

# Diagnóstico de trastornos funcionales motores agudos a través de la semiología.

Diagnosis of acute motor functional disorders through semiology.

**Pablo A. Videla, María E. Ferri, Darío Tavolini.**

Hospital Provincial del Centenario. Rosario; Santa Fe.

**Autor por correspondencia:** Pablo Agustín Videla — [palitovidela@gmail.com](mailto:palitovidela@gmail.com)

**Conflicto de intereses:** no presenta.

---

## Resumen

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) motores se refieren al conjunto de manifestaciones en el movimiento y la fuerza que presentan inconsistencia interna e incongruencia con cualquier enfermedad neurológica descrita. Objetivo: evaluar la utilidad de maniobras semiológicas, en un escenario de urgencia, para demostrar inconsistencia motora. Se evaluaron 31 pacientes con debilidad de algún miembro de menos de 72 horas de evolución, que consultaron al servicio de urgencias de un efector público. Se aplicaron 6 maniobras descritas en la bibliografía enfrentándose con el diagnóstico del servicio de neurología. Se administraron escalas validadas para el tamizaje de trastornos anímicos. De los pacientes reclutados, 16 fueron diagnosticados como TNF y el resto como orgánicos. No hubo diferencias demográficas significativas. Los signos que demostraron asociarse al diagnóstico de TNF ( $p < 0,01$ ) con alta sensibilidad y especificidad fueron: caída sin pronación, "Spinal Injuries Center (SIC) Test", signo de Hoover y signo de abducción de la cadera. La presencia de al menos dos signos positivos demostró mejorar su especificidad sin menoscabo de la sensibilidad. Se encontró, además, una asociación contundente entre el diagnóstico de TNF y la presencia de síntomas depresivos así como de estresor psicológico agudo. En conclusión, cuatro de las maniobras evaluadas mostraron utilidad a la hora de definir la etiología de un foco motor. Consideramos que los resultados jerarquizan el examen físico del especialista al evaluar una paresia aguda. Además, la suma de hallazgos significativos colabora en la conformación de un perfil distintivo.

**Palabras clave:** Trastorno funcional. ACV. Emergencia. Diagnóstico.

## Abstract

Motor functional neurological disorders (FND) are a group of manifestations in movement and strength that present internal inconsistency with any other neurological disease. Objective: to evaluate the adequacy of semiological maneuvers, in an emergency scenario, to demonstrate motor inconsistency. There were 31 patients evaluated who suffered from limb weakness with less than 72 hours of evolution, from the emergency department. From the maneuvers found in the literature, 6 were applied and confronted with the neurology department diagnosis. Validates scales were administered for mood disorders screening. From the patients included in the study, 16 were diagnosed with FND, and the remaining patients as organic. There were no significant demographic differences. The specific signs associated with FND ( $p < 0,01$ ) includes: drift without pronation, "Spinal Injuries Center (SIC) Test", Hoover's sign and the abductor sign. The presence of, at least 2

positive signs, has proven to improve its specificity without losing sensitivity. The results show that there is a positive correlation between FND and the presence of depressive symptoms as well as acute psychological stressor. In conclusion, 4 of the evaluated maneuvers have shown adequacy to define the etiology of a motor focus. We consider that the results prioritize the physical examination by the specialist during the evaluation of an acute paresis. Also, these findings help in the conformation of a specific profile.

**Keywords: Functional disorder. Stroke. Emergency. Diagnosis.**

## Introducción

Los trastornos neurológicos funcionales (TNF) son un grupo elusivo y frecuente en la práctica diaria, que tienen en común la presencia de sintomatología neurológica y la ausencia de patología orgánica demostrable (1). Tras ellos encontramos una larga historia, que incluyó el interés de eminentes médicos y numerosas formulaciones teóricas.

Si bien no existe un patrón de oro, los TNF pueden diagnosticarse de manera positiva a través de signos clínicos (2). Éstos fueron descritos hace más de un siglo con el objetivo original de distinguir entre “trastornos orgánicos” y funcionales (“histéricos” o conversivos), función específica de la semiología neurológica (3,4) Éstos pueden demostrar datos de inconsistencia motora, característica imprescindible en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM—V) (5) y CIE II (6).

Aquellos que se presentan con debilidad aguda de miembros se convierten en una problemática habitual en los servicios de urgencias; su diagnóstico es realizado habitualmente por exclusión, implicando numerosos estudios de alto costo e incluso métodos complementarios invasivos y tratamientos con efectos indeseables de jerarquía. Interpretando aún, la falta de hallazgos como evidencia de ausencia de enfermedad orgánica (2).

El adecuado abordaje de los pacientes con TNF podrá completarse en muchos casos en el territorio clínico (2). Esto puede brindarles la posibilidad de modificar el mal pronóstico que suelen cargar, en primer lugar, por el diagnóstico precoz y en segundo lugar, por las novedosas intervenciones disponibles, particularmente de la mano de la kinesioterapia (7).

El objetivo principal del presente trabajo es evaluar la relación entre la presencia de signos positivos de debilidad funcional y el diagnóstico al alta hospitalaria en pacientes que consultan por paresia en miembros, de inicio agudo. Secundariamente, relacionar la presencia de trastornos del ánimo y estresores psicológicos agudos en el grupo diagnosticado como TNF como en el interpretado como de causa orgánica.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo, evaluándose pacientes consecutivos que presentaron paresia en miembros, de menos de 72 horas de evolución, que consultaron a la guardia del Hospital Provincial del Centenario de Rosario, en el período comprendido entre el 15 de febrero de 2018 y el 15 de julio de 2019.

### Criterios de inclusión:

1. Por lo menos un punto en el ítem 5 o en el ítem 6 de la escala NIH.
2. Hasta 72 horas de evolución.
3. Mayor de 18 años de edad.
4. Capaz de proveer consentimiento informado para todos los procedimientos.

### Criterios de exclusión:

1. Glasgow Coma Scale <15 puntos.
2. Antecedente de trastorno del desarrollo.
3. Trastornos que dificultan la evaluación e interpretación semiológica: afasia, impotencia funcional previa, demencia, delirium, negligencias.

Todos los pacientes fueron examinados por el autor y el servicio de neurología de la institución.

Se recabaron datos filiatorios, fecha y forma de inicio del cuadro actual, antecedentes personales, así como tratamiento farmacológico actual (Ficha — ANEXO I).

Fueron realizadas las maniobras semiológicas de práctica habitual (maniobras de Barré, Mingazzini, y de fuerza segmentaria) (8) y las destinadas a evidenciar paresias de causa funcional. De este grupo se buscaron los signos de caída sin pronación (9,10), de abducción de los dedos (11), “Spinal Injuries Center (SIC) Test” (12), signo de Hoover (13), signo de abducción de la cadera (14) y el signo de debilidad en colapso (Give—way weakness) (3,15).

La práctica de exámenes complementarios estuvo supeditada a los requerimientos del proceso diagnóstico según criterio de los servicios tratantes.

Se cribaron trastornos del ánimo a través de la Escala Autoadministrada de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) (16) y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI—2) (17). Se indagó puntualmente la presencia de un estresor psicológico agudo; esto es algún conflicto o situación de tensión emocional que precede el inicio de los síntomas por menos de 24 horas.

El diagnóstico final registrado fue el consignado por el servicio de neurología tratante al momento del alta hospitalaria. Respecto a los trastornos neurológicos funcionales se siguieron los criterios del DSM—V (5).

Se comparó la frecuencia registrada de cada signo individual y la presencia de un estresor entre el grupo con TNF y aquél con diagnóstico “orgánico” usando la prueba exacta de Fisher. Se consideró estadísticamente significativo  $p < 0.01$ . Fueron calculadas la sensibilidad y especificidad de cada signo individualmente. Luego se evaluó la precisión diagnóstica de los mismos en conjunto, a través del análisis de la curva Característica Operativa del Receptor (ROC) y se determinó el punto de corte óptimo a través del índice de Youden.

## Resultados

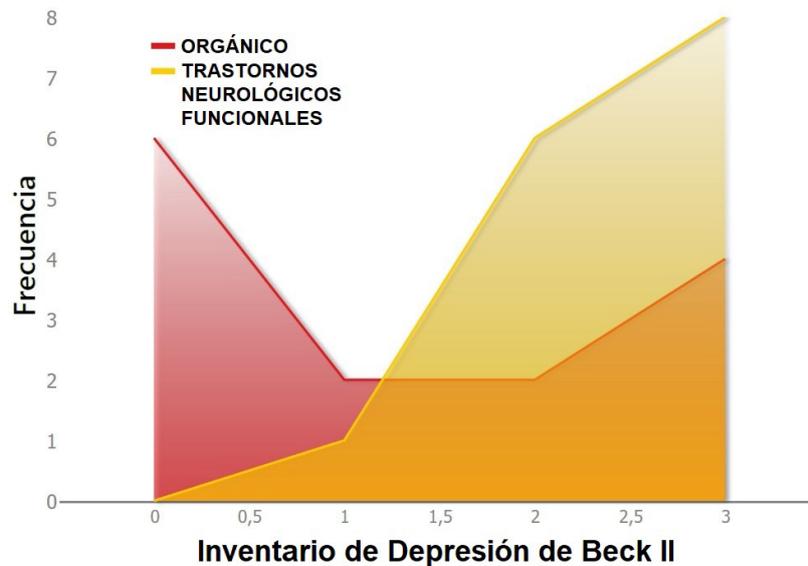
Los participantes ( $n=31$ ) presentaron una edad media de 46,4 años, el 45% correspondió al sexo femenino y 16 obtuvieron el diagnóstico final de TNF (Tabla 1). De dicho grupo 44% fueron varones (Fisher  $p=0,18$ ) y el 100% puntuó algún grado de depresión en el BDI—2 versus 57% en orgánicos (Fisher  $p < 0.01$ ) (Figura 1).

Tabla 1 – Datos demográficos y clínicos

	TNF† (n=16)	Orgánico (n=15)
Edad (media, años)	45,70 ±9,38	48,7 ±15,55
Sexo (% femenino)	56	33
FRCV* ≥1 (%)	62	66
Duración (hs)	31,0	45,7
Monoparesia	2	5
Hemiparesia	13	8
Paraparesia	1	0
Cuadriparesia	0	2
Compromiso izquierdo	13	7
Compromiso derecho	4	10

\*Factores de riesgo cardiovascular

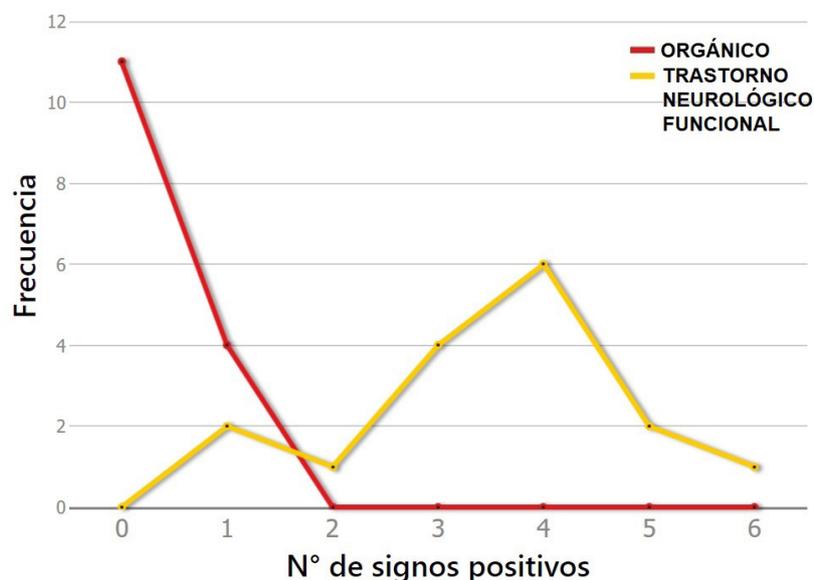
†Trastornos neurológicos funcionales



**Figura 1.** Categorías de síntomas según el Inventario de Depresión de Beck II por grupos

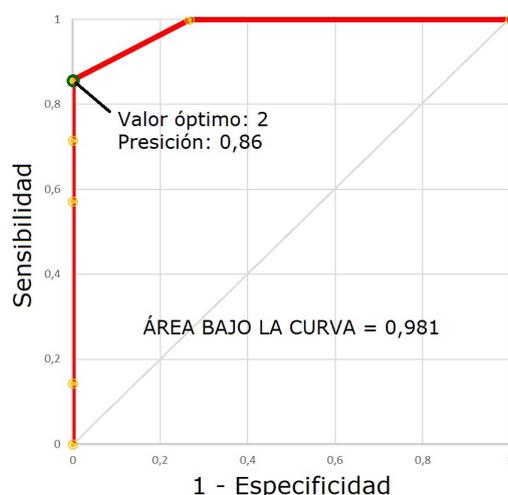
Los síntomas depresivos se distribuyen en las categorías más altas en el grupo funcional, a diferencia del grupo orgánico.

Para el diagnóstico positivo se halló asociación significativa ( $p < 0,01$ ) con caída sin pronación (sensibilidad 92%, especificidad 92%), Spinal Injury Center Test (sensibilidad 80%, especificidad 84%), signo de Hoover (sensibilidad 85%, especificidad 86%), abducción de la cadera (sensibilidad 50%, especificidad 100%), y más de una maniobra positiva (sensibilidad 85%, especificidad 100%) (Figura 2). También fue significativa la presencia de estrés agudo emocional como gatillo (sensibilidad 87%, especificidad 100%). La presencia de factores de riesgo cardiovascular fue similar en ambos grupos ( $p = 0,55$ ).



**Figura 2.** Número de maniobras positivas según diagnóstico. La cantidad de maniobras positivas aumenta la especificidad del diagnóstico funcional, mientras que en ningún caso de causa orgánica se obtuvo 2 o más maniobras positivas.

Al evaluar la precisión diagnóstica de las maniobras en conjunto para discriminar TNF sobre esta muestra, se realizó un análisis de curva ROC, obteniendo un área bajo la curva de 0,981. El valor de corte óptimo para el número de pruebas positivas fue de 2, con una precisión calculada de 86% según el índice de Youden.



**Figura 3.** Curva ROC de las maniobras para la detección de trastornos neurológicos funcionales motores.

Si bien no alcanzaron significancia estadística, es de destacar que el 73% del grupo funcional contaba con 7 o más años de escolaridad, respecto al 35% en el grupo con trastorno orgánico ( $p=0,04$ ). La ausencia de trastornos sensitivos en el grupo funcional ocurrió sólo en el 12% respecto al 53% de los orgánicos pero tampoco alcanzó significancia.

## Discusión

El diagnóstico de un foco neurológico motor agudo implica la activación de una cascada de recursos asistenciales que va de la emergencia pre-hospitalaria, hasta la evaluación inmediata de profesionales sub-especialistas y el uso de métodos complementarios. Dicho proceso pretende garantizar un tratamiento precoz para los eventos cerebrovasculares, así como despistar a los imitadores, entre los cuales se encuentran los TNF. Cuanto más temprano en la cascada sean detectados, redundará en mayor beneficio para el paciente que no es sometido a mayores estudios o incluso tratamientos, como para el sistema de salud que mantiene un uso eficiente de sus finitos recursos asistenciales.

El presente estudio evaluó el desempeño de seis maniobras semiológicas en el diagnóstico de trastornos neurológicos funcionales, en el contexto de la atención en un servicio de urgencias médicas de un efector del tercer nivel de complejidad. Se pudo constatar, para cuatro de ellas, elevada sensibilidad y especificidad y que la combinación de por lo menos dos maniobras mejoró la especificidad sin por ello reducir la sensibilidad. Por ello consideramos que su aplicación tiene utilidad clínica.

Respecto a los síntomas afectivos, se halló una omnipresencia de aquellos vinculados a depresión en el grupo funcional, con una significativa diferencia respecto al otro grupo. Los síntomas de ansiedad se detectaron en menor medida y sin diferencias entre los grupos. Durante estas pesquisas se pudo corroborar la presencia de un estresor psicológico agudo como rasgo distintivo del grupo funcional, lo suficiente como para tener un valor significativo en el proceso de exclusión de organicidad. A pesar de esto, ya no es indispensable para el diagnóstico de trastorno conversivo, según la última versión del DSM.

Por otro lado, es relevante la ausencia de una significativa diferencia por sexo en el grupo funcional, debido a que la bibliografía acredita una frecuencia mayor para el sexo femenino. Aun así, debe interpretarse con reparos debido al tamaño de la muestra. De manera similar, no hubo diferencias en la presencia de factores de riesgo cardiovascular, por lo que este dato aislado no debería guiar la presunción diagnóstica.

En suma, consideramos que la semiología neurológica minuciosa es de gran relevancia para detectar TNF motores. En ocasiones, cuando existe una patología orgánica previa, las maniobras pueden ser incluso indispensables. En el mismo sentido, desafían el concepto taxativo de que los trastornos funcionales son diagnósticos de exclusión, brindándoles una identidad propia que debe buscarse activamente: desencadenantes, inconsistencia motora, síntomas sensitivos, depresión, entre otros. Develar este perfil redundará en una mejor calidad de atención para los pacientes, y subsecuentemente un mejor pronóstico individual y menor carga para el sistema de salud.

Dada la elevada especificidad de cada maniobra, tienen potencial para ser incluidas en protocolos de evaluación de unidades de ataque cerebral. Para ello es recomendable contrastarlas en muestras más amplias de pacientes con debilidad, especialmente aquellos con menos de 12 horas de evolución. Este grupo representa el segmento más problemático ya que se encuentran en ventana para la realización de alguna técnica de reperfusión y la demostración de inconsistencia motora actuaría como factor excluyente.

Las limitaciones de este trabajo están dadas por centrarse en un único efector de alta complejidad y el número de casos incluidos que no permiten extender con seguridad los resultados a otros niveles de atención o a otras comunidades. Tampoco permite un análisis por subgrupos, que probablemente sea enriquecedor para caracterizar mejor el perfil de los TNF motores. Ejemplos de esto son la lateralidad, los síntomas sensitivos positivos y el nivel educativo.

Dentro del grupo orgánico se encuentran sobrerrepresentados los eventos vasculares cerebrales pero son las otras causas de debilidad las que podrían con mayor frecuencia brindar falsos positivos en las maniobras. Se debe por ello interpretar con precaución la semiología en contextos de sospecha de patología del sistema nervioso periférico (polineuropatías agudas, trastornos de placa motora y miopatías).

Dado que el presente estudio, y los que han validado las diferentes maniobras, fueron llevados a cabo por profesionales con formación en neurología, los resultados no pueden extenderse a los escenarios pre—hospitalario ni de la guardia médica general. En apoyo a esta condición existe un estudio que sugiere gran estabilidad en el diagnóstico de un TNF, sólo cuando éste era realizado por personal capacitado en la especialidad (18).

**Agradecimientos:** *Agradecer al Dr. Juan Ignacio Jairala por su guía en el proyecto y aporte para el análisis estadístico. Agradecer al Hospital Provincial del Centenario por brindar el ámbito para gran arte de nuestra formación.*

**Fuentes de financiamiento:** no presenta.

## Referencias bibliográficas

1. Stone J, Carson A, Duncan R, et al. Symptoms 'unexplained by organic disease' in 1144 new neurology out—patients: how often does the diagnosis change at follow—up? *Brain*. 2009 June; 132(2878–2888).
2. Tremolizzo L, Susani E, Riva MA, Cesana G, Ferrarese C, Appollonio I. Positive signs of functional weakness. *J Neurol Sci*. 2014 July; 340(1–2) (13–8).
3. Stone J y Aybek S. Functional limb weakness and paralysis. *Handb Clin Neurol*. 2016; 139(213–218).
4. Stone J. Neurologic approaches to hysteria, psychogenic and functional disorders from the late 19th century onwards. *Handb Clin Neurol*. 2016; 139(25–36).
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th edn. 2013.
6. World Health Organization. *ICD—11 Beta Draft (Mortality and Morbidity Statistics)*. 2017.
7. Lehn A, Gelauff J, Hoeritzauer I, et al. Functional neurological disorders: mechanism and treatment. *J Neurol*. 2015 August; 263(3)(611–20).
8. Teitelbaum JS, Eliasziw M, Garner M. Tests of Motor Function in Patients Suspected of Having Mild Unilateral Cerebral Lesions. *Can j neurol sci*. Noviembre de 2002; 29(4):337–44.
9. Babinski J. "De la pronation de la main dans l' hémiplegie organique". *Rev Neurol (Paris)*; 1907(XV):755.
10. Daum C, Aybek S. Validity of the "Drift without pronation" sign in conversion disorder. *BMC Neurol*. 2013; 13 (31).
11. Tinazzi M, Simonetto S, Franco L, et al. Abduction finger sign: a new sign to detect unilateral functional paralysis of the upper limb. *Mov Disord*. 2008; 23 (16) (2415– 2419).
12. Yugué I, Shiba K, Ueta T, Iwamoto Y. A new clinical evaluation for hysterical paralysis. *Spine*. 2004; 29(1910–13).
13. McWhirter L, Stone J, Sandercock P, Whiteley W: Hoover's sign for the diagnosis of functional weakness: a prospective unblinded cohort study in patients with suspected stroke. *J Psychosom Res*. 2011; 71 (6) (384–386).
14. Sonoo M. Abductor sign: a reliable new sign to detect unilateral non—organic paresis of the lower limb. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. Enero de 2004; 75(1):121–5.13.
15. Daum C, Gheorghita F, Spatola M, Stojanova V, Medlin F, Vingerhoets F, et al. Interobserver agreement and validity of bedside 'positive signs' for functional weakness, sensory and gait disorders in conversion disorder: a pilot study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2015 Apr; 86 (4) (425–30).
16. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 361–70.
17. Beck A, Steer R, Garbin M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty—five years of evaluation. *Clin Psychol Rev*. 1988; 8: 122–132.
18. Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic review of misdiagnosis of conversión symptoms and 'hysteria'. *BMJ* 2005; 331:989.



**ANEXO I - Ficha**

Servicio de Neurología

**PACIENTES QUE CONSULTAN POR DÉFICIT MOTOR AGUDO**

Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

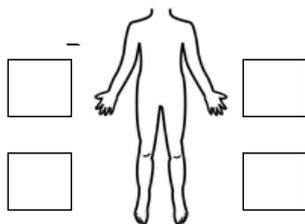
Domicilio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Ocupación (o ¿a qué se dedicaba?): \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ COMP/INCOMP Dominancia manual: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_ Horas de evolución (máx. 72): \_\_\_\_\_

● Fuerza en miembros (escala MRC):



● Signos de patología funcional:

- ✓ Caída sin pronación
- ✓ Abducción de los dedos
- ✓ Spinal Injury Test
- ✓ Signo de Hoover
- ✓ Abducción de la cadera
- ✓ Debilidad en colapso
- ✓ Parestesia dividida en línea media
- ✓ TOTAL

● Trastorno sensitivo asociado: SI/NO

● Neuroimagen con hallazgo compatible: SI/NO

Gatillo identificado por el paciente:

Medicación Actual: \_\_\_\_\_



Antecedentes Personales: _____	EDB:
_____	FAD:
_____	

Hábitos: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Antecedentes familiares: \_\_\_\_\_



**DIAGNÓSTICO AL ALTA:**

NOMBRE Y APELLIDO:

FECHA:

**Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (auto administrada)**

**A.1.** Me siento tenso/a o nervioso/a:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D.1.** Sigo disfrutando de las cosas como siempre:

- 0. Ciertamente, igual que antes
- 1. No tanto como antes
- 2. Solamente un poco
- 3. Ya no disfruto con nada

**A.2.** Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder:

- 3. Sí, y muy intenso
- 2. Sí, pero no muy intenso
- 1. Sí, pero no me preocupa
- 0. No siento nada de eso

**D.2.** Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Actualmente, algo menos
- 2. Actualmente, mucho menos
- 3. Actualmente, en absoluto

**A.3.** Tengo la cabeza llena de preocupaciones:

- 3. Casi todo el día
- 2. Gran parte del día
- 1. De vez en cuando
- 0. Nunca

**D.3.** Me siento alegre:

- 3. Nunca
- 2. Muy pocas veces
- 1. En algunas ocasiones
- 0. Gran parte del día

**A.4.** Soy capaz de permanecer sentado/a tranquilo/a y relajado/a:

- 0. Siempre
- 1. A menudo
- 2. Raras veces
- 3. Nunca

**D.4.** Me siento lento/a y torpe:

- 3. Gran parte del día
- 2. A menudo
- 1. A veces
- 0. Nunca

**A.5.** Experimento una desagradable sensación de “nervios y hormigueos” en el estómago:

- 0. Nunca
- 1. Sólo en algunas ocasiones
- 2. A menudo
- 3. Muy a menudo

**D.5.** He perdido el interés por mi aspecto personal:

- 3. Completamente
- 2. No me cuidó como debería hacerlo

1. Es posible que no me cuide como debiera

0. Me cuidó como siempre lo he hecho

**A.6.** Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme:

- 3. Realmente mucho
- 2. Bastante
- 1. No mucho
- 0. Nunca

**D.6.** Espero las cosas con ilusión:

- 0. Como siempre
- 1. Algo menos que antes
- 2. Mucho menos que antes
- 3. En absoluto

**A.7.** Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor:

- 3. Muy a menudo
- 2. Con cierta frecuencia
- 1. Raramente
- 0. Nunca

**D.7.** Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:

- 0. A menudo
- 1. Algunas veces
- 2. Pocas veces
- 3. Casi nunca

**Valoración:** se considera que entre 0 y 7 no indica caso, entre 8 y 10 sería un caso dudoso y las puntuaciones superiores a 11 son, probablemente, casos en cada una de las subescalas.

**Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)**

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

**1. Tristeza**

0 No me siento triste.

1 Me siento triste gran parte del tiempo

2 Me siento triste todo el tiempo.

3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.



## 2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.  
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.  
2 No espero que las cosas funcionen para mí.  
3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

## 3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.  
1 He fracasado más de lo que hubiera debido.  
2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.  
3 Siento que como persona soy un fracaso total.

## 4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.  
1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.  
2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.  
3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

## 5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.  
1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.  
2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.  
3 Me siento culpable todo el tiempo.

## 6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado  
1 Siento que tal vez pueda ser castigado.  
2 Espero ser castigado.  
3 Siento que estoy siendo castigado.

## 7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.  
1 He perdido la confianza en mí mismo.  
2 Estoy decepcionado conmigo mismo.  
3 No me gusto a mí mismo.

## 8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual  
1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo  
2 Me critico a mí mismo por todos mis errores  
3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

## 9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.  
1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría  
2 Querría matarme  
3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

## 10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.  
1 Lloro más de lo que solía hacerlo  
2 Lloro por cualquier pequeñez.  
3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

## 11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.  
1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.  
2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto  
3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

## 12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.  
1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.  
3. Me es difícil interesarme por algo.

## 13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.  
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones  
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.  
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

## 14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso  
1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme  
2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.  
3 Siento que no valgo nada.

## 15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.  
1. Tengo menos energía que la que solía tener.  
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado  
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

## 16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.  
1ª. Duermo un poco más que lo habitual.  
1b. Duermo un poco menos que lo habitual.  
2a Duermo mucho más que lo habitual.  
2b. Duermo mucho menos que lo habitual  
3ª. Duermo la mayor parte del día  
3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

## 17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.  
1 Estoy más irritable que lo habitual.  
2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.  
3 Estoy irritable todo el tiempo.

## 18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.  
1ª. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.  
1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.  
2a. Mi apetito es mucho menor que antes.  
2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual  
3ª. No tengo apetito en absoluto.  
3b. Quiero comer todo el día.

## 19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.  
1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente  
2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.  
3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

## 20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.  
1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.  
2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. hacer.  
3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

## 21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.  
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.  
3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**Puntuación:** Nivel de depresión\* 1-10 .....Estos altibajos son considerados normales. 11-16 .....Leve perturbación del estado de ánimo. 17-20 .....Estados de depresión intermitentes. 21-30 .....Depresión moderada. 31-40 .....Depresión grave. + 40 .....Depresión extrema.