

MSc. Francia Ivonne Molina Villancis

Máster en Ciencias Médicas. Jefa del servicio de Salud Mental del Hospital Teodoro Maldonado de Guayaquil-Ecuador.

Cómo citar este texto:

Molina Villancis FI, Maldonado Centero PE, Cepeda Escalante RE. (2020). Trastornos del estado de ánimo en pacientes con epilepsia ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado. REEA. No. 6, Vol II. Agosto 2020. Pp. 335-347. Centro Latinoamericano de Estudios en Epistemología Pedagógica. URL disponible en: <http://www.eumed.net/rev/reea>

Recibido: 30 de septiembre de 2019.

Aceptado: 30 de enero de 2020.

Publicado: agosto de 2020.

Indexada y catalogado por:



Título: Trastornos del estado de ánimo en pacientes con epilepsia ingresados en el Hospital Teodoro Maldonado.

Resumen: La alta prevalencia de trastornos emocionales en paciente con epilepsia, muchas veces interfiere en el correcto manejo farmacológico y curso psicosocial de la enfermedad. Las convulsiones en la mayoría de los pacientes con epilepsia pueden controlarse con medicamentos y cirugía. Sin embargo, el hecho es que la epilepsia y los trastornos del estado de ánimo, como la depresión, afectan la calidad de vida y aumentan la discapacidad y, por ende, los costes de la atención médica. En este artículo se abordan las alteraciones emocionales que experimentan los pacientes epilépticos, tanto en forma permanente como en respuesta a determinados estímulos ambientales; durante las crisis epilépticas o fuera de ellas. También se discutirá cuáles son las estructuras cerebrales que pueden estar implicadas en dichas alteraciones y qué importancia pueden tener en la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: *epilepsia, trastornos emocionales, estados de ánimo.*

Title: Upsets of the state of mind in patients with epilepsy entered in the Teodoro Maldonado Hospital.

Summary: The loud prevalence of emotional upsets in patient with epilepsy, many times you interfere in the correct pharmacologic handling and I send psychosocial of the disease. The convulsions in the majority of the patient with epilepsy can get under control with medications and surgery. However, the fact is epilepsy and the upsets of the state of mind, like depression, they affect the quality of life and increase the disability and, as a consequence, the costs of medical attention. They go aboard the emotional alterations that the epileptic patients experience in this article, so much in permanent form like in response to determined environmental stimuli; during the epileptic crises or out of them. Music will also discuss which ones itself the cerebral structures that can be implicated in the aforementioned alterations and what they can have importance in the patients' quality of life.

Key words: *Epilepsy, emotional upsets statuses of temper.*

Título: Transtornos do estado de ânimo em pacientes com epilepsia ingressados no Hospital Teodoro Maldonado.

Resumo: A alta prevalencia de transtornos emocionais em paciente com epilepsia, muitas vezes interfere no correto manejo farmacológico e curso psicosocial da enfermidade. As convulsões na maioria dos pacientes com epilepsia podem controlar-se com medicamentos e cirurgia. Entretanto, o fato é que a epilepsia e os transtornos do estado de ânimo, como a depressão, afetam a qualidade de vida e aumentam a incapacidade e, por ende, os custos da atenção médica. Neste artigo se abordam as alterações emocionais que experimentam os pacientes epilépticos, tanto em forma permanente como em resposta a determinados estímulos ambientais; durante as crises epilépticas ou fora delas. Também se discutirá quais são as estruturas cerebrais que podem estar implicadas em sortes alterações e que importância podem ter na qualidade de vida dos pacientes.

Palavras chave: *epilepsia, transtornos emocionais, estados de ânimo.*

Introducción.

La capacidad para experimentar y expresar emociones es lo que permite al ser humano establecer vínculos sociales. Se desarrolla a partir de una estrecha interacción entre mecanismo neurofisiológicos subyacentes y las condiciones sociales. La salud mental y física depende de la forma del funcionamiento adecuado y la relación armónica entre ambos factores. La importancia de las emociones en las motivaciones y relaciones sociales se refleja en las dificultades que experimentan los pacientes que por determinada disfunción en los mecanismos neurobiológicos no pueden reconocer, experimentar o expresar las emociones en forma apropiada. Tal es el caso de los pacientes que padecen de epilepsia, en particular aquellos cuyo foco de actividad se encuentra en las áreas temporales del cerebro.

El procesamiento emocional consta de al menos tres subprocesos que incluye, la capacidad para reconocer las expresiones emocionales de otras personas y poder actuar en consecuencia, por otra parte, la experiencia emocional subjetiva que se refiere a lo que uno siente o cree que siente, y por último, el componente conductual, que es la expresión de la emoción experimentada. Estos procesos deben funcionar de forma sincronizada para que el ser humano pueda percatarse de sus emociones de forma integrada con el medio que lo rodea. Los pacientes con epilepsia sufren frecuentemente de alteraciones afectivas, como depresión y ansiedad, incluso más que los individuos que padecen otras enfermedades neurológicas. La alta prevalencia de psicopatología en pacientes epilépticos interfiere en el desarrollo, evolución y manejo de la enfermedad, tratamiento farmacológico y psicosocial de los pacientes y sus familias.

La incidencia de problemas emocionales y psicopatológicos es más alta en los epilépticos que en la población general y que en pacientes con otros desórdenes neurológicos.

Referente teórico.

El término epilepsia puede ser controversial, ya que en ocasiones se suele utilizar indiscriminadamente para toda aquella persona que presenta una convulsión, de tal manera que una persona puede haber tenido convulsión por niveles bajos de azúcar en sangre o un niño con fiebre alta. No obstante, la epilepsia describe un trastorno en que el paciente tiene convulsiones recurrentes en el tiempo debido a un proceso crónico subyacente, de causa desconocida o no. Es importante recalcar que no todas las personas que tienen una convulsión son epilépticas. Habitualmente es necesario haber presentado al menos dos episodios de crisis epilépticas o un episodio asociado a hallazgos patológicos en el electroencefalograma interictal, es decir, entre una convulsión y otra, que no esté precedida por una causa identificable, por ejemplo, una inflamación aguda, envenenamiento, tumores o hemorragias intracraneales.

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica que afecta a todas las personas de todo el mundo y todas las edades, la cual ha estado rodeada de discriminación y estigmatización social durante siglos.

La epilepsia es una enfermedad tan antigua como la humanidad. En los pueblos primitivos, este trastorno era recibido como un castigo de los dioses o una posesión demoníaca. Los griegos fueron los primeros en incluirla entre las enfermedades físicas y ya Hipócrates, el padre de la medicina moderna, explicaba que esta enfermedad tiene su origen natural y que está localizada en el cerebro.

A finales del siglo XIX, el neurólogo inglés John Hughlings Jackson estableció la primera definición de epilepsia que todavía hoy está vigente: *“Una descarga súbita, rápida y excesiva de las células cerebrales”*, la cual solemos llamar convulsiones.

En 1912 se comercializan los primeros fármacos antiepilépticos y unos años más tarde, en 1929, Hans Berger registra en papel el primer encefalograma.

Las convulsiones se deben a descargas eléctricas excesivas de grupos de células cerebrales que pueden producirse en diferentes partes del cuerpo, cursa con episodios que pueden ir desde muy breves de ausencia o de contracciones musculares hasta convulsiones prologadas y graves. Su frecuencia también puede variar desde menos de una al año hasta varias al día, lo cual depende en que parte del cerebro comienza la alteración y como se prolonga. Ocurren síntomas temporales, como pérdida del conocimiento o la conciencia, y alteraciones del movimiento, de los sentidos, estado de ánimo u otras funciones cognitivas.

Diversos estudios señalan una frecuencia de psicopatología y una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes con dicha enfermedad que la población en general, siendo la depresión el trastorno más frecuente, con un 20% en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal y un 62% en pacientes con crisis parciales complejas resistentes al tratamiento, seguida de trastornos psicóticos y Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad. Una revisión de las publicaciones entre 1980 y 2011 identificó 14 estudios efectuados en la población general.

Algunos autores encuentran mayor prevalencia en hombres, y otros en ambos sexos. Cuando la epilepsia comienza antes de los 5 años, el niño tiene peor pronóstico cognitivo, mientras que el comienzo de la enfermedad en la adolescencia tiene peor pronóstico psiquiátrico. Sin embargo, varios factores de la epilepsia determinan la magnitud de complicaciones psiquiátricas: su gravedad, refractariedad al tratamiento, retardo mental y problemas cognitivos asociados, tipo de crisis y efectos de los medicamentos antiepilépticos.

Las alteraciones cognitivas, de lenguaje y rendimiento escolar, están relacionados con problemas externalizados y malas relaciones con otros niños. Los problemas que se desarrollan en la adolescencia se relacionan con la restricción de la autonomía, falta de adherencia al tratamiento, entre otros.

Los factores familiares tienen un impacto perdurable sobre los problemas de conducta del niño a lo largo del curso de la epilepsia. Entre los que se encuentran, la capacidad de organizar el ambiente familiar, adaptación a la enfermedad, sobreprotección, relación padre -hijo y depresión materna. El continuo estrés y las demandas de cuidar a un niño con epilepsia pueden empeorar las relaciones familiares y las habilidades parenterales. La calidad de vida de los niños con epilepsia se ve influenciada por factores sociales, falta de apoyo, estigmatización familiar, pares, colegio, programa inadecuado, expectativas no realistas del colegio y la familia y abuso físico o sexual. Pueden llevar a que eviten participar en actividades propias de la edad y baje su autoestima. A estas circunstancias se agrega el estrés médico derivado de hospitalizaciones y procedimientos.

Como habíamos dicho, la depresión es el trastorno más frecuente, el cual tiene un origen multifactorial: vulnerabilidad genética, pronóstico y evolución, reacción a los problemas socio-laborales o familiares asociados a la enfermedad. Se estima que el riesgo suicida es 10 veces mayor que el de la población en general y el suicidio consumado es más frecuente en pacientes con depresión interictal.

Tabla 1. Clasificación de la depresión en la epilepsia.
Depresión ictal.
✓ Aura
✓ Crisis parcial
Depresión perictal.
✓ Preictal
✓ Postictal
Depresión interictal
✓ Reactivas
✓ Distimias breves
✓ Distimias prolongadas
Depresiones formando parte de una psicosis
✓ Psicosis con alteración de la conciencia
✓ Psicosis con lucidez de la conciencia.

Fuente: Ivanovic Zuvic, F.2010

- **Depresión ictal:** Investigaciones han demostrado que es la más común. Se observa en pacientes con epilepsia parcial del lóbulo temporal. Los síntomas aparecen de forma brusca. Son breves y estereotipados. Los síntomas más frecuentes son de culpabilidad, disminución de la capacidad de disfrutar o anhedonia e ideas suicidas, siendo este último, muchas consumado como un acto impulsivo durante las crisis.
- **Depresión pre ictal:** ánimo disfórico o irritabilidad, con mayor frecuencia 72 horas antes de las crisis o incluso antes de las del episodio epiléptico y suelen remitir una vez aparecida.

- **Depresión post ictal:** duración variable posterior a las crisis asociado a síntomas vegetativos, ansiedad e ideas suicidas. Se relaciona a pacientes con epilepsia parcial simple refractaria al tratamiento y epilepsia parcial con focos y temporal.
- **Depresión inter ictal:** es la forma más habitual de estos pacientes. Su sintomatología depresiva es crónica, con distimia intermitente (días u horas). En algunos casos los episodios depresivos se presentan de igual forma que en pacientes sin epilepsia.

Existe una variación en la presentación de síntomas entre depresiones endógenas y depresiones asociadas a la epilepsia.

Tabla 2. Diferencias clínicas entre depresión endógena y depresión en la epilepsia.

Depresión endógena	Depresión en epilepsia
Presencia de patrón estacional	Ausencia de patrón estacional
Antecedentes hereditarios	Ausencia de herencia
Ritmo diario, mejora vespertina	Fluctuaciones de los síntomas
Síntomas permanentes y estables	Síntomas intermitentes, variables
Tristeza vital	Pena, llanto, desinterés, apatía
Ideas de culpa, ruina	Menos frecuente
Mayor inhibición, permanente	Menor inhibición, fluctuante
Ansiedad presente	Mayor ansiedad
Somatizaciones	Molestias somáticas variables
Menos importancia de factores ambientales	Mayor reactividad al ambiente
Alteraciones del sueño constantes	Alteraciones sueño variable
Menor irritabilidad, impulsividad	Mayor irritabilidad, impulsividad
Personalidad característica (tipus melancolius)	Personalidad epiletóide
No hay compromiso de la conciencia	Puede existir con crisis epilépticas.
Ausencia de crisis epiléptica	Alternancia o disminución de las crisis.

Fuente: elaboración propia.

Para determinar el tratamiento específico es necesario que el paciente pase por un equipo multidisciplinario compuesto por, farmacológico, psicoterapéutico y psicoeducación donde junto al paciente este el familiar. Además, hay que tener en cuenta que todos los fármacos comerciales pueden provocar psicosis, sobre todo los más recientes como la vigabatrina, que puede alterar el metabolismo de varios psicofármacos. Cuando se precisa de la utilización de neurolépticos se debe evitar la clozapina y las fenotiacinas menos incisivas ya que son las que mayor potencial convulsivo presentan. Entre los

antidepresivos, son los tetracíclicos, como la maprotilina y la mianserina los más convulsionantes, aunque todos presentan ese riesgo, incluso el litio. La terapia electroconvulsiva no está contraindicada en los pacientes epilépticos.

Metodología.

La investigación que dio base al artículo fue un diseño experimental, con una muestra que constituyó 67 pacientes con epilepsia compensada con tratamiento farmacológico y seguimiento periódico por el área de psiquiatría, en el hospital Teodoro Maldonado, del cantón Guayaquil, que comprendió el periodo de enero a noviembre del 2018 y de enero a octubre del 2019. A los cuales se les realizó una encuesta para conocer qué tipo de trastorno relacionado con el estado de ánimo es más frecuente en los diferentes grupos en estudio.

Se clasificaron en tres grupos de edades, de 14-26 años, 27-59 y mayores de 60 años. A los que se le realizó individualmente una exhaustiva anamnesis, valoración psicológica y una encuesta para determinar en qué grupo de edades es más frecuente que se presente este trastorno en nuestro medio para su posterior seguimiento y tratamiento adecuado.

Durante la anamnesis se aplicó la escala de valoración de Hamilton (ver Anexo.1) para la evaluación de la depresión (Hamilton depresión rating escale (HDRS)) es una escala, hetero aplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial con una disminución entre el 25-49% y una no respuesta con una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo.

Resultados.

Después de recolectar la información mediante los métodos aplicados se procedió analizar los datos.

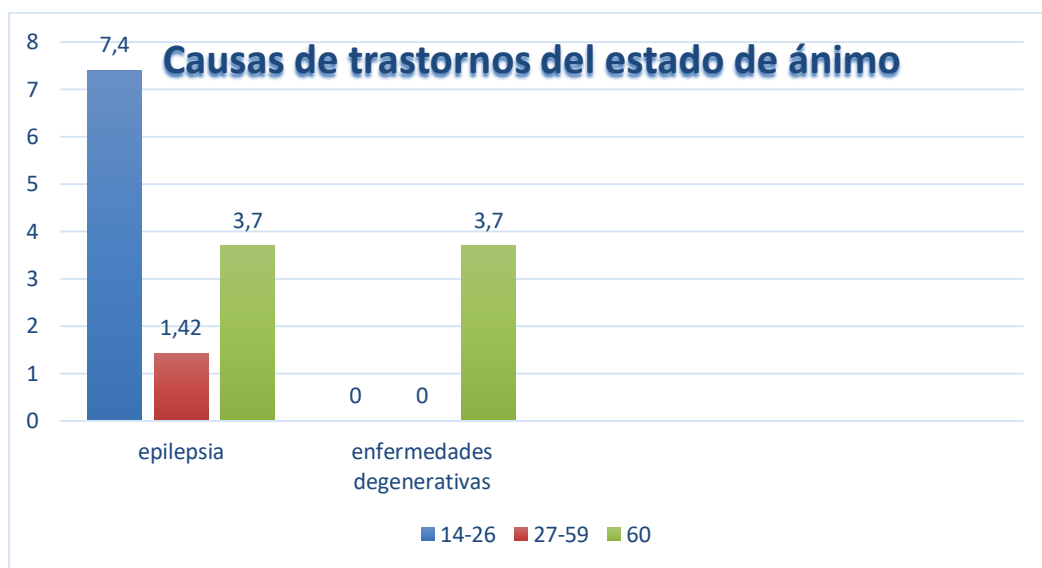


Figura.1 Causas asociadas al trastorno del estado de ánimo. Fuente: Elaboración propia de los autores

Los datos representados en la tabla, sobre la relación existente entre los trastornos del estado de ánimo y la epilepsia, podemos observar que estos cambios son más frecuentes entre las edades de 14-26 con 7.4%, mientras que entre las edades de 27-59 representa el 1.42, es menos frecuente encontrar estos trastornos. Sin embargo, podemos observar, que, en el adulto mayor, se asocia la epilepsia y las enfermedades degenerativas propias de la edad con los trastornos del estado de ánimo.

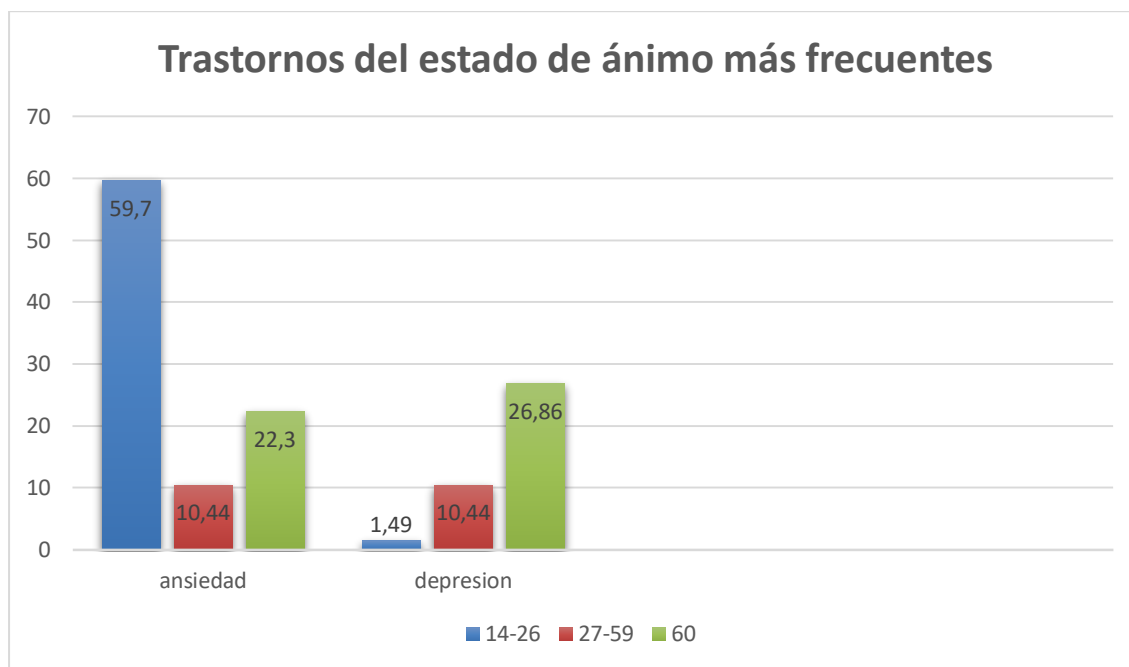


Figura. 2. Trastorno del estado del ánimo más frecuente. Fuente: Elaboración propia de los autores.

Luego de un análisis de las encuestas realizadas a los pacientes atendidos se pudo llegar a la conclusión que los trastornos más frecuentes son la depresión y la ansiedad. La tabla anterior nos muestra el porcentaje de afectación en cada grupo de edad, de 14- 26 años es más frecuente la depresión representando un 59.7%, en contraste a la ansiedad que solo representa 1.49%. En el adulto mayor se puede encontrar ambas alteraciones casi por igual, 22.3% en la ansiedad y 26.86%. Sin embargo, llama la atención que en la adultez ambos trastornos se presentan por igual, con un 10.44%, aunque hay un grupo menor de pacientes que no presentaron ningún trastorno.

Discusión de los resultados.

Los resultados anteriores nos permiten llegar a la conclusión que los trastornos del estado del animo se pueden presentar indistintamente en cada grupo de edad, siendo más frecuente la ansiedad en los jóvenes y la depresión en el adulto mayor, donde, además, en este grupo de edad, existe el factor agravante de la Enfermedades Degenerativas. Durante la realización de las encuestas, pudimos constatar que estos trastornos muchas veces entorpecen la realización de las actividades de la vida diaria, principalmente luego de una convulsión.

En los jóvenes que tienen que tomar muchas decisiones acerca de su futuro a veces se les dificulta por el miedo al rechazo social o a ser excluidos de muchas actividades, sin embargo, por otro lado, algunos no están

conscientes aun de los cuidados que debe tener para la eficacia del tratamiento farmacológico y optan por hábitos inadecuados, como el tabaquismo.

En el adulto, donde se determinó que se puede presentar, tanto la ansiedad como la depresión, pudimos percatarnos que ya la mayoría conocen como enfrentarse a la enfermedad y recurrir a una solución en caso de presentarse algún trastorno asociado a la epilepsia.

En el adulto mayor prevalece la depresión, muchos se sienten solos, excluidos incluso de las labores del hogar. Algunos encuestados referían que ya no se sienten útiles, ni siquiera para sus familiares y han pensado quitarse la vida sin llegar al intento. A este grupo se asocia de las Enfermedades Degenerativas, por lo que muchos olvidan el tratamiento anticonvulsivante y terminan por agravar la enfermedad o necesitan de alguien más, los que los hacen sentirse inferiores o vulnerables.

Al analizar los resultados, se recomienda, adecuada educación de la enfermedad tanto a pacientes como a familiares, incorporación a grupos de apoyo, atención psicológica y psiquiátrica y correcto seguimiento, llevar un correcto estilo de vida. Se incentiva, que el adulto mayor se una a grupos de protección de la tercera edad, donde se les brinda especial atención. Es importante recalcar, que se debe educar a la población en general, escuelas, centros laborales, a la inclusión social de pacientes con epilepsia.

Referencias bibliográficas.

Alisha Epps (2015) Epilepsy Foundation. Examining the link between depression and epilepsy. EE.UU. Basic Science Editor.

Asociación andaluza de epilepsia. Trastornos psicológicos más frecuentes en las personas con epilepsia. España. Recuperado de <https://www.apicepilepsia.org/ayuda-psicologica-en-la-epilepsia/trastornos-psicologicos-en-la-epilepsia/>

Revista habanera de Ciencias Médicas vol.15 no.6(2016) Centro internacional de restauración neurológica. Cuba

Revista médica clínica de Los Andes. Trastornos psiquiátricos en pacientes con epilepsia. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-psiquiatricos-los-pacientes-con-S0716864013702529>

Purriños, M. Hamilton Depression rating scale. Recuperado de <https://meiga.info/escalas/depresion-escala-hamilton.PDF>

Anexo 1. Escala de Hamilton.

Humor depresivo (tristeza, desamparo, sentimiento de inutilidad).
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Ausente. ✓ 1- Estas sensaciones solo las expresa cuando le preguntan cómo se siente. ✓ 2- Estas sensaciones las relata espontáneamente. ✓ 3- Sensaciones no comunicadas verbalmente. (expresión fácil, postura, voz, tendencia al llanto) ✓ 4- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea.
Sentimientos de culpa
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Ausente ✓ 1- Se culpa así mismo, cree haber decepcionado a la gente. ✓ 2- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones ✓ 3- Siente que la enfermedad actual es un castigo. ✓ 4- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o alucinaciones visuales.
Suicidio
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Ausente ✓ 1- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida ✓ 2- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse ✓ 3- Ideas de suicidio o amenazas ✓ 4- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)
Insomnio precoz
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- No tiene dificultad ✓ 1- Dificultad ocasional para dormir, ejemplo, más de media hora para conciliar el sueño ✓ 2- Dificultad para dormir cada noche
Insomnio intermedio
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- No hay dificultad ✓ 1- Está desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche. ✓ 2- Está despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)
Insomnio tardío
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- No hay dificultad ✓ 1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir ✓ 2- No vuelve a dormirse si se levanta de la cama
Trabajo y actividades
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- No hay dificultad ✓ 1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) ✓ 2- Perdida de interés en su capacidad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) ✓ 3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad. ✓ 4- Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda)
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Palabra o pensamiento normales

<ul style="list-style-type: none"> ✓ 1- Ligero retraso en el habla ✓ 2- Evidente retraso del habla ✓ 3- Dificultad para expresarse. ✓ 4- Incapacidad para expresarse
Agitación psicomotora
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Ninguna ✓ 1- Juega con sus dedos ✓ 2- Juega con sus manos, cabello ✓ 3- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado ✓ 4- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira los cabellos, se muerde los labios
Ansiedad psíquica
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- No hay dificultad ✓ 1- Tensión subjetiva e irritabilidad ✓ 2- Preocupación por pequeñas cosas ✓ 3- Actitud aprensiva en la expresión o en el habla ✓ 4- Expresa sus temores sin que le pregunten
Síntomas somáticos generales
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- ninguno ✓ 1- pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Perdida de energía y fatigabilidad.
Hipocondría
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Ausente ✓ 1- Preocupado de sí mismo ✓ 2- Preocupado por su salud ✓ 3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda.
Pérdida de peso
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Pérdida de peso inferior a 500gr en una semana ✓ 1- Perdida de más de 500gr, en una semana ✓ 2- Perdida de más de 1kg en una semana.
Introspección
<ul style="list-style-type: none"> ✓ 0- Se da cuenta que está deprimido y enfermo ✓ 1- Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, cima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descenso. ✓ 2- No se da cuenta que está enfermo

Anexo 2. Cuestionario aplicado a los pacientes. Test de trastornos del estado de ánimo.

Preguntas	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi cada día
Poco interés o alegría oír hacer las cosas				
Sensación de estar decaído, deprimido o desesperanzado				
Problemas para quedarse dormido, seguir durmiendo o dormir demasiado				
Sensación de cansancio o de tener poca energía				
Poco apetito o comer demasiado				
Sentirse mal consigo mismo, sentir fracaso				
Problemas para concentrarse en algo, como leer o ver televisión.				
Moverse o hablar despacio que los demás pueden haberlo notado.				
Pensamiento de que estaría mejor muerto o de quererse hacerse daño de algún modo				