



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ.



**“DEPRESIÓN COMO FACTOR QUE AFECTA LA ACTIVIDAD GLOBAL EN
PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.”**

PRESENTA LA TESIS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
PSIQUIATRÍA.

ALFONSO DANIEL LING SANZ CERRADA.

DRA. JOSEFINA PATRICIA ANZALDO JUÁREZ.

ASESORA METODOLÓGICA.

DR. JOSÉ IBARRECHE BELTRAN.

ASESOR TEÓRICO.

CIUDAD DE MÉXICO, MAYO 2017.



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.

Agradecimientos.

Agradezco a mis asesores y amigos por todo su apoyo para completar el presente trabajo. Agradezco especialmente a todos los pacientes que me han brindado su confianza e innumerables enseñanzas.

Declaración de Conflicto de Interés:

El presente trabajo presenta conflicto de interés, ya que el estudio cuenta como asesor teórico al Dr. José Ibarreche Beltrán, quien es jefe del Servicio de Consulta Externa, sitio donde se llevó a cabo, más, el doctor no participó en la realización de la evaluación de los pacientes.

De igual forma el Dr. José Ibarreche Beltrán es miembro del Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, sin embargo no participó en la sesión donde se analizó este protocolo.

Índice.

I.	INTRODUCCIÓN.	1
II.	MARCO TEÓRICO.	1
	• CONCEPTO DE TOC.	1
	• ETIOLOGÍA.	4
	• EPIDEMIOLOGÍA.	6
	• NEUROBIOLOGÍA DEL TOC.	9
	• COMORBILIDADES EN TOC.	9
	• DEPRESIÓN Y TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.	11
	• ABORDAJE Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.	12
	• DESARROLLO DEL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y ESCALA DE EVALUACIÓN DE ACTIVIDAD GLOBAL (EEAG).	13
III.	PRONÓSTICO.	15
IV.	JUSTIFICACIÓN.	17
V.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	17
VI.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.	18
VII.	HIPÓTESIS.	19
VIII.	OBJETIVOS.	19
IX.	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.	20
X.	MUESTREO Y MUESTRA.	21
XI.	CRITERIOS DE SELECCIÓN.	22
XII.	TIPO DE ESTUDIO.	22
XIII.	INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN.	23
XIV.	PROCEDIMIENTO.	26
XV.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	27
XVI.	COSTOS Y MATERIALES.	29
XVII.	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS.	29
XVIII.	CRONOGRAMA.	31
XIX.	RESULTADOS.	32
XX.	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.	36
XXI.	CONCLUSIONES.	40
XXII.	BIBLIOGRAFÍA.	41
XXIII.	ANEXOS.	52

Tablas.

- **Tabla 1:** Número de consultas brindadas en el Servicio de Consulta Externa con diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo Compulsivo. En un periodo de 12 meses (2015-2016). Página 8.
- **Tabla 2:** Número de pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización, que egresan con diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo Compulsivo, en un periodo de 12 meses. (2015-2016). Página 8.
- **Tabla 3:** Índice de Correlación y su interpretación. Página 28.
- **Tabla 4:** Índices de correlación obtenidos. Página 35.
- **Tabla 5:** Resultado de la prueba de Chi Cuadrada (X^2). Página 36.

Gráficas.

1. Porcentaje de pacientes por género.
2. Número de pacientes de acuerdo a resultados del BDI-II.
3. Media de la actividad global por grupo.
4. Número de pacientes por medicamento.

Abreviaturas.

- a) **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo.
- b) **BDI-II:** Inventario de Depresión auto aplicable de Beck.
- c) **EEAG:** Escala de Evaluación de la Actividad Global.
- d) **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico.
- e) **CSTC:** Circuito córtico-estriato-talámico-cortical.
- f) **PANDAS:** Trastorno Pediátrico Autoinmune Asociado con Streptococcus.
- g) **GAS:** Streptococcus del Grupo A.
- h) **CV:** Calidad de Vida.
- i) **TCC:** Terapia Cognitivo Conductual.
- j) **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- k) **APA:** American Psychiatric Association.
- l) **HAS:** Hipertensión Arterial Sistémica.
- m) **ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina.
- n) **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences.

RESUMEN. **“DEPRESIÓN COMO FACTOR QUE AFECTA LA ACTIVIDAD GLOBAL EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO.”** Alfonso Daniel Ling Sanz Cerrada. Mayo, 2017.

Introducción: El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), es una entidad que cuenta con una frecuencia alta, sin embargo, en muchas ocasiones se encuentra infra-diagnosticado. También llega a pasarse por alto, el importante grado de comorbilidad que presenta con otras entidades psiquiátricas. Siendo una de las de mayor importancia la depresión. Resaltando así, la importancia de la detección de esta entidad comórbida, para mejorar el tratamiento y realizar intervenciones oportunas en nuestro quehacer diario.

Objetivo: Determinar si la depresión es un factor que disminuye la actividad global de los pacientes con trastorno obsesivo compulsivo.

Metodología: Se realizó un estudio prospectivo, con una muestra de 34 pacientes, con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo. Contestaron el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y fueron evaluados con la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) por parte del investigador. Se realizó un análisis estadístico de correlación, utilizando el software de análisis estadístico para Excel. XLSAT.

Resultados: Un tercio de los pacientes estudiados con TOC presentó algún grado de depresión El tratamiento farmacológico más común fueron los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina y de este grupo de medicamentos, fluoxetina en un tercio de los pacientes. Los resultados obtenidos en el análisis de correlación, entre el puntaje del BDI-II y el puntaje de Actividad Global, presentó un índice de correlación negativo, tanto del análisis de todos los participantes como del análisis por grupo, pacientes con depresión y pacientes sin depresión. En la prueba de hipótesis, Chi Cuadrada, se obtuvo un valor de 0.004. Por lo que se puede afirmar que la depresión **SI** es un factor que disminuye la Actividad Global de los pacientes con TOC.

Palabras claves: Trastorno Obsesivo Compulsivo, Actividad Global, Depresión.

Introducción.

El Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC), es una entidad que cuenta con una frecuencia alta, sin embargo, en muchas ocasiones se encuentra infra-diagnosticado. También llega a pasarse por alto, el importante grado de comorbilidad que presenta con otras entidades psiquiátricas. Siendo una de las de mayor importancia la depresión. Ya que este es un factor agregado, que se sabe tiene repercusiones directas en el tratamiento y pronóstico. Debido a esto, se desea realizar este trabajo, el cual busca correlacionar el grado de disfunción con la presencia o no de depresión comórbida al trastorno obsesivo compulsivo. Resaltando así, la importancia de la detección de esta entidad comórbida, para mejorar el tratamiento y realizar intervenciones oportunas en nuestro quehacer diario.

Marco teórico.

Concepto de TOC.

El trastorno obsesivo compulsivo es una entidad, que en el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) IV-TR, se conceptualizaba como un trastorno de ansiedad, sin embargo, en la clasificación DSM-5, constituye un grupo separado de los trastornos de ansiedad (1,2).

El trastorno obsesivo compulsivo, se caracteriza por la presencia de obsesiones y/o compulsiones, mismas que le consumen mucho tiempo al paciente y le ocasionan estrés e interferencia con sus actividades de la vida diaria (3,4).

Se conocen como obsesiones, aquellos pensamientos, impulsos o imágenes persistentes, que son experimentadas como inapropiadas, intrusivas y que generan ansiedad. Los pensamientos intrusivos son frecuentes tanto en niños (77- 85%)⁸⁻⁹ como en adultos (80-88%).⁵⁻⁶

Las obsesiones experimentadas por pacientes con trastorno obsesivo compulsivo (TOC), son muy diferentes a las encontradas en pacientes sin dicha patología en cuanto al grado de ansiedad, tiempo perdido o peor pronóstico. Las más comunes son el miedo a la contaminación (por ejemplo, a suciedad, gérmenes o químicos), miedo a lastimarse a sí mismos o a otros, preocupaciones respecto a la simetría, exactitud o el orden. Preocupación excesiva con respecto a la religión o la conducta moral (por ejemplo, miedo a cometer un pecado, romper reglas o hacer enojar a Dios), fijaciones con respecto a números de buena o mala suerte; o pensamientos o imágenes sexuales agresivas o violentas (7-9).

Sin embargo, en estas personas es muy poco probable llevar a cabo la realización de sus pensamientos obsesivos, lo que les produce un grado de ansiedad y frustración importante.

Por lo que, en respuesta a la ansiedad ocasionada por la obsesión, los individuos con TOC caen en la realización de comportamientos o actos mentales repetitivos, llamados compulsiones, las cuales proveen de una mejoría temporal para neutralizar el miedo. Las compulsiones son generalmente excesivas y repetitivas (por ejemplo, lavarse las manos 25 veces posterior a tocar un contaminante), causarse algún daño, significados

irracionales de las cosas, prevenir daños en ellos u otros (por ejemplo, evitar pisar grietas del piso para evitar una lesión en otros).

Las compulsiones incluyen frecuentemente rituales de descontaminación (excesivo lavado, baño o limpieza); verificación (de puertas, casa); conteo, repetición y ordenamiento (8-10).

Otros rituales incluyen confesarse, rezar, búsqueda de perdón, tocar, evitar ciertas características para prevenir el daño a sí mismo o a otros y conductas de atesoramiento (8-10).

La presencia de compulsiones obedece a que éstas alivian la ansiedad y el displacer provocado por las obsesiones en los pacientes. Y se sabe también, que dichas personas optan por conductas de evitación para no desencadenar obsesiones. Por lo que la evitación es muy frecuente en pacientes con TOC y se encuentra asociada con una mayor severidad en los síntomas (9,11-12).

Sin embargo, los síntomas obsesivo-compulsivo son heterogéneos en cada uno de los pacientes, y pueden aparecer asociados en grupos, constituyen categorías dimensionales. Las cuales se determinan por la preponderancia de éstos y se han agrupado de la siguiente manera (13-14).

1. Simetría: incluyen síntomas obsesivos de orden, repetición y compulsiones de conteo.
 - Pensamientos inapropiados: obsesiones agresivas, sexuales y religiosas, y conductas de comprobación.

2. Limpieza: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza.

3. Acumulación: los cuales incluyen obsesiones y compulsiones

Las dimensiones sintomáticas han sido asociadas con distintos patrones de comorbilidad psiquiátrica, (15) heredabilidad (16-17) y de actividad neuronal, estos últimos detectados por medio de resonancia magnética funcional (18). Además de que también se han relacionado con respuestas farmacológicas y no farmacológicas específicas, (19) y pobre calidad de vida y remisión en la vida adulta (20-21).

Etiología.

Se sabe que la etiología del trastorno obsesivo compulsivo, es multifactorial. Implicando factores neurobiológicos y genéticos. Sin embargo, también puede ser explicado usando modelos cognitivo conductuales. Ocurren dos procesos de condicionamiento en el desarrollo del TOC. El modelo conductual, sugiere que las obsesiones se desarrollan a través del condicionamiento clásico, ya que previamente un estímulo neutro fue pareado a un estímulo aversivo, dando como resultado una respuesta condicionada de miedo, ante el estímulo neutral (22).

Las obsesiones generan un incremento de la ansiedad en los pacientes y precipitan la presentación de las compulsiones (rituales), las cuales les sirven para aliviar de forma temporal o neutralizar el malestar y la ansiedad relacionados con la obsesión. La reducción de la ansiedad y el malestar (conocido como reforzamiento negativo) mantiene la presencia de comportamientos compulsivos mediante la vía del condicionamiento operante (23).

En un enfoque complementario, los modelos de trastorno obsesivo compulsivo, sugieren que los síntomas se desarrollan a partir de distorsiones cognitivas disfuncionales (por ejemplo un excesivo sentido de responsabilidad, o superestimación de los miedos) lo que da paso a una inadecuada interpretación e hiperalerta a los estímulos o pensamientos intrusivos (24-25).

El desarrollo del TOC, se encuentra ampliamente ligado a la interacción de la genética y los procesos ambientales. Muchas influencias ambientales han sido reportadas como participantes en el desarrollo de TOC, incluyendo enfermedades neurológicas, médicas, trauma e infecciones (26).

Por ejemplo, el trastorno pediátrico autoinmune asociado con Streptococcus (PANDAS: Pediatric Autoimmune Neuropsychiatric Disorders Associated with Streptococcus) ha recibido una reciente atención y debate (27), ya que dicho trastorno se ha relacionado con la instauración en la infancia del trastorno obsesivo compulsivo y con un curso episódico de los síntomas; mismos que presentan su inicio o una exacerbación temporal asociada con una infección de algún Streptococcus del Grupo A (GAS) (28). Sin embargo, el establecimiento de un rol causal definitivo del GAS ha sido difícil, en parte porque las infecciones por estos microorganismos son muy comunes en la infancia y es posible que otros patógenos puedan también estar implicados (27, 29).

Epidemiología.

El trastorno obsesivo compulsivo, es una de las entidades psiquiátricas más frecuentes, ya que se calcula que es el cuarto padecimiento psiquiátrico más común, con una prevalencia a lo largo de la vida, estimada del 0.4-3.5% (30).

Es dos veces más prevalente que la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Y se encuentra asociado con disfunción ocupacional, una alta tasa de comorbilidad y comportamiento suicida tanto en adultos como en niños (30-35). Además de que se encuentra considerada como una de las primeras causas de discapacidad por la Organización Mundial de la Salud (36-40).

Los trastornos obsesivos-compulsivos, presentan una distribución bimodal, con dos picos en la instauración del trastorno, el primero en la etapa pre-puberal y el segundo en los adultos jóvenes (38, 41-42). En los individuos, en los cuales los síntomas comienzan en la infancia, esto ocurre entre los 6 y 10 años de edad, con un marcado incremento en la severidad de los síntomas alrededor de los 11 años (21,43). Los síntomas tienden a observarse mas tempranamente en los niños en comparación con las niñas (44,45). En contraste, en el inicio de la patología en la adultez, la tendencia es a la preponderancia femenina, y en la mayoría de los casos la instauración es al final de la adolescencia o en la etapa de adulto joven (38,43,46). A pesar de la diferencia del inicio del trastorno de acuerdo al género, se ha observado que a lo largo del tiempo, se equilibran las prevalencias (38).

El trastorno obsesivo compulsivo, parece tener un componente genético, ya que se ha visto un incremento del riesgo en estudios que implican gemelos idénticos y en los pacientes con familiares de primer grado (47-48).

Las tasas de prevalencia relativa en familiares de primer grado varían en los estudios (10-35%), con una prevalencia a lo largo de la vida significativamente más altas (22.5%) en comparación con los controles (2.6%) (48-50). Parece que el factor familiar se encuentra mayormente relacionado con la instauración del trastorno en la infancia comparado con el de instauración en la adultez (51).

En los estudios se han buscado más de 80 genes candidatos, con un énfasis, en aquellos que participan en las vías serotoninérgicas y dopaminérgicas. Sin embargo, ninguno de los candidatos ha podido tener significancia estadística, ni se han podido reproducir los resultados (52).

El gen transportador de glutamato SLC1 A1 en su brazo 9p24, ha mostrado una asociación que ha podido ser replicada y se ha encontrado una asociación genética en los pacientes con TOC (53-54).

En el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” se atiende a un gran número de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se cuenta con un registro de 809 consultas brindadas en el servicio de consulta externa y 10 pacientes egresados, con diagnóstico principal de TOC, en un periodo de 12 meses. Como puede observarse en las tablas 1 y 2.

Tabla 1: Número de consultas brindadas en el Servicio de Consulta Externa con diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo Compulsivo. En un periodo de 12 meses (2015-2016).

Diagnóstico.	Hombres.	Mujeres.	Total.
F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo.	17	36	53
F42.0 Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.	72	53	125
F42.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos.	186	396	582
F42.2 Trastorno Obsesivo Compulsivo con mezcla de pensamientos y actos compulsivos.	20	23	43
F42.8 Otros Trastornos Obsesivos Compulsivos.	0	0	0
F42.9 Trastorno Obsesivo Compulsivo sin especificación.	2	4	6
Total:	297	512	809.

*Información obtenida del Servicio de Estadística del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Tabla 2: Número de pacientes atendidos en el servicio de Hospitalización, que egresan con diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo Compulsivo, en un periodo de 12 meses (2015-2016).

Diagnóstico.	Hombres.	Mujeres.	Total.
F42 Trastorno Obsesivo Compulsivo.	0	0	0
F42.0 Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.	5	2	7
F42.1 Trastorno Obsesivo Compulsivo con predominio de actos compulsivos.	0	0	0
F42.2 Trastorno Obsesivo Compulsivo con mezcla de pensamientos y actos compulsivos.	1	1	2
F42.8 Otros Trastornos Obsesivos Compulsivos.	1	0	1
F42.9 Trastorno Obsesivo Compulsivo sin especificación.	0	0	0
Total:	7	3	10.

*Información obtenida del Servicio de Estadística del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"

Neurobiología del TOC.

En la búsqueda de regiones cerebrales implicadas en el desarrollo el trastorno obsesivo compulsivo, ha cobrado un importante interés el explorar el rol que juegan los ganglios basales, en particular la disfunción del circuito córtico-estriato-talámico-cortical (CSTC) (55-56).

El modelo CSTC, sugiere que los síntomas obsesivo-compulsivos se desarrollan a partir de vías disfuncionales que se conectan con el núcleo caudado, la corteza orbito frontal y la corteza cingulada anterior. Este modelo sugiere que las vías directas e indirectas a través de los ganglios basales desencadenan respuestas excitatorias e inhibitorias respectivamente. En estudios de imagen, se ha detectado que en pacientes con TOC, las vías de la corteza orbitofrontal, cingulada anterior y el núcleo caudado son hiperactivas en comparación con el resto, lo que provoca el desencadenamiento de síntomas y se disminuye su actividad después del tratamiento (55, 57-58).

Comorbilidades en TOC.

El trastorno obsesivo compulsivo es comúnmente comórbida con otras patologías psiquiátricas. En muchos estudios se ha reportado una comorbilidad alrededor del 50% al 60% con otros trastornos del eje I de la clasificación del DSM-IV- TR (37). La co-ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos con el trastorno obsesivo compulsivo, es relativamente frecuente, presentándose en mas del 90% de los casos con una patología psiquiátrica comórbida (38).

En el caso de los trastornos de ansiedad, se ha reportado una comorbilidad del 8-40% con el trastorno de ansiedad generalizada, del 26-43% con la fobia social y del 15-20% con el trastorno de ansiedad paroxística (38). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, se ha encontrado que la depresión mayor presenta una comorbilidad del 20-78%, siendo la patología acompañante más común en adultos (38, 44,46). El uso de sustancias es más común en adultos que en niños o adolescentes (44), sin embargo, dicha conducta es menos frecuente en adultos con TOC, en comparación con otros diagnósticos psiquiátricos (59). También se ha detectado una tasa de comorbilidad del 14% con esquizofrenia en pacientes con TOC (60).

En el inicio temprano del TOC, se observa que las comorbilidades psiquiátricas se presentan en el 80% de los casos aproximadamente. La depresión mayor se observa en un 66%, el déficit con atención e hiperactividad, trastorno oposicionista desafiante, o los distintos trastornos de ansiedad en un 50% de los pacientes y la enuresis y los trastornos del lenguaje en un 33% de los niños (20).

Este alto nivel de comorbilidad, sugiere la existencia de una relación entre el TOC y otros trastornos ocasionados por el solapamiento de la disfunción de la neurofisiología en el sistema nervioso central (38,60).

Depresión y Trastorno Obsesivo Compulsivo.

La depresión es un trastorno caracterizado por un estado psicológico donde predomina el ánimo triste, de forma crónica, que se encuentra asociado a anhedonia. Los siguientes síntomas pueden estar también presentes: reducción o incremento del apetito, pérdida o ganancia de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o retardo psicomotor, fatiga, sentimientos de culpa, disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte. Para integrar el trastorno, se deben de cumplir con dichos síntomas por al menos dos semanas (61).

Las tasas de depresión comórbida al TOC, son similares en niños y adultos, ubicándose entre un 13-73% en algunos estudios, y entre un 14-78%, observándose en los adultos una comorbilidad del 50-80% (61).

Algunos datos sugieren que la presencia del episodio depresivo asociado al TOC se debe a los grados tan altos de disfunción y estrés. La co-ocurrencia de síntomas depresivos, contribuye al empeoramiento de la presentación de la enfermedad y se ha visto asociado a una respuesta atenuada al tratamiento con terapia cognitivo conductual y farmacológico. Además, algunas evidencias sugieren que las obsesiones de tipo sexual y religioso se encuentran relacionadas con síntomas depresivos. El trastorno del estado de ánimo contribuye a la pérdida de la esperanza de que algún tratamiento funcione y reduce la actividad y la energía en actividades terapéuticas (61). También se ha observado que los pacientes que presentan depresión comórbida, cuentan con una edad más temprana de inicio del TOC.

Abordaje y tratamiento del Trastorno obsesivo compulsivo.

Existen dos opciones de tratamiento que cuentan con evidencia: la terapia cognitivo conductual (TCC) y la opción farmacológica. La terapia cognitivo conductual es la primera línea de tratamiento, la cual se ha observado con buena eficacia en el tratamiento de los síntomas obsesivo-compulsivos en niños y adultos (62-65). Se recomienda como tratamiento inicial en niños y adultos con una sintomatología de leve a moderada (66-67).

Existen dos principales técnicas dentro de la TCC, las técnicas de intervención para disminuir la valoración negativa de los pensamientos obsesivos, que incluye la Reestructuración Cognitiva y la Atención Plena o Mindfulness, que tienen como objetivo fundamental identificar los pensamientos distorsionados y modificarlos por otros más adaptativos y realistas (68).

Existe un segundo grupo de técnicas de intervención que van dirigidas a reducir, eliminar, la frecuencia y/o la duración de las compulsiones y conductas de evitación. Dentro de estas se encuentra la exposición en vivo con prevención de respuesta (EPR), es el procedimiento que ha demostrado la mayor efectividad y una mayor estabilidad del éxito terapéutico a largo plazo, 70-75% de pacientes sin síntomas en un seguimiento a 15 años. La técnica consiste en realizar una exposición gradual a las situaciones, pensamientos o imágenes temidas, mientras que se le impide que lleve a cabo el ritual asociado (68).

Si los síntomas persisten a pesar de la terapia cognitivo-conductual, la evidencia sugiere el uso de fármacos, se utilizan los Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) en dosis óptimas, como fármacos de primera elección (66-68).

Los ISRS logran su efecto máximo en un plazo de 3 a 4 semanas por lo que se recomienda el uso conjunto de medicamentos ansiolíticos, como las benzodiazepinas, para lograr una disminución de la ansiedad e insomnio (66-68).

También en niños y adultos con sintomatología de moderada a severa, se recomienda de primera instancia utilizar terapia farmacológica (66-68).

Desarrollo del concepto de calidad de vida y Escala de Evaluación de Actividad

Global (EEAG).

El concepto de Calidad de Vida (CV) se ha introducido en la psiquiatría integrando mediciones objetivas y subjetivas en pacientes con enfermedad mental, proponiendo una perspectiva holística de evaluación y tratamiento (69).

El concepto de Calidad de Vida (CV) surge primariamente en el campo de la sociología (70) como una expresión comercial (71), con el propósito de señalar las diferencias entre nivel de vida, bienes y recursos materiales que un sujeto posee y de los que puede hacer uso y la valoración personal, por lo tanto subjetiva, que hace de esos bienes y recursos. Sin embargo, el concepto trascendió dicho ámbito y se incorporó al campo de la salud (70) y de la práctica médica (71-72) donde hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan al enfermo, ya que aunque el tratamiento pretende mejorar el estado de salud y la misma Calidad de Vida,

puede tener efectos adversos en esas dos instancias por efectos secundarios indeseables (71-72).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Calidad de Vida como: “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en los que vive, tomando en cuenta sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes. Está influido por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno” (71-72).

En la actualidad las enfermedades crónico degenerativas son las que mayor impacto tienen en la Calidad de Vida. Personas con diabetes se ven especialmente afectadas en el dominio de energía, movilidad y en el funcionamiento sexual. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) pueden acompañarse de efectos negativos en la percepción de salud por el paciente (73).

La enfermedad renal crónica, afecta principalmente las relaciones interpersonales y de requerir tratamiento con diálisis se ve afectada el área familiar y económica predominantemente (73).

Los intentos de encontrar una forma de medir el concepto de calidad de vida en psiquiatría, han llevado la utilización de diferentes instrumentos o índices clinimétricos que realizan evaluaciones de elementos objetivos y subjetivos, tratando de cubrir todo el espectro y áreas que se consideran dentro del concepto (71-73).

Entre ellas La American Psychiatric Association (APA), propone la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) para la valoración del funcionamiento general de los pacientes a lo largo de un continuum de salud-enfermedad que se encuentra dividida en 10 niveles de actividad, que refleje del mejor modo posible el nivel global de actividad (74).

Pronóstico.

El TOC se ha considerado tradicionalmente una entidad asociada a cronicidad, lo cual ha generado tendencia al subdiagnóstico, intentos por mirarlo como un fenómeno transitorio y algún grado de temor a usar esta calificación (74). Todos estos eventos pueden llevar a que no se les dé tratamiento a que se sometan a un tratamiento inadecuado, con lo cual se favorecerían la cronificación y las complicaciones con graves consecuencias para las personas que lo sufren. Se requiere de retomar la revisión y la actualización respecto a factores que puedan servir como predictores de pronóstico para hacer un seguimiento más adecuado a las necesidades, adecuar las expectativas del tratamiento y poder brindar una adecuada orientación y educación al paciente y su familia una vez se ha hecho el diagnóstico (74).

La determinación de factores predictores de pronóstico continúa siendo un aspecto crudo que requiere mayor estudio y cualificación, un campo en el que aún hay resultados contradictorios, probablemente debido a que se han tomado grupos de estudio pequeños, con tiempos de seguimiento que han sido cortos. Sin embargo, los

factores que tras la revisión de los diferentes estudios se encuentran como significativos de manera más consistente son:

Como factores positivos:

1. Respuesta a tratamiento inicial de cinco semanas con clomipramina o de ocho semanas con fluoxetina.
2. Adecuado cumplimiento a mediano plazo del tratamiento farmacológico.
3. En cuanto a la respuesta a la terapia cognitiva-conductual: cumplimiento de tareas durante la primera semana.

Como factores negativos:

1. Psicopatología de los padres.
2. Presencia o posterior aparición de tics.
3. Alteración de algunos rasgos de personalidad, como paranoide, esquizoide y esquizotípica.
4. Demora en comienzo del tratamiento.
5. Comorbilidad: depresión y enfermedades crónico degenerativas.
6. Emoción expresada en la familia: alta.
7. En cuanto a terapia cognitiva conductual: conflicto familiar que interfiere con ésta, pacientes con predominio de obsesiones y escasas compulsiones.

Justificación.

La presencia de depresión mayor en trastorno obsesivo compulsivo ha sido asociada a una mayor severidad (62), cronicidad (15) y comorbilidad con trastornos de ansiedad generalizada, y fobias simples, alta frecuencia de obsesiones agresivas, alto número de intentos suicidas (34), pobre respuesta a tratamiento y mayor grado de discapacidad (38).

La realización de este estudio busca detectar depresión, en los pacientes con diagnóstico de TOC y realizar una correlación con la actividad global.

Pacientes que cuenten con un TOC y depresión comórbida plantea una situación que de detectarse a tiempo, puede explicar la falta de respuesta al tratamiento, además de orientarnos a buscar alternativas de tratamiento.

De recibir un tratamiento adecuado y oportuno, se podrá evitar internamientos, condicionados por episodios depresivos graves.

Planteamiento del problema.

El trastorno obsesivo compulsivo, es una de las entidades psiquiátricas más frecuentes, ya que se calcula que es el cuarto padecimiento psiquiátrico más común, con una prevalencia a lo largo de la vida estimada del 0.4-3.5% (30).

La co-ocurrencia de otros trastornos psiquiátricos con el Trastorno Obsesivo Compulsivo, es relativamente frecuente, presentándose en mas del 90% de los casos con una patología psiquiátrica comórbida (38).

En el caso de los trastornos de ansiedad, se ha reportado una comorbilidad del 8-40% con el trastorno de ansiedad generalizada, del 26-43% con la fobia social y del 15-20% con el trastorno de ansiedad paroxística (38). En cuanto a los trastornos del estado de ánimo, se ha encontrado que la depresión mayor presenta una comorbilidad del 20-78%, siendo la patología acompañante más común en adultos (38, 44,46).

Existe un número significativo de pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, que reciben atención en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Se desconoce la Actividad Global de este grupo de pacientes, como la co-ocurrencia con otros trastornos psiquiátricos.

No se cuenta con un registro de los tratamientos farmacológicos utilizados en este grupo de pacientes, quienes de no atenderse de forma acertada, les puede llevar a requerir hospitalización.

Pregunta de investigación.

¿Es la depresión un factor que afecta la Actividad Global en los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo?.

Hipótesis.

H₁: La presencia de depresión en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo es un factor que disminuye la Actividad Global de una persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

H₀: La presencia de depresión en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo **NO** es un factor que disminuye la Actividad Global de una persona con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Objetivos.

General:

1. Determinar si la depresión es un factor que disminuye la Actividad Global de los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Particulares:

1. Identificar la presencia de depresión en pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.
2. Describir los tratamientos que tienen los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo.
3. Realizar la descripción de edad y género de los pacientes con TOC que son atendidos en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez", en un periodo de 6 meses (Agosto 2016 a Febrero 2017).

Operacionalización de las variables.

Variable	Definición conceptual	Definición de la medición	Tipo de variable	Dependiente o independiente
Género.	Grupo al que pertenecen los seres humanos de cada sexo, desde un punto de vista sociocultural.	Femenino o masculino.	Cualitativa nominal.	Interviniente Independiente.
Edad.	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	0 al 100 en años.	Cuantitativa continua.	Interviniente Independiente.
Actividad global.	Nivel general de actividad del sujeto, que es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así como predecir evolución.	0 al 100 organizado en deciles.	Cuantitativa discreta.	Dependiente.
Tratamiento.	Fármaco utilizado en el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo.	Nombre del fármaco.	Cualitativa nominal.	Independiente.

Depresión.	Trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, anhedonia.	Se utilizará el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). 0-13 Depresión ausente. 14-19 Depresión leve. 20-28. Depresión moderada y 29-63 Depresión grave.	Cualitativa nominal.	Independiente.
-------------------	--	---	----------------------	----------------

Muestreo y muestra.

Muestra: 34 pacientes.

Muestreo: por cuotas, ingresaron en el estudio pacientes que fueron reportados con el diagnóstico de TOC, en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, durante un periodo de 6 meses (Agosto 2016 a Febrero 2017).

Criterios de selección.

Criterios de inclusión:

1. Edad de 18 a 59 años.
2. Género indistinto.
3. Pacientes de la consulta externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.
4. Que cuenten con el diagnóstico de TOC ya establecido.
5. Que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes que cuenten con diagnóstico de: diabetes mellitus, hipertensión, cáncer o cualquier otra enfermedad que sea crónico-degenerativa.
2. No deseen participar en el estudio.
3. Pacientes con esquizofrenia comórbida al trastorno obsesivo compulsivo.

Criterios de eliminación:

1. Que no hayan completado el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

Tipo de estudio.

- Estudio transversal, observacional, comparativo y prospectivo.

Instrumentos de medición.

Inventario de Depresión de Beck.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), ha sido uno de los instrumentos clinimétricos que más se han utilizado para la detección de manifestaciones depresivas, el cual ha sido traducido y validado en varios países e idiomas. Los puntos de corte se emplean para hacer una categorización de la severidad de la depresión. El estudio de validación al idioma español fue realizado en Buenos Aires por Bonicatto y cols., en 1998 determinándose la consistencia interna y la validez concurrente (75).

En el terreno psiquiátrico el BDI-II ha mostrado tener una validez satisfactoria. El estudio de validez y re producibilidad en México fue realizado en 1991 por Torres-Castillo y en 1998 se estandarizó el instrumento en muestras amplias de residentes de la Ciudad de México, siendo aceptables los índices de confiabilidad y validez encontrados. La versión abreviada de 13 ítems también es muy utilizada (75).

Permite evaluar los efectos de los tratamientos, ya que puede aplicarse varias veces al mismo sujeto. A. Beck ilustra estudios de casos en que se utilizan aplicaciones sucesivas del BDI para evaluar los efectos de su terapia cognitiva (75).

Se trata de un instrumento auto-aplicable, la versión de 21 ítems es ampliamente aplicada y se califica en una modalidad de tipo Likert. Los valores de las cuatro opciones de respuesta son iguales en todos los reactivos y van de 0 a 3 puntos. Si una

persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Los puntos de corte propuestos son: 0-13 Depresión ausente, 14-19 Depresión leve, 20-28 Depresión moderada y 29-63 Depresión grave (76-77).

BDI-II es fácil de utilizar. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo. Las instrucciones para el BDI-II se solicita a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM para la depresión mayor (76-77).

A pesar de su gran utilidad, deben tenerse precauciones a la hora de su interpretación en pacientes con enfermedades crónicas y dolor, ya que ha sido cuestionada su utilidad para diagnosticar la depresión en pacientes con enfermedades crónicas. No existen acuerdos con respecto a cual debe ser el punto de corte apropiado para identificar depresión clínica en pacientes con enfermedades crónicas (76-77).

Escala de la Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

La Escala de la evaluación de la actividad global (EEAG) creada por la APA, se encuentra dividida en 10 niveles de actividad. La valoración mediante la EEAG implica la selección de un valor único que refleje del mejor modo posible el nivel global de actividad del individuo (1).

Cada nivel (10 puntos cada uno) presenta dos componentes: el primero se refiere a la gravedad de los síntomas y el segundo a la actividad. La puntuación en esta escala ocupa un determinado decil en función de si la gravedad de los síntomas o el nivel de actividad se hallan dentro del rango. Debe de señalarse en que situaciones en las que la gravedad de los síntomas y el nivel de actividad son discordantes, la puntuación final de la escala siempre debe de reflejar la peor de las dos. En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben de referirse al periodo actual (es decir el nivel de actividad en el momento de la evaluación) puesto que las mediciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención.

El evaluador asignará una puntuación tras una entrevista previa con respecto a los síntomas que tiene, a las actividades que realiza y a las relaciones sociales en las que se apoya el paciente. No se requiere de una capacitación especial para su utilización.

La evaluación se realiza mediante el siguiente método:

1. Empezando por el nivel mas alto, evaluar cada rango preguntándose:
“¿Son la gravedad de los síntomas del individuo o su nivel de actividad peores de lo que se indica en la descripción del rango?”.

2. Descender en la escala hasta alcanzar el rango que mejor encaja con la gravedad de los síntomas o con el nivel de actividad del individuo, teniendo en cuenta siempre el peor de los casos.
3. Examinar el siguiente rango inferior con una doble comprobación, a fin de asegurarse de no haberse detenido prematuramente. Este rango debería ser demasiado grave tanto para la gravedad de los síntomas como para el nivel de actividad. De ser así, se habrá alcanzado el rango adecuado (continuar con el paso 4); en caso contrario, volver al paso 2 y continuar descendiendo en la escala.
4. Para determinar la puntuación dentro del rango seleccionado, es necesario saber si el nivel de actividad del individuo se encuentra en el extremo superior o inferior de ese rango.

Procedimiento.

Primero se presentó el proyecto ante el Comité de Ética en Investigación y al Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. Cuando se obtuvo la autorización para la realización del trabajo; se presentó ante el jefe del Servicio de Consulta Externa. Cuando se obtuvo la autorización, se abordó a los pacientes con diagnóstico ya establecido de TOC, se les explicó en qué consistía el estudio, se les otorgó el consentimiento informado. Posteriormente contestaron el Inventario de Depresión de Beck, y se realizó la Escala de Evaluación de la Actividad Global, por parte del médico residente.

Análisis estadístico.

Se realizó el análisis de la edad utilizando la medida de tendencia central, media y desviación estándar. Para el análisis de la variable género, se obtuvo el porcentaje de pacientes masculinos y femeninos. Para la variable tratamiento se realizó una descripción de los fármacos utilizados por frecuencia en porcentaje.

Debido a que el estudio es comparativo, se utilizó el software de análisis estadístico para Excel XLSAT, en el módulo para medir y probar la correlación lineal entre dos variables cuantitativas, cualitativas ordinales y binarias. Se seleccionó el coeficiente de correlación de Pearson, para medir la correlación entre los puntajes de la Actividad Global y los puntajes del BDI-II en pacientes con TOC.

Correlación de Pearson: covarianza de las variables comparadas, estandarizadas por varianzas, o lo que viene a ser lo mismo, covarianza calculada sobre los datos centrados-reducidos.

Se obtuvo el índice de correlación de Pearson entre los puntajes del BDI-II y los puntajes de la Actividad Global de todos los participantes y por grupos:

- Pacientes sin depresión.
- Pacientes con depresión.

El valor del índice de correlación obtenido varía en el intervalo r [-1,1]. De acuerdo al índice obtenido se puede analizar:

Tabla 3: Índice de Correlación y su interpretación.

índice de correlación obtenido r	Interpretación.
$r = 1$	Existe una correlación positiva perfecta. Dependencia total entre las dos variables relación directa.
$0 < r < 1$	Existe una correlación positiva.
$r = 0$	No existe relación lineal. No necesariamente implica que las variables son independientes: pueden existir todavía relaciones no lineales entre las dos variables.
$-1 < r < 0$	Existe una correlación negativa.
$r = -1$	Existe una correlación negativa perfecta. Dependencia total entre las dos variables llamada <i>relación inversa</i> : cuando una de ellas aumenta, la otra disminuye en proporción constante.

Prueba de Hipótesis.

La prueba de hipótesis es un instrumento estadístico que se utiliza para determinar si existe suficiente evidencia en una muestra de datos para inferir que cierta condición es válida. La prueba determina si se debe rechazar la hipótesis nula.

Se utilizó el programa informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), para el cálculo de la Chi Cuadrada (X^2), como prueba de hipótesis.

Al tratarse de un estudio comparativo, la prueba de Chi Cuadrada (X^2), permite rechazar la hipótesis nula. La depresión como un factor que NO disminuye al Actividad Global del paciente con Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Costos y materiales.

Para la realización de este estudio, se necesitaron de copias fotostáticas del Inventario de Depresión de Beck y de la Escala de Evaluación de la Actividad Global, lápices y borradores, cuyo costo fue cubierto por el médico residente de Psiquiatría, Alfonso Daniel Ling Sanz Cerrada.

Consideraciones bioéticas.

Durante la realización de este estudio se tomaron en cuenta los principios de la bioética:

- **Beneficencia:** al realizar la detección de un trastorno depresivo concomitante, se dejó una nota para el abordaje integral del paciente, lo que le beneficiará en su pronóstico.
- **No maleficencia:** Ningún paciente fue perjudicado de forma alguna, se respetaron sus derechos fundamentales y no fueron lastimados de ninguna forma.
- **Autonomía:** El paciente tuvo la decisión total acerca de su participación o no en el estudio y pudo abandonarlo en el momento que así lo expresara.
- **Justicia:** Todos los pacientes que cumplieron con los criterios de selección pudieron participar en el estudio, si así lo desearon, nadie fue discriminado por ninguna condición social.

En cuanto al riesgo de la investigación de acuerdo al artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación, este estudio se considera como: II. Investigación con riesgo mínimo.

Es importante señalar que la información que se obtuvo fue resguardada y únicamente usada para fines de este estudio y los datos clínicos de los pacientes que dieron un indicio, de que era urgente intervenir médicamente, fueron dados a conocer al participante en ese momento, para ser canalizado al servicio de atención correspondiente.

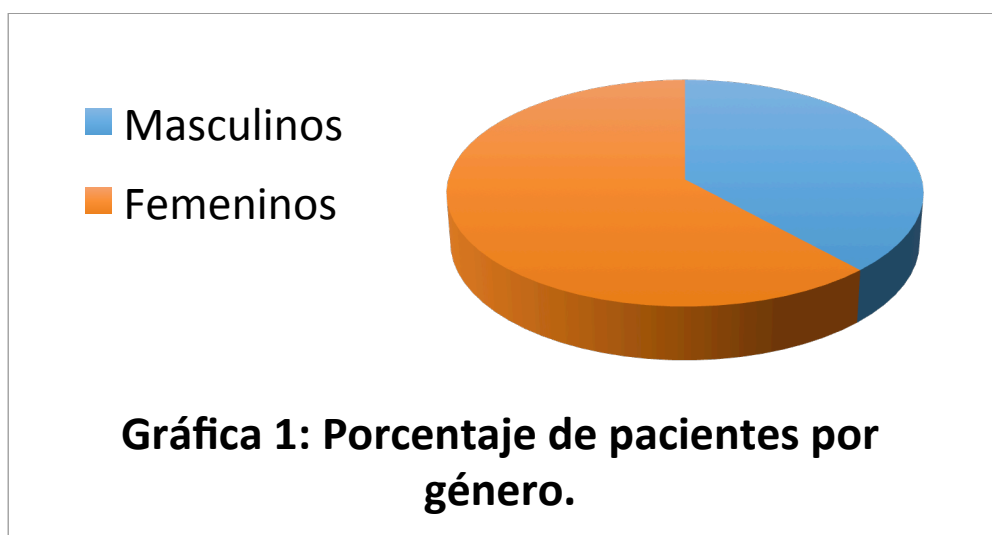
Los participantes no recibieron ni realizaron pago alguno por su participación en el estudio. Ninguno de los participantes presentó criterios de riesgo para ser llevado al servicio de urgencias.

Cronograma.

Actividad.	Abril 2016.	Mayo 2016.	Junio 2016 .	Julio 2016.	Agosto 2016.	Septiembre 2016.	Octubre 2016.	Noviembre 2016.	Diciembre 2016.	Enero 2017.	Febrero 2017.	Marzo 2017.
Recolección de Información.												
Revisión y Correcciones.												
Aprobación de tesis.												
Recolección de datos.												
Análisis.												
Redacción.												
Entrega.												

Resultados.

Se obtuvo una muestra de 34 pacientes, 21 femeninos (61.76%) y 13 masculinos (38.23%), con una edad media de 32 años y una desviación estándar de ± 9 años (Gráfica1).

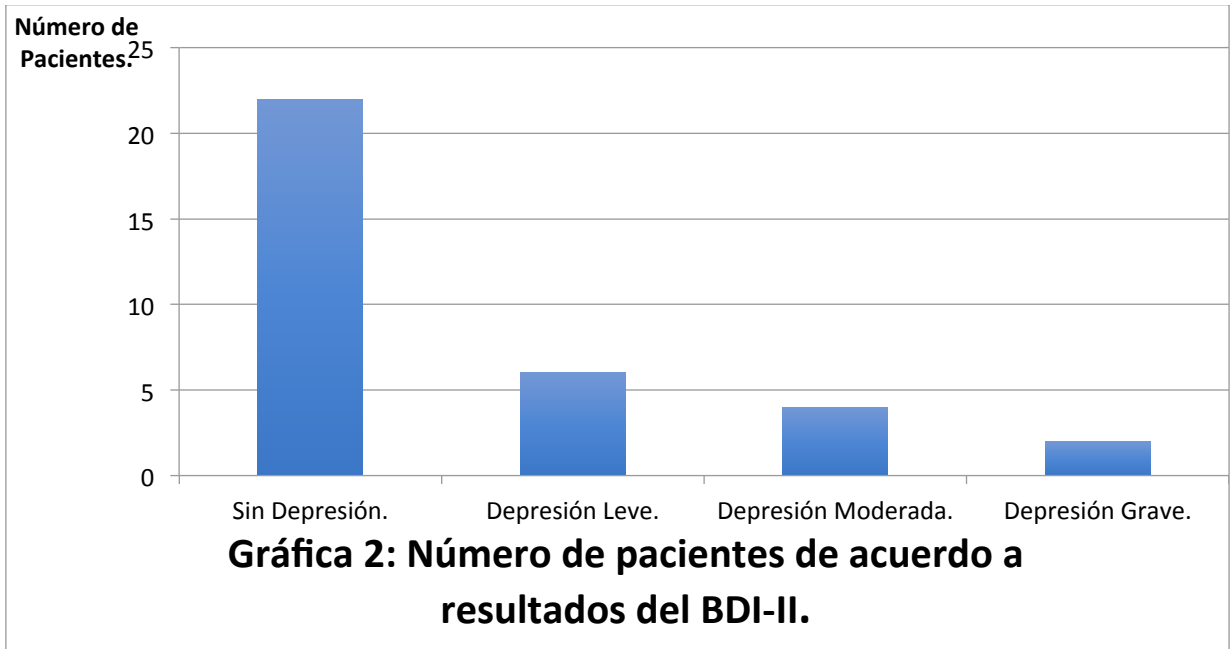


*Información obtenida de instrumentos aplicados durante el presente estudio.

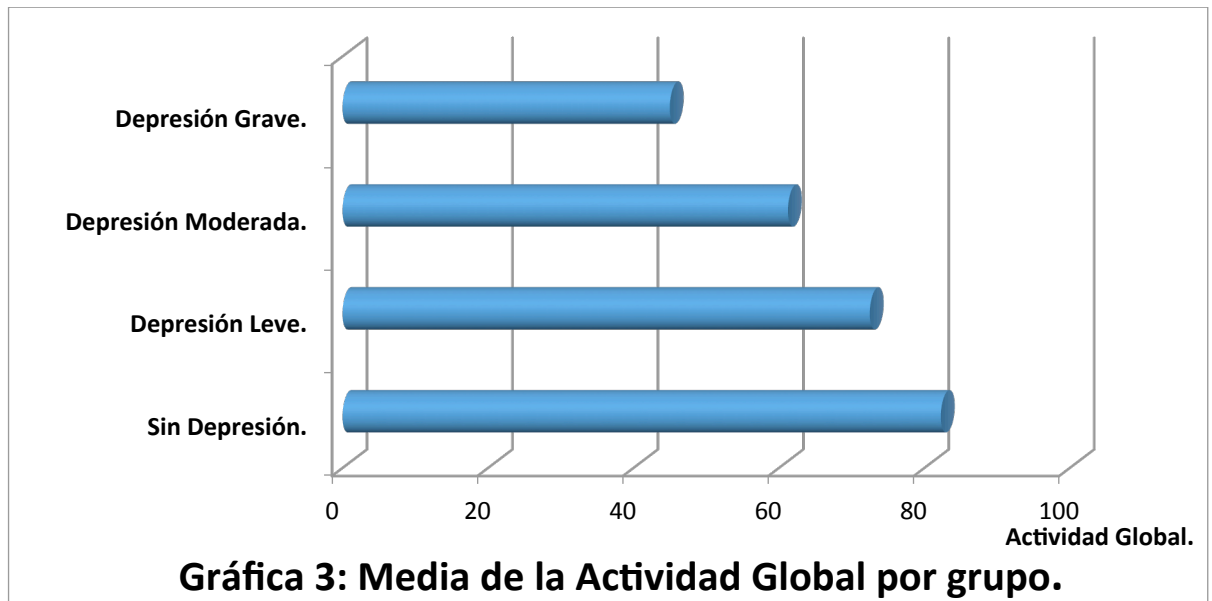
Al aplicar el Inventario de Depresión de Beck, se obtiene un puntaje con una media de 11.74. De los 34 pacientes, se encontró a 22 sin depresión (65%) y 12 con depresión (35%), de los cuales 6 se clasifican como depresión leve, 4 como depresión moderada y 2 como depresión grave (Gráfica 2). De los 12 pacientes que presentaron depresión, 7 fueron femeninos (58%) y 5 masculinos (42%).

La media de la actividad global, de los 34 pacientes se encuentra en 75.88, la media de la actividad global en los pacientes que se encuentran sin depresión fue de 82.27 y en los pacientes que se encontró depresión fue de 64.17.

En relación a la gravedad, en aquellos con depresión leve se encontró una actividad global media de 72.5, con depresión moderada de 61.25 y con depresión grave de 45 (Gráfica 3).

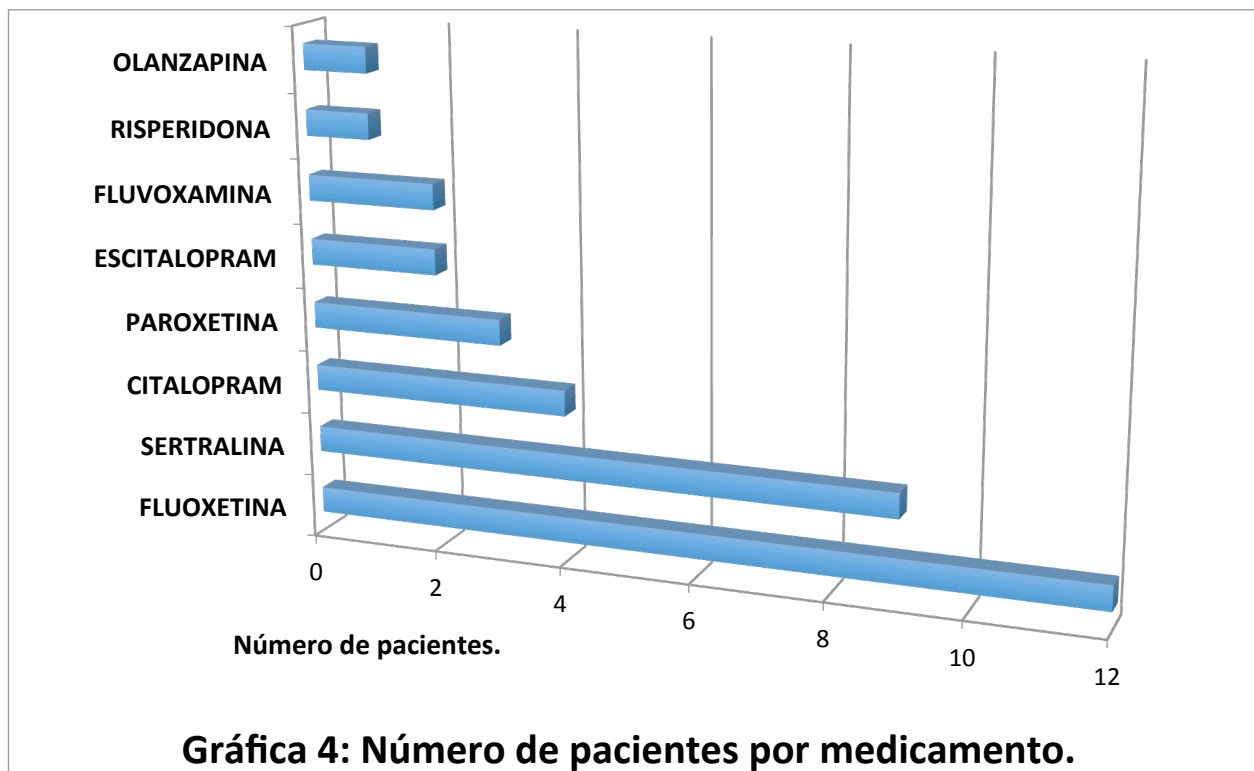


*Información obtenida de instrumentos aplicados durante el presente estudio.



*Información obtenida de instrumentos aplicados durante el presente estudio.

Se registró el nombre del medicamento antidepresivo que cada paciente estaba recibiendo, obteniendo como resultado, fluoxetina 12 pacientes (35.29%), Sertralina 9 (26.47%), citalopram 4 (11.76%), paroxetina 3 (8.82%), escitalopram 2 (5.88%), fluvoxamina 2 (5.88%) en dos casos los pacientes no estaban recibiendo antidepresivo, se encontraban con tratamiento a base de antipsicótico, risperidona y olanzapina representando el 2.94% correspondientemente (Gráfica 4).



*Información obtenida de instrumentos aplicados durante el presente estudio.

Del análisis de correlación entre los puntajes del Inventario de Depresión de Beck y los puntajes de Actividad Global, de todos los participantes, se obtuvo un coeficiente de correlación de Pearson de -0.75 ($p=0.00$).

Se realizó el análisis de correlación entre los puntajes de Actividad Global y los Puntajes del BDI-II, del grupo de pacientes que no contaban con depresión. Se obtuvo un coeficiente de -0.48 ($p=0.021$).

Se realizó el análisis de correlación entre los puntajes de Actividad Global y los Puntajes del BDI-II, del grupo de pacientes con depresión. Se obtuvo un coeficiente de -0.60 ($p=0.037$).

Tabla 4: Índices de correlación obtenidos.

<u>Grupo.</u>	<u>Índice de Correlación Obtenido.</u>
1. Todos los participantes.	-0.75 ($p=0.00$).
2. Pacientes sin depresión.	-0.48 ($p=0.021$).
3. Pacientes con depresión.	-0.60 ($p=0.037$).

*Información obtenida de instrumentos aplicados durante el presente estudio.

Se realizó la prueba de hipótesis, Chi Cuadrada (X^2), donde se obtuvo un valor de 0.004 , como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5: Resultado de la prueba de Chi Cuadrada (χ^2):

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54.589 ^a	30	.004
Razón de verosimilitud	35.693	30	.218
Asociación lineal por lineal	17.962	1	.000
N de casos válidos	34		

*Información obtenida de instrumentos aplicados durante el presente estudio.

Análisis y Discusión.

Existe un número importante de pacientes, que son atendidos en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, con diagnóstico principal de Trastorno Obsesivo Compulsivo, sin embargo, se tendría que tener un registro más detallado de aquellos pacientes que padecen TOC y la consulta es registrada bajo otra entidad comórbida como diagnóstico principal, por ejemplo, algún trastorno afectivo o de ansiedad.

Se encontró un mayor número de mujeres con el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo, en el Servicio de Consulta Externa, en los estudios realizados se ha encontrado que la prevalencia del TOC es equilibrada para ambos géneros. Este resultado puede ser un hallazgo determinado por diferentes factores, como el tipo de muestreo que se realizó, o que en este servicio y hospital en particular los pacientes

femeninos acuden con mayor regularidad a recibir consulta y no necesariamente que exista una mayor prevalencia de TOC en las mujeres.

De acuerdo a la bibliografía consultada las tasas de depresión comórbida al TOC, se ubican entre un 13-73% en algunos estudios, en otros de 14-78% y en otros más se ha encontrado que la depresión mayor presenta una comorbilidad del 20-78%, siendo la patología acompañante mas común en adultos. En el presente estudio se encontró en un 35% de los pacientes examinados, que concuerda con la información existente.

En el presente estudio se detectaron a dos pacientes que obtuvieron un puntaje en el Inventario de depresión de Beck de 13 puntos, tomando como única referencia este puntaje, no se encontraban con depresión, sin embargo durante la entrevista con dichos pacientes y de acuerdo a su sintomatología, se logra integrar clínicamente el diagnóstico de episodio depresivo. En ambos pacientes se muestra un puntaje de Actividad Global discretamente disminuido.

Entre los tratamientos registrados de los pacientes evaluados, llama la atención que dos de ellos, que se encontraban sin depresión, tenían un esquema farmacológico a base de antipsicótico, con lo que obtuvieron un puntaje de Actividad Global de 80 en ambos casos. De acuerdo a la guías y estudios sobre el tratamiento del TOC los antipsicóticos se consideran fármacos que se deberán utilizar en combinación con los antidepressivos, cuando estos no han presentado mejoría de los síntomas de forma significativa.

A partir de este hallazgo se podría realizar un estudio comparativo entre aquellos pacientes con TOC que reciben solo antidepresivo, antidepresivo y antipsicótico y aquellos que solo reciben antipsicótico y determinar en que grupo de pacientes los puntajes de actividad global fueron mayores, así como los puntajes del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

En la mayoría de los estudios se muestra que la presencia del episodio depresivo asociado al Trastorno Obsesivo Compulsivo, se debe a los grados tan altos de disfunción ocasionados por el propio TOC y al presentarse los síntomas afectivos los niveles de actividad global se encuentran disminuidos en comparación a aquellos que no padecen depresión.

Entre los puntajes del BDI-II y los puntajes de la Actividad Global, se obtuvo un coeficiente de correlación negativo, tanto del análisis de correlación de todos los participantes como del análisis de cada grupo, pacientes sin depresión y pacientes con depresión.

En la prueba de hipótesis Chi Cuadrada, se obtuvo un valor estadísticamente significativo. Por lo que se puede afirmar que la depresión **SI** es un factor que disminuye la Actividad Global de los pacientes con TOC.

Una de las principales limitaciones que se presentaron durante la realización del estudio, fue el obtener un mayor número de pacientes, para ser evaluados. Un número importante de pacientes contaban con alguna comorbilidad de enfermedades crónicas degenerativas, que excluía pudieran ser parte del protocolo.

Dos de los pacientes que reunían los criterios para ser evaluados, se negaron a participar, por incertidumbre del resguardo del anonimato.

La Actividad Global de cada persona se encuentra determinada por múltiples factores, desde la personalidad de cada uno de los pacientes, tiempo de evolución de la enfermedad, tipo de tratamiento farmacológico, posología y el apego a la toma del mismo, subtipo de TOC, el haber recibido psicoterapia en alguna de sus variantes, entre muchos otros.

Esto da pie a continuar el estudio de los pacientes que padecen un Trastorno Obsesivo Compulsivo y poder determinar en que variables podemos actuar para lograr un mayor bienestar de las personas que cuentan este padecimiento.

Conclusiones.

El presente estudio muestra que un tercio de los pacientes estudiados con Trastorno Obsesivo Compulsivo presentó algún grado de depresión.

El tratamiento farmacológico, con mayor prevalencia, otorgado a los pacientes con Trastorno Obsesivo Compulsivo, en el Servicio de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, son los antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina y de este grupo de medicamentos, un tercio a base de fluoxetina.

En este trabajo se pretende ver de que forma la depresión afecta a los pacientes con TOC. Entre los puntajes del BDI-II y los puntajes de la Actividad Global, se obtuvo un coeficiente de correlación negativo, tanto del análisis de todos los participantes como del análisis por grupo, pacientes con depresión y pacientes sin depresión.

En la prueba de hipótesis Chi Cuadrada, se obtuvo un valor estadísticamente significativo. Por lo que se puede afirmar que la depresión **SI** es un factor que disminuye la Actividad Global de los pacientes con TOC.

Bibliografía.

1. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. IV-TR ed. Estados Unidos: Panamericana; 2000.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. 5 ed. Estados Unidos: Panamericana; 2013.
3. Crye J, Laskey B, Cartwright-Hatton S. Non-clinical obsessions in a Young adolescent population: frequency and association with metacognitive variables. *Psychol Psychother.* 2010;83(pt 1):15–26.
4. Allsopp M, Williams T. Intrusive thoughts in a non-clinical adolescent population. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 1996;5(1):25–32.
5. Rachman S, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978;16(4):233–248.
6. Salkovskis PM, Harrison J. Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behav Res Ther.* 1984;22(5):549–552.
7. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessivecompulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(7):673–681.
8. Storch EA, Kaufman DA, Bagner D, et al. Florida obsessive-compulsive inventory: development, reliability, and validity. *J Clin Psychol.* 2007;63(9):851–859.

9. Storch EA, Larson MJ, Price LH, Rasmussen SA, Murphy TK, Goodman WK. Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist. *J Anxiety Disord.* 2010;24(6):650–656.
10. Masi G, Millepiedi S, Mucci M, Bertini N, Milantoni L, Arcangeli F. A naturalistic study of referred children and adolescents with obsessivecompulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005;44(7):673–681.
11. Abramowitz JS, Lackey GR, Wheaton MG. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *J Anxiety Disord.* 2009;23(2):160–166. 16. Pinto A, Mancebo MC, Eisen JL, Pagano ME, Rasmussen SA. The Brown Longitudinal Obsessive Compulsive Study: clinical features and symptoms of the sample at intake. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(5):703–711.
12. McGuire JF, Storch EA, Lewin AB, Price LH, Rasmussen SA, Goodman WK. The role of avoidance in the phenomenology of obsessive-compulsive disorder [published online ahead of print May 5, 2011]. *Compr Psychiatry.*
13. Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC, Pittenger C, Leckman JF. Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry.* 2008;165(12):1532–1542.
14. Stewart SE, Rosario MC, Baer L, et al. Four-factor structure of obsessivecompulsive disorder symptoms in children, adolescents, and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;47(7):763–772.

15. Hasler G, LaSalle-Ricci VH, Ronquillo JG, et al. Obsessive-compulsive disorder symptom dimensions show specific relationships to psychiatric comorbidity. *Psychiatry Res.* 2005;135(2):121–132.
16. Leckman JF, Pauls DL, Zhang H, et al; Tourette Syndrome Association International Consortium for Genetics. Obsessive-compulsive symptom dimensions in affected sibling pairs diagnosed with Gilles de la Tourette syndrome. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2003;116B(1):60–68.
17. Hasler G, Pinto A, Greenberg BD, et al; OCD Collaborative Genetics Study. Familiarity of factor analysis-derived YBOCS dimensions in OCD-affected sibling pairs from the OCD Collaborative Genetics Study. *Biol Psychiatry.* 2007;61(5):617–625.
18. Mataix-Cols D, Wooderson S, Lawrence N, Brammer MJ, Speckens A, Phillips ML. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(6):564–576.
19. Mataix-Cols D, Marks IM, Greist JH, Kobak KA, Baer L. Obsessive-compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: results from a controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2002;71(5):255–262.

20. Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ, et al. Symptom dimensions and cognitive behavioural therapy outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 2008;117(1):67–75.
21. Bloch MH, Craiglow BG, Landeros-Weisenberger A, et al. Predictors of early adult outcomes in pediatric-onset obsessive-compulsive disorder. *Pediatrics.* 2009;124(4):1085–1093.
22. Mowrer OH. *Learning Theory and Behavior.* New York, NY: Wiley; 1960.
23. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. *Behav Res Ther.* 1997;35(9):793–802.
24. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 1989;27(6):677–682.
25. Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997;35(7):667–681.
26. Murphy TK, Frasier S, Kim S. Obsessive compulsive disorder. In: Fatemi SH, Clayton PJ, eds. *The Medical Basis of Psychiatry.* 3rd ed. Totowa, NJ: Humana Press; 2008:161–180.
27. Murphy TK, Kurlan R, Leckman J. The immunobiology of Tourette's disorder, pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with Streptococcus, and related disorders: a way forward. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2010;20(4):317–331.

28. Swedo SE, Leonard HL, Garvey M, et al. Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: clinical description of the first 50 cases. *Am J Psychiatry*. 1998;155(2):264–271.
29. Murphy TK, Sajid MW, Goodman WK. Immunology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2006;29(2):445–469.
30. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45(12):1094-9.
31. Kamath P, Reddy YC, Kandavel T. Suicidal behavior in obsessivecompulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(11):1741-50.
32. Torres AR, Prince MJ, Bebbington PE, Bhugra D, Brugha TS, Farrell M, et al. Obsessive-compulsive disorder: prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the British National Psychiatric Morbidity Survey of 2000. *Am J Psychiatry*. 2006;163(11):1978-85.
33. Storch EA, Larson MJ, Muroff J, et al. Predictors of functional impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Anxiety Disord*. 2010;24(2):275–283.
34. Huppert JD, Simpson HB, Nissenson KJ, Liebowitz MR, Foa EB. Quality of life and functional impairment in obsessive-compulsive disorder: a comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depress Anxiety*. 2009;26(1):39–45.

35. Markarian Y, Larson MJ, Aldea MA, et al. Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev.* 2010;30(1):78–88.
36. Murray C, Lopez A. *Global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and morbidity from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1996.
37. Viswanath, B. Impact of depressive and anxiety disorder comorbidity on the clinical expression of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 53 (2012) 775–782.
38. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Mol Psychiatry.* 2010;15(1):53–63.
39. Lack CW, Storch EA, Keeley ML, et al. Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: base rates, parent-child agreement, and clinical correlates. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2009;44(11):935–942.
40. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, et al. Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Compr Psychiatry.* 2006;47(4):270–275.
41. Geller DA, Biederman J, Jones J, Shapiro S, Schwartz S, Park KS. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a review. *Harv Rev Psychiatry.* 1998;5(5):260–273.

42. Geller DA. Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am.* 2006;29(2):353–370.
43. Geller DA, Biederman J, Faraone S, et al. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189(7):471–477.
44. Hanna GL. Demographic and clinical features of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1995;34(1):19–27.
45. Swedo SE, Rapoport JL, Leonard HL, Lenane M, Cheslow D. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Arch Gen Psychiatry.* 1989; 46(4):335–341.
46. Farrell L, Barrett P, Piacentini J. Obsessive-compulsive disorder across developmental trajectory: Clinical correlates in children, adolescents and adults. *Behav Change.* 2006;23(2):103–120.
47. van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT, Boomsma DI. Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Res Hum Genet.* 2005;8(5):450–458.
48. Hanna GL, Himle JA, Curtis GC, Gillespie BW. A family study of obsessive-compulsive disorder with pediatric probands. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2005;134B(1):13–19.

49. Riddle MA, Scahill L, King R, et al. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: phenomenology and family history. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(5):766–772.
50. Pauls DL, Alsobrook JP 2nd, Goodman W, Rasmussen S, Leckman J. A family study of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1995;152(1):76–84.
51. de Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M, et al. A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2005;136B(1):92–97.
52. Pauls DL. The genetics of obsessive-compulsive disorder: a review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12(2):149–163.
53. Stewart SE, Fagerness JA, Platko J, et al. Association of the SLC1 A1 glutamate transporter gene and obsessive-compulsive disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2007;144B(8):1027–1033.
54. Wendland JR, Moya PR, Timpano KR, et al. A haplotype containing quantitative trait loci for SLC1 A1 gene expression and its association with obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(4):408–416.
55. Saxena S, Brody AL, Schwartz JM, Baxter LR. Neuroimaging and frontalsubcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;35:26–37.
56. Menzies L, Chamberlain SR, Laird AR, Thelen SM, Sahakian BJ, Bullmore ET. Integrating evidence from neuroimaging and neuropsychological studies of

- obsessive-compulsive disorder: the orbitofronto-striatal model revisited. *Neurosci Biobehav Rev.* 2008;32(3):525–549.
57. Saxena S, Rauch SL. Functional neuroimaging and the neuroanatomy of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2000;23(3):563–586.
58. Saxena S, Bota RG, Brody AL. Brain-behavior relationships in obsessive-compulsive disorder. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2001;6(2):82–101.
59. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):617–627.
60. Landeros-Weisenberger A, Bloch MH, Kelmendi B, et al. Dimensional predictors of response to SRI pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord.* 2010;121(1–2):175–179.
61. Storch, E. Depression in youth with obsessive-compulsive disorder: Clinical phenomenology and correlates. *Psychiatry Research* 196 (2012) 83–89.
62. Pediatric OCD Treatment (POTS) Study Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;292(16):1969–1976.
63. Watson HJ, Rees CS. Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry.* 2008;49(5):489–498.

64. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, et al. Randomized, placebocontrolled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):151–161.
65. Rosa-Alcázar AI, Sánchez-Meca J, Gómez-Conesa A, Marín-Martínez F. Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(8):1310–1325.
66. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1998;37(10 suppl):27S–45S.
67. March J, Frances A, Carpenter D, Kahn D. The expert consensus guidelines series: Treatment of Obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 1997;58(suppl 4):2–65.
68. Márquez-González M, Romero-Moreno R. Guía para la Intervención Psicológica en el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma Metropolitana UAM. 2010; México.
69. López, F. Calidad de vida en pacientes psicóticos externos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2007;(14)2:65-77.
70. Giner J, Ibáñez E, Cervera S, SanMartín A y Caballero R; Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia. *Acta Esp Psiquiatr*. 2001;29(4):233-42.
71. López S, Lara MC y Ban H; Validez y confiabilidad de instrumentos para evaluar calidad de vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados en el

Instituto Nacional de Cardiología; Secretaría de Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría, Tesis para obtener el título de especialista en Psiquiatría de Enlace. Marzo 1997; México D.F.

72. Lara MC, Ponce de León S, De la Fuente JR; Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer; Rev Invest Clin. 1995;47:315-27.
73. Salazar J. Guiterrez A. La calidad de vida en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en centros de salud de Guadalajara, Jalisco (México). Salud Uninorte. Barranquilla (Col.). 2012;28(2):264-275.
74. E. Casas, M. Escandell, M. Ribas, S. Ochoa, Instrumentos de evaluación en rehabilitación psicosocial. Revista AEN. 2010;30(1):25-47.
75. Bonicatto, S. Analysis of the psychometric properties of the Spanish versions of the Beck depression inventory in Argentina. Psych Res. 1998;79:277-285.
76. Torres, C. Validez y reproducibilidad del inventario para depresión de Beck en un Hospital de Cardiología. Salud Mental; 1991(14): 1-6.
77. Jurado, S. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México; Salud Mental. 1998;21:26-31.

Anexos.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. “DEPRESIÓN COMO FACTOR QUE AFECTA LA ACTIVIDAD GLOBAL EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO”.

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

- I. Yo: _____ Declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación.
- II. Se me ha informado que tendré que contestar la escala auto aplicable de depresión de Beck y se evaluará mi Ativididad global por parte del investigador.
- III. Se me explicó que los instrumentos son totalmente inofensivos, no representan ningún riesgo a mi salud.
- IV. Los resultados de este estudio ayudarán a determinar si existe la presencia de depresión y como afecta esto mi grado de funcionalidad.
- V. Se me ha informado que, en caso de requerir atención intrahospitalaria, se me brindara la atención en el servicio de urgencias.
- VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación.
- VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida, sin que afecte mi atención en el Hospital.
- VIII. En todo momento se mantendrá el secreto profesional y no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados de mi desempeño en las pruebas son totalmente confidenciales.

Con fecha de: _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto.

Nombre del participante.

Dr. Alfonso Daniel Ling Sanz Cerrada.

Testigo 1.

Testigo 2.

Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”, Niño de Jesús No. 2, Esquina San Buenaventura, Colonia Tlalpan.
Delegación Tlalpan, Ciudad de México. C.P. 14000 Teléfono: 5573 1550.

Carta de Solicitud al jefe de servicio de Consulta Externa.

Ciudad de México, a 1 de Septiembre de 2016.

Dr. José Ibarreche Beltrán.
Jefe de la Consulta Externa.
Presente:

Por este medio envío un cordial saludo, y aprovecho para solicitar a usted autorización para la realización del protocolo de estudio "*DEPRESIÓN COMO FACTOR QUE AFECTA LA ACTIVIDAD GLOBAL EN PACIENTES CON TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO*", mismo que pretende llevarse a cabo durante un período de seis meses durante la rotación del médico residente *Alfonso Daniel Ling, Sanz Cerrada* en el Servicio de Consulta Externa, no omito anexar la aprobación de los comités de investigación del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez". El estudio consistirá en la aplicación del Inventario de Depresión de Beck y la evaluación de la actividad global, en pacientes que tengan ya el diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Agradeciendo su apoyo y atención prestada.

Atentamente

Dr. Alfonso Daniel Ling Sanz Cerrada.
Residente de tercer año de Psiquiatría.

Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG).

100 – 91	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 – 81	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 – 71	Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar (p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar).
70 – 61	Algunos síntomas leves (p. ej., humor depresivo e insomnio ligero) o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar (p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa), pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.
60 – 51	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 - 41	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 – 31	Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación (p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, 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 evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela).
30 – 21	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 - 11	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 – 1	Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo (p. ej., violencia recurrente) o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte.

Inventario de depresión de Beck.

Masculino / Femenino.

Edad: _____ años.

Elija para cada uno de los siguientes 21 apartados, la expresión que mejor refleje su estado actual.

Pregunta 1

1. No me siento triste.
2. Me siento triste.
3. Me siento triste siempre.
4. Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

Pregunta 2

1. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
2. Me siento desanimado de cara al futuro.
3. Siento que no tengo nada que esperar.
4. En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3

1. No creo que sea un fracaso.
2. He fracasado más que una persona normal.
3. Al recordar mi vida, todo son fracasos.
4. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

Pregunta 4

1. Me satisfacen las cosas como antes.
2. No disfruto como antes.
3. Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
4. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Pregunta 5

1. No me siento especialmente culpable.
2. Me siento culpable una buena parte del tiempo.
3. Me siento culpable casi siempre.
4. Me siento culpable siempre.

Pregunta 6

1. No creo que esté siendo castigado.
2. Creo que puedo ser castigado.
3. Espero ser castigado.
4. Creo que estoy siendo castigado.

Pregunta 7

1. No me siento decepcionado de mí mismo.
2. Me siento decepcionado de mí mismo.
3. Estoy disgustado conmigo mismo.
4. Me odio.

Pregunta 8

1. No creo ser peor que los demás.
2. Me critico por mis errores.
3. Me culpo siempre de mis errores.
4. Me culpo de todo lo malo que me sucede.

Pregunta 9

1. No pienso en matarme.
2. Pienso en matarme pero no lo haré.
3. Me gustaría matarme.
4. Me mataría si tuviera una oportunidad.

Pregunta 10

1. No lloro más que de costumbre.
2. Lloro más de lo que solía hacer.
3. Ahora lloro todo el tiempo.
4. Ahora no puedo llorar, aunque quiera.

Pregunta 11

1. No me irrito más que antes.
2. Me irrito un poco más que antes.
3. Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.
4. Ahora me siento irritado todo el tiempo.

Pregunta 12

1. No he perdido el interés por otras personas.
2. Estoy menos interesado que de costumbre.
3. He perdido casi todo mi interés por otras personas.
4. He perdido mi interés por otras personas.

Pregunta 13

1. Tomo decisiones como casi siempre.
2. Postergo la toma de decisiones.
3. Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
4. Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14

1. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
2. Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
3. Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.
4. Me veo feo.

Pregunta 15

1. Puedo trabajar tan bien como antes.
2. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
3. Tengo que obligarme para hacer algo.
4. No puedo trabajar en absoluto.

Pregunta 16

1. Puedo dormir como siempre.
2. No duermo tan bien como solía hacerlo.
3. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.
4. Me despierto más de dos horas antes de lo habitual.

Pregunta 17

1. No me canso más de lo habitual.
2. Me canso más fácilmente que habitualmente.
3. Me canso sin hacer nada.
4. Estoy demasiado cansado para hacer algo.

Pregunta 18

1. Mi apetito no es peor que de costumbre.
2. Mi apetito no es tan bueno como antes.
3. Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
4. Ya no tengo apetito.

Pregunta 19

1. No he perdido peso.
2. He perdido más de dos kilos y medio.
3. He perdido más de cinco kilos.
4. He perdido más de siete Kilos.

Pregunta 20

1. No me preocupa mi salud más de lo habitual.
2. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago...
3. Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
4. Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.

Pregunta 21

1. No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
2. Estoy menos interesado de lo que solía estar.
3. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
4. He perdido por completo el interés por el sexo.