENCIAS DEL HOSPITAL
DE PSIQUIATRIA "SAN FERNANDO" IMSS

HOSPITAL
DE PSIQUIATRIA
SAN FERNANDO



JEFATURA DE
EDUCACION E INVEST.
MEDICA

MEXICO, D. F.

1940

a María de la Luz y Enrique, mis padres.

a los Drs. Elizabeth Barraza Díaz,
Miguel Angel Zamora Olvera, Miguel
Villavicencio Casildo, Juan Garcia
López y, a la Srta. Perla Vera.

a los pacientes y sus familiares.

INDICE

- I. ANTECEDENTES
 - II. JUSTIFICACION
 - III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
 - IV. HIPOTESIS
 - V. OBJETIVO
 - VI. MATERIAL Y METODO
 - VII. RESULTADOS
 - VIII. CONCLUSIONES
 - IX. DISCUSION
 - X. BIBLIOGRAFIA
 - XI. TABLAS
 - XII. INSTRUMENTOS DE MEDICION
- ANEXOS

I. ANTECEDENTES

Diversos estudios han permitido obtener algunos datos epidemiológicos sobre las enfermedades mentales en México (1,2). El impacto de los trastornos mentales si se parangona la gravedad de los trastornos mentales con la gravedad de las enfermedades orgánicas, cabría señalar que mientras éstas pueden llegar a producir la muerte, o sea, la pérdida absoluta e irremplazable de la vida, las primeras pueden llegar a producir la pérdida absoluta e irreparable de las relaciones interpersonales, familiares, afectivas y sociales que finalmente, son aquellas que distinguen la vida humana como tal (3). No es suficiente aceptar conceptualmente que el estado mental de los individuos es un componente indispensable de la salud integral, a fin de plantear e implementar programas de prevención y control, así como para organizar los servicios necesarios para su atención es necesario cuantificar la magnitud, incidencia y características de la población afectada, así como las fluctuaciones temporales, las variaciones regionales, los grupos de alto riesgo y el impacto en la vida social y familiar de los individuos afectados (4).

Toda comunidad dentro de un marco de funcionalidad se encuentra regida por un sistema social, que para desarrollarse necesita la interacción de diferentes elementos que son considerados a su vez como subsistemas, estos a su vez con elementos interactuantes e interdependientes, pudiendo desglosarse en una cadena continua y sucesiva de subsistemas, hasta llegar al núcleo básico social denominado familia (5).

La familia es un grupo de personas unidas por consanguinidad y lazos afectivos entre ellos, estos núcleos son unidades generadoras y receptoras de estímulos y respuestas, con una gran interacción e interdependencia mutua, que a su vez es el centro receptor de las actividades individuales, otorgando un papel familiar o social a cada uno de sus miembros (5). El desarrollo de la comunidad en buena medida, estará dado por el funcionamiento e interacción adecuados de los núcleos familiares, que a su vez lo estará por el cumplimiento de las labores de cada uno de sus miembros, observándose así la trascendencia de la familia (5).

La familia es una unidad flexible que se adapta a las influencias que actúan sobre ella, de esta manera la unidad psicológica de la familia es moldeada continuamente por las condiciones externas como por su organización interna. Así como en el desarrollo del individuo hay crisis decisivas, así también en la vida de la familia hay periodos críticos en los que el vínculo de la familia misma puede fortalecerse o debilitarse (6).

Al fallar o enfermar un de los componentes del núcleo familiar y debido a su interacción e interdependencia biopsicosocial ya sea en menor o mayor grado necesariamente se verán afectados los otros elementos y por tanto todo el sistema familiar. Las más de las veces sufre ajustes adaptativos para resistir la ausencia temporal del elemento enfermo, manteniendo así el equilibrio o unidad familiar, sin embargo, cuando la ausencia se prolonga o se torna permanente, y dados los lazos afectivos y la complementariedad de sus elementos, tendrá repercusiones importantes

en los mismos, obligando a efectuar cambios dentro del sistema, igualmente tendientes a continuar el equilibrio establecido, modificando así su organización o estructura, dependiendo de las funciones ejecutadas por el individuo enfermo, y si estas son de trascendencia vital para la familia (7).

El cuerpo de literatura referente a la psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos como consecuencia en la expresión clínica de estos últimos, se menciona que 45% de los cuidadores fueron clasificados como casos psiquiátricos menores (8), así mismo tiene un enfoque de esta situación específica, al destacar que por su naturaleza inesperada en la vida, tienden más a representar periodos difíciles, conflictivos e inestables, que las experiencias cotidianas más usuales en el desarrollo individual (9,10). La interpretación que un sujeto hace sobre sus eventos vitales determina la presencia de psicopatología y consecuentemente, incompetencia en el desempeño de estilo de vida y nivel funcional (11,12).

Se destacan ciertos puntos de la literatura con respecto a los efectos de la enfermedad mental sobre los familiares quienes conviven con el paciente, una de ellas es que tanto la familia como otros grupos comunitarios se afectan por la enfermedad del paciente, es claro que la familia típicamente tolera y trata con una gran variedad de problemas conductuales y experiencias que repercuten negativamente modificando estilo de vida y nivel funcional de los familiares (9,10), desarrollando expresión clínica que se diversifica en el espectro ansioso-depresivo (10,13).

Así mismo los autores al referirse a la severidad y persistencia de la expresión clínica en pacientes psiquiátricos concluyen que existe una relación significativa entre el apoyo medioambiental sustancial y la continuidad de la enfermedad mental como una condición transitoria o crónica (14,15).

Existen reportes reiterativos acerca de la importancia que este contexto asume el apoyo social o familiar, como determinante de la evolución de cualquier forma de expresión psicopatológica, constituyendo las circunstancias medioambientales un fenómeno implícito a la expresión del trastorno y que contribuye a incrementar tanto la complejidad de la percepción clínica como del abordaje terapéutico (16,17,18,19).

Planteadas la necesidad de distribuir los recursos eficientemente, mediante el establecimiento de patrones de asignación para las demandas específicas de salud, en donde en el ámbito institucional (IMSS, SSA e ISSSTE), el costo de manejo de un caso de enfermedad mental (depresión y esquizofrenia) ocupa el segundo lugar solo posterior a enfermedades como hipertensión y diabetes que ocupan el rango superior (20), se hace necesario ponderar la rehabilitación psicosocial como una modalidad terapéutica muy importante en la atención integral de pacientes con enfermedad mental, en cuyos programas se involucra a las familias y comunidades en donde se integra el enfermo (21).

II. JUSTIFICACION

La enfermedad mental sin lugar a dudas es un evento objetivo y también una experiencia personal, pero al ser la familia el eslabón esencial para la integración del individuo a una estructura social más amplia, es el sistema familiar en donde observa una alteración importante dentro de su dinámica y aislamiento social que interfieren en el funcionamiento laboral, escolar y en el propio hogar, así como el deterioro en la calidad de vida de sus miembros (8,9,10). Así mismo la importancia que el grupo familiar adquiere para el tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico se traduce en que favorezca o no la funcionalidad individual y social del paciente, y llegando a considerarse como precipitante de recaídas, de exacerbación de síntomas y de rehospitalizaciones del paciente psiquiátrico (14,15,16,17).

Los programas de atención a pacientes con enfermedad mental unifica niveles asistenciales como preventivos, involucra a las familias y grupos comunitarios donde se integran los pacientes, se vincula en consecuencia a dichos programas de manera directa en sentido y proporción, la identificación e intervención temprana de posible psicopatología en familiares con la finalidad de optimizar su intervención en el tratamiento y rehabilitación del paciente psiquiátrico (15,21).

3

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los fenómenos clínicos ansioso-depresivos en familiares de pacientes con enfermedad mental, y su importancia en el manejo integral del paciente psiquiátrico propician su ponderación; condición en torno a la que se elaboran las siguientes preguntas.

1. ¿Cuál es la frecuencia con que se presentan la ansiedad y depresión en familiares de pacientes psiquiátricos del Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS?
- 1.1 ¿Cuál es la correspondencia de los síntomas de ansiedad y depresión en los familiares portadores de ansiedad y depresión?
- 1.2 ¿Cuál es el nivel de afectación de la actividad global en los familiares portadores de ansiedad y Depresión?

4

IV. HIPOTESIS

Si hay expresión clínica en el espectro ansiedad y depresión, así como afectación en el nivel de actividad en los familiares de pacientes psiquiátricos.

V. OBJETIVO

1. Determinar la frecuencia de la ansiedad y depresión en familiares de pacientes psiquiátricos del Hospital de Psiquiatría San Fernando del IMSS.
- 1.1. Cuantificar la correspondencia de los síntomas de ansiedad y depresión en los familiares portadores de ansiedad y depresión.
- 1.2. Determinar el nivel de afectación en la actividad global en los familiares portador de ansiedad y depresión

VI. MATERIAL Y METODO

DISEÑO

Estudio transversal, observacional y comparativo.

UNIVERSO DE TRABAJO

Familiares de pacientes atendidos en el hospital de psiquiatría "San Fernando" del Instituto Mexicano del Seguro Social

VARIABLES

De acuerdo al método:

VARIABLE INDEPENDIENTE

Ansiedad y Depresión en familiares de pacientes psiquiátricos de Hospital de Psiquiatría San Fernando de IMSS.

VARIABLE DEPENDIENTE

Frecuencia de la Ansiedad y Depresión, así como el grado de afectación en la actividad global; que serán medidas mediante las escalas de Hamilton para ansiedad y de Beck para depresión y grado de afectación de la actividad global mediante la escala de evaluación del funcionamiento global.

DESCRIPCIONES OPERATIVAS

VARIABLE INDEPENDIENTE

La familia es el elemento primario en la estructura social, estableciendo el vínculo entre el individuo y la sociedad. Opera transmitiendo y asegurando la continuidad biológica y cultural (5,6). Es un sistema de interrelaciones humanas complejas, interactuando mediante patrones transaccionales característicamente complementarios, desde la perspectiva intrapsíquicos, interpersonal e interaccionales de cada uno de los miembros de la familia (6,22).

El vínculo de los padres entre sí y de estos y sus hijos; facilita la reproducción de la especie y mantenimiento físico de sus miembros, la localización y socialización de los mismos (6). Así mismo la familia por su plasticidad tiende a adaptarse y reorganizarse a las nuevas circunstancias como consecuencia de los cambios sociales y culturales mediante modificaciones en su organización interna, tanto como en su adaptación externa. (6,7)

Se define como familiar responsable a los miembros del sistema familiar, vinculado tanto por consanguinidad como por estar involucrado afectivamente, que lo hace contener con los elementos que subyacen a la enfermedad mental del paciente, responsabilizándose en correspondencia con las necesidades surgidas de la modificación del estilo de vida del paciente (6,7,22).

Se diseñó un cuestionario con las siguientes secciones: Ficha de identificación del familiar, datos sociodemográficos, así como datos generales del paciente.

Ansiedad y Depresión: Se valoraron clínicamente de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

VARIABLE DEPENDIENTE

Presencia e intensidad de manifestaciones de ansiedad y depresión de acuerdo a los puntajes de las escalas: ansiedad de Hamilton y depresión de Beck, así como grado de afectación de la actividad global con la escala de Evaluación del Funcionamiento Global.

ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACIÓN DE ANSIEDAD (23). Escala cualitativa calificada por el entrevistador, consta de 14 ítems los cuales evalúan un grupo de síntomas de ansiedad, depresivos y somáticos, y una variable que consiste en la actitud que toma el paciente durante la entrevista. La escala se califica con un grado de severidad de 0 a 4 (Anexo A), se utilizará un punto de corte de 18 para determinar la presencia o ausencia de ansiedad. Siendo aplicadas en pacientes con diagnóstico psiquiátrico o en poblaciones normales. La reproductibilidad (confiabilidad interobservador) de la versión en español, en nuestro medio, ha sido documentada tanto como la validez de constructo de escala (24,25,26).

INVENTARIO PARA DEPRESIÓN DE BECK (27). La escala de depresión de Beck es un instrumento autoaplicable de 21 reactivos que identifican síntomas de depresión; 14 reactivos se refieren a síntomas afectivo-cognoscitivos y 7 a síntomas vegetativos y somáticos. En pacientes psiquiátricos, la validez y la confiabilidad son adecuadas por lo que resulta útil, y por ser de las escalas que tienen menos reactivos para evaluar síntomas somáticos puede emplearse para evaluar a pacientes médicamente enfermos (26,28). Se califican, de acuerdo a su intensidad en una escala de 0 a 3 (Anexo B), se utilizará un punto de corte de 11 para determinar la ausencia o presencia de depresión.

ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG). Para efecto de evaluar la experiencia subjetiva del enfermo con respecto a su grado de afectación, existen reportes que proponen que la mejor manera de evaluarlo es una escala global, más que un índice compuesto por una serie de elementos fijos que no tendrían la misma relevancia para todos los enfermos (29). La opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto, eje V del sistema multiaxial de evaluación de acuerdo a Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en su cuarta revisión (DSM-IV) (30,31), se realiza utilizando la escala de evaluación de la actividad global (EEAG), la cual considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad en una escala de 0-100 (Anexo C).

La EEAG sólo debe ser cumplimentada con relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: "no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales)". En este caso la evaluación de la EEAG se referirá al periodo actual.

UNIVERSO DE TRABAJO

Desde la perspectiva epidemiológica del estudio, se optó por una muestra no probabilística, en la cual los sujetos fueron seleccionados sobre la base de su disponibilidad durante el periodo de Septiembre de 1998 a Enero de 1999. Se estudiaron a 184 familiares de pacientes psiquiátricos (71 de sexo masculino y 113 de sexo femenino), de los cuales 92 correspondieron a la consulta externa y 92 a hospitalización.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- A) Familiar responsable de paciente psiquiátrico atendido en el hospital de psiquiatría "San Fernando" del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- B) Con edad mayor de 18 años.
- C) Ambos sexos
- D) Que aceptaran participar en este estudio mediante carta de consentimiento
- E) Que sepan leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- A) Sujetos con características en el momento o antecedentes de otro trastorno psiquiátrico clasificado en el eje I, según el DSM-IV, diferentes a los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y trastornos adaptativos.

9

- B) Que el sujeto se encuentre en tratamiento con fármacos psicoactivos.
- C) Retraso mental o impedimento físico (acusia, afasia)

PROCEDIMIENTO

La captación de los familiares de pacientes se realizó el día asignado para dar información por parte del equipo interdisciplinario con respecto al estado de salud del paciente internado, y familiares de pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital de Psiquiatría "San Fernando" del Instituto Mexicano del Seguro Social. Fueron invitados a participar en el estudio mediante comunicación personal con el coordinador del proyecto y previo consentimiento informado, recibieron evaluación de acuerdo a criterios específicos de protocolo de estudio, así como valoración psiquiátrica por un clínico independiente en la búsqueda de enunciados diagnósticos de acuerdo a Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana en su cuarta revisión (DSM-IV) (31).

Se sometieron a medición clínica en ese momento único con los siguientes instrumentos: Escala de Ansiedad de Hamilton (Anexo A), Inventario para la Depresión de Beck (Anexo B), y Escala de Evaluación de la Actividad Global (Anexo C).

El producto de esas entrevistas fue recopilado y trasladado a una base de datos para su tratamiento estadístico.

Cada sujeto participe del estudio recibió en caso de requerirlo, atención convencional en los términos del modelo médico-psiquiátrico institucional vigente, por el clínico del que recibió la valoración inicial.

ANALISIS ESTADISTICO

En vista de que las escalas aquí usadas son abordables como variables de orden dimensional, se usó en primera instancia un análisis descriptivo de los resultados, mediante estadístico descriptivo de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para correlacionar el grupo con ansiedad y depresión con las distintas variables se utilizó la prueba de correlación de Pearson.

CONSIDERACIONES ETICAS

- A) El estudio garantizó la seguridad del procedimiento aplicado a cada uno de los participantes.
- B) Cualquier participante detectado con psicopatología que requirió intervención, continuo bajo atención especializada.

C) Este estudio recibió la aprobación del comité de investigación institucional *ad hoc*.

D) Se cuenta con carta de consentimiento informado para cada uno de los participantes.

RECURSOS PARA EL ESTUDIO

Humanos:

Psiquiatras

Materiales:

Instrumentos de evaluación

Computadora personal

Base de datos

Programa de análisis estadístico

Financieros:

No requeridos

11

VII. RESULTADOS

DATOS DEMOGRAFICOS

Se entrevistó en total a 184 familiares, de los cuales 92 correspondieron a pacientes hospitalizados y 92 a pacientes de la consulta externa, de los cuales 113 fueron del sexo femenino (61.4%) y 71 del sexo masculino (38.5%).

En el grupo de familiares del sexo masculino, el rango de la edad fue de 18 a 61 años, con desviación estándar de 12, promedio de 40 años, mediana de 36 años y moda de 27 años.

En la muestra de pacientes de sexo femenino el rango de las edades fue de 18 a 65 años, con desviación estándar de 12, promedio de 44 años, media de 45 años y moda de 36 años (Tabla No. 1).

ESTADO CIVIL

En los dos grupos de familiares predominaron los casados en 72% de los varones y 69% de las mujeres, con porcentajes decrecientes para solteros, divorciados y viudos. (Tabla No. 2)

OCUPACION

De la muestra total se encontraban dedicados al hogar 39.6%, empleados en 31.1%, estudiando en 13.6%, profesionistas en 5.4%, pequeños propietarios en 4.3%, jubilados en 3.8% y desempleados en 2.2%. (Tabla No. 3).

Las mujeres dedicadas a las labores del hogar fueron el 56.8% y 43.2% trabajando fuera del hogar.

ESCOLARIDAD

En la muestra de los varones predominó la escolaridad de secundaria en 33.8%, preparatoria en 23.9% y primaria incompleta en 19.7%.

En la muestra de las mujeres predominó la escolaridad de preparatoria o comercio en 34.5%, secundaria y primaria incompleta con 22.1%, 21.2%. (Tabla No.4).

12

PARENTESCO

En el total de la muestra predominaron los padres en 41.3% y hermanos en 27.1%, con porcentajes decrecientes para hijos, esposos. (Tabla No. 5).

NIVEL ECONOMICO

En el total de la muestra predominó el nivel económico bajo y medio con 48.9% y 44% respectivamente, y alto en 7.1%. (Tabla No. 6).

TIEMPO DE EVOLUCION DEL TRASTORNO PSIQUIATRICO EN LOS PACIENTES

En el total de la muestra predominaron evoluciones del trastorno psiquiátrico de 2 a 3 años con 26.1% y 4 a 5 años en 22.3%. (Tabla No. 7).

NUMERO DE INTERNAMIENTO DE LOS PACIENTES PSIQUIATRICOS

En el total de la muestra predominó el 1º internamiento en 29.3% y 27.6% con 2 a 3 internamientos. (Tabla No. 8).

DIAGNOSTICO CLINICO ASIGNADO A LOS FAMILIARES

En el grupo de familiares los diagnósticos psiquiátricos fueron: Trastorno Depresivo Mayor Leve en 33.7%, Trastorno Adaptativo Depresivo en 25%, Distimia en 16.7%, Trastorno Adaptativo Ansioso en 11.1%, Trastorno Depresivo Mayor Moderado en 5.6%. (Tabla No. 9).

DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO DE LOS FAMILIARES POR SEXO

En el grupo de familiares la psicopatología identificada representa el 19.3%, los cuales ameritaron intervención psiquiátrica. Los diagnósticos realizados fueron: Trastorno Depresivo Mayor Leve, se presentó en el 6.5% de la muestra total, en 4.3% de los familiares del sexo femenino y en 2.1% de los varones. El Trastorno adaptativo Depresivo se presentó en 4.9% de la muestra, 3.2% de los varones y en 1.6% de las mujeres. El Trastorno Distímico se presentó en el 3.2% de la muestra, en 2.1% de las mujeres y 1.1% de los varones. El Trastorno Adaptativo ansioso se presentó en 2.1% de la muestra, en 1.6% de los varones y en el 0.5% de las mujeres. El trastorno de

13

Ansiedad Generalizada se presentó en el 1.6% de la muestra, en 1.1% de las mujeres y en el 0.5% de los varones. El Trastorno Depresivo Mayor Moderado se presentó en el 1.1% de la muestra, en el 0.5% de las mujeres y de los varones. (Tabla No.10).

FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESION EN LOS FAMILIARES RESULTADOS DEL INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK

En el grupo con ansiedad y depresión se presentó en el Trastorno Depresivo Mayor Leve una frecuencia de 12, en el 6.5%, que correspondió en su totalidad a un grado de severo.

En el Trastorno Depresivo Mayor Moderado una frecuencia de 2, en el 1%, que correspondió en su totalidad a un grado de severo.

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada una frecuencia de 2, en el 1%, grado de leve-moderado, y 1, en el 0.5%, en grado severo.

En el Trastorno Distímico una frecuencia de 6, en el 3.2%, en un grado leve-moderado.

En el Trastorno Adaptativo Depresivo una frecuencia de 9, en el 4.8%, en un grado de leve-moderado.

En el Trastorno Adaptativo Ansioso una frecuencia de 4, en el 2.1%, en un grado de leve-moderado.

En el resto de la muestra la aplicación del Inventario para Depresión de Beck presentó resultados de depresión ausente. (Tabla. No. 11).

FRECUENCIA DE ANSIEDAD EN LOS FAMILIARES RESULTADOS DE LA ESCALA HAMILTON PARA EVALUAR ANSIEDAD

En el grupo con ansiedad y depresión se presentó en el Trastorno Depresivo Mayor Leve se encontró ausente con una frecuencia de 8, en el 4.3%, presente con una frecuencia de 4, en el 2.1%.

En el Trastorno Depresivo Mayor Moderado se encontró presente con una frecuencia de 2, en el 1%.

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada se encontró presente con una frecuencia de 3, en el 1.6%.

En el Trastorno Distímico se encontró ausente con una frecuencia de 6, en el 3.2%.

En el Trastorno Adaptativo Depresivo se encontró ausente con una frecuencia de 9, en el 4.8%.

En el Trastorno Adaptativo Ansioso se encontró ausente con una frecuencia de 4, en el 2.1%.

En el resto de la muestra la Escala de Hamilton para evaluar ansiedad, correspondió en su totalidad a ausente. (Tabla No. 12).

14

FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE ALTERACIONES DE LA ACTIVIDAD GLOBAL. RESULTADOS DE LA ESCALA DE EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG).

En el grupo de ansiedad y depresión en el Trastorno Depresivo Mayor Leve se encontró una afectación de la actividad de grave social y laboral con una frecuencia de 2, en el 1%, una afectación en la actividad de moderada con una frecuencia de 10, en el 5.4%.

En el Trastorno Depresivo Mayor Moderado se encontró una afectación de la actividad de grave social y laboral con una frecuencia de 1, en el 0.5%, una afectación en la actividad de moderada con una frecuencia de 1, en el 0.5%.

En el Trastorno de Ansiedad Generalizada se encontró una afectación en la actividad de moderada con una frecuencia de 3, en el 1.6%.

En el Trastorno Distímico se encontró una afectación en la actividad de moderada con una frecuencia de 2, en el 1%, una afectación en la actividad de leve con una frecuencia de 3, en el 1.6%, una afectación en la actividad de transitoria con una frecuencia de 1, en el 0.5%.

En el trastorno Adaptativo Depresivo se encontró una afectación en la actividad de moderada con una frecuencia de 2, en el 1%, una afectación en la actividad de leve con una frecuencia de 5, en el 2.7%, una afectación en la actividad de transitoria con una frecuencia de 2, en el 1%.

En el trastorno Adaptativo Ansioso se encontró una afectación en la actividad de leve con una frecuencia de 2, en el 1%, una afectación en la actividad de transitoria con una frecuencia de 2, en el 1%.

En el resto de la muestra se encontró una evaluación de la actividad global con resultados de actividad satisfactoria. (Tabla No. 13).

Realizando el análisis estadístico se evaluó cada una de las variables descritas, solamente se presentó una asociación significativa entre psicopatología en los familiares con su escolaridad, ocupación, nivel económico y parentesco.

En la correlación entre psicopatología en los familiares con escolaridad, la prueba de Pearson reportó un valor de 14.6 ($df=5$ y $p=0.012$).

En cuanto a la ocupación se encontró un valor de Pearson de 61.2 ($df=3$ y $p=0.00$).

En la correlación con nivel económico encontramos un valor de Pearson de 9.9 ($df=2$ y $p=0.007$).

Finalmente al correlacionar el parentesco se encontró un valor de Pearson de 44.8 ($df=5$ y $p=0.00$).

Las escalas se evaluaron en 2 grupos: en el primer grupo familiares con Ansiedad y Depresión, y en el segundo grupo sin psicopatología.

15

En el Inventario para Depresión de Beck se presentó asociación significativa en el primer grupo, la prueba de Pearson reportó un valor de 184.0 ($df=2$ y $p=0.00$).

En la escala de Hamilton para Ansiedad se presentó asociación significativa en el primer grupo, la prueba de Pearson reportó un valor de 38.9 ($df=1$ y $p=0.00$).

Finalmente al correlacionar la Escala de Evaluación de la Actividad Global, se presentó asociación significativa en el primer grupo, la prueba de Pearson reportó un valor de 184 ($df=5$ y $p=0.00$).

16

VIII. CONCLUSIONES

De los hallazgos encontrados en este estudio para el caso de la población estudiada (Familiares de pacientes psiquiátricos del Hospital de Psiquiatría "San Fernando" del I.M.S.S), se puede concluir que en el tamaño de la muestra, en términos generales:

- 1) La población en estudio mostró una mayor frecuencia del sexo femenino, en edad productiva, con escolaridad de preparatoria o comercial, estado civil casadas y dedicadas al hogar
- 2) De acuerdo a los resultados obtenidos, se encontró Ansiedad y Depresión en la población en estudio, teniendo a los trastornos del ánimo depresivos en primer lugar y los trastornos del estado de ánimo con ansiedad en el segundo lugar.
- 3) Al realizar la correlación entre las variables demográficas y presencia de Ansiedad y Depresión en los familiares, se encontró diferencia estadísticamente significativa en caso de escolaridad, ocupación, nivel económico y parentesco. Particularmente en el caso de los familiares con escolaridad, ocupación en el hogar, nivel económico bajo y por parentesco ser hijo.
- 4) Al realizar la correlación entre presencia o no de Ansiedad y Depresión en familiares en las escalas (Beck para Depresión, Hamilton para evaluar Ansiedad y Escala de Evaluación de la Actividad Global), se presentó diferencia estadística en el caso de familiares con psicopatología de Ansiedad y Depresión identificadas clínicamente, en comparación con aquellos familiares en los que no se identificó psicopatología.

17

IX. DISCUSION

En el presente estudio se encontraron 5 resultados con diferencia estadísticamente significativas.

Encontramos que en los familiares de pacientes psiquiátricos a menor escolaridad, ocupación en el hogar y nivel económico bajo, se presenta una asociación significativa con la presencia de psicopatología; coincidiendo con varios autores: Fadden G, Behbington P, Kuipers L. (1987), Orford J, Natera G, Davies J. (1988), Morfin N, Lara H. (1995).

Ser por parentesco hijo, presenta una relación estadísticamente significativa con la presencia de psicopatología. Esto pudiera explicarse por la inversión en el rol, en el que debe proteger y cuidar al padre cuando el hijo no se encuentra en un momento biográfico de madurez emocional y física.

Encontramos otro dato que a pesar de ser esperado en obviedad de resultado, coincide con lo reportado por autores como Mc Gilloway S, Donnelly M (1997), con respecto a la presencia de casos psiquiátricos en familiares de pacientes psiquiátrico, en que a nuestro estudio correspondió al 19.3% de la población estudiada, alteraciones psicopatológicas que ameritaron tratamiento psiquiátrico. Presentándose una asociación estadísticamente significativa y esperada en los tres tipos de escala aplicada.

De acuerdo con los resultados obtenidos encontramos a los trastornos del estado de ánimo Depresivos como principal diagnóstico psiquiátrico en nuestra población en estudio, seguido por trastornos del estado de ánimo Ansiosos, tomado en consideración el grado de afectación en la Actividad Global de los portadores de psicopatología deducimos una influencia negativa en la capacidad de respuesta a las exigencias propias de ser responsable de cuidar y convivir con un paciente psiquiátrico.

La utilidad práctica de estos datos nos da la pauta para implementar técnicas enfocadas a detectar psicopatología en familiares de los pacientes, particularmente en aquellos que en los que deducimos factores que tiendan a incrementar en una relación directa la presencia de psicopatología, como serían, baja escolaridad, ocuparse en el hogar, nivel económico bajo y por parentesco ser hijo.

En este estudio, dadas las características de la población estudiada en que la mayoría de los familiares se ven sometidos a situaciones particulares propias de la convivencia con un paciente psiquiátrico, es de esperarse que los niveles de psicopatología hayan sido altos.

Seguramente si se hiciera un estudio similar con una población de diferentes características, por ejemplo en familiares de pacientes que acuden a un HGZ, los

18

familiares posiblemente no sufrirían de psicopatología tan grave ni afectación importante en su Actividad Global.

Los resultados obtenidos son representativos para el grupo estudiado, con sus características particulares.

Dado que las escalas empleadas en este estudio únicamente evalúan la presencia e intensidad de Depresión, Ansiedad y Evaluación de la Actividad Global, solo se puede elaborar un diagnóstico clínico. Sería de utilidad diseñar otro estudio empleando instrumentos de medición específicos que permitan elaborar un diagnóstico taxonómico, así como reproducir esta investigación en familiares de pacientes con características diferentes.

Consideramos importante continuar con líneas de investigación semejantes para ampliar el conocimiento en ésta área.

X. BIBLIOGRAFIA

1. Caraveo J, Medina-Mora ME, Rascón ML, y Cols. Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México. Resultados de una encuesta nacional en hogares. *Anales Instituto Mexicano de Psiquiatría*. 1994. 4:22-42.
2. Padilla P, Mas C, Ezbán M, y Cols. Frecuencia de trastornos mentales en pacientes que asisten a la consulta general de un centro de salud. *Salud Mental*. 1984. 7(3):72-78.
3. Tovar H, Gutiérrez H, Villanueva R. La investigación epidemiológica de las alteraciones mentales: Irascendencia, métodos y lineamientos para su desarrollo en México. *Salud mental*. 1984. 7(4):10-23.
4. De la fuente R. La Salud Mental. En: *Problemas de la Medicina en México*. El Colegio Nacional. Fondo de Cultura Económica, México. 1983. 307-310.
5. Laing R y Esterson A. *Cordura, locura y familia*. Fondo de Cultura Económica, México. 1967.
6. De la fuente R. *La familia*, Facultad de Medicina UNAM. 1987.
7. Satir V. *Psicoterapia familiar conjunta, guía teórica y práctica*. La Prensa Médica Mexicana, México. 1980.
8. McGilloway S, Donnelly M. The experience of caring for former long-stay psychiatric patients. *British Journal of clinical Psychology*. 1997. 33(1):149-151.
9. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Brit J Psychiat*. 1987. 150:285-292.
10. Orford J, Natera G, Davies J y Cols. Stresses and strains for family members living with drinking or drug problems in England and Mexico. *Salud Mental* 1988. 21(1): 1-13.
11. Lazarus R, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. Roca, México. 1991.
12. Silverman J, Silverman J, Eardley D. Do maladaptive attitudes cause depression?. *Arch Gen Psychiatry*. 1984. 41:28-30.
13. Morfin N, Lara H. Psicopatología en familiares de pacientes psiquiátricos hospitalizados en el INNNMVS. *Arch INNN*. 1995. 10(3):149.
14. Vaughn E, Leif P. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. *Brit J Psychiat*. 1976. 129:125-137.
15. Lara H. Características clínicas de evolución de pacientes psiquiátricos crónicos hospitalizados en el INNNMVS. *Arch INNN*. 1995. 10(3):147.
16. Stansfeld S, Rael E, Head J, et al. Social support and psychiatric sickness absence: a prospective study of British civil servants. *Psychological Medicine*. 1997. 27:35-48.
17. Cresswell M, Kuipers L, Power J. Social networks and support in long-term psychiatric patients. *Psychological Medicine*. 1992. 22:1019-1026.
18. Weich S, Churchill R, Lewis G, et al. Do socio-economic risk factors predict the incidence and maintenance of psychiatric disorder in primary care?. *Psychological Medicine*. 1997. 27:73-80.

19. Gift T, Strauss J, Barry D, et al. Social class and psychiatric disorder. The examination of an extreme. *J Nerv Ment Dis.* 1988. 176(10): 593-597.
20. Rascon R, Arredondo A, Tirado I. y Cols. Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. *Salud Mental.* 1988. 21(1):43-47.
21. Torres A. La línea de investigación para la rehabilitación psicosocial de la División de Psiquiatría del INNNMVS. *Arch INNN.* 1995. 10(3):147
22. Minuchin S. *Familias y terapia familiar.* Gedisa, México. 1985.
23. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol.* 1959. 32:50-55.
24. Lara MC, De la fuente JR. La confiabilidad en la evaluación de la ansiedad. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat.* 1987. 33:209-218.
25. Lara MC, Ontiveros M, Berlanga C y Cols. Diferencias entre crisis de angustia y ansiedad generalizada en la Escala de Hamilton para Ansiedad. *Salud Mental.* 1988. 11(4):7-10.
26. Lara MC, Ortega H. ¿La clinimetría o la psicometría? Medición en la práctica psiquiátrica. *Salud Mental.* 1995. 18(4):33-40.
27. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961. 4:54-63.
28. Torres M, Hernandez E, Ortega H. Validez y reproducibilidad del inventario para Depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental.* 1991. 14:1-6.
29. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of life measurement. *JAMA.* 1994. 272:619-626.
30. Rey JM, Stewart W, Plapp JM, et al. Validity of axis V of DSM-III and other measures of adaptative function. *Acta Psychiatr Scand.* 1988. 77:535-542.
31. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Masson, España. 1995.

21

XI. TABLAS

TABLA No.1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR EDAD Y SEXO

SEXO	N	RANGO	D.E.	X	Md.	Mo
HOMBRE	71	18 a 61	12	40	36	27
MUJERES	113	18 a 65	12	44	45	36

N = Número de casos

D.E.= Desviación estándar

X= Promedio

Md= Media

Mo= Moda

TABLA No. 2

DISTRIBUCION DEL ESTADO CIVIL POR SEXO

ESTADO CIVIL.	M	%	F	%
CASADO	72		69	
SOLTERO	9		21	
VIUDO	1		4	
DIVORCIADO	5		4	
OTRO	13		2	

M = Masculino

F = Femenino

22

TABLA No. 3

OCUPACION DISTRIBUCION POR
FRECUENCIA Y PORCENTAJE

OCUPACION	FRECUENCIA	%
HOGAR	73	39.6
ESTUDIANTE	23	13.6
EMPLEADO	57	31.1
DESEMPLEADO	4	2.2
PEQUEÑO PROPIETARIO	8	4.3
PROFESIONISTA	10	5.4
JUBILADO	7	3.8

TABLA No. 4

ESCOLARIDAD
FRECUENCIA Y PORCENTAJE POR SEXOS

ESCOLARIDAD	M. FREC.	%	F. FREC.	%
PRIMARIA INCOMPLETA	14	19.7	24	21.2
PRIMARIA	12	8.5	19	16.9
SECUNDARIA	24	33.8	25	22.1
PREPARATORIA o COMERCIO	17	23.9	39	34.5
LICENCIATURA	3	4.2	4	3.5
POSGRADO	1	1.4	2	1.7

M. FREC. - Frecuencia en varones

F. FREC. - Frecuencia en mujeres

23

TABLA No. 5

PARENTESCO
FRECUENCIAS Y PORCENTAJES

PARENTESCO	FREC.	%
PADRES	76	41.3
HIJOS	31	16.8
HERMANOS	50	27.1
ESPOSOS	21	11.4
OTROS	6	3.2

FREC = Frecuencia

% = Porcentaje

TABLA No. 6

NIVEL ECONOMICO
DISTRIBUCION POR FRECUENCIA

NIVEL ECONOMICO	FREC.	%
BAJO	90	48.9
MEDIO	81	44
ALTO	13	7.1

FREC = Frecuencia

% = Porcentaje

24

TABLA No. 7

TIEMPO DE EVOLUCION DE TRASTORNO PSIQUIATRICO EN FAMILIARES

TIEMPO DE EVOLUCION	FREC.	%
Menos de 6 meses	33	17.9
6 meses a 1 año	29	15.8
2 a 3 años	48	26.1
4 a 5 años	41	22.3
6 a 10 años	22	12
11 a 15 años	8	4.3
16 a 20 años O Más.	3	1.6

FREC=FRECUENCIA
%- PORCENTAJE

25

TABLA No. 8

NUMERO DE INTERNAMIENTO DE LOS PACIENTES

NUMERO DE INTERNAMIENTO	FREC.	%
1°	54	29.3
2 a 3	51	27.7
4 a 5	36	19.6
6 a 7	26	14.1
8 a 9	11	6
10 o Más	6	3.3

FREC= Frecuencia
% = Porcentaje

TABLA No. 9

DIAGNOSTICO CLINICO ASIGNADO A LOS FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS

DIAGNOSTICO	FREC.	%
T.D.M.L.	12	33.3
T.D.M.M.	2	5.6
T.A.G.	3	8.3
D.	6	16.7
T.A.D.	9	25
T.A.A.	4	11.1

26

TABLA No. 10

DIAGNOSTICO ASIGNADO A LOS FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS EN LA MUESTRA TOTAL Y POR SEXOS.

DIAGNOSTICO	FREC. Total	%	M	FREC.	%	F	FREC.	%
T.D.M.L.	12	6.5	4	2.1	8	4.3		
T.D.M.M.	2	1.1	1	0.5	1	0.5		
T.A.G.	3	1.6	2	0.5	1	1.1		
D.	6	3.2	2	1.1	4	2.1		
T.A.D.	9	4.9	6	3.2	3	1.6		
T.A.A.	4	2.1	3	1.6	1	0.5		

T.D.M.L.= Trastorno Depresivo Mayor Leve
 T.D.M.M.=Trastorno Depresivo Mayor Moderado
 T.A.G.=Trastorno de Ansiedad Generalizado
 D.= Distimia
 T.A.D.=Trastorno Adaptativo Depresivo
 T.A.A.=Trastorno Adaptativo Ansioso
 FREC Total=Frecuencia en el total de la muestra
 M FREC=Frecuencia en varones
 F FREC=Frecuencia en mujeres

Tabla No. 11

FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESION SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DEL INVENTARIO PARA DEPRESION DE BECK. EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO, DE ACUERDO A LA FRECUENCIA ENCONTRADA Y SU SEVERIDAD CON SUS PORCENTAJES.

	SEVERIDAD DE LA DEPRESION					
	AUSENTE		LEVE-MODERADA		SEVERA	
	FREC	%	FREC.	%	FREC.	%
GRUPO I					1.2	6.5
TDML					2	1
TDMM						
TAG	2	1	1	0.5		
D	6	3.2				
TAD	9	4.4	2	1		
GRUPO II	148	80.4				

Grupo I. - Con Ansiedad y Depresión.
 TDML = Trastorno Depresivo Mayor Leve
 TDMM = Trastorno Depresivo Mayor Moderado
 TAG = Trastorno de Ansiedad Generalizada
 D = Distimia
 TAD = Trastorno Adaptativo Depresivo
 TAA = Trastorno Adaptativo Ansioso
 Grupo II = Sin psicopatología.

TABLA No. 12

FRECUENCIA DE ANSIEDAD. SE PRESENTAN LOS RESULTADOS DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA MEDIR PRESENCIA O AUSENCIA DE ANSIEDAD EN AMBOS GRUPOS.

GRUPO I	TRASTORNO	ANSIEDAD ESCALA DE HAMILTON			
		AUSENTE		PRESENTE	
		FREC	%	FREC	%
	TDML	8	4.3	4	2.1
	TDMM			2	1
	TAG			3	1.6
	D	6	3.2		
	TAD	9	4.8		
	TAA	4	2.1		
GRUPO II		175	95		

TABLA No. 13

	EVALUACION DE LA ACTIVIDAD GLOBAL									
	Grave		Moderada		Leve		Transitoria		Ausente	
	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
G. I										
TDML	2	1	10	5.4						
TDMM	1	0.5	1	0.5						
TAG			3	1.6						
D			2	1	3	1.6	1	0.5		
TAD			2	1	5	2.7	2	1		
TAA					2	1	2	1		
G. II									148	80.4

Evaluación de la Actividad Global y el grado de afectación en ambos grupos. Para medir el grado de afectación, de acuerdo a la frecuencia encontrada y su severidad.

G. I. - Grupo con Ansiedad y Depresión determinada clínicamente.

TDML - Trastorno Depresivo Mayor Leve.

TDMM - Trastorno Depresivo Mayor Moderado.

TAG - Trastorno de Ansiedad Generalizada.

D - Distimia

TAD - Trastorno Adaptativo Depresivo.

TAA - Trastorno Adaptativo Ansioso.

G.II: - Grupo sin psicopatología identificada.

ANEXO A
ESCALA DE HAMILTON PARA EVALUACION DE LA ANSIEDAD

NOMBRE _____
FECHA _____ PUNTUACION _____

Ausente - 0
Leve - 1
Moderado - 2
Grave - 3
Totalmente incapacitado - 4

- 1) **Estado ansioso**
Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad ().
- 2) **Tensión**
Sensación de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse. ().
- 3) **Temores**
De la oscuridad, de extraños, de ser dejado solo, de animales, del tráfico, de las multitudes ().
- 4) **Insomnio**
Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos. ().
- 5) **Intelectual (comprensión)**
Dificultad de concentración. Memoria pobre. ().
- 6) **Estado depresivo**
Pérdida de interés. Falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar temprano, inversión de sueño y vigilia. ().
- 7) **Sistema somático (muscular)**
Dolores y mialgias, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics mioclónicos, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado ().
- 8) **Sistema somático (sensorial)**
Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad, sensación de comezón, incomodidad. ().
- 9) **Sistema somático (cardiovascular)**
Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo, arritmia ().
- 10) **Sistema somático (torácico)**
Opresión en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea ().
- 11) **Sistema somático (gastrointestinal)**
Dificultad al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez abdominal, náuseas, vómito Sensación de estómago vacío, estrechimiento. ().
- 12) **Sistema somático (genitourinario)**
Urgencia de orinar, micciones frecuentes, falta de menstruación, menstruación dolorosa, ausencia de orgasmo, eyaculación precoz, baja del deseo sexual, impotencia ().
- 13) **Sistema somático (vegetativo)**
Sequedad de boca, rubor en mejillas, palidez, tendencia a la sudoración, vértigo, dolor de cabeza, piel de gallina. ().
- 14) **Durante la entrevista**
Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del ceño, preocupación, suspiros o respiración rápida, eructos, tics, deglución consciente de saliva ().

ANEXO B
INVENTARIO PARA LA DEPRESION DE BECK

NOMBRE: _____
FECHA _____ PUNTUACION _____

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

1. 0 No me siento triste
1 Me siento triste
2 Estoy triste todo el tiempo
3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar
2. 0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro
1 Estoy desilusionado(a) del futuro
2 Siento que no tengo perspectivas del futuro
3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará
3. 0 No siento que falle
1 Siento que fallo más que una persona normal
2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado
3 Me siento una falla completa como persona
4. 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
1 No disfruto de las cosas como antes
2 No encuentro ya satisfacción real de nada
3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo
5. 0 No me siento particularmente culpable
1 Me siento culpable buena parte del tiempo
2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo
3 Me siento culpable todo el tiempo
6. 0 No siento que he sido castigado(a)
1 Siento que podría ser castigado(a)
2 Espero ser castigado
3 Siento que he sido castigado(a)
7. 0 No me siento desilusionado(a) de mí
1 Estoy desilusionado(a) de mí
2 Estoy disgustado(a) conmigo
3 Me odio
8. 0 No me siento peor que nadie
1 Me critico por mi debilidad o por mis errores
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 No tengo pensamientos de suicidarme
1 Tengo pensamientos de muerte pero no los realizaria
2 Me gustaria matarme
3 Me mataría si pudiera
10. 0 No lloro más de lo usual
1 Lloro más que antes
2 Lloro ahora todo el tiempo
3 Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera, no puedo
11. 0 No soy más irritable de lo que era antes
1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes
2 Me siento irritado(a) todo el tiempo
3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí
12. 0 No he perdido el interés en otra gente
1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes
2 He perdido mi interés en otra gente
3 He perdido todo interés en otra gente
13. 0 Hago decisiones igual que siempre
1 Evito hacer decisiones más que antes
2 Tengo mayores dificultades para hacer decisiones ahora
3 No puedo hacer decisiones por completo
14. 0 No siento que me vea peor que antes
1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a)
2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hace lucir feo(a)
3 Creo que me veo feo(a)

15. 0 Puedo trabajar tan bien como antes
 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo
 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo
 3 No puedo hacer nada
16. 0 Puedo dormir tan bien como siempre
 1 No puedo dormir tan bien como antes
 2 Me despierto 1-2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
17. 0 No me canso más de lo usual
 1 Me canso más fácilmente que antes
 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa
 3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa
18. 0 Mi apetito es igual que lo usual
 1 Mi apetito no es tan bueno como antes
 2 Mi apetito es mucho peor ahora
 3 No tengo nada de apetito
19. 0 No he perdido peso
 1 He perdido más de 2.5 Kg. He intentado perder peso
 2 He perdido más de 5 Kg. Comiendo menos
 3 He perdido más de 7.5 Kg. Si _____ No _____
20. 0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas
 3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar nada más
21. 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes
 2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora
 3 He perdido completamente el interés en el sexo

ANEXO C
ESCALA DE EVALUACION DEL FUNCIONAMIENTO GLOBAL

NOMBRE _____
FECHA _____ PUNTUACION _____

Escala de evaluación de la actividad global (EEAG)

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético *continuum* de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas (o ambientales).

Código (Nota: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.)

- 100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.
- 90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos (p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia).
- 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); solo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
- 70 Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer nevillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
- 60 Síntomas moderados (p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales) o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela).
- 50 Síntomas graves (p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en tiendas) o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo).
- 40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces lógico, oscuro o irrelevante) o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo (p. ej., un hombre depresivo evaza a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea fuertemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
- 30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio (p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida) o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas (p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos).
- 20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo (p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte, frecuentemente violento, excitación maníaca) u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima (p. ej., con manchas de excrementos) o alteración importante de la comunicación (p. ej., muy incoherente o mudo).
- 10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima u acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.
- 0 Información inabundante