
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA
Y SALUD MENTAL**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
CENTRO MEDICO NACIONAL "SIGLO XXI"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. BERNARDO SEPÚLVEDA GUTIÉRREZ"**

TÍTULO:

**PREVALENCIA DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y EL EFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS
SOBRE LOS SÍNTOMAS COGNITIVOS EN PACIENTES MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD CON
DEPRESIÓN MODERADA Y GRAVE INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA
"DR HÉCTOR H TOVAR ACOSTA".**

PRESENTA:

DR. ANGEL GERARDO SILVA SALDAÑA

**PROYECTO DE TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

TUTOR Y ASESOR DE TESIS:

Dr. Davis Cooper Bribiesca

Médico Adscrito al Servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda
Gutiérrez", Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Teléfono: 55 54 09 05 43

Correo electrónico: coop_2000@yahoo.com

INVESTIGADOR ASOCIADO

Dra. Irma Sau-Yen Corlay Noriega

Jefa del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Especialidades "Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez",
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS

Teléfono: 55 14 51 71 67

Correo electrónico: irmacorlay@hotmail.com

Ciudad de México, Abril de 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.

23/6/2017

Carta Dictamen

MÉXICO
COMISIÓN DE LA VERDAD



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **3601** con número de registro **17 CI 09 015 034** ante
COFEPRIS
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DR. BERNARDO SEPULVEDA GUTIERREZ, CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO
XXI, D.F. SUR

FECHA **23/06/2017**

M.E. DAVIS COOPER BRIBIESCA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Prevalencia de las distorsiones cognitivas y el efecto de los antidepresivos sobre los síntomas cognitivos en pacientes menores de 60 años con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta".

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2017-3601-151

ATENTAMENTE

DR. (A). CARLOS FREDY CUEVAS GARCÍA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3601

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

1. DATOS DEL ALUMNO	
Apellido Paterno:	Silva
Apellido Materno:	Saldaña
Nombres:	Angel Gerardo
Teléfono:	55 59 53 20 52
Universidad:	Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad:	Facultad de Medicina
Carrera:	Curso de Especialización en Psiquiatría
Número de cuenta:	
2. DATOS DE LOS ASESORES	
Apellido Paterno:	Cooper
Apellido Materno:	Bribiesca
Nombre:	Davis
Apellido Paterno:	Corlay
Apellido Materno:	Noriega
Nombre:	Irma Seuyen
3. DATOS DE LA TESIS	
Título:	Prevalencia de las distorsiones cognitivas y el efecto de los antidepresivos sobre los síntomas cognitivos en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr Héctor H Tovar Acosta"
Año:	2017
Registro:	R-2017-3601-151

ÍNDICE

Resumen.....	5
Marco Teórico.....	6
Justificación.....	18
Planteamiento del Problema	19
Objetivos.....	20
Hipótesis de Trabajo.....	21
Material y Métodos.....	22
Análisis Estadístico.....	27
Aspectos éticos.....	28
Recursos, Financiamiento y Factibilidad.....	29
Cronograma de Actividades.....	30
Resultados.....	31
Discusión.....	43
Conclusiones.....	46
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexos	51

RESUMEN

Título: Prevalencia de las Distorsiones Cognitivas y el efecto de los antidepresivos sobre los síntomas cognitivos en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.

Antecedentes: Las alteraciones cognitivas forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. El modelo cognitivo de Beck, usa el modelo de los esquemas para explicar la forma en que las distorsiones cognitivas afectan al procesamiento de la información, los cuales acompañados de los pensamientos automáticos negativos, son los principales agentes responsables de los problemas emocionales. Las deficiencias cognitivas son algunos de los síntomas residuales más frecuentes que contribuyen a las alteraciones funcionales, aumentando el riesgo de recaídas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de las Distorsiones Cognitivas en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.

Hipótesis: Las distorsiones cognitivas son datos clínicos de alta prevalencia en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.

Material y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, analítico y de corte longitudinal, en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”; se aplicó cuestionarios y escalas estandarizados para obtener los datos requeridos. Se evaluaron los resultados para determinar la prevalencia de las distorsiones cognitivas, identificar sus características demográficas más frecuentes, a fin de realizar la correlación entre dichas variables y comparar el impacto sobre los síntomas cognitivos con el uso de diferentes antidepresivos.

Recursos e Infraestructura:

1. *Recursos humanos:*
 - a) Un investigador, quien es médico residente del curso de especialidad en Psiquiatría.
 - b) Médicos adscritos y residentes de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social quienes apoyarán en la fase de recolección de datos.
 - c) Dos asesores teóricos y un asesor metodológico.
2. *Recursos financieros:* Los recursos de papelería serán cubiertos por el investigador.
3. *Infraestructura:* instalaciones e inmuebles pertenecientes al Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Experiencia del grupo: Todos los participantes tienen experiencia en su área de conocimiento.

Tiempo a desarrollarse: 9 meses.

Resultados: Se incluyeron un total de 66 pacientes. La mayoría fueron del sexo femenino con un 71.2%, El promedio de edad fue de 39.1 años. Los medicamentos antidepresivos más frecuentemente utilizados al ingreso fueron la Sertralina (33%), Fluoxetina (31.8%) y Citalopram (19.7%). Al egreso, los medicamentos que aumentaron su frecuencia de prescripción fueron Sertralina (9.1%), Citalopram (12.1%) y Venlafaxina (6.1%). La distorsión cognitiva más frecuente fue visión catastrófica (27%), seguida de la culpabilidad (18.2%). Sertralina incrementó la frecuencia de visión catastrófica y culpabilidad, Fluoxetina disminuyó la visión catastrófica pero agregó el sentimiento de culpa. Venlafaxina, aumentó la visión catastrófica (37.5%) y disminuyó (12.5%) culpabilidad.

Conclusiones: Las Distorsiones Cognitivas como parte de la sintomatología cognitiva afectiva, es un dato clínico de gran prevalencia en los pacientes con depresión moderada y grave que son hospitalizados en Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”. De éstas, la visión catastrófica y sentimientos de culpa, ocupan los dos primeros lugares en cuanto a prevalencia en esta investigación, teniendo una clara tendencia de acuerdo al sexo del paciente, siendo más frecuente la primera de éstas en el sexo femenino y la segunda para el sexo masculino. El uso de antidepresivos duales favorece la disminución en la distorsiones cognitivas, sin embargo en la población de estudio fue poco utilizada, por lo que se tendrá que emplear con mayor frecuencia el uso de Venlafaxina para determinar su impacto sobre los síntomas cognitivos.

MARCO TEÓRICO

La depresión clínica es una de las causas más comunes de discapacidad en el mundo, llegando a afectar hasta 1 de cada 7 personas en algún momento de sus vidas, y para 2020 se espera que ocupe el segundo lugar, solamente por detrás de la cardiopatía isquémica, en términos de carga mundial de discapacidad.

Los trastornos afectivos son patologías de gran impacto en la población general, afectando alrededor de 350 millones de personas.

La OMS advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. A nivel mundial, la incidencia de esta enfermedad es hasta dos veces más alta en las mujeres que en los hombres. También se ha observado que la depresión está afectando cada vez más a la población joven.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 (SS, 2007), menciona que es la principal causa de “daños generados por problemas de salud que no llevan a la muerte” en mujeres, superando, incluso a enfermedades tales como la diabetes mellitus; por otro lado, en los hombres ocupa el noveno lugar; sin embargo, la cirrosis y el consumo de alcohol ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. Ambas patologías, frecuentemente vinculadas con el ánimo deprimido¹.

El trastorno depresivo mayor (TDM) se presenta con síntomas muy específicos, como el estado de ánimo bajo persistente y la pérdida de interés, sintomatología que puede llegar a ser recurrente y que repercute de manera significativa en el trabajo, las interacciones sociales y la calidad de vida, teniendo un impacto importante a nivel económico; sin embargo también puede llegar a presentar sintomatología neurovegetativa y cognitiva que en una gran parte de los pacientes no logra identificarlos como parte de su estado afectivo².

Los síntomas depresivos son susceptibles de valoración y ordenamiento según criterios diagnósticos operativos, y los más utilizados, tanto en la clínica como en los estudios de investigación, incluyen el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE- 10).

La CIE-10 utiliza una lista de 10 síntomas depresivos y divide el cuadro depresivo mayor, en leve, moderado o grave (con o sin síntomas psicóticos). En cualquiera de estos casos siempre deben estar presentes al menos dos de los tres síntomas considerados típicos de la depresión: ánimo depresivo, pérdida de interés y capacidad para disfrutar y aumento de la fatigabilidad y el episodio debe durar al menos dos semanas³.

El DSM-5 utiliza una lista de 9 síntomas depresivos, requiere también una duración del episodio de al menos dos semanas y divide el cuadro depresivo mayor en leve, moderado o grave, con códigos específicos para la remisión parcial/total o no especificada. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas, y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés o de capacidad para el placer⁴.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por presentarse en forma de episodio único, recidivante o recurrente. Son relevantes las características del episodio único, o último en el caso de haber existido otro. Éstas son las siguientes: curso crónico (más de 2 años), intensidad del cuadro (leve, moderado o severo) y el tipo de síntomas predominantes: catatónicos, psicóticos, melancólicos o atípicos.

La depresión puede definirse como una “condición multifacética” compuesta por una alteración de las esferas psicológica (autoestima, autocrítica, pesimismo), biológica (alteraciones en el apetito y el sueño) y social (aislamiento, pasividad). A continuación, se enlistan las principales áreas implicadas en la depresión⁵:

- **Emocionales:** Son la característica fundamental de la depresión e incluyen cambios en el estado de ánimo como tristeza, pesimismo, desesperanza y tendencia al llanto. Además, puede presentarse anhedonia (incapacidad para disfrutar las cosas), que en los casos graves, puede ser total, con falta de reacción, incluso a estímulos placenteros.
- **Cognitivos:** Derivan de la modulación del ánimo sobre la valoración negativa que el individuo hace de sí mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva de Beck). Respecto a sí mismo, expresa ideas de minusvalía e inutilidad, viéndose inferior a los demás e incapaz de realizar tareas que antes hacía sin dificultad. El futuro aparece sombrío sin posibilidad de recuperación, pudiendo llegar a la desesperanza y en consecuencia la aparición de ideas de muerte. La disminución de la atención y concentración suelen llevar asociado un aparente deterioro de la memoria (más subjetivo que objetivo), que cuando es intenso y se produce en pacientes de edad avanzada, da lugar a la llamada “pseudodemencia depresiva”; la cual clínicamente se descarta un evidente deterioro cognitivo (orientación, lógica, abstracción, síntesis).
- **Volitivos:** Aparece abulia, falta de iniciativa y de capacidad en la toma de decisiones para las tareas normales de la vida diaria, lo que junto con el ánimo bajo y la anergia provocan deterioro o abandono de la actividad laboral y doméstica.
- **Somáticos:** Además de la habitual falta de energía o impulso y la bradicinesia, los más notables son los trastornos del sueño y del apetito. En la mayoría de los casos, el sueño se afecta mostrando insomnio de conciliación, sueño fragmentario o despertar precoz, además de sueño no reparador. El apetito está disminuido en las formas típicas, con falta de gusto por las ingestas y en ocasiones acompañadas de pérdida ponderal; si hay aumento en el apetito se llega a manifestar en forma de atracones. En este grupo también se observa disminución del deseo sexual. Otro tipo de síntomas es la tendencia a la somatización con cefaleas o lumbalgias.

En las clasificaciones actuales, las alteraciones cognitivas forman parte de los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos. Los déficits encontrados son en algunos casos moderados, pero en la mayoría de estudios las alteraciones resultan significativas.

Sabiendo que las personas responden a representaciones cognitivas del ambiente más que a los acontecimientos per se; el aprendizaje está mediado cognitivamente, la cognición media las disfunciones emocionales y conductuales sin que se afirme una relación lineal en que lo primero sea la cognición. En los últimos años se les ha dado más importancia a los síntomas cognoscitivos por su trascendencia en la discapacidad del paciente, ya que además de tener un cuadro de abulia y anergia severos; no puede ejecutar sus actividades con destreza y certeza, fenómenos que todavía complican más sus funciones laborales y sociales que ya de por sí se ven mermadas. Se sabe que al menos algunas cogniciones o formas de cognición pueden ser evaluadas con mayor objetividad cuando el paciente se encuentra en proceso psicoterapéutico conjuntamente con tratamiento psicofarmacológico.

La depresión también afecta a la cognición social (la adquisición e interpretación de la información recibida de otras personas), que requiere ser consciente del contexto interpersonal y un reconocimiento muy preciso de la expresión facial. Las interacciones sociales resultan, por tanto, complicadas con los pacientes que experimentan una pérdida de confianza social y, a menudo, la sensación de que “no tienen nada que decir”^{6,7}. Los pacientes con TDM suelen tener pensamientos negativos sobre sí mismos en relación con los demás y tienden a sentirse fácilmente criticados por otras personas⁶.

ALTERACIONES COGNITIVAS

Las alteraciones cognitivas constituyen según diversos autores una parte nuclear del trastorno depresivo mayor (TDM). La disfunción cognitiva es un problema importante, ya sea en un Episodio Depresivo Mayor (EDM) como en la remisión.

Diversos estudios indican que los problemas cognitivos (falta de concentración y memoria, así como indecisión) son los síntomas más frecuentes, después del ánimo depresivo, durante un EDM^{6,7}, así mismo se ha encontrado que pacientes que a pesar de tener una respuesta a antidepresivos, persisten los síntomas cognitivos; responsables de las repercusiones para el funcionamiento psicosocial de los pacientes con TDM en remisión, afectando su rendimiento escolar, laboral, familiar y/o en la cognición social.

Un paciente con TDM tendrá a menudo una considerable dificultad para las actividades sociales, laborales y domésticas. Entre los síntomas subjetivos cognitivos importantes se incluyen la falta de concentración, problemas con la memoria a corto plazo y dificultad a la hora de planificar y tomar decisiones⁸.

Los síntomas cognitivos en la depresión se pueden 4 dominios⁹:

1. Atención: Capacidad para la concentración por medio de los estímulos.
2. Memoria: Incluye memoria visual y verbal, memoria episódica (tiempo y lugar), y memoria semántica (significado de las cosas)
3. Función Ejecutiva: Incluye inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad mental, fluidez verbal, planificación y resolución de problemas.
4. Velocidad Psicomotriz: El tiempo que tarde en realizar acciones motrices que surgen de la actividad mental (tiempo de reacción, velocidad de procesamiento de la memoria y bradilalia).

En el campo de la neuropsicología los procesos cognitivos con base en su relación por estructuras anatómicas se pueden clasificar por tener componentes “calientes” y “fríos” basados en la lógica¹⁰.

La cognición caliente se asocia principalmente con la Corteza Prefrontal Ventromedial (CPFVM) y con las áreas de procesamiento emocional, como la amígdala (que también está relacionada con las emociones negativas). La CPFVM también tiene conexiones con el hipocampo (memoria), el procesamiento sensorial (áreas de asociación visual temporal inferior) y la corteza prefrontal dorsolateral¹¹.

Con este tipo de cognición, las emociones ejercen una gran influencia en la toma de decisiones, en la que incluye la rápida apreciación de las situaciones; los sesgos emocionales negativos (distorsiones cognitivas) en los pacientes con TDM afectan sobre todo a esta área.

La cognición fría o proposicional, se encuentra estrechamente relacionada con la Corteza Prefrontal Dorsolateral (CPF DL) y se asocia con las áreas del cerebro implicadas en el control motor (ganglios basales [incluyendo el estriado] y la corteza premotora). La CPF DL también tiene conexiones con la Corteza Cingulada (monitorización del rendimiento), la corteza parietal (procesamiento sensorial) y las áreas parietal/occipital de asociación visual (procesamiento sensorial)¹².

Este tipo de cognición se caracteriza por un pensamiento racional y analítico, así como una autorregulación de las emociones (funcionamiento ejecutivo). Si las funciones ejecutivas en el paciente se ven afectadas, esto como consecuencia se verá reflejado como una deficiencia en la toma de decisiones que tome el paciente¹³.

Las implicaciones de este tipo de alteraciones en los pacientes con TDM, cuanto mayor es la gravedad del deterioro cognitivo al inicio del estudio, menos satisfactorio es el resultado de la terapia con antidepresivos, y los pacientes con persistencia de deterioro cognitivo son más propensos a sufrir tanto bajo rendimiento laboral como pobres interacciones sociales. Si los síntomas cognitivos persisten después del tratamiento, los pacientes son más vulnerables a sufrir de nuevo un EDM¹⁴⁻¹⁶.

Esto ha sido estudiado gracias a los diversos estudios de neuropsicología que se han realizado, mismos que sugieren que los pacientes depresivos muestran diferentes alteraciones en las funciones ejecutivas (FE) y la memoria de trabajo, entre otros dominios cognitivos; como muestra de ello, se puede observar en el trabajo realizado por Trivedi y Greer, donde se analizaron 12 trabajos, revisiones, sistemáticas y metaanálisis que incluían comparaciones entre el rendimiento de pacientes deprimidos y sujetos sanos, llegando a la conclusión de que en la depresión existen alteraciones cognitivas, principalmente la atención, la velocidad psicomotora, las Funciones Ejecutivas y la memoria de trabajo¹⁷.

Actualmente se cuenta con dos importantes estudios de metaanálisis que hacen referencia sobre el déficit neuropsicológico en las Funciones Ejecutivas en el Trastorno Depresivo Mayor; el primero de ellos corresponde al de Snyder, quien analizó 113 estudios que comparaban sujetos deprimidos con un grupo control de sujetos sanos, obteniendo una muestra de 7707 participantes; se encontró la asociación del trastorno depresivo con un rendimiento deficiente en todas las pruebas neuropsicológicas de FE (inhibición, flexibilidad mental, memoria de trabajo verbal y viso-espacial, planificación, fluidez verbal, velocidad de procesamiento y vocabulario) con tamaños del efecto que iban desde un efecto moderado a grande¹⁸.

El segundo estudio corresponde al publicado por Wagner y cols, donde a partir de 15 estudios con una muestra de 375 pacientes con el diagnóstico de depresión unipolar sin síntomas psicóticos en tratamiento farmacológico y 481 controles sanos; se encontró que el grupo de pacientes deprimidos presentaba un deterioro significativo en la inhibición de respuesta, flexibilidad cognitiva y la fluidez verbal semántica, así como un deterioro moderado en la planificación y organización¹⁹.

Se ha encontrado que las funciones cognitivas afectadas en los primeros episodios depresivos son la velocidad psicomotora, la atención, el aprendizaje, la memoria visual y las funciones ejecutivas. Los pacientes deprimidos en fase de remisión presentan una mejoría en las tareas de atención.

ALTERACIONES COGNITIVAS EN RELACIÓN A LOS SUBTIPOS DEL TDM

El espectro clínico del trastorno depresivo es de naturaleza heterogénea. En consecuencia, los intentos de caracterizar los perfiles cognitivos específicos de acuerdo con la manifestación clínica hasta el momento no han sido concluyentes. Sin embargo, la gravedad de la depresión y, en particular, el subtipo melancólico parece contribuir a las diferencias en los déficits cognitivos expresados en la depresión cuando los datos son analizados de manera longitudinal^{20,21}.

El metaanálisis de Snyder, analizó las diferencias individuales en relación a los subtipos del TDM siendo los resultados inconsistentes:

En dos estudios dirigidos por Michopoulos, se encontraron que los pacientes con TDM melancólico, tenían peor desempeño en tareas de flexibilidad cognitiva en comparación con los pacientes con TDM no-melancólico^{22,23}. En cambio, no se observó deterioro en las medidas de planificación y referente a los resultados sobre deterioro psicomotor no fueron concluyentes.

Otro estudio incluido en el meta análisis se encontró un peor rendimiento en pacientes con TDM melancólico en comparación con participantes sanos en pruebas que miden flexibilidad cognitiva (Trail Making Test-parte B y Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin), y memoria de trabajo verbal (retención de dígitos orden inverso)²⁴. En los sujetos con TDM no-melancólico únicamente se observó un mal rendimiento en el Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin.

Sin embargo, Snyder señala que un tercer estudio encontró que los pacientes con TDM no melancólico presentaban un mayor deterioro en el test de Stroop que los sujetos sanos que no estaba tan presente en el grupo de TDM melancólico; al comparar los dos grupos de pacientes entre sí no se encontraron diferencias significativas²⁵.

Estos datos son contradictorios con los publicados por Roca y cols. en los que se evidencia que los pacientes con depresión melancólica cuando son comparados con pacientes no melancólicos rinden peor en tareas de funciones ejecutivas.

Con los estudios revisados y mencionados anteriormente, se puede observar que en la depresión de tipo melancólica está estrechamente relacionada con la aparición de mayores alteraciones cognitivas, por lo que el estudio en esta área es de suma importancia para elegir el tratamiento farmacológico más adecuado.

DISTORSIONES COGNITIVAS Y DEPRESIÓN

Durante el procesamiento de la información pueden ocurrir ciertas alteraciones que lleven a los pacientes a sacar conclusiones arbitrarias, se han descrito varias distorsiones o errores cognitivos para los pacientes depresivos, aunque también pueden encontrarse en muchas otras patologías y en personas sin trastornos psiquiátricos.

El modelo cognitivo de la psicopatología de Beck (1991), usa el modelo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información. Para Beck, los esquemas son “estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior”. Estas estructuras cognitivas dirigen la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno. Los estímulos consistentes con los esquemas se elaboran y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida, como resultado se da un procesamiento distorsionado de la información y una interpretación desadaptativamente sesgada de la realidad.

En este proceso las distorsiones cognitivas están involucradas y ocupan un lugar destacado en la interpretación de la información, existen diferentes tipos de distorsiones cognitivas que producen una serie de pensamientos automáticos negativos, y estos a su vez, en el momento de su aparición en la percepción de las circunstancias externas, son los responsables de los problemas emocionales y de conducta²⁶.

Las distorsiones cognitivas que se detectan en el Inventario de Pensamientos Automáticos (Ruiz y Lujan, 1991) son los siguientes:

- **FILTRAJE:** Es una distorsión con la que el mundo toma el aspecto de justamente aquello que más tememos. Se escoge algo negativo de uno, de los demás o de las circunstancias y se excluye el resto. El paciente depresivo tiende a filtrar situaciones que suponen la posibilidad de pérdida o abandono.
- **PENSAMIENTO POLARIZADO:** Distorsión caracterizada por la insistencia en las elecciones dicotómicas. Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. Las personas y los pensamientos son buenos o malos, maravillosos u horribles. Las cosas son blancas o negras, sin ningún matiz de grises. Las reacciones de las personas que utilizan este pensamiento polarizado oscilan de un extremo emocional a otro.
- **SOBREGENERALIZACIÓN:** Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez. Suele acompañarse de palabras clave como son: *todo, nunca, nadie, siempre, todos y ninguno*
- **INTERPRETACIÓN DEL PENSAMIENTO:** Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de adivinar qué sienten los demás respecto a ella.
- **VISIÓN CATASTRÓFICA:** adelantar acontecimientos de modo catastrófico para los intereses personales; se espera el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse: "Y si": "¿Y si estallara la tragedia?" ¿Y si me sucede a mí?
- **PERSONALIZACIÓN:** La persona que tiene esta distorsión cree que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. Se suele relacionar sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. También se tiende a compararse con los demás.
- **FALACIA DE CONTROL:** las personas con esta distorsión suelen creerse responsables de todo lo que ocurre a su alrededor o bien en el otro extremo se ven impotentes y sin que tengan ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean.
- **FALACIA DE JUSTICIA:** Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos y necesidades. La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.
- **RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Cree que lo que siente tendría que ser verdadero de forma automática.
- **FALACIA DE CAMBIO:** Una persona espera que los demás cambiarán para seguirle si los seduce o engaña lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello. Son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que depende solo de ellos.
- **ETIQUETAS GLOBALES:** Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.
- **CULPABILIDAD:** consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos a uno mismo o a los demás, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen al desarrollo de los acontecimientos. La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí mismo de todos los problemas ajenos.
- **LOS DEBERÍA:** Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas o normas se considera insoportable y conlleva a una alteración emocional extrema. La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que transgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.

- **FALACIA DE RAZÓN:** Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto. Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.
- **FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA:** Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorara mágicamente en el futuro. Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN EN LA DEPRESIÓN

Actualmente, las guías de The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) no incluyen de forma específica la medición de la cognición en el TDM y no se recomienda un procedimiento o cuestionario para evaluar la función cognitiva en la depresión²⁷.

Las guías NICE indican que no basta con que la evaluación de un paciente incluya un recuento de los síntomas, sino también el grado de deterioro o discapacidad funcional y la duración del episodio depresivo.

Los médicos rara vez realizan pruebas neuropsicológicas de manera regular y cuantitativa, aunque esto puede ayudar en el seguimiento de pacientes con depresión, para el alivio de su estado de ánimo deprimido durante su tratamiento. Además, aún no se han establecido pruebas cognitivas apropiadas²⁸. Cualquier patrón de respuesta del diagnóstico y del tratamiento debe considerar las posibles comorbilidades que afectan la cognición, como la enfermedad de Alzheimer, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto (TDAH) y otras alteraciones cognitivas (por ejemplo, las causadas por una enfermedad cardiovascular y el consumo excesivo de alcohol o drogas).

Los síntomas cognitivos en la depresión a menudo no suelen ser reconocidos por los médicos ni por los pacientes, ya que el médico por ejemplo da prioridad a otros síntomas de la depresión para definir el tratamiento (como la anhedonia, estado de ánimo e ideas de muerte), ya que no perciben a la disfunción cognitiva como entidad autónoma de la patología en pacientes con depresión. Otras razones por las que no se reconocen los síntomas cognitivos se deben a que el propio paciente no los asocia como características de su estado afectivo y al deficiente acceso a pruebas neuropsicológicas integrales.

Para la evaluación de la cognición en el TDM, podemos seleccionar entre cualquiera de las numerosas (aproximadamente 85) escalas neurocognitivas de uso común. No existe una sola prueba cognitiva individual o cuestionario que se haya validado o recomendado para determinar la de ciencia cognitiva de forma específica en el TDM, lo que provoca que en los ensayos clínicos se utilicen una amplia variedad de pruebas. Esta evaluación requiere que el clínico indague sobre la historia del paciente, a los fines de establecer si este episodio depresivo es el primero, hubo precedentes y si se presenta en el contexto de un trastorno depresivo o un trastorno bipolar. Un aspecto importante es establecer si existe alguna enfermedad médico-clínica que explique la sintomatología depresiva.

Los instrumentos de evaluación más utilizados en los trabajos de investigación para medición de la cognición son:

- Inventario para la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)
- Escala de la Depresión de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression, HAM-D17)
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery Asberg Depression Rating Scale, MADRS)
- Cuestionario de Deficiencias Percibidas (Perceived Deficits Questionnaire, PDQ)
- Mini Examen del Estado Mental (Mini Mental State Examination, MMSE)
- Evaluación cognitiva Montreal (Montreal Cognitive Assessment, MoCA)

Se ha demostrado que las escalas HAM-D17, MADRS y el BDI abarcan las 3 áreas principales factores de la depresión como son el estado de ánimo, síntomas cognitivos y síntomas neurovegetativos. El factor cognitivo se puede subdividir en las dimensiones de pesimismo y relación interés-actividad. La dimensión del interés-actividad abarca un amplio número de aspectos (que incluye el interés, el placer, la concentración y la toma de decisiones).

A continuación, se describen las escalas más utilizadas en la práctica clínica²⁹.

Inventario para la Depresión de Beck

El Inventario para la Depresión de Beck (BDI) constituye una herramienta ampliamente utilizada por los clínicos por su practicidad. Su diseño original incluye 21 ítems, cada uno con opciones, que el paciente elige con asistencia del entrevistador (autoaplicable). En la práctica habitual, sin embargo, es frecuente que el paciente complete este inventario sin requerir esta ayuda en unos 10 o 15 minutos. Es una escala ampliamente recomendada para la evaluación de los resultados de la psicoterapia.

Escala de la Depresión de Hamilton

La Escala de Hamilton para la depresión (HDRS) es una herramienta aplicada por el profesional de salud, de las más utilizadas en la evaluación de la intensidad de los síntomas de la depresión. Originalmente la escala presenta 21 ítems, de los cuales 17 arrojan un puntaje que se suma hacia el final; mientras que los otros 4 evalúan aspectos considerados como poco frecuentes, como la variación diurna, la despersonalización, la paranoia y los síntomas obsesivos-compulsivos. La escala está diseñada para administrarse en 30 minutos. El autor reconoce que el valor de la escala depende de quien la aplique, y el entrenamiento para su aplicación hace que la escala no sea tan utilizada en el ámbito clínico, aunque si es muy utilizada en el contexto de la investigación de resultados. Dentro de las limitaciones que se ha señalado sobre esta herramienta es su énfasis excesivo en síntomas somáticos y el hecho de que algunos ítems se confunden con síntomas de otros trastornos.

Escala de Depresión de Montgomery-Asberg

La **Montgomery Asberg Depression Rating Scale** (MADRS) es una escala heteroaplicada mediante entrevista que consta de 10 ítems que evalúan la gravedad de los síntomas depresivos. La escala debe ser administrada por un clínico, aunque existen versiones autoaplicadas que han demostrado una correlación moderada/buena con la versión heteroaplicada.

Los ítems incluyen tristeza aparente, tristeza referida, tensión interna, disminución de sueño, disminución de apetito, dificultades de concentración, laxitud, incapacidad para sentir, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas. La puntuación en cada ítem oscila entre 0 y 6 puntos y para asignar la puntuación, el clínico puede utilizar información de fuentes distintas al paciente. Presenta la ventaja frente a la HAM-D de no estar sesgada por ítems que evalúan ansiedad, aunque sigue manteniendo varios ítems somáticos o vegetativos que dificultan su aplicación en pacientes con sintomatología física predominante.

El marco temporal de la evaluación se corresponde a la última semana o a los tres últimos días y la validación de la versión en español fue realizada en 2002. Al igual que en el caso de la HRDS, la respuesta al tratamiento se define como una disminución igual o mayor al 50% de la puntuación inicial, la respuesta parcial, entre el 25 y 49% y la no respuesta, como una reducción de menos del 25%. Se considera que se ha alcanzado la remisión cuando la puntuación es $\leq 8-12$.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN

Los tratamientos existentes para la depresión suelen dividirse en dos grandes grupos: Tratamiento Biológico y Abordaje Psicosocial³⁰.

Tratamientos Biológicos

Los más investigados han sido los psicofarmacológicos, pero también se ha estudiado la Terapia Electro-Convulsiva (TEC), terapia lumínica, privación del sueño y más recientemente la Estimulación Magnética Transcraneal. La recomendación general es que el tratamiento con antidepresivos se reserve a los pacientes cuya depresión es, al menos, de gravedad moderada, o para aquellos con síntomas más leves que no han respondido a las terapias psicológicas relacionadas con el estilo de vida u otras más específicas.

El tratamiento para el trastorno depresivo mayor puede implicar una combinación de psicoterapia, medicamentos antidepresivos y cambios de estilo de vida (medidas de higiene de sueño, actividad física). El tratamiento farmacológico de primera línea suele ser un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS), que puede complementarse con Terapia Cognitivo-Conductual. Los tratamientos con fármacos de segunda línea incluyen la mirtazapina, antagonista de receptores $\alpha 2$ -adrenérgicos y 5-HT₂, los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), tales como la venlafaxina y la duloxetina, y los inhibidores de la recaptación de la norepinefrina y la dopamina (IRND), como el bupropión. Los antidepresivos tricíclicos e inhibidores de la Monoaminoxidasa (MAO) todavía pueden resultar válidos para los pacientes que no responden a los tratamientos mejor tolerados.

Mientras que el objetivo del tratamiento del TDM es la remisión de los síntomas, los síntomas residuales a menudo permanecen después del tratamiento de un episodio depresivo mayor (EDM).

Abordajes Psicosociales

El National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, 2012) y la American Psychiatric Association (2010) mencionan las terapias cognitivo conductuales (TCC), Terapia Interpersonal (TIP), Terapia de resolución de problemas, Consejería no directiva (counselling), Psicoterapia Psicodinámica breve y terapia familiar y de pareja.

Dentro de estas, el modelo de Terapia Cognitiva estándar de Beck es el que tiene mayor impacto en la resolución en lo que concierne a las distorsiones cognitivas. Como característica central del modelo cognitivo de Aaron T. Beck sobre la depresión se postula que uno de los elementos esenciales de dicha patología es un conjunto cognitivo negativo, denominado tríada cognitiva, que se compone de una tendencia a verse a sí mismo, al mundo y al futuro de modo negativo. Los pensamientos automáticos negativos son muy representativos del acontecer mental de los pacientes con depresión y se presentan de modo repetitivo, no intencional e incontrolable.

El pensamiento de la persona deprimida está sistemáticamente sesgado en una dirección negativa, por lo que en un estimado de 15-20 sesiones se pretende realizar una estructuración cognitiva en el paciente para que estos pensamientos los pueda modificar y mejore su funcionalidad.

TRATAMIENTO DE LOS SINTOMAS COGNITIVOS EN LA DEPRESIÓN

Las alteraciones cognitivas no parecen constituir un mero artefacto de los tratamientos. Diferentes estudios han sugerido que algunos tratamientos prolongados con antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos³¹, podrían tener un efecto negativo sobre la cognición. Dada la carencia de estudios con asignación aleatoria al tratamiento, los datos resultan difíciles de ser comparados y argumentados, pero el estudio de los mecanismos de acción de los fármacos utilizados hasta el momento lleva a determinados autores expertos a albergar dudas sobre su positiva acción sobre la cognición. Solo 3 estudios que han investigado alteraciones cognitivas antes y durante el tratamiento con antidepresivos encuentran algunas diferencias: en el Stroop se ha observado una mejoría, pero el tamaño del efecto registrado ha sido moderado. De acuerdo con Snyder³² los pacientes tratados con fármacos psicotrópicos obtenían peores resultados en las puntuaciones compuestas de inhibición, en el *Trail Making Test* (parte B), en las pruebas de fluidez verbal, en las puntuaciones de memoria de trabajo verbal y en las puntuaciones compuestas de memoria de trabajo viso-espacial. En cambio, a pesar de observarse una tendencia en la misma dirección en todas las medidas, no hubo efectos significativos de la medicación en la interferencia evaluada con el Stroop, la flexibilidad cognitiva medida a través del Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST), ni en las puntuaciones compuestas de manipulación de la memoria de trabajo verbal. A pesar de la asociación del uso de medicación con un menor rendimiento en estos dominios cognitivos, también se observaron déficits significativos en un grupo de pacientes sin tratamiento farmacológico. Estos resultados sobre el efecto de la medicación fueron calculados controlando la variable “gravedad de los síntomas”, no así con otras variables clínicas como “duración del tratamiento” o “el grado de resistencia al tratamiento”, por lo que pueden existir variables extrañas que distorsionen los resultados.

En el trabajo de Rock³³, los efectos de la medicación también fueron evaluados para las FE, memoria y atención. Se analizaron los datos de ocho estudios que comparaban sujetos deprimidos sin tratamiento farmacológico con un grupo control de sujetos sanos. Los resultados de dicho análisis concluyeron que los pacientes deprimidos presentaron déficits moderadamente significativos en una de las tareas dentro de las FE, en dos tareas de memoria y en la tarea atencional.

En el metaanálisis realizado por Wagner y cols.³⁴ se analizó el impacto del tratamiento antidepresivo en el rendimiento de la flexibilidad cognitiva mediante la prueba de interferencia Stroop. Sólo 3 de los 15 estudios cumplieron los criterios de inclusión para esta parte del análisis, que mostró una mejora significativa en el rendimiento post-tratamiento en comparación con el rendimiento antes del tratamiento.

El uso de antidepresivos, por contra, también fue asociado con bajo rendimiento en tareas que evalúan la memoria de trabajo y el aprendizaje verbal en el metaanálisis de Lee y cols.³⁵ Sin embargo, no se especifica si la correlación con el tratamiento antidepresivo refleja la gravedad de los síntomas depresivos o es un efecto del tratamiento administrado.

Asociaciones como NICE o la Asociación Británica de Psicofarmacología se muestran a favor de un enfoque gradual para tratar a los pacientes que sufren depresión. Esto implica, por lo general, un tratamiento inicial con un ISRS en pacientes con TDM que reciben farmacoterapia³⁶. Sin embargo, los síntomas cognitivos aún persisten después de recibir un tratamiento con ISRS. La mayoría de los pacientes refirieron una mejoría de su estado de ánimo después de 3 meses de tratamiento con un ISRS (paroxetina, fluoxetina o sertralina), aunque en el estudio STAR*D, solo una tercera parte de pacientes con TDM experimentaron una remisión con ausencia de todos los síntomas al recibir como tratamiento único un ISRS (citalopram)³⁷. La mejoría en la cognición parece presentarse semanas o meses después de la mejoría en el estado de ánimo, y el cambio de ánimo es relativamente independiente del cambio en los síntomas cognitivos³⁸. En voluntarios sanos, se ha observado en varios estudios efectos inconsistentes de los ISRS en la cognición, tanto beneficiosos como de deterioro (o sin efectos)³⁹.

Sorprende en gran medida que la bibliografía especializada apenas ha abordado el efecto de los antidepresivos en la cognición. Hay un ejemplo de un estudio en el que Citalopram facilitó la memoria a largo plazo para recordar objetos⁴⁰. Actualmente, se aprovecha el efecto principal de los ISRS junto con los efectos adicionales de otros receptores y mecanismos, un ejemplo sería la Vilazodona, que se puede clasificar como multimodal, pues produce efectos como los de un ISRS, así como del antagonista parcial del receptor 5-HT1A; luego está la Vortioxetina, que también ha sido aprobada por la Agencia de Alimentos y Medicamentos (FDA) de EE. UU., y cuya eficacia se ha analizado en los ensayos clínicos convencionales. Existen resultados *post hoc* de un estudio realizado en personas de edad avanzada en el que, al medir los resultados secundarios, la Vortioxetina mejoró un indicador compuesto del rendimiento cognitivo comparado con placebo. En gran medida, se determinó que dicho efecto es un efecto directo. Existen algunas diferencias entre la Vortioxetina y el control activo en dicho estudio, Duloxetina. La esencia de ello fue, en términos metodológicos, pasar a estudiar la cognición como resultado principal. Con el Citalopram el tiempo de respuesta y atención constante mejoraron. El Escitalopram por su parte, mejoró la memoria episódica, la memoria operativa, la velocidad de procesamiento mental y rendimiento motriz⁴¹; la Fluoxetina mejoró la atención, el aprendizaje verbal y la memoria, igual que la Paroxetina⁴²; la Reboxetina en cambio mejoró la atención constante y la velocidad de funcionamiento cognitivo⁴³; finalmente, la Sertralina mejoró el enlentecimiento psicomotor asociado a las funciones ejecutivas y de atención. El Milnacipram no tuvo efecto en la atención constante o las funciones psicomotrices⁴⁴.

El estudio FOCUS en sujetos más jóvenes, de edades comprendidas entre los 18 y los 65 años, que sufrían TDM recurrente, se planteó la pregunta: ¿Podría la Vortioxetina beneficiar a los pacientes por encima del placebo en un indicador compuesto de función cognitiva? Los dos parámetros de medición que se utilizaron se conocen como la Prueba de Sustitución de Símbolos por Dígitos y la Prueba de Aprendizaje Verbal-Auditivo de Rey. En términos generales, accedieron a los 4 denominados "ámbitos fríos": función ejecutiva, atención, velocidad de procesamiento y aprendizaje y memoria. En estos sujetos se descubrió que, a las 8 semanas de tratamiento, para el resultado principal Vortioxetina fue superior al placebo, como dejó patente la denominada escala z en la mejora de la función cognitiva global⁴⁵.

Es un hecho reconocido que los problemas cognitivos son un componente importante de un episodio depresivo y que los antidepresivos convencionales no lo abordan de manera satisfactoria. Hay estudios en curso para evaluar si algunos antidepresivos multimodales más nuevos tienen un beneficio adicional en los problemas cognitivos de un episodio depresivo mayor. En los pacientes en fase de remisión, las deficiencias cognitivas son algunos de los síntomas residuales más frecuentes que contribuyen a las alteraciones funcionales que experimentan los pacientes, sobre todo en relación con el rendimiento laboral y las relaciones sociales, que también se ven afectadas. Las deficiencias cognitivas también aumentan el riesgo de recaída. En el tratamiento de la depresión, lo ideal sería abordar tanto el estado de ánimo como el deterioro cognitivo, lo cual debería mejorar tanto los resultados funcionales como contribuir a evitar una recaída.

Desde el punto de vista de nuestro campo de estudio, es muy importante el hecho de que la heterogeneidad observada en la depresión nos impulsa a explorar un poco más y a seguir profundizando para comprender mejor esta patología. Atender a los ámbitos del desempeño y de la cognición, por ejemplo, es una buena manera de hacerlo.

Por lo tanto, abordar el funcionamiento y los ámbitos del TDM será una forma de seguir avanzando, estos incluyen la disfunción sexual y el estado de ánimo, que anteriormente hemos visto que pueden tratarse con antidepresivos. Un ejemplo de un ámbito que incluye la cognición es la función ejecutiva, un área altamente relevante para el pronóstico y estado de bienestar del paciente. Estas áreas de la cognición se pueden valorar directamente y con rapidez utilizando pruebas muy breves.

Como ya se ha comentado, la administración a corto plazo de ISRS no muestra efectos consistentes en las funciones ejecutivas de los pacientes, sin embargo, en la actualidad no se cuenta con estudios con significancia estadística que evalúen la mejora de las distorsiones cognitivas en el paciente deprimido.

En ensayos clínicos recientes se ha estudiado a la cognición como un síntoma cardinal, por lo que el abordaje de las distorsiones cognitivas que pertenece al área cognoscitiva podría generar un cambio en la manera en que los médicos tanto especialistas como no especialistas consideran la cognición como parte del síndrome depresivo y poder así tener un adecuado tratamiento individualizado de acuerdo a los requerimientos del paciente, logrando disminuir el número de recaídas, recurrencias, apego terapéutico e incluso la necesidad de internamiento psiquiátrico.

JUSTIFICACIÓN

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión es la principal causa de discapacidad a nivel mundial. En la actualidad, 121 millones de personas sufren depresión y la carga que representan las enfermedades depresivas está aumentando.

Los problemas de salud mental alteran la calidad de vida de las personas y tienen graves repercusiones sociales y económicas. Estos problemas pueden producirse porque diferentes estresores inciden de manera directa en estructuras de personalidad o modos cognitivos vulnerables a la psicopatología. Se sabe que los síntomas de la depresión son múltiples en sus expresiones y variados en su forma de interpretación. Los supuestos y las creencias de la persona que facilitan la aparición de sesgos y errores en el procesamiento de la información son las distorsiones cognitivas. Estas son una forma de error en el procesamiento de información y desempeñan un papel predominante en la psicopatología al producir la perturbación emocional.

Uno de los componentes de la vulnerabilidad cognitiva consiste en la percepción que tiene la persona de no poseer suficiente control interno o externo sobre los peligros, aunque la vulnerabilidad afecta todo el sistema cognitivo, que lo convierte en una forma estable de percibir y valorar el mundo. En numerosos trastornos mentales se ha manifestado la existencia de dicha vulnerabilidad. En el caso de la depresión se le ha relacionado con la existencia de pensamientos autorreferidos negativos absolutos y generalizados sobre uno mismo, el mundo y el futuro en cada episodio depresivo; teniendo mayor riesgo de cronificación del cuadro, en presencia de estresores negativos significativos congruentes con sus cogniciones depresógenas dominantes no tratadas.

A diferencia de lo que ocurre en otros países, desafortunadamente en el área de la Salud Mental de las instituciones tanto privadas como públicas del país, el paciente psiquiátrico se encuentra con mayor vulnerabilidad de presentar recaídas, recurrencias, pobre adherencia y sobre todo de abandono terapéutico debido a que no se cuenta con el acompañamiento ideal (farmacológico y psicológico); ya que se tiende a subestimar y minimizar los síntomas cognitivos presentes en el cuadro afectivo y en consecuencia únicamente se brinda consultas de seguimiento psicofarmacológico, dejando a un lado el enfoque psicoterapéutico.

Por lo anteriormente comentado se considera que las distorsiones cognitivas representan un problema para una gran cantidad de pacientes atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría Dr Héctor H Tovar Acosta, repercutiendo en la evolución del cuadro depresivo, ya que hay episodios que pueden ser tratados de forma ambulatoria si se trata de forma integral, incluso prescindir del internamiento psiquiátrico.

El presente estudio será de utilidad para el Instituto Mexicano del Seguro Social debido a que no hay antecedentes de otros estudios que hayan medido la prevalencia de las distorsiones cognitivas en pacientes deprimidos y su respuesta a tratamiento farmacológico, con lo anterior se pretende que tenga un impacto para instaurar un tratamiento especializado acompañado de psicoterapia y así mejorar la calidad de la atención brindada a los derechohabientes y de ser posible su funcionamiento global. Esta investigación puede dar pauta a que sirva de precedente para la realización de nuevos estudios que eviten las estancias prolongadas intrahospitalarias.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Esta investigación, buscó determinar la prevalencia de las Distorsiones Cognitivas y el efecto de los antidepresivos sobre los síntomas cognitivos en pacientes con depresión ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”, identificando sus características clínicas, demográficas más frecuentes en la depresión tanto moderada como grave y así comparar el impacto del tratamiento farmacológico sobre los síntomas cognitivos.

Por lo anterior, se plantean las siguientes preguntas:

¿Cuál es la prevalencia de las Distorsiones Cognitivas en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”?

¿Existe alguna diferencia con el uso de distintos antidepresivos para la disminución de las Distorsiones Cognitivas en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”?

OBJETIVOS

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de las Distorsiones Cognitivas en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.

Objetivos Específicos:

- Identificar las características demográficas mas frecuentes en los pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.
- Identificar las principales distorsiones cognitivas presentes en los pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.
- Comparar la disminución de las Distorsiones Cognitivas en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta con el uso de diferentes antidepresivos.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Las distorsiones cognitivas son datos clínicos de alta prevalencia en pacientes menores de 60 años con depresión moderada y grave, las cuales en muchas ocasiones no son detectadas en el Hospital Regional de Psiquiatría "Dr Héctor H Tovar Acosta" que ante el uso de antidepresivos durante su hospitalización pueden disminuir la frecuencia de su aparición, favoreciendo un mejor pronóstico en el curso de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional, analítico y de corte longitudinal.

2. Universo de trabajo: Pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”.

3. Selección de la muestra: No probabilística

Tamaño de la muestra: Se incluyeron a todos los pacientes con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”, que aceptaron participar en el estudio, que cumplieron los criterios de inclusión y que se encontraron disponibles al momento de aplicar los instrumentos de evaluación.

Criterios de inclusión

- a) Pacientes con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”
- b) Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.
- c) Pacientes de cualquier género mayores de 18 años.
- d) Pacientes de cualquier género menores de 60 años
- e) Pacientes con diagnóstico de depresión moderada y grave sin tratamiento psicofarmacológico al ingresar al Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”
- f) Pacientes con diagnóstico de depresión moderada y grave sin antecedentes de tratamiento psicoterapéutico ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”

Criterios de exclusión

- a) Pacientes con depresión leve ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”
- b) Pacientes que rechacen la participación en este estudio.
- c) Pacientes menores de 18 años.
- d) Pacientes mayores de 60 años
- e) Pacientes agitados o con psicosis.
- f) Pacientes con deterioro cognitivo.
- g) Pacientes médicamente inestables.
- h) Pacientes con diagnóstico de depresión moderada y grave con antecedentes de tratamiento psicoterapéutico ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”

Criterios de eliminación

- a) Pacientes que habiendo aceptado participar en un principio deseen abandonar el estudio.
- b) Pacientes que contesten de forma inadecuada o incompleta los instrumentos de evaluación.

4. Descripción de las variables

Variable independiente: Distorsiones Cognitivas

Variable dependiente: Depresión moderada y grave

Definición operacional de variables demográficas: Variables relacionadas a los datos sociodemográficos del paciente.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Cantidad en años	Edad	Discreta	Número entero que indica la cantidad de años
Género	Sexo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Social	Estado civil	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Unión libre • Casado • Viudo • Divorciado
Social	Derechohabencia	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurado • Pensionado • Beneficiario • No derechohabiente
Geográfica	Área de vivienda	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Urbana • Rural
Académica	Escolaridad	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Sin educación formal/Analfabeta • Básica • Media superior/Técnica • Superior
Moral	Religión	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Practicante • No practicante

Definición operacional de variables clínicas: Variables relacionadas a los datos clínicos del paciente.

DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS
Depresión	Inventario para la Depresión de Beck	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión Leve • Depresión Moderada • Depresión Grave
Distorsiones Cognitivas	Inventario de Pensamientos Automáticos (Lujan, 1993)	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Filtraje • Pensamiento Polarizado • Sobregeneralización • Interpretación del Pensamiento • Visión Catastrófica • Personalización • Falacia de Control • Falacia de Justicia • Razonamiento Emocional • Falacia de Cambio • Etiquetas Globales • Culpabilidad • Los Debería • Falacia de Razón • Falacia de Recompensa Divina
Tratamiento	Antidepresivo	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Anfebutamona • Citalopram • Fluoxetina • Imipramina • Paroxetina • Sertralina • Venlafaxina

5. Procedimientos:

Se invitó a participar en este estudio a los pacientes adscritos al Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” que cumplan los criterios de inclusión. Una vez firmado el consentimiento informado, se aplicaron las escalas y cuestionarios estandarizados para evaluar los parámetros de interés; en primer lugar, se obtuvieron los datos clínicos y sociodemográficos del paciente y se realizó la Escala de Depresión de Beck para determinar la gravedad de cuadro depresivo.

A continuación, en caso de depresión moderada y grave, se le proporcionó al paciente el Inventario de Pensamientos Automáticos para la evaluación de la cantidad de distorsiones cognitivas presentes a su ingreso al Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta.

Se realizó un registro del fármaco antidepresivo elegido a su ingreso. Al egreso hospitalario del paciente se repitió la aplicación del Inventario de Pensamientos Automáticos. Una vez realizado dichos procedimientos, se procedió a realizar la comparación y evaluación de resultados para identificar las características clínicas y demográficas más frecuentes en los pacientes con depresión moderada y grave, el número y tipo de Distorsiones Cognitivas al inicio y al final del internamiento y se comparó la disminución de las Distorsiones Cognitivas con el uso de diferentes antidepresivos.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI)

Es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad.

La versión original de 1961 consta de 21 ítems, publicándose posteriormente dos revisiones, la BDI-IA en 1979 y la BDI-II en 1996. Esta escala fue adaptada y validada en castellano en 1975.

La versión original se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad. En la mayoría de ensayos clínicos incluidos en la guía de NICE se emplea la primera versión.

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad.

Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son los que se muestran a continuación.

	Ausente mínima	o	Leve	Moderada	Grave
APA 2000	0-9 puntos		10-16 puntos	17-29 puntos	30-36 puntos
Versión de 13 ítems	0-4 puntos		5-7 puntos	8-15 puntos	>15 puntos

Inventario de Pensamientos Automáticos (IPA)

El IPA fue creado por Ruiz y Luján en 1991 y consiste en una escala autoaplicada que contiene 45 ítems que apuntan a medir la frecuencia de Pensamientos Automáticos Negativos (PAN) y 15 tipos de distorsiones cognitivas Filtraje o Abstracción Selectiva, Pensamiento Polarizado, Sobregeneralización, Interpretación del Pensamiento, Visión Catastrófica, Personalización, Falacia de Control, Falacia de Justicia, Razonamiento Emocional, Falacia de Cambio, Etiquetas Globales, Culpabilidad, Deberías, Tener Razón y Falacia de Recompensa Divina. El primero a través del puntaje total del inventario y, el segundo a través de la suma de distintos PAN agrupados por el tipo de distorsión implicada en su producción. Este instrumento solicita a los sujetos que valoren la frecuencia con que poseen pensamientos tales como “solamente me pasan cosas malas” o “no debería de cometer estos errores”. A los fines de investigar las características del instrumento, se decidió modificar la escala ordinal que el mismo poseía de 0 a 3 en una escala de 1 a 4 por ser esta última más usual, resultando en: *Casi Nunca pienso eso “1”; Algunas veces lo pienso “2”; Bastantes veces lo pienso “3” y Con mucha frecuencia lo pienso “4”*.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando frecuencias simples y porcentajes para las variables cualitativas, mientras que las variables numéricas (edad, puntuación), fueron expresadas con promedio y desviación estándar.

Para comparar la distribución de los medicamentos al inicio y al final del seguimiento en los sujetos de estudio, se utilizó la prueba X²; mientras que las puntuaciones al inicio y al final fueron evaluadas con la prueba t de Student pareada.

Se evaluaron las frecuencias de distorsión cognitiva al ingreso del paciente y se compararon dichas distorsiones de acuerdo al medicamento antidepresivo al ingreso.

Un valor de $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo.

El análisis estadístico se llevó a cabo con el programa Stata versión 13.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio está apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, así como a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas.

Este estudio no confirió ningún riesgo para la salud del paciente de acuerdo a la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Por ser un estudio epidemiológico observacional y analítico, no se puso en riesgo su vida, funcionalidad ni la salud mental.

No se infringieron las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos del país ni internacionales vigentes.

Se proporcionó a cada participante una carta de consentimiento informado de manera voluntaria, siendo un requisito indispensable para la participación en el estudio. Se otorgó al paciente la información acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsible e incomodidades derivadas de la investigación, estipulaciones después del estudio y todos los aspectos pertinentes de la investigación. Así mismo se le informó al paciente sobre el derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias, asegurándonos de que el individuo comprenda la información. En los casos en los que el paciente no dio su consentimiento por algún impedimento físico o mental, fue excluido del estudio. Se le informó al paciente que en caso de negarse a participar o retirarse del estudio no se vería afectada la relación médico paciente ni su atención.

No se realizó ninguna intervención de tipo terapéutico por lo que no fueron necesarias las consideraciones en relación al uso de placebo en este estudio.

Privacidad y confidencialidad: Los datos obtenidos fueron utilizados por el investigador para la realización de un estudio científico con la finalidad de obtener información que pueda ser aplicable a la ciencia médica, Se respetó con absoluta integridad el uso de sus datos personales de acuerdo a la ley DOF 05-07-2010 del IFAI vigente.

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

Material y equipo:

- Inventario de Depresión de Beck
- Inventario de Pensamientos Automáticos
- Formato de recolección de datos sociodemográficos y médicos.
- Carta de consentimiento informado.
- Computadora personal con software de Microsoft Office.
- Material de oficina (hojas de papel bond para fotocopias de las escalas, folders para organización de documentos, bolígrafos, lápices).
- La aplicación de escalas se realizó en los consultorios y pabellones de la unidad, acorde a las necesidades de los servicios.

Recursos humanos:

- Un investigador, quien es médico residente del curso de especialidad en Psiquiatría.
- Médicos adscritos y residentes de Psiquiatría del Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social quienes apoyaron en la fase de recolección de datos.
- Dos asesores teóricos y un metodológico.

Recursos financieros:

- Los recursos de papelería serán cubiertos por el investigador.
- Las instalaciones e inmuebles son propiedad del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Factibilidad

El estudio fue llevado a cabo en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” en el área de hospitalización, donde se realizó la recolección de datos clínicos y sociodemográficos por parte del médico residente de Psiquiatría, quien también aplicó el Inventario de Depresión de Beck para hacer diagnóstico de depresión moderada y grave y el Inventario de Pensamientos Automáticos para el registro de las distorsiones cognitivas. Se utilizaron los recursos materiales disponibles en la unidad.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Ene 2017	Feb 2017	Mar 2017	Abr 2017	May 2017	Jun 2017	Jul 2017	Ago 2017	Sep 2017
Elaboración del protocolo									
Revisión del protocolo y presentación a las autoridades									
Recolección de datos									
Análisis de resultados									
Redacción de tesis									
Informe final									
Publicación									

RESULTADOS

En este estudio se incluyeron un total de 78 pacientes, de los cuales se excluyeron a 12 pacientes por no cumplir con los criterios de inclusión, quedando una muestra de 66 pacientes, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados:

Características generales de los sujetos (Tabla 1).

Se incluyeron un total de 66 sujetos en el estudio. La mayoría fueron del sexo masculino con un 71.2%, mientras que del sexo femenino fueron el 28.8% (**Gráfica 1**). El promedio de edad fue de 39.1 años. En relación al estado civil, 53% fueron solteros y 47% casados (**Gráfica 2**). La totalidad de los sujetos tuvieron derechohabiencia (**Gráfica 3**) y se encontraron en área común de vivienda urbana (**Gráfica 4**). Con respecto a la escolaridad el 77.3% reportaron nivel medio superior, 15.2% nivel superior y 7.6% educación básica (**Gráfica 5**). El 90.9% de los sujetos refirió practicar religión (**Gráfica 6**).

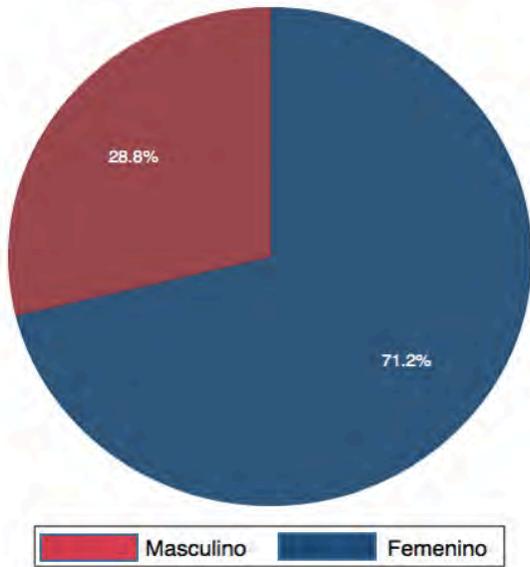
En relación a la severidad de la depresión al ingreso, ésta fue grave en la gran mayoría de los casos (93.9%) (**Gráfica 7**).

Tabla 1. Características generales de los sujetos de estudio

Característica	n=66
Sexo	
Femenino	47 (71.2)
Masculino	19 (28.8)
Edad, años	39.1 ± 9.36
Estado civil	
Soltero	35 (53)
Casado	31 (47)
Derechohabiencia	
Si	66 (100)
No	0 (0)
Área de vivienda	
Urbana	66 (100)
Rural	0 (0)
Escolaridad	
Básica	5 (7.6)
Media Superior	51 (77.3)
Superior	10 (15.2)
Practica religión	
Si	60 (90.9)
No	6 (9.1)
Grado de depresión	
Moderada	4 (6.1)
	62 (93.9)

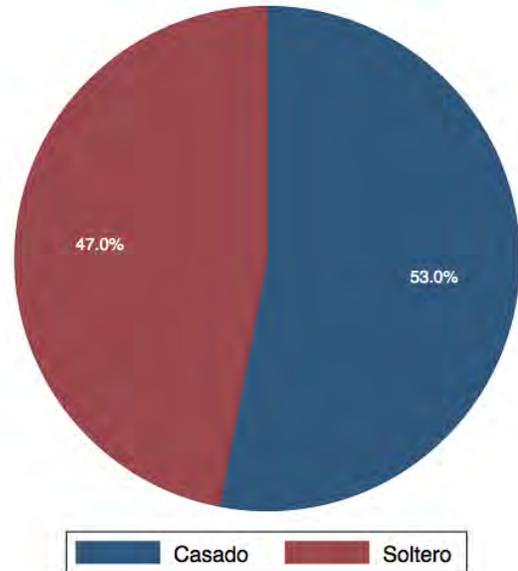
Los datos se muestran como número (porcentaje) o promedio ± desviación estándar.

Distribución del sexo



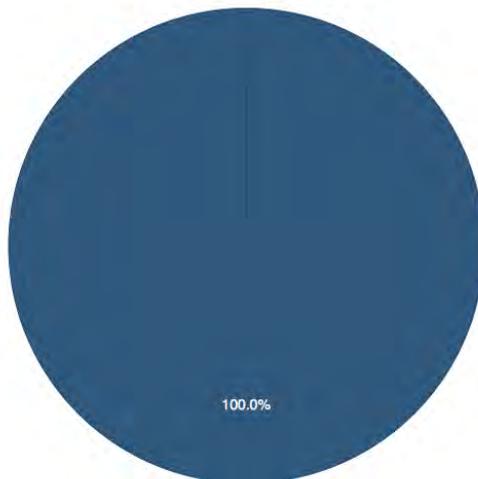
Gráfica 1. Distribución del sexo de los sujetos de estudio.

Estado Civil



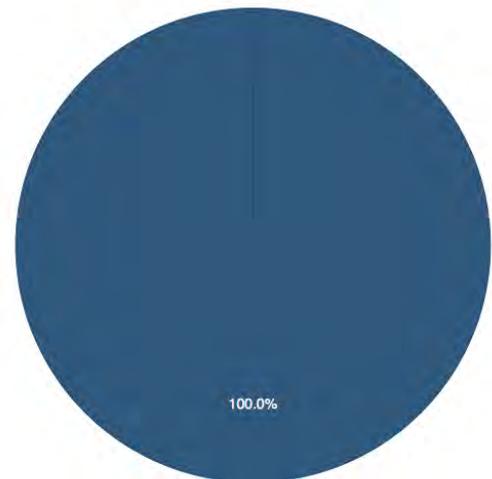
Gráfica 2. Estado civil en los sujetos de estudio.

Con derechohabencia

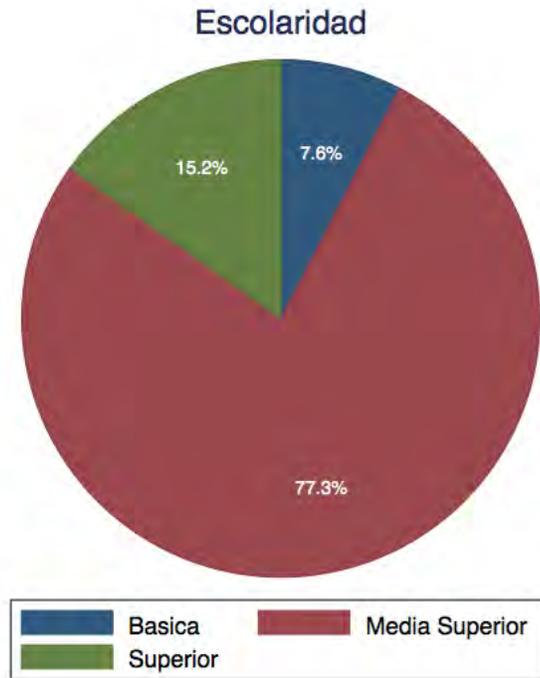


Gráfica 3. Derechohabencia en los sujetos de estudio.

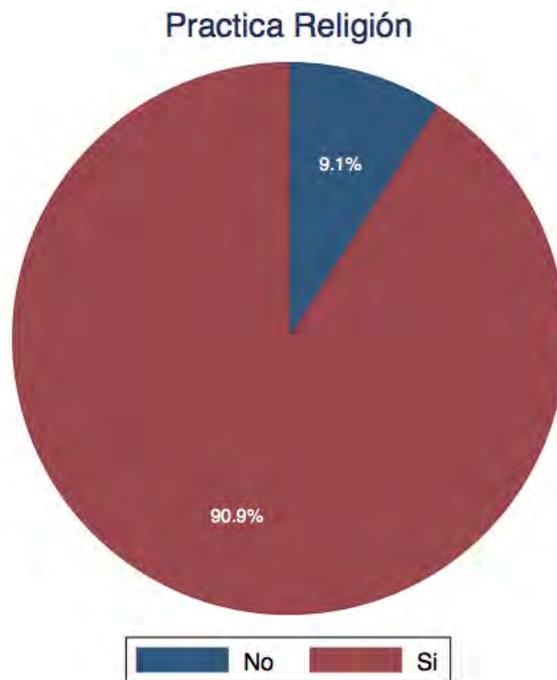
Vivienda Urbana



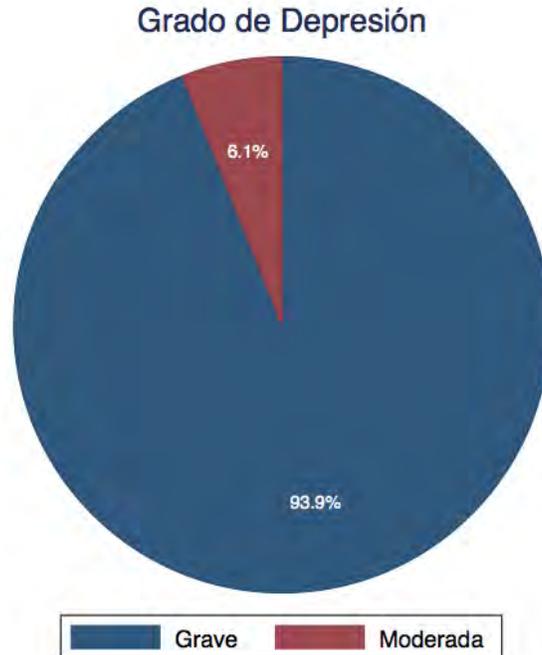
Gráfica 4. Área de la vivienda (urbana o rural) en los sujetos de estudio.



Gráfica 5. Nivel educativo en los sujetos de estudio.



Gráfica 6. Religión en los sujetos de estudio.



Gráfica 7. Grado de depresión en los sujetos de estudio.

Medicamentos y puntuaciones al ingreso y egreso de los sujetos (Tabla 2).

Los medicamentos antidepresivos más frecuentemente utilizados al ingreso de los sujetos fueron Sertralina (33% de los casos), Fluoxetina (31.8%) y Citalopram (19.7%), teniendo una frecuencia la Venlafaxina de 12.1% y la Paroxetina de 3%; con menor frecuencia.

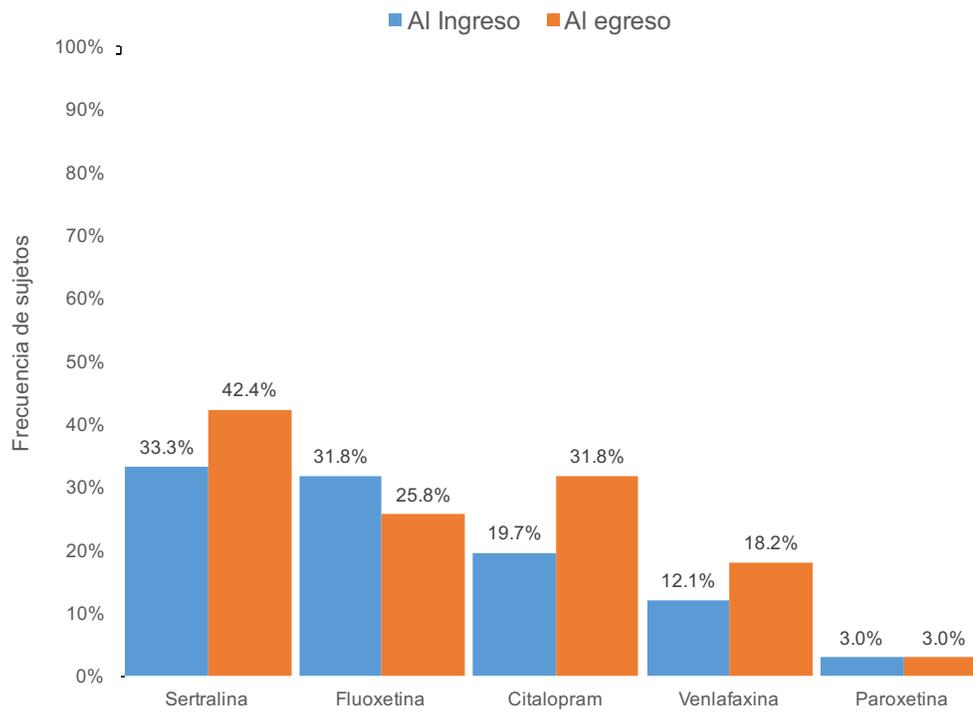
Al egreso, los medicamentos que aumentaron su frecuencia de prescripción fueron Sertralina (de 33.3% a 42.4% de los sujetos), Citalopram (de 19.7% a 31.8%) y Venlafaxina (de 12.1% a 18.2%), mientras que Fluoxetina disminuyó su proporción (de 31.8% a 25.8%) y la Paroxetina tuvo la misma frecuencia (**Gráfica 8**).

En relación a la puntuación, esta disminuyó de 7.5 en promedio al ingreso a 6.7 en promedio al egreso, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (**Gráfica 9**).

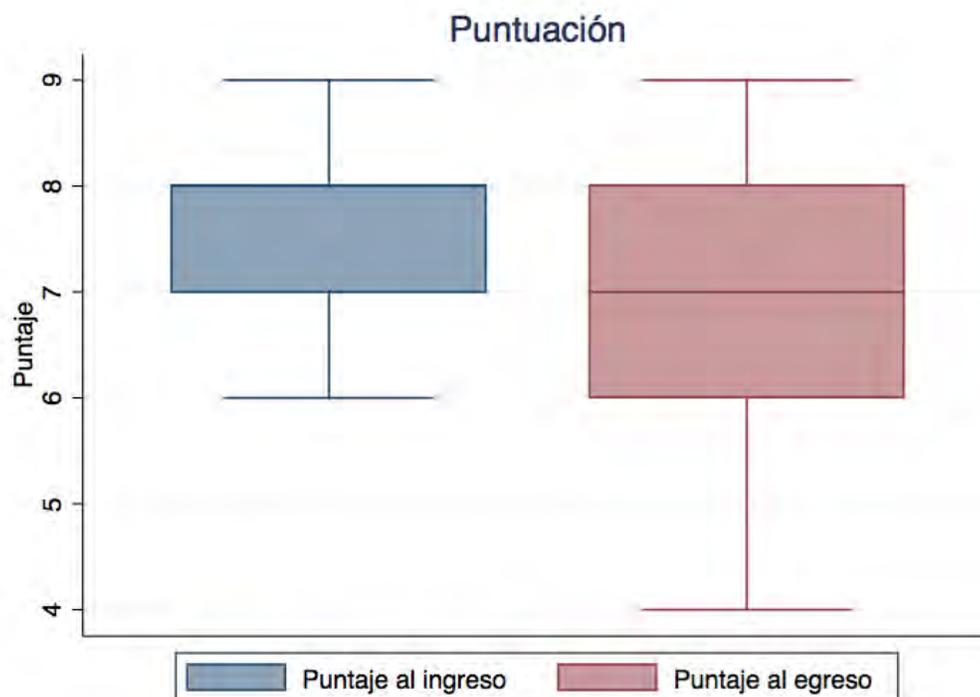
Tabla 2. Medicamentos y puntuación al inicio y al final de seguimiento

Característica	Inicial	Final	p
Medicamentos			<0.001*
Sertralina	22 (33.3)	28 (42.4)	
Fluoxetina	21 (31.8)	17 (25.8)	
Citalopram	13 (19.7)	21 (31.8)	
Venlafaxina	8 (12.1)	12 (18.2)	
Paroxetina	2 (3)	2 (3)	
Puntuación	7.5 ± 1.08	6.7 ± 1.33	<0.001*

Los datos se muestran como número (porcentaje) o promedio ± desviación estándar. Valor de p mediante prueba X² o t de Student. *p<0.05



Grafica 8. Medicamentos al inicio y al final del seguimiento, en los sujetos de estudio.



Grafica 9. Puntuación al inicio y al final del seguimiento, en los sujetos de estudio.

Prevalencia de distorsiones cognitivas (Tabla 3).

La distorsión cognitiva más frecuente fue la visión catastrófica con un 27% de los sujetos, seguida de la culpabilidad (18.2%), la sobre generalización (12.1%) y la personalización (9.1%). Los debería, las etiquetas globales, el pensamiento polarizado, la falacia de control, el filtraje, la interpretación del pensamiento, la falacia de recompensa divina y el razonamiento emocional tuvieron frecuencias por debajo del 10% (7.8%, 6.1%, 6.1%, 4.5%, 3%, 3%, 1.5% y 1.5% respectivamente) (Gráfica 10).

Tabla 3. Frecuencia de distorsiones cognitivas

Distorsión cognitiva	n=66
Visión Catastrófica	18 (27.3)
Culpabilidad	12 (18.2)
Sobre generalización	8 (12.1)
Personalización	6 (9.1)
Los debería	5 (7.6)
Etiquetas Globales	4 (6.1)
Pensamiento Polarizado	4 (6.1)
Falacia de Control	3 (4.5)
Filtraje	2 (3)
Interpretación del Pensamiento	2 (3)
Falacia de Recompensa Divina	1 (1.5)
Razonamiento Emocional	1 (1.5)

Los datos se muestran como número (porcentaje)

Las distorsiones cognitivas de acuerdo al al sexo se puede observar que el sexo femenino presenta mayor frecuencia de presentar visión catastrófica, siendo el 36.8% de la muestra, mientras que el sexo masculino tiene la mayor frecuencia de presentar Culpabilidad con el 21.3% del total de la muestra.

(Tabla 3a).

Tabla 3a. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al sexo

Distorsión cognitiva	Sexo masculino	Sexo femenino
n	47	19
Visión Catastrofica	11 (23.4)	7 (36.8)
Culpabilidad	10 (21.3)	2 (10.5)
Sobregeneralización	5 (10.6)	3 (15.8)
Personalización	4 (8.5)	2 (10.5)
Los debería	3 (6.4)	2 (10.5)
Etiquetas Globales	1 (2.1)	3 (15.8)
Pensamiento Polarizado	4 (8.5)	0 (0)
Falacia de Control	3 (6.4)	0 (0)
Filtraje	2 (4.3)	0 (0)
Interpretación del Pensamiento	2 (4.3)	0 (0)
Falacia de Recompensa Divina	1 (2.1)	0 (0)
Razonamiento Emocional	1 (2.1)	0 (0)

Los datos se muestran como número (porcentaje) en relación al total de hombres y mujeres respectivamente. P=0.376

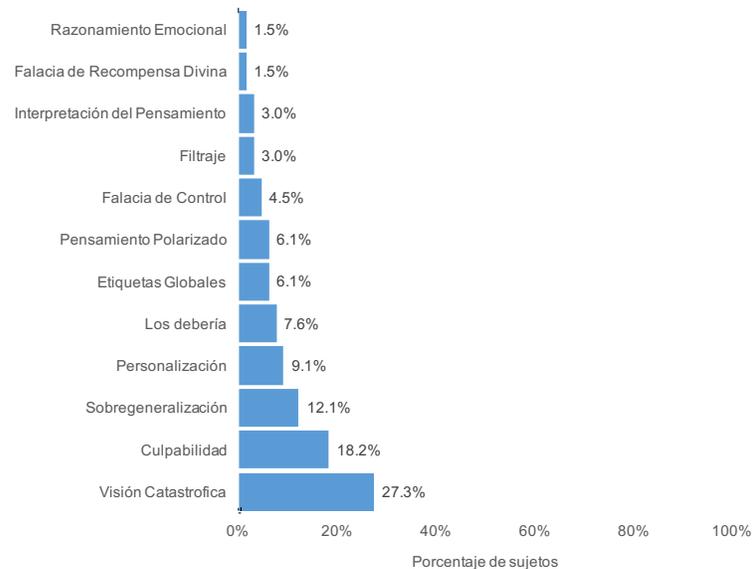
Las distorsiones cognitivas de acuerdo al grupo de edad fueron similares al compararlas (**Tabla 3a**).

Tabla 3a. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al grupo de edad

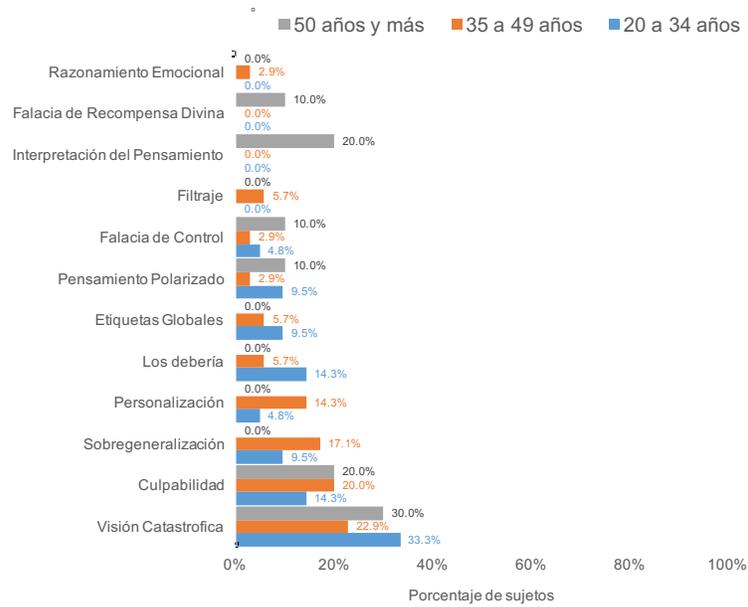
Distorsión cognitiva	20 a 34 años	35 a 49 años	50 años y más
n	21	35	10
Visión Catastrófica	7 (33.3)	8 (22.9)	3 (30)
Culpabilidad	3 (14.3)	7 (20)	2 (20)
Sobregeneralización	2 (9.5)	6 (17.1)	0 (0)
Personalización	1 (4.8)	5 (14.3)	0 (0)
Los debería	3 (14.3)	2 (5.7)	0 (0)
Etiquetas Globales	2 (9.5)	2 (5.7)	0 (0)
Pensamiento Polarizado	2 (9.5)	1 (2.9)	1 (10)
Falacia de Control	1 (4.8)	1 (2.9)	1 (10)
Filtraje	0 (0)	2 (5.7)	0 (0)
Interpretación del Pensamiento	0 (0)	0 (0)	2 (20)
Falacia de Recompensa Divina	0 (0)	0 (0)	1 (10)
Razonamiento Emocional	0 (0)	1 (2.9)	0 (0)

Los datos se muestran como número (porcentaje) en relación al total de sujetos en el grupo de edad respectivo. $P=0.117$

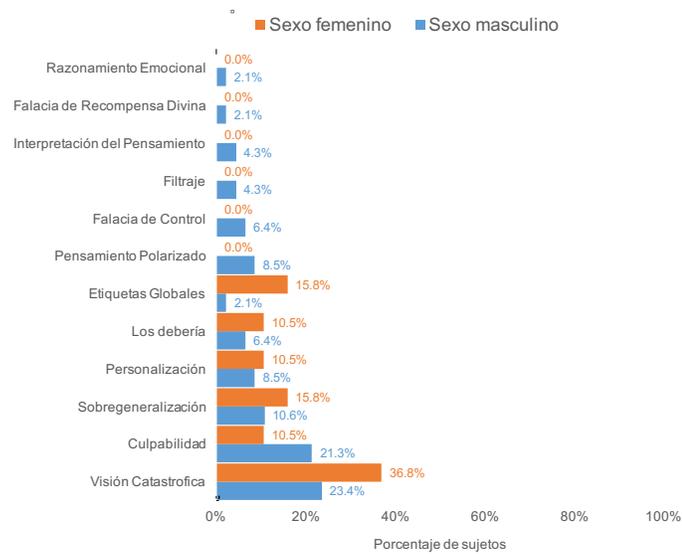
A)



B)



C)



Gráfica 10. Frecuencia de distorsiones cognitivas. A) En la población total, B) De acuerdo al sexo C) De acuerdo al grupo de edad.

Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al medicamento al ingreso (Tabla 4).

Al comparar las frecuencias de distorsiones cognitivas, de acuerdo a los diferentes medicamentos se encontró la siguiente distribución:

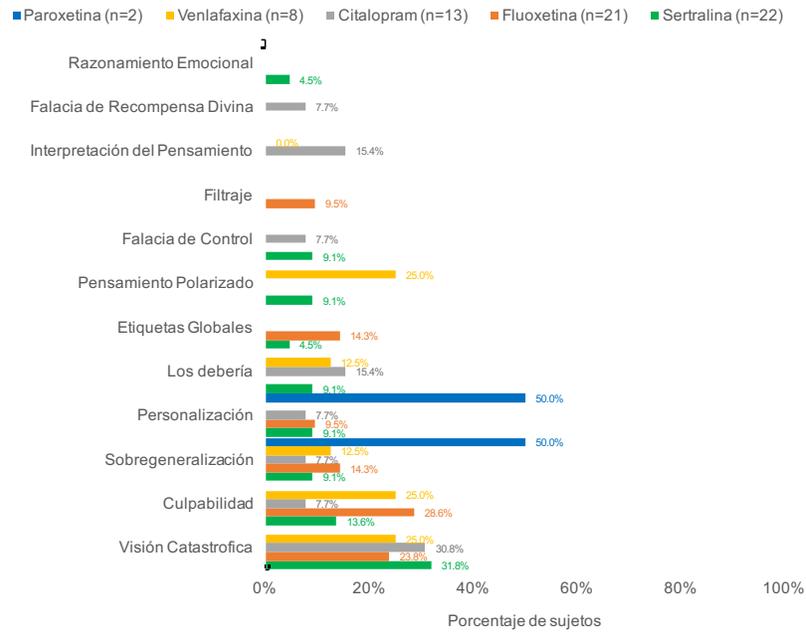
- Para Sertralina, se observó visión catastrófica en 31.8% de los sujetos, culpabilidad en 13.6%, sobregeneralización, personalización, los debería, pensamiento polarizado y falacia de control en el 9.1%; mientras que el razonamiento emocional y etiquetas globales se presentaron en el 4.5%.
- Para Fluoxetina las frecuencias de culpabilidad, visión catastrófica, sobregeneralización, etiquetas globales, filtraje y personalización fueron de 28.6%, 23.8%, 14.3%, 14.3%, 9.5% y 9.5% respectivamente.
- Para Citalopram, 30.8% tuvieron visión catastrófica, 15.4% interpretación del pensamiento y los debería, y 7.7% falacia de recompensa, falacia de control, personalización, sobregeneralización y culpabilidad.
- Para Venlafaxina, 25% de los sujetos presentaron visión catastrófica, culpabilidad y pensamiento polarizado, y 12.5% sobregeneralización y los debería.
- Con Paroxetina, 50% presentaron sobregeneralización y 50% personalización

Tabla 4. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al medicamento al ingreso del sujeto

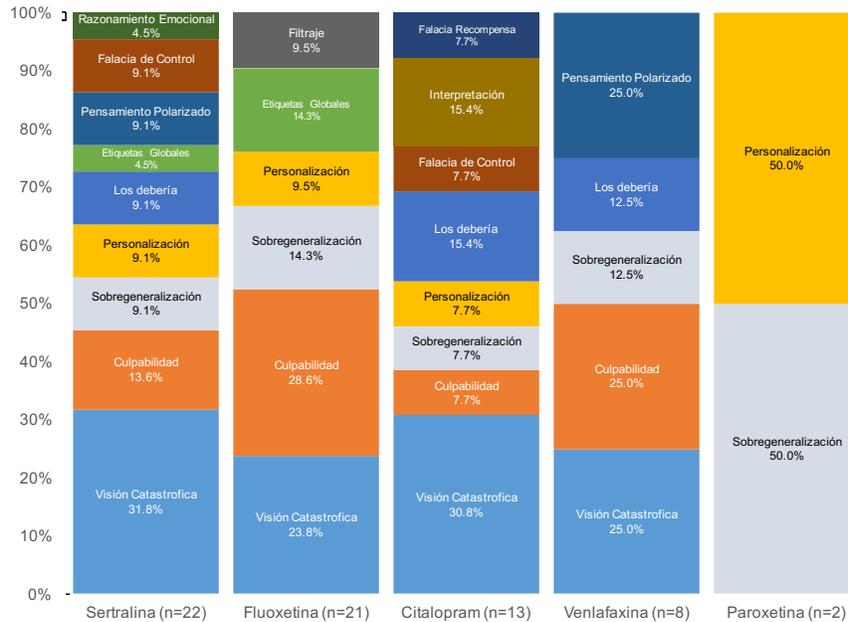
Característica/Medicamento	Sertralina	Fluoxetina	Citalopram	Venlafaxina	Paroxetina
n	22	21	13	8	2
Distorsión cognitiva					
Visión Catastrófica	7 (31.8)	5 (23.8)	4 (30.8)	2 (25)	0 (0)
Culpabilidad	3 (13.6)	6 (28.6)	1 (7.7)	2 (25)	0 (0)
Sobre generalización	2 (9.1)	3 (14.3)	1 (7.7)	1 (12.5)	1 (50)
Personalización	2 (9.1)	2 (9.5)	1 (7.7)	0 (0)	1 (50)
Los debería	2 (9.1)	0 (0)	2 (15.4)	1 (12.5)	0 (0)
Etiquetas Globales	1 (4.5)	3 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pensamiento Polarizado	2 (9.1)	0 (0)	0 (0)	2 (25)	0 (0)
Falacia de Control	2 (9.1)	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)
Filtraje	0 (0)	2 (9.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Interpretación del Pensamiento	0 (0)	0 (0)	2 (15.4)	0 (0)	0 (0)
Falacia de Recompensa Divina	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)
Razonamiento Emocional	1 (4.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Los datos se muestran como número (porcentaje) en relación al total de sujetos con el medicamento

A)



B)



Gráfica 11. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al medicamento antidepresivo al ingreso. A) distribución por tipo de distorsión cognitiva, B) distribución por medicamento.

Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al antidepresivo al egreso (Tabla 5).

Las frecuencias de distorsiones cognitivas, de acuerdo a los diferentes antidepresivos al egreso se muestran en la Tabla 5 y Figura 12.

Finalmente al comparar las frecuencias de distorsiones cognitivas, de acuerdo a los diferentes antidepresivos se encontró la siguiente distribución a su egreso:

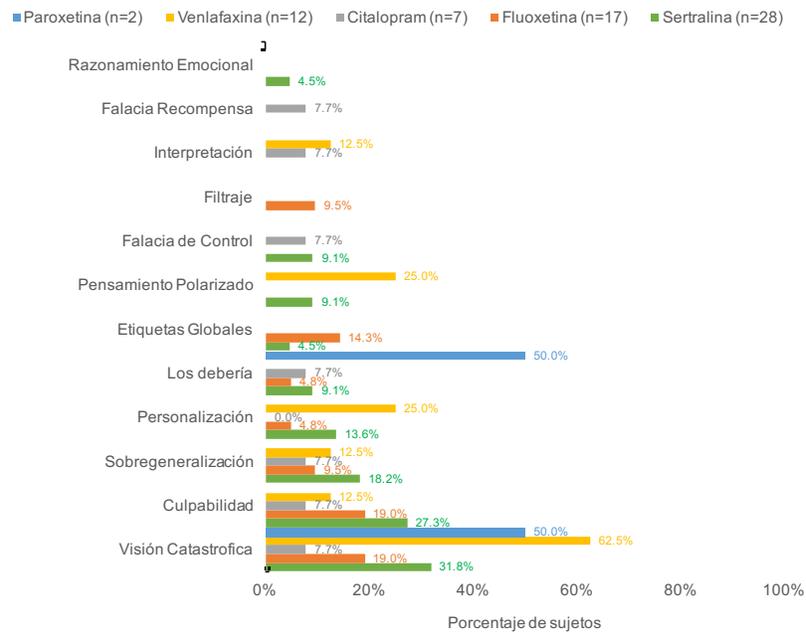
- Para Sertralina, se observó visión catastrófica en 31.8% de los sujetos, culpabilidad en 27.3%, sobregeneralización en 18.2%, personalización con 13.6%, los debería, pensamiento polarizado y falacia de control en el 9.1%; mientras que el razonamiento emocional y etiquetas globales se presentaron en el 4.5%.
- Para Fluoxetina las frecuencias de culpabilidad y visión catastrófica fue de 19%, le sigue con 14.3% las etiquetas globales, sobregeneralización y filtraje fue del 9.5% y finalmente personalización y los debería fue del 4.8%.
- Para Citalopram, fue el mismo porcentaje para visión catastrófica, culpabilidad, sobregeneralización, los debería, falacia de control, interpretación del pensamiento y falacia de recompensa divina. Con el 7.7%
- Con Paroxetina, 50% presentaron visión catastrófica y 50% presentaron los debería.

Tabla 5. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al medicamento al egreso del sujeto

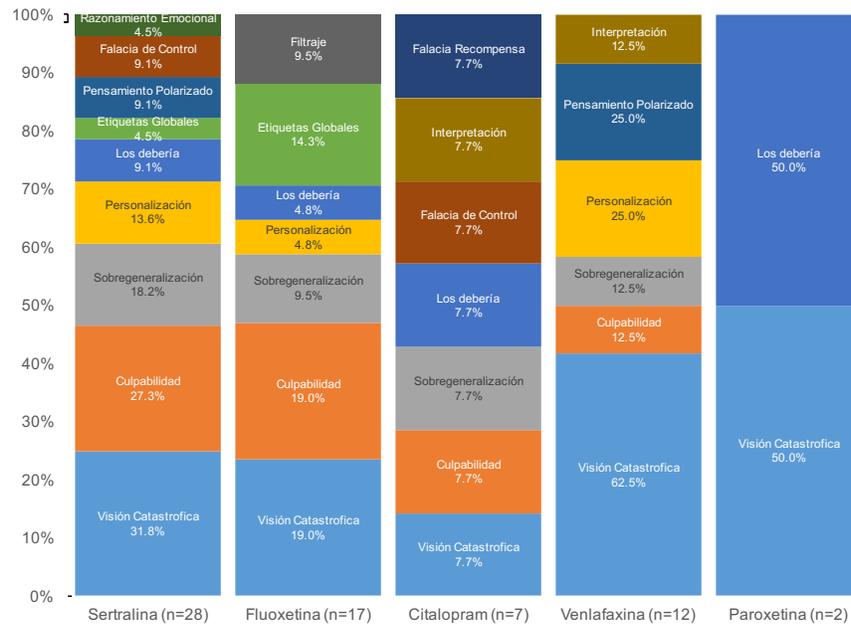
Característica/Medicamento	Sertralina	Fluoxetina	Citalopram	Venlafaxina	Paroxetina
n	28	17	7	12	2
Distorsión cognitiva					
Visión Catastrofica	7 (31.8)	4 (19)	1 (7.7)	5 (62.5)	1 (50)
Culpabilidad	6 (27.3)	4 (19)	1 (7.7)	1 (12.5)	0 (0)
Sobregeneralización	4 (18.2)	2 (9.5)	1 (7.7)	1 (12.5)	0 (0)
Personalización	3 (13.6)	1 (4.8)	0 (0)	2 (25)	0 (0)
Los debería	2 (9.1)	1 (4.8)	1 (7.7)	0 (0)	1 (50)
Etiquetas Globales	1 (4.5)	3 (14.3)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Pensamiento Polarizado	2 (9.1)	0 (0)	0 (0)	2 (25)	0 (0)
Falacia de Control	2 (9.1)	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)
Filtraje	0 (0)	2 (9.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Interpretación del Pensamiento	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	1 (12.5)	0 (0)
Falacia de Recompensa Divina	0 (0)	0 (0)	1 (7.7)	0 (0)	0 (0)
Razonamiento Emocional	1 (4.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Los datos se muestran como número (porcentaje) en relación al total de sujetos con el medicamento

A)



B)



Gráfica 12. Frecuencia de distorsiones cognitivas de acuerdo al medicamento antidepresivo al egreso. A) distribución por tipo de distorsión cognitiva, B) distribución por medicamento.

DISCUSIÓN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo, identificar las características demográficas y las principales distorsiones cognitivas para así poder comparar la disminución de ellas tras tratamiento psicofarmacológico durante la hospitalización en los pacientes con diagnóstico de depresión moderada y grave admitidos al Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”, teniendo como hipótesis que el uso de antidepresivos favorece la disminución en la frecuencia de aparición de distorsiones cognitivas lo cual tiene un impacto benéfico para el paciente durante el curso de la enfermedad depresiva.

En la metodología se incluyó una selección de pacientes menores de 60 años de edad hospitalizados por depresión moderada y grave, a quienes en primer lugar, se obtuvieron los datos clínicos y sociodemográficos del paciente y se les realizó la Escala de Depresión de Beck para determinar la gravedad de cuadro depresivo; posteriormente se les proporcionó el Inventario de Pensamientos Automáticos para la evaluación de la cantidad de distorsiones cognitivas presentes a su ingreso así como un registro del fármaco antidepresivo elegido a su ingreso. En un segundo momento, a su egreso hospitalario; se volvió a aplicar el Inventario de Pensamientos Automáticos para identificar las características clínicas y demográficas más frecuentes en los pacientes con depresión moderada y grave, el número y tipo de Distorsiones Cognitivas al inicio y al final del internamiento y se comparó la disminución de las Distorsiones Cognitivas con el uso de diferentes antidepresivos.

Se realizó un análisis descriptivo de los datos utilizando frecuencias simples y porcentajes para las variables cualitativas, mientras que las variables numéricas (edad, puntuación), fueron expresadas con promedio y desviación estándar. Para comparar la distribución de los medicamentos al inicio y al final del seguimiento en los sujetos de estudio, se utilizó la prueba X²; mientras que las puntuaciones al inicio y al final fueron evaluadas con la prueba t de Student pareada.

Al revisar la bibliografía para fines de este trabajo, se encontró que, hasta la fecha, se cuenta con pocos estudios que aborden el efecto de los antidepresivos en la cognición y particularmente sobre el efecto de éstos en las distorsiones cognitivas; de entro los cuales es importante destacar que estudios que han sugerido tratamientos prolongados con antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos tienen un efecto negativo sobre la cognición.

Los problemas cognitivos son mucho más comunes en una persona sindromáticamente depresiva, y se calcula que entre un 60% y un 90% de los pacientes notifican y/o presentan disfunción cognitiva durante una depresión sindromática (Conradi, 2014)

Dentro de los antidepresivos estudiados en correlación con la disfunción cognitiva se ha encontrado que el Citalopram facilitó la memoria a largo plazo para recordar objetos, así como el tiempo de respuesta y atención (Bauer,2013) . El Escitalopram por su parte, mejoró la memoria episódica, la memoria operativa, la velocidad de procesamiento mental y rendimiento motriz (Herrera-Guzmán, 2010). La Duloxetina mejora el aprendizaje verbal y la memoria (Raskin, 2007); por su parte, la Fluoxetina mejora la atención, el aprendizaje verbal y la memoria, igual que la Paroxetina (Cassano, 2002), la Reboxetina en cambio mejoró la atención constante y la velocidad de funcionamiento cognitivo (Ferguson, 2003). Finalmente, la Sertralina mejoró el enlentecimiento psicomotor asociado a las funciones ejecutivas y de atención. El Milnacipram no tuvo efecto en la atención constante o las funciones ejecutivas/psicomotrices (Constant,2005).

A pesar de que se cuentan con este tipo de estudios que comparan la eficacia de los antidepresivos, no se hay datos suficientes que correlacionen la respuesta con dosis dependiente para la mejora de los síntomas cognitivos; de los estudios recientes, el que si valora este parámetro es el estudio FOCUS, el cual a través de ocho semanas de duración, siendo aleatorizado, doble ciego, de grupos paralelos, controlado con placebo y con dosis fijas; evaluó la eficacia de Vortioxetina sobre la función cognitiva y la depresión mayor en unos 600 pacientes de 18 a 65 años de edad con un episodio agudo de depresión mayor, se logró demostrar una mejoría estadísticamente significativa frente a un placebo en la función cognitiva, evaluada mediante la aplicación de pruebas neuropsicológicas validadas, con una dosis promedio de 10-20mg. (Thase,2013).

Infortunadamente en el IMSS, no se cuenta con la existencia del antidepresivo multimodal Vortioxetina dentro del cuadro básico, sin embargo, si se cuenta con el antidepresivo dual Venlafaxina; el cual junto con la Duloxetina también han demostrado cierta eficacia para mejorar los síntomas de la función cognitiva o déficits cognitivos en el TDM. (Llorca, 2014)

Partiendo de estos antecedentes, en lo que respecta a las características sociodemográficas generales de este estudio se observó que la mayor parte de la muestra estuvo conformada por el sexo femenino con un 71.2%, mientras que el sexo masculino fue del 28.8%, en cuanto al grupo etario, el promedio de edad fue de 39.1 años. En relación al estado civil, 53% fueron solteros y 47% casados. La totalidad de los sujetos tuvieron derechohabencia, así como un área urbana en común de vivienda. En cuanto a la escolaridad, la mayoría reportó nivel medio superior con un 77.3%, el 15.2% lo ocupó el nivel superior y Con respecto a la escolaridad el 77.3% reportaron nivel medio superior, y una pequeña parte de la población con el 7.6% como educación básica. El 90.9% de los sujetos refirió ser creyente de algún tipo de religión.

Respecto a estos resultados, se sobrepasa la prevalencia mundial de 2:1 de los cuadros afectivos de tipo depresivo que ameritan hospitalización psiquiátrica, siendo mayor en el sexo femenino, teniendo como factor de riesgo estar casado para las mujeres y estar soltero para los hombres. Los estudios realizados por Mariana Belló y Esteban Puentes en México en el año 2004, consideran que la prevalencia de esta entidad incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad; haciendo énfasis en la población del sexo masculino, donde la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas; sin embargo éste último dato no se pudo corroborar en este trabajo de investigación, debido a que el 100% de la población era proveniente de un área urbana.

Los tres medicamentos antidepresivos más frecuentemente utilizados al ingreso de los sujetos fueron la Sertralina en primer lugar con el 33% de los casos, le sigue la Fluoxetina con el 31.8% y después el y Citalopram con el 19.7%, siendo los menos utilizados la Venlafaxina con el 12.1% y por último la Paroxetina con el 3% de prescripción. Al egreso, los medicamentos que aumentaron su frecuencia de prescripción fueron la Sertralina con un aumento del 9.1%, el Citalopram con un aumento del 12.1% y la Venlafaxina con un aumento del 6.1%. Mientras que la Fluoxetina disminuyó su proporción de 31.8% a 25.8%) y en cambio, con la Paroxetina no hubo cambios.

Estos resultados son de suma importancia, para considerar utilizar de primera línea en el tratamiento de las distorsiones cognitivas el uso de antidepresivos duales, que aunque no se cuente en la institución con la Duloxetina el cual tiene mayor impacto para la disfunción cognitiva tal y como los estudios de Llorca y cols, si se cuenta con la Venlafaxina que a pesar de ser menos incisivo dentro del grupo de antidepresivos duales, puede resultar benéfico para la disminución de las distorsiones cognitivas dentro de un internamiento psiquiátrico , sin embargo llama la atención que fue de los antidepresivos menos utilizados.

Respecto a la prevalencia de las distorsiones cognitivas, podemos observar en la Tabla 3 que la tuvo mayor prevalencia fue la de visión catastrófica puntuando con el 27%, y en segundo lugar fue la Culpabilidad con el 18.2%, estos datos son contundentes y se pueden correlacionar con la triada cognitiva postulada por Aaron Beck, donde hace referencia que el síntoma cardinal en los estados afectivos radica en la teoría de los esquemas y las distorsiones cognitivas; percibiendo una visión negativa de su futuro, de sí mismo y que tiende a interpretar las experiencias del día a día de un modo negativo, lo que le lleva a experimentar una visión negativa del futuro.

Las distorsiones cognitivas de acuerdo al grupo étnico no hubo una variabilidad importante que resaltar, sin embargo, cuando se agrupan de acuerdo al sexo se puede observar que el sexo femenino presenta mayor frecuencia de presentar visión catastrófica, siendo el 36.8% de la muestra, mientras que el sexo masculino tiene la mayor frecuencia de presentar Culpabilidad con el 21.3% del total de la muestra.

Los datos mencionados se pueden correlacionar con el síntoma 9 según el DSM 5 (APA), el cual hace alusión a los pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes o intento de suicidio como parte de los síntomas cognitivo depresivos; el cual es síntoma más letal de los cuadros afectivos. Llama la atención como los datos arrojados en el estudio en cuanto a este rubro de acuerdo al sexo, se puede plantear la hipótesis de que lo que puede llevar al desenlace del suicidio consumado en los hombres son los sentimientos de culpa, mientras que en el sexo femenino, la visión catastrófica puede influir en la decisión de realizar mayor número de intentos suicidas, tal y como se menciona en los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI).

Al comparar las frecuencias de distorsiones cognitivas, de acuerdo a los diferentes medicamentos se encontró que al inicio del internamiento tras el uso de Sertralina, se observó que la distorsión cognitiva más frecuente fue la de visión catastrófica con el 31.8% de los pacientes, seguido de Culpabilidad con el 13.6, y con el mismo porcentaje de 9.1% se encuentran la sobregeneralización, personalización, los deberías, pensamiento polarizado y falacia de control. En el caso de Fluoxetina las dos distorsiones cognitivas más frecuentes con su administración fue visión catastrófica y sobregeneralización con el 28.6%, 23.8%, respectivamente. Para Citalopram, el 30.8% de los pacientes tuvo visión catastrófica, y un 15.4% interpretación del pensamiento empatado con la distorsión de los deberías. Con el uso de Venlafaxina, el 25% de los pacientes presentaron visión catastrófica, culpabilidad y pensamiento polarizado y por último, tras el empleo de Paroxetina, la mitad presentó sobregeneralización y la otra mitad presentó personalización.

Finalmente al comparar las frecuencias de distorsiones cognitivas, de acuerdo a los diferentes antidepresivos se encontró con el uso de Sertralina dentro del internamiento aumentó la frecuencia de Culpabilidad en un 13.7% y sin cambios para el caso de la visión catastrófica con el 31.8%, con la Fluoxetina, la visión catastrófica disminuyó 9.6% y se agregó el sentimiento de culpa en un 19%. Con el empleo del Citalopram, disminuyó la distorsión de visión catastrófica en un 23.1%, y finalmente con la administración de Paroxetina no hubo cambios respecto a las distorsiones cognitivas referidas al ingreso. Estos datos son contundentes, ya que se puede inferir que es recomendable utilizar el antidepresivo, así como evitar el uso de Sertralina al ser el antidepresivo que aumentó la frecuencia de visión catastrófica y culpabilidad tras su administración, el uso de Fluoxetina es paradójico ya que por una parte disminuyó la visión catastrófica lo cual pudiera ser benéfico si el paciente es mujer, y por otra parte resultar contraproducente si se trata de un varón, ya que agrega el sentimiento de culpa. Para el caso de la Venlafaxina, tal y como se reporta en la bibliografía, al comparar el porcentaje de frecuencia al ingreso respecto al egreso hospitalario se encontró que aumentó en un 37.5% en la visión catastrófica, disminuyendo en un 12.5% los sentimientos de culpa.

Estos datos son contundentes y de suma importancia para el momento de elección de un fármaco antidepresivo dependiendo de las características sociodemográficas de los pacientes derechohabientes.

CONCLUSIONES

Las Distorsiones Cognitivas como parte de la sintomatología cognitiva afectiva, es un dato clínico de gran prevalencia en los pacientes con depresión moderada y grave que son hospitalizados en Hospital Regional de Psiquiatría "Dr. Héctor H. Tovar Acosta". De éstas, la visión catastrófica y sentimientos de culpa, ocupan los dos primeros lugares en cuanto a prevalencia en esta investigación, teniendo una clara tendencia de acuerdo al sexo del paciente, siendo más frecuente la primera de éstas en el sexo femenino y la segunda para el sexo masculino. Referente al impacto del uso de los antidepresivos, hubo controversia al analizar los resultados obtenidos en trabajo de investigación comparándolos con los estudios referidos dentro de los antecedentes, ya que a pesar de no contar con muchos estudios comparativos con estas características, se menciona que el medicamento con mayor impacto sobre las disfunción cognitiva es el antidepresivo multimodal Vortioxetina, el cual tiene muy poco tiempo en el mercado mexicano, sin embargo se recomienda también el uso de antidepresivos duales, principalmente la Duloxetina, los cuales desafortunadamente no pudieron ser evaluados en el presente estudio, debido a que la Institución no cuenta con estos, por lo que se tendrá que emplear con mayor frecuencia la Venlafaxina para poder definir si tiene o no un impacto estadísticamente significativo para el tratamiento de las Distorsiones Cognitivas en los cuadros depresivos moderados y graves, ya que en la población estudiada, fue de los antidepresivos que con menor frecuencia fue utilizado.

Las consideraciones prácticas que aporta esta investigación permiten no solo centrar en la identificación de la prevalencia de las distorsiones cognitivas, sino también el impacto que tiene en la funcionalidad del paciente, pudiendo intervenir en la mejora de éstas mediante tratamiento psicofarmacológico aunado a un proceso psicoterapéutico mediante la terapia cognitivo conductual principalmente. Este es un tema muy prometedor ya que tenemos que ir más allá de brindar solo tratamiento psicofarmacológico y tomar en cuenta las implicaciones funcionales de tener este tipo de sintomatología cuando ésta tiene repercusión en el área laboral, familiar, de pareja, y/o social. No olvidar que la cognición y la depresión están claramente relacionadas neurobiológicamente, por lo que tener depresión implicar tener per se, disfunción cognitiva que puede llegar incluso al deterioro cognitivo, recordar también que el número de episodios depresivos previos, depresión crónica mal tratada, gravedad de la depresión en conjunto de otras comorbilidades psiquiátricas son factores que influyen directamente sobre la cognición.

Se necesitan nuevos enfoques de tratamientos para el futuro de la depresión como lo son los Tratamientos farmacológicos y no farmacológicos que apunten a ámbitos superpuestos en la depresión como son los síntomas cognitivos que incluyen a las distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos; a pesar de que ya se cuenta con antidepresivos multimodales que tienen actividad receptora específica para 5HT1A y que posee los mismos efectos que un ISRS siendo mayormente incisivos en los síntomas cognitivos, sin embargo las Instituciones Públicas del país; no cuenta con este tipo de psicoterapia para los derechohabientes, por lo que se pueden utilizar los antidepresivos del cuadro básico aunado a una terapia cognitivo conductual como seguimiento a corto plazo, ya que ésta ha demostrado una relevancia significativa para el adecuado abordaje del paciente deprimido con predominio de síntomas cognitivos.

La relevancia para la práctica del presente estudio se puede concluir que es incrementar el conocimiento de la disfunción cognitiva en el TDM y el quitar el estigma que se tiene de la depresión como enfermedad mental, enfatizando además que se trata de un problema cerebral más que de un problema mental. Ahora que sabemos que existe una relación ente los síntomas subjetivos como parte de la disfunción cognitiva y los déficits objetivamente verificables, nos lleva a la conclusión de que la gravedad general de la depresión que el paciente presenta en cada episodio, debe ser abordada de forma integral con un grupo interdisciplinario que incluya valoración por médico especialista en psiquiatría, personal capacitado para brinda psicoterapia ya sea psicología o el propio médico, así como las intervenciones familiares en el caso que así convenga en conjunto con el área de Trabajo Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Heinze MG, Camacho SP. (2010). Guía clínica para el manejo de la depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Ed. S Berenzon, J Del Bosque, J Alfaro, ME Medina Mora. México.
2. Greer TL, Kurian BT, Trivedi MH. Defining and measuring functional recovery from depression. *CNS Drugs*. 2010;24(4):267-284.
3. Organización Mundial de la Salud. (2010). CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el Diagnóstico. Madrid.
4. American Psychiatry Association. (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM 5. Washington DC
5. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009) Depression in adults: recognition and management. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010) Depression: the treatment and management of depression in adults. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists
7. Millan MJ, Agid Y, Brune M, et al. (2012) Cognitive dysfunction in psychiatric disorders: characteristics, causes and the quest for improved therapy. *Nat Rev Drug Discov*. 2012;11(2):141-168.
8. McIntyre RS, Cha DS, Soczynska JK, et al. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. *Depress Anxiety*. 2013;30(6):515-527.
9. Lam, R. W., Kennedy, S. H., McIntyre, R. S., & Khullar. (2014). A Cognitive Dysfunction in Major Depressive Disorder: Effects on Psychosocial Functioning and Implications for Treatment. *CanJPsychiatry*, 2014; 649–654.
10. Wood JN, Grafman J. (2003). Human prefrontal cortex: processing and representational perspectives. *Nat Rev Neurosci*. 2003;4(2):139-147.
11. Schaefer A, Collette F, Philippot P, et al. (2003). Neural correlates of “hot” and “cold” emotional processing: a multilevel approach to the functional anatomy of emotion. *Neuroimage*. 2003;18(4):938-949.
12. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. (2013). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*.
13. Fava M, Graves LM, Benazzi F, et al. (2006). A cross-sectional study of the prevalence of cognitive and physical symptoms during long-term antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(11):1754-1759.

14. Uher R, Perlis RH, Henigsberg N, et al. (2012). Depression symptom dimensions as predictors of antidepressant treatment outcome: replicable evidence for interest-activity symptoms. *Psychol Med.* 2012;42(5):967-980.
15. Fehnel SE, Forsyth BH, Dibenedetti DB, et al. (2013). Patient-centered assessment of cognitive symptoms of depression. *CNS Spectr.*
16. Schmid M, Hammar A. (2013). A follow-up study of first episode major depressive disorder. Impairment in inhibition and semantic secuency-potential predictors for relapse? *Front Psychol.* 2013;4:633.
17. Trivedi MH, Greer TL. (2014). Cognitive dysfunction in unipolar depression: Implications for treatment. *J Affect Disord.* 2014; 152-154:19-27.
18. Snyder HR. (2013). Major Depressive Disorder Is Associated With Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. *Psychol Bull.* 2013;139(1):81-132.
19. Wagner S, Doering B, Helmreich I, Lieb K, Tadić A. (2012). A meta- analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2012; 125(4):281-92.
20. Roca M, Monzón S, Vives M, López-Navarro E, Garcia-Toro M, Vicens C, et al. (2014). Cognitive function after clinical remission in patients with melancholic and non-melancholic depression: A 6 month follow-up study. *J Affect Disord.* 2014;171:85-92.
21. Monzón S, Gili M, Vives M, Serrano MJ, Bauza N, Molina R, et al. (2010). Melancholic versus non-melancholic depression: Differences on cognitive function. A longitudinal study protocol. *BMC*
22. Michopoulos I, Zervas IM, Pantelis C, Tsaltas E, Papakosta V-M, Bou dou F, et al. (2008) Neuropsychological and hypothalamic-pituitary axis function in female patients with melancholic and non-melancholic depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2008;258(4):217-25.
23. Michopoulos I, Zervas IM, Papakosta VM, Tsaltas E, Papageorgiou C, Manessi T, et al. (2006). Set shifting deficits in melancholic vs. non-melancholic depression: preliminary findings. *Eur Psychiatry.* 2006;21(6):361-3.
24. Austin M-P, Mitchell P, Goodwin GM. (2001). Cognitive deficits in depression: Possible implications for functional neuropathology. *Br J Psychiatry.* 2001;178:200-6.
25. Markela-Lerenc J, Kaiser S, Fiedler P, Weisbrod M, Mundt C. (2006). Stroop performance in depressive patients: a preliminary report. *J Affect Disord.* 2006;94(1-3):261-7.
26. Sanz, J. y Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. Ed. A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos. *Manual de Psicopatología.* Madrid.

27. Belgaid W, Samp J, Vimont A, et al. (2014) Routine clinical assessment of cognitive functioning in schizophrenia, major depressive disorder, and bipolar disorder. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2014;24(1):133-141.
28. Conradi HJ, Ormel J, de Jonge P. (2011). Presence of individual (residual) symptoms during depressive episodes and periods of remission: a 3-year prospective study. *Psychol Med.* 2011;41(6):1165-1174.
29. Bobes J, Portilla M, Bascarán MD, Saiz P, Bousoño M. (2004). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Barcelona
30. Diaz MA. (2010). Guía Clínica para el Diagnóstico y el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. Consenso 2010. Selling Perfect Advertising SA de CV. México
31. McClintock SM, Husain MM, Greer TL, Cullum CM. (2010). Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis. *Neuropsychology.* 2010;24(1):9-34.
32. Snyder HR. (2013). Major Depressive Disorder Is Associated With Broad Impairments on Neuropsychological Measures of Executive Function: A Meta-Analysis and Review. *Psychol Bull.* 2013;139(1):81-132.
33. Rock PL, Roiser JP, Riedel WJ, Blackwell AD. (2013). Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med.* 2013;44(10):1-12.
34. Wagner S, Doering B, Helmreich I, Lieb K, Tadić A. (2012). A meta- analysis of executive dysfunctions in unipolar major depressive disorder without psychotic symptoms and their changes during antidepressant treatment. *Acta Psychiatr Scand.* 2012;125(4):281-92.
35. Lee RSC, Hermens DF, Porter MA, Redoblado-Hodge MA. (2012) A meta- analysis of cognitive deficits in first-episode Major Depressive Disorder. *J Affect Disord.* 2012;140(2):113-24.
36. National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009) The treatment and management of depression in adult. The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists
37. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, et al. (2008). The STAR*D study: treating depression in the real world. *Cleve Clin J Med.* 2008;75(1):57-66.
38. Aikens JE, Kroenke K, Nease DE, Jr., Klinkman MS, Sen A. (2008). Trajectories of improvement for six depression-related outcomes. *Gen Hosp Psychiatry.* 2008;30(1):26-31.
39. Cowen P, Sherwood AC. (2013).The role of serotonin in cognitive function: evidence from recent studies and implications for understanding depression. *J Psychopharmacol.* 2013;27(7):575-583.
40. Bauer M, Pfennig A, Severus E, Whybrow PC, Angst J, Möller HJ. (2013). Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: On the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry.* 2013;14(5):334-385.

41. Herrera-Guzmán I, Gudayol-Ferré E, Herrera-Abarca JE, et al. (2010). Major depressive disorder in recovery and neuropsychological functioning: effects of selective serotonin reuptake inhibitor and dual inhibitor depression treatments on residual cognitive deficits in patients with major depressive disorder in recovery. *J Affect Disord.* 2010 Jun; 123(1-3):341-350.
42. Cassano GB, Puca F, Scapicchio PL, Trabucchi M. (2002). Italian Study Group on Depression in Elderly Patients. Paroxetine and Fluoxetine effects on mood and cognitive functions in depressed nondemented elderly patients. *J Clin Psychiatry.* 2002;63(5):396-402.
43. Ferguson JM, Wesnes KA, Schwartz GE. (2003). Reboxetine versus paroxetine versus placebo: effects on cognitive functioning in depressed patients. *Int Clin Psychopharmacol.* 2003;18(1):9-14.
44. Constant EL, Adam S, Gillain B, Seron X, Bruyer R, Seghers A. (2005). Effects of sertraline on depressive symptoms and attentional and executive functions in major depression. *Depress Anxiety.* 2005;21(2):78-89.
45. Thase ME, Mahableshwarkar A, Dragheim M. (2013). The efficacy of vortioxetine vs placebo in the treatment of adults with major depressive disorder: patient level data from 10 short-term studies and a meta-analysis. *Neuro psychopharmacol.* 2013;38.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
PREVALENCIA DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y EL EFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS SOBRE LOS SÍNTOMAS
COGNITIVOS EN PACIENTES MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD CON DEPRESIÓN MODERADA Y GRAVE INGRESADOS EN
EL HOSPITAL REGIONAL DE PSIQUIATRÍA “DR HÉCTOR H TOVAR ACOSTA”.**

Lugar y Fecha: Ciudad de México, a _____ de _____ de 2017.

Justificación del estudio: La depresión mayor incluye síntomas como la tristeza, decaimiento, irritabilidad y pensamientos distorsionados de sí mismo que pueden causar mayor malestar en su episodio siendo estos últimos poco explorados por el médico. Esta investigación es importante porque puede servir para que el Instituto Mexicano del Seguro Social emprenda acciones de prevención y dar un tratamiento especializado para mejorar la atención brindada a los pacientes y su calidad de vida.

Objetivo principal: Determinar la prevalencia de las Distorsiones Cognitivas en pacientes menores de 60 años de edad con depresión moderada y grave ingresados en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr Héctor H Tovar Acosta”.

Procedimiento: Usted podrá contestar de manera voluntaria, clara, honesta y sin presión alguna. El investigador se compromete a mantener la confidencialidad de sus datos personales. No recibirá compensación económica alguna al participar en el estudio, ni tendrá costo para usted.

Posibles riesgos y molestias asociados con el estudio: no se pondrá en riesgo su vida, ni su salud física o mental.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Se trata del primer estudio en este hospital para identificar las distorsiones cognitivas en los pacientes con depresión moderada y grave, con la finalidad de detectarlas y comparar la disminución de dichas distorsiones con el uso de diferentes antidepresivos, para favorecer una mejor respuesta al tratamiento y prevenir complicaciones en la salud mental.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: El investigador se compromete a darle información actualizada sobre el estudio, así como de cualquier problema identificado.

Participación o retiro: Su participación consistirá en responder una serie de cuestionarios para recabar sus datos personales, detectar la gravedad de la depresión (21 preguntas sobre los síntomas depresivos que usted señalará de acuerdo a su estado emocional actual de la última semana) e identificar sus distorsiones del pensamiento (45 tipos de pensamientos en los que deberá puntuar del 0 al 3 de acuerdo a la frecuencia con que suele pensarlos). El tiempo estimado de aplicación de estos cuestionarios es de 30 minutos por sesión (a su ingreso y egreso del hospital). Usted podrá retirarse de esta investigación en el momento que lo decida, sin que esto afecte su atención médica en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del IMSS.

Privacidad y confidencialidad: Los datos obtenidos serán utilizados por el investigador para la realización de un estudio con la finalidad de obtener información aplicable a la medicina. Se respetará con absoluta integridad el uso de sus datos personales de acuerdo a la ley DOF 05-07-2010, del IFAI vigente.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, podrá dirigirse a:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Dr. Angel Gerardo Silva Saldaña. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional. “Siglo XXI” y Hospital Regional de Psiquiatría. “Dr. Héctor H. Tovar Acosta”. TEL: 55 59 53 20 52.

COLABORADOR: Dr. Davis Cooper Bribiesca. Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional “Siglo XXI”, Tel: 55 54 09 05 43.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330, 4º piso, Bloque “B” de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, mail: comision.etica@imss.gob.mx

El investigador responsable me ha informado que se me brindará toda la privacidad y confidencialidad de mi participación en el presente estudio.

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:
PREVALENCIA DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS Y EL EFECTO DE LOS ANTIDEPRESIVOS
SOBRE LOS SÍNTOMAS COGNITIVOS EN PACIENTES MENORES DE 60 AÑOS DE EDAD CON
DEPRESIÓN MODERADA Y GRAVE INGRESADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE
PSIQUIATRÍA “DR HÉCTOR H TOVAR ACOSTA”.**

El presente instrumento tiene el objetivo de recolectar datos para el estudio de las distorsiones cognitivas y el efecto de los antidepresivos sobre los síntomas cognitivos en pacientes deprimidos que son atendidos en el Hospital Regional de Psiquiatría “Dr. Héctor H. Tovar Acosta” del Instituto Mexicano del Seguro Social, con el fin de objetivizar la información y someterla a procedimientos científicos con el propósito de utilizar el producto del análisis de dichos datos para el mejoramiento de la atención de los usuarios del Servicio de Psiquiatría del IMSS. La información recolectada tiene un carácter estrictamente confidencial, no se consignará en el presente instrumento el nombre, ni el número de expediente, tampoco datos o documentos de identificación, ni datos personales. Por favor conteste las siguientes preguntas, y si tiene alguna duda consúltela con el profesional que le está encuestando. No hay límite de tiempo para contestar.

Folio: _____

1. Edad: _____

2. Sexo:
Masculino _____
Femenino _____

3. Estado Civil:
Soltero (a) _____
Casado (a) _____
Unión Libre (a) _____
Viudo (a) _____
Divorciado (a) _____

4. Derechohabencia:
Asegurado ()
Pensionado ()
Beneficiario ()
No derechohabiente ()

5. Área de vivienda:
Urbana ()
Rural ()

6. Escolaridad:
Sin educación formal/Analfabeta _____
Básica _____
Media superior/Técnica _____
Superior _____

7. Religión:
Sí practico _____
No practico _____

8. Antidepresivo y dosis indicada al ingreso / Antidepresivo y dosis indicada al egreso
Anfebutamona _____
Citalopram _____
Fluoxetina _____
Imipramina _____
Paroxetina _____
Sertralina _____
Venlafaxina _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. () No me siento triste
() Me siento triste.
() Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
() Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. () No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
() Me siento desanimado respecto al futuro.
() Siento que no tengo que esperar nada.
() Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. () No me siento fracasado.
() Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
() Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
() Me siento una persona totalmente fracasada.
4. () Las cosas me satisfacen tanto como antes.
() No disfruto de las cosas tanto como antes.
() Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
() Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. () No me siento especialmente culpable.
() Me siento culpable en bastantes ocasiones.
() Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
6. () Me siento culpable constantemente.
6. () No creo que esté siendo castigado.
() Me siento como si fuese a ser castigado.
() Espero ser castigado.
() Siento que estoy siendo castigado.
7. () No estoy decepcionado de mí mismo.
() Estoy decepcionado de mí mismo.
() Me da vergüenza de mí mismo.
() Me detesto.
8. () No me considero peor que cualquier otro.
() Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
() Continuamente me culpo por mis faltas.
() Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. () No tengo ningún pensamiento de suicidio.
() A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
() Desearía suicidarme.
() Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. () No lloro más de lo que solía llorar.
() Ahora lloro más que antes.
() Lloro continuamente.

() Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

() No estoy más irritado de lo normal en mí.

() Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

() Me siento irritado continuamente.

() No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

() No he perdido el interés por los demás.

() Estoy menos interesado en los demás que antes.

() He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

() He perdido todo el interés por los demás.

13.

() Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

() Evito tomar decisiones más que antes.

() Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

() Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

() No creo tener peor aspecto que antes.

() Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

() Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

() Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

() Trabajo igual que antes.

() Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

() Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

() No puedo hacer nada en absoluto.

16.

() Duermo tan bien como siempre.

() No duermo tan bien como antes.

() Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

() Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

() No me siento más cansado de lo normal.

() Me canso más fácilmente que antes.

() Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

() Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

() Mi apetito no ha disminuido.

() No tengo tan buen apetito como antes.

() Ahora tengo mucho menos apetito.

() He perdido completamente el apetito.

19.

() Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.

() He perdido más de 2 kilos y medio.

() He perdido más de 4 kilos.

() He perdido más de 7 kilos.

20.

() No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.

() Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

() Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

() Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

() No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

() Estoy menos interesado por el sexo que antes.

() Estoy mucho menos interesado por el sexo.

() He perdido totalmente mi interés por el sexo.

INVENTARIO DE PENSAMIENTOS AUTOMATICOS (RUIZ Y LUJAN, 1991)

A continuación, encontrará una lista de pensamientos que suelen presentar las personas ante diversas situaciones. Se trata de que usted valore la frecuencia con que suele pensarlos, siguiendo la escala que se presenta a continuación:

- 0 = Nunca pienso eso.
- 1 = Algunas veces lo pienso.
- 2 = Bastantes veces lo pienso.
- 3 = Con mucha frecuencia lo pienso.

1. No puedo soportar ciertas cosas que me pasan	0	1	2	3
2. Solamente me pasan cosas malas	0	1	2	3
3. Todo lo que hago me sale mal	0	1	2	3
4. Sé que piensan mal de mí	0	1	2	3
5. ¿Y si tengo alguna enfermedad grave?	0	1	2	3
6. Soy inferior a la gente en casi todo	0	1	2	3
7. Si otros cambiaran su actitud yo me sentiría mejor	0	1	2	3
8. ¡No hay derecho a que me traten así!	0	1	2	3
9. Si me siento triste es porque soy un enfermo mental	0	1	2	3
10. Mis problemas dependen de los que me rodean	0	1	2	3
11. Soy un desastre como persona	0	1	2	3
12. Yo tengo la culpa de todo lo que me pasa	0	1	2	3
13. Debería de estar bien y no tener estos problemas	0	1	2	3
14. Sé que tengo la razón y no me entienden	0	1	2	3
15. Aunque ahora sufra, algún día tendré mi recompensa	0	1	2	3
16. Es horrible que me pase esto	0	1	2	3
17. Mi vida es un continuo fracaso	0	1	2	3
18. Siempre tendré este problema	0	1	2	3
19. Sé que me están mintiendo y engañando	0	1	2	3
20. ¿Y si me vuelvo loco y pierdo la cabeza?	0	1	2	3
21. Soy superior a la gente en casi todo.	0	1	2	3
22. Yo soy responsable del sufrimiento de los que me rodean	0	1	2	3
23. Si me quisieran de verdad no me tratarían así	0	1	2	3
24. Me siento culpable, y es porque he hecho algo malo	0	1	2	3
25. Si tuviera más apoyo no tendría estos problemas	0	1	2	3
26. Alguien que conozco es un imbécil	0	1	2	3
27. Otros tienen la culpa de lo que me pasa	0	1	2	3
28. No debería de cometer estos errores	0	1	2	3
29. No quieren reconocer que estoy en lo cierto	0	1	2	3
30. Ya vendrán mejores tiempos	0	1	2	3
31. Es insoportable, no puedo aguantar más	0	1	2	3
32. Soy incompetente e inútil	0	1	2	3
33. Nunca podré salir de esta situación	0	1	2	3
34. Quieren hacerme daño	0	1	2	3
35. ¿Y si les pasa algo malo a las personas que quiero?	0	1	2	3
36. La gente hace las cosas mejor que yo	0	1	2	3
37. Soy una víctima de mis circunstancias	0	1	2	3
38. No me tratan como deberían hacerlo y me merezco	0	1	2	3
39. Si tengo estos síntomas es porque yo soy un enfermo	0	1	2	3
40. Si tuviera mejor situación económica no tendría estos problemas	0	1	2	3
41. Soy un neurótico	0	1	2	3
42. Lo que me pasa es un castigo que merezco	0	1	2	3
43. Debería recibir más atención y cariño de otros	0	1	2	3
44. Tengo razón, y voy a hacer lo que me da la gana	0	1	2	3
45. Tarde o temprano me irán las cosas mejor	0	1	2	3

