



Consorcio Hospitalario
Provincial de Castellón

APLICACIÓN Y RESULTADOS DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

GRADO EN MEDICINA
UNIVERSITAT JAUME I

Autora: Raquel Alcalde Vedrí

Tutor: Rafael Mora Marín

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



TRABAJO DE FIN DE GRADO (TFG) - MEDICINA

EL/LA PROFESOR/A TUTOR/A hace constar su **AUTORIZACIÓN** para la Defensa Pública del Trabajo de Fin de Grado y **CERTIFICA** que el/la estudiante lo ha desarrollado a lo largo de 6 créditos ECTS (150 horas)

TÍTULO del TFG: APLICACIÓN Y RESULTADOS DE LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN EL HOSPITAL PROVINCIAL DE CASTELLÓN

ALUMNO/A: RAQUEL ALCALDE VEDRÍ

DNI: 53790364B

PROFESOR/A TUTOR/A: RAFAEL MORA MARTÍN

Fdo (Tutor/a): 

COTUTOR/A INTERNO/A (Sólo en casos en que el/la Tutor/a no sea profesor/a de la Titulación de Medicina):

Fdo (CoTutor/a interno):

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

Resumen: La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico especialmente indicado en episodios depresivos mayores graves, con complicaciones y alto riesgo de suicidio que ha demostrado una alta eficacia y tolerabilidad, así como una tasa muy baja de efectos adversos importantes. Ésta se aplica en le Hospital Provincial de Castellón desde el año 2000 pero carece de valoración objetiva y cuantitativa de los resultados. En este estudio se pretende evaluar los efectos terapéuticos y efectos adversos inmediatos de la terapia electroconvulsiva (TEC) a los dos meses de iniciado el tratamiento y valorar la satisfacción de los pacientes con el procedimiento.

En el estudio incluyeron 8 pacientes a los que se evaluó a través de diferentes cuestionarios los síntomas y gravedad de la depresión, el grado de malestar, el deterioro cognitivo y la funcionalidad tanto antes como después del tratamiento.

Los resultados arrojaron que la TEC es un tratamiento que mejora tanto la clínica depresiva como la funcionalidad de los pacientes y no se evidencia un deterioro cognitivo asociado a la terapia ni unos efectos adversos graves, por lo que el riesgo/beneficio es muy positivo. Además, existe una correlación entre la dosis media aplicada y la mejora de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Terapia electroconvulsiva, episodio depresivo mayor, evolución clínica, tratamiento, depresión resistente, funciones cognitivas, funcionamiento social, efectos adversos.

Abstract: Electroconvulsive therapy (ECT) is a biological treatment especially indicated in severe major depressive episodes, with complications and high risk of suicide that has demonstrated high efficacy and tolerability, as well as a very low rate of important adverse effects. This is applied in the Provincial Hospital of Castellón since 2000, but it lacks objective and quantitative evaluation of the results. The aim of this study is to evaluate the therapeutic effects and immediate adverse effects of electroconvulsive therapy (ECT) two months after the start of the treatment and assess the satisfaction of patients with the procedure.

The study included 8 patients who were evaluated through different questionnaires the symptoms and severity of depression, the degree of discomfort, cognitive impairment and functionality both before and after treatment.

The results showed that ECT is a treatment that improves both the depressive symptoms and the functionality of patients and there is no evidence of cognitive deterioration associated with therapy or serious adverse effects, so the risk / benefit is very positive. In addition, there is a correlation between the average dose applied and the improvement of depressive symptomatology.

Key words: Electroconvulsive therapy, major depressive episode, outcome, treatment, resistant depression, cognitive functions, social functioning, adverse effects.

EXTENDED SUMMARY

The objectives of this study are to evaluate the therapeutic effects and immediate adverse effects of electroconvulsive therapy (ECT) two months after the start of treatment, as it is applied in the Provincial Hospital of Castellón. As well as assess the satisfaction of patients with respect to the treatment received.

A total of 8 patients were included, all patients referred by their reference psychiatrist or admitted who met criteria for the application of ECT.

The method of choice was modified ECT, performed under sedation and muscle relaxation in order to deprive the patient of conscience during treatment and avoid fractures.

The ECT was applied in a scheme of alternate days for 2 weeks, continuing with two weekly sessions for the next two or three weeks, for a total of 10-12 sessions per patient.

Before the application of the treatment, a complete anamnesis and clinical history of the patients was made, they were informed of the procedure to which they were going to submit and they were given written information about the treatment. A brain CT or MRI was also requested as a neuroimaging test to rule out contraindications; and a preoperative study by the anesthesia service, which included a blood count, biochemistry with cholinesterase; chest x-ray and ECG.

The Study of the Zero Resistance Project of the ICU was also applied to all patients, in order to rule out that the patient could be a carrier of multiresistant bacteria.

In all cases the patient (or family member) signed it freely, consciously and with sufficient information, informed consent both for the publication of data anonymously and for the application of the therapy.

Patients were evaluated with tests that showed their initial clinical situation, both the symptoms and the severity of the depression, the degree of discomfort perceived by the patient, their level of functionality and their cognitive level. The questionnaires used were the Screening of Cognitive Impairment in Psychiatry (SCIP-S), Mini Mental State Examination (MMSE), Global Clinical Impression (CGI), Visual Analog Scale (EVA), Brief

Social Functioning Scale (FAST) and Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

Two months after completing the treatment, the patients were reevaluated by the same interviewer, who, in addition to performing all the previous tests, also evaluated the subjective changes that occurred in them, the adverse effects suffered and the overall satisfaction with the treatment.

The SPSS program version 25.0 (IBM Corp., USA) was used for all data analyzes. The sociodemographic, clinical and cognitive data were shown using absolute numbers, percentages, median and interquartile range (RIQ).

A non-parametric model of paired data (Wilcoxon test) was used to analyze the changes in the clinical and cognitive parameters examined that was statistically significant for clinical and functional parameters and not significant in terms of cognitive deterioration.

To analyze the correlation between the variables, the Spearman correlation quotient was used, which was statistically significant in relation to the average dose and the MADRS questionnaire.

Both the adverse effects and the satisfaction with the treatment were analyzed by percentages.

After carrying out the statistical analysis, the results obtained support that there is a clinical and functional improvement in patients diagnosed with major depression after undergoing electroconvulsive therapy.

There is no evidence that a cognitive deficit occurs after completing the treatment or a worsening of the previous state and the side effects in most patients are mild, so the risk benefit is completely acceptable.

The study also reaffirms the indications of ECT, especially in major depression and catatonia, since outside of these the treatment is not effective.

Finally, there is a correlation between the average dose applied and the MADRS scale, which supports that when this increases, there is a greater decrease in the score and therefore a more important clinical improvement.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN	1
2.	PACIENTES Y MÉTODOS	3
	2.1 DISEÑO.....	3
	2.2 POBLACIÓN A ESTUDIO.....	3
	2.3 MÉTODOS.....	4
	2.3.1 Exploración Pre-TEC.....	4
	2.3.1.1 SCIP-S.....	5
	2.3.1.2 MMSE (Mini-Mental State Examination).....	5
	2.3.1.3 Impresión clínica global (CGI).....	6
	2.3.1.4 Escala visual analógica (EVA).....	6
	2.3.1.5 Escala breve de Funcionamiento Social (FAST).....	6
	2.3.1.6 Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).....	7
	2.3.2 Aplicación de la TEC.....	7
	2.3.3 Condiciones de realización de la TEC.....	7
	2.3.4 Exploración post-TEC.....	8
	2.3.4.1 Efectos adversos.....	8
	2.3.4.2 Cuestionario de satisfacción.....	8
	2.4 VARIABLES ESTUDIADAS.....	8
	2.5 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	9
	2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	10
3.	RESULTADOS	10
	3.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES.....	10
	3.2 EFICACIA DE LA TEC.....	10
	3.3 EFECTOS ADVERSOS.....	12
	3.4 SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....	13
4.	DISCUSIÓN	14
5.	CONCLUSIONES.....	16
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	16
7.	ANEXOS.....	18

I. INTRODUCCIÓN

La terapia electroconvulsiva (TEC) es un tratamiento biológico que consiste en inducir una convulsión tónico-clónica generalizada mediante la administración de un estímulo eléctrico superior al umbral convulsivo. La TEC modificada consiste en la realización de la técnica en condiciones estandarizadas con anestesia general y relajación muscular, con el fin de privar al paciente de conciencia durante el tratamiento y proporcionar relajación muscular para evitar fracturas. La frecuencia y su número de sesiones viene determinado por la patología y la clínica individual de cada paciente.

La mayor indicación de la TEC corresponde al episodio depresivo mayor uni o bipolar. Está especialmente indicada en episodios depresivos graves con alto riesgo suicida, catatonía¹, complicaciones somáticas graves y alteraciones severas del comportamiento. También en mujeres embarazadas, pacientes resistentes a tratamiento farmacológico y depresiones críticas que requieren ser tratadas rápidamente.

Asimismo, se considera que hay predictores de buena respuesta a la terapia, como son el inicio brusco del episodio, duración inferior a un año, inhibición pronunciada, pérdida de peso, despertar precoz, catatonía, clínica psicótica, clínica melancólica, tendencia suicida, edad avanzada, antecedentes familiares de depresión y antecedentes de buena respuesta a TEC^{2,3,4}.

La TEC ha demostrado unas tasas de respuesta del 60-80% y una tasa de remisión del 50-60% en los estudios más recientes, sustancialmente mayor a lo observado con medicamentos, especialmente en los casos resistentes al tratamiento¹. Estos datos se apoyan en un metaanálisis realizado en 2003 en el que se analizaron 24 estudios y afirma de forma estadísticamente significativa que la TEC en pacientes con depresión es superior tanto al placebo como a los psicofármacos⁵.

Otro estudio realizado en 2018 investigó la eficacia clínica desde el punto de vista de los pacientes, quienes evalúan la TEC como un procedimiento generalmente eficaz. Asimismo, analizaron de forma objetiva, a través de cuestionarios, la mejoría clínica que fue significativamente alta⁶.

También se han demostrado mejoras en la calidad de vida de los pacientes tratados⁷. Estas mejoras fueron tanto en el componente físico como en el componente de salud mental⁸.

En cuanto a la seguridad, tolerabilidad y contraindicaciones de la TEC, se ha estimado que el riesgo de muerte es de 2 a 10 muertes por 100,000 tratamientos, lo cual equivale al riesgo general de la anestesia⁹. La TEC es, por lo tanto, un procedimiento muy seguro, cuyos efectos secundarios más comunes suelen ser leves, accesibles al tratamiento sintomático y temporales (cefalea, náuseas, mialgias y confusión). Los efectos adversos graves, pero poco frecuentes incluyen eventos cardiovasculares, pulmonares y cerebrovasculares, pero estos pueden minimizarse detectando los factores de riesgo y monitorizando al paciente. En cuanto a los trastornos cognitivos, la mayoría son de corta duración y la amnesia retrógrada rara vez puede persistir¹⁰.

Hoy en día, no hay contraindicaciones absolutas para la práctica de la TEC. Se estima que tiene mayor riesgo el efecto de la misma depresión severa ya que tiene una alta mortalidad asociada al suicidio y al empeoramiento del pronóstico de las comorbilidades del paciente¹¹.

En el Hospital Provincial de Castellón se aplica la TEC modificada desde el año 2000 en pacientes ingresados y ambulatorios, además tiene una de las mayores tasas de aplicación de esta en toda España, siendo esta de 2,69 sesiones por cada 100000 habitantes en el año 2015¹². Sin embargo, actualmente carece de valoración objetiva y cuantitativa de los resultados de la TEC aplicada en el centro. No obstante, se ha desarrollado el Programa de Terapia electroconvulsiva de Castellón (ProTECC) que se aplica desde el año 2018 con el fin de protocolizar el tratamiento.

Son estos motivos los que nos llevan a plantear un estudio en nuestro centro, como ya se ha hecho en otros hospitales de Túnez¹³ y Portugal¹⁴, de forma que nuestros objetivos son evaluar los efectos terapéuticos y efectos adversos inmediatos de la terapia electroconvulsiva (TEC) a los dos meses de iniciado el tratamiento, tal como se aplica en el Hospital Provincial de Castellón. Así como valorar la satisfacción de los pacientes respecto al tratamiento recibido.

2. PACIENTES Y MÉTODOS

2.1. DISEÑO

Se trata de un estudio naturalístico, observacional, descriptivo, longitudinal, que compara la situación clínica de los pacientes sometidos a TEC antes y después de la administración de dicho tratamiento según el procedimiento habitual descrito en la Guía del ProTECC.

2.2. POBLACIÓN A ESTUDIO

Se incluyeron todos los pacientes derivados por su psiquiatra de referencia de la Unidad de Salud Mental (USM) o ingresados en la Unidad de Hospitalización Breve (UHB) o Unidad de Media Estancia (UME) que cumplían criterios para la aplicación de TEC (Tabla 1) que hubieran recibido el tratamiento entre el 1 de abril de 2018 y el 31 de enero de 2019 y que hubieran firmado el consentimiento informado para la publicación anónima de sus datos.

El tamaño muestral al inicio del estudio fue de 11 personas, de las cuales 2 se tuvieron que descartar a la hora de analizar los resultados por falta de datos y una por un estado inicial de catatonía, por lo que no se pudieron realizar las pruebas. No obstante, el último caso será comentado posteriormente.

Tabla 1. Indicaciones clínicas y situaciones de indicación de TEC.

- Episodio depresivo mayor (unipolar o bipolar)
- Episodio maníaco
- Esquizofrenia y trastornos psicóticos relacionados
- Catatonía (diferentes etiologías)
- Síndrome neuroléptico maligno
- Otros trastornos neurológicos (enfermedad de Parkinson, epilepsia refractaria)

Uso “primario” (como tratamiento inicial)

- Urgencia (necesidad de respuesta rápida, riesgos médicos/psiquiátricos)
 - ideación suicida
 - negativa a la ingesta
 - agitación psicomotriz
 - síntomas catatónicos graves.
- Menor riesgo con TEC que con fármacos
 - ancianos
 - embarazo
- Antecedentes de mejor respuesta a TEC que a fármacos
- Preferencia clara del paciente

Uso “secundario” (tras fracaso de otras estrategias)

- Resistencia a fármacos
 - Intolerancia a fármacos
 - Empeoramiento clínico a pesar de tratamiento
-

2.3. MÉTODOS

2.3.1 Exploración Pre-TEC

El primer contacto con el paciente antes de iniciar el tratamiento constaba de dos entrevistas.

La primera visita se realizaba la anamnesis completa e historia clínica con el fin de valorar la indicación de TEC. Además, el paciente era informado del procedimiento al que se iba a someter y se le proporcionaba información por escrito acerca del tratamiento. Se solicitaban también las siguientes exploraciones complementarias: un TAC o RNM cerebral como prueba de neuroimagen para descartar contraindicaciones;

un estudio preoperatorio por parte del servicio de anestesia, que incluía hemograma, bioquímica con colinesterasa; radiografía de tórax y ECG.

También se aplicó a todos los pacientes el Estudio del Proyecto de Resistencia Zero de la UCI, con el fin de descartar que el paciente pudiera ser portador de bacterias multirresistentes (BMR) y evitar el riesgo de contaminación tanto del personal como del box de UCI. El proyecto implica realizar una búsqueda activa de la presencia de BMR en todos los pacientes antes del ingreso en UCI y cada 6 sesiones a lo largo de toda la terapia. Las muestras incluyen un frotis nasal, rectal y de orofaringe, así como otras que puedan ser necesarias para controlar posibles reservorios.

En la segunda visita, se entregaba el Consentimiento Informado tanto de la terapia como de la publicación de datos anónimos.

A continuación, se hacía la exploración neuropsicológica y psiquiátrica que incluía: SCIP-S, MMSE, Impresión clínica global (CGI), Escala Visual analógica (EVA), Escala Breve de Funcionamiento Social (FAST) y Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS).

2.3.1.1. SCIP-S (Screening de deterioro cognitivo en psiquiatría)

Se trata de una prueba breve de cribado de deterioro cognitivo construida con muestras de pacientes psiquiátricos y una muestra comunitaria. A través de 5 tareas diseñadas para la obtención de medidas en aprendizaje verbal inmediato y diferido, memoria de trabajo, fluidez verbal y velocidad de procesamiento, es posible obtener un índice general de ejecución global. El objetivo de SCIP-S es la detección de niveles bajos de rendimiento cognitivo y su finalidad no es diagnóstica¹⁵.

2.3.1.2. MMSE (Mini-Mental State Examination)

Se trata de una prueba de cribado de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 35 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción¹⁶.

2.3.1.3. *Impresión clínica global (CGI)*

Se utiliza como medida de cambio según la experiencia subjetiva del médico. Consta de dos subescalas: Gravedad del cuadro clínico (GGI) y Mejoría debida a intervenciones terapéuticas¹⁷.

2.3.1.4. *Escala visual analógica (EVA)*

Permite medir el grado de malestar que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros¹⁸.

La peculiaridad en psiquiatría es que se expresa 10 como “el momento en que mejor me he sentido” y 0 como “el peor momento que me he sentido”.

2.3.1.5. *Escala breve de Funcionamiento Social (FAST)*

Esta escala evalúa 24 ítems agrupados en 6 dominios¹⁹:

- Autonomía, se refiere a la capacidad del paciente para hacer las cosas por sí mismo y tomar sus propias decisiones.
- Funcionamiento laboral, que incluye la capacidad de trabajar del paciente, rapidez para desempeñar tareas laborales, rendimiento, ocupación laboral y sueldo en función de formación académica.
- Funcionamiento cognitivo, se compone por la capacidad de concentración, realización de cálculos mentales, resolución de problemas, aprendizaje y memoria para las nuevas tareas.
- Finanzas, hace referencia a la gestión del dinero y realización de compras equilibradas.
- Relaciones Interpersonales, incluye las relaciones de amistad, familiares, participación en actividades sociales, relaciones sexuales y asertividad.

- Ocio, es la capacidad para practicar deporte/ejercicio físico y mantener aficiones.

2.3.1.6. Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)

La MADRS es una escala que consta de 10 ítems que evalúan los síntomas y la gravedad de la depresión. 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 médico puede utilizar la información de fuentes distintas al paciente. La puntuación global se obtiene de la suma de la puntuación asignada en cada uno de los ítems, oscilando entre 0-60. No existen puntos de corte definidos pero los recomendados son No depresión de 0-6; depresión ligera/menor de 7-19; Moderada de 20-34; Grave de 35-60²⁰.

2.3.2. Aplicación de la TEC

Actualmente el método de elección es la TEC modificada, realizada bajo sedación y relajación muscular con el fin de privar al paciente de conciencia durante el tratamiento y proporcionar relajación muscular para evitar fracturas.

El aparato con el que la aplicábamos era el Tymatron System IV que emplea un estímulo de onda cuadrada, pulso breve (0,25 a 1 ms) e intensidad constante (9 mA) y puede suministrar trenes de estímulos de hasta 8s, con una gama de frecuencias de 10 a 70 Hz.

Los electrodos se ponían en posición bilateral frontotemporal, se trata de la localización clásica, con los electrodos en el punto medio de la línea canto-meatal en ambos lados. Se asocia a una mayor rapidez de acción y eficacia, pero en contraposición produce mayor afectación cognitiva.

La TEC se aplica habitualmente en un esquema de días alternos durante 2 semanas, continuando con dos sesiones semanales las dos o tres semanas siguientes, hasta un total de 10-12 sesiones. El número y frecuencia de las sesiones son decisión médica del psiquiatra responsable del ProTECC.

2.3.3. Condiciones de realización de la TEC

En el Hospital Provincial de Castellón la TEC se aplica en la Unidad de Críticos. Durante el estudio, se ingresaba al paciente a primera hora de la mañana en ayunas procedente de una unidad de hospitalización o bien de su domicilio y se monitorizaba con electrocardiograma, pulsioxímetro y tensión arterial.

Antes aplicar la descarga, se debía hiperventilar con una mascarilla con el objetivo de hiperoxigenar al paciente, así como para disminuir los niveles de dióxido de carbono y promover la actividad convulsiva.

La anestesia, aplicada por los intensivistas, se intentó que fuera lo más superficial posible y que hubiera una rápida inducción en segundos y un rápido despertar. Para ello se utiliza Propofol (0,75-1,5 mg/kg) como agente hipnótico ya que tanto el inicio de acción como despertar son muy rápidos. Como relajante muscular se emplea Succinilcolina (0,5-1,5 mg/kg), de elección por su rapidez y corta duración.

Después del procedimiento, los pacientes fueron dados de alta por Psiquiatría, Medicina Intensiva y Enfermería de la UCI unas horas después.

2.3.4. Exploración post-TEC

Dos meses después de la primera sesión de TEC, se repitieron las exploraciones neuropsicológicas y clínicas realizadas en el pre-TEC con el fin de valorar los efectos terapéuticos y también se valoraron los posibles efectos adversos de la TEC. Finalmente, se entregó un cuestionario de satisfacción elaborado para el paciente.

2.3.4.1. Efectos adversos

Se evaluaron mediante una escala *ad hoc* basada en otras escalas de efectos secundarios, como la UKU. De forma que podemos indicar tanto el efecto secundario como el nivel de afectación en la vida del paciente.

2.3.4.2. Cuestionario de satisfacción

Se utilizó un cuestionario auto aplicado, la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4) donde se obtienen tres componentes: la satisfacción, la solución del problema y la percepción del cambio emocional antes y después del tratamiento²¹.

2.4. VARIABLES ESTUDIADAS

Las variables estudiadas se resumen en la Tabla 2.

Tabla 2. Variables

Demográficas

- Edad
- Sexo

Técnicas

- Dosis de TEC
- N° de sesiones

Clínicas

- MADRS pre Tec
- MADRS post Tec
- CGI pre Tec
- CGI post Tec
- EVA pre Tec
- EVA post Tec
- Efectos Adversos
- FAST pre Tec
- FAST post Tec

Cognitivas

- SCIP-S pre Tec
- SCIP-S post Tec
- MiniMental pre Tec
- MiniMental post Tec

2.5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó para todos los análisis de datos el programa SPSS versión 25.0 (IBM Corp., EE. UU.). Los datos sociodemográficos, clínicos y cognitivos se mostraron utilizando números absolutos, porcentajes, mediana y rango intercuartílico (RIQ).

Se usó un modelo no paramétrico de datos apareados (prueba de Wilcoxon) para analizar los cambios en los parámetros clínicos y cognitivos examinados.

Para analizar la correlación entre las variables se empleó el cociente de correlación de Spearman.

Todos los valores de p inferiores a 0,05 se consideraron significativos.

Tanto los efectos adversos como la satisfacción con el tratamiento se analizaron mediante porcentajes.

2.6. ASPECTOS ÉTICOS

La TEC al considerarse una intervención terapéutica invasora que puede suponer riesgos o inconvenientes notorios y de previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, es esencial obtener el consentimiento informado (CI) del paciente competente o en el supuesto de no serlo, obtenerlo por parte de su representante legal o familiares.

También es necesario el consentimiento informado para la anestesia, procedimientos radiológicos además del consentimiento para la publicación de datos de forma anónima.

Los consentimientos contienen la parte informativa de la técnica y la declaración de consentimiento y la de revocación. En todos los casos el paciente (o el familiar) lo firmó de forma libre, consciente y con información suficiente.

3. RESULTADOS

3.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

De los participantes en el estudio, el 62,5% fueron mujeres y el 37,5% hombres. La edad mediana fue de 48,50 años (RIQ 23), con un mínimo de 25 años y un máximo de 65. La mediana del número de sesiones fue de 11 (RIQ 3) y de la dosis media administrada 214,2mC (RIQ 84,42).

El diagnóstico del 87,5% de los pacientes era depresión mayor, sólo un paciente incluido en el estudio estaba diagnosticado de un trastorno de la personalidad con sintomatología depresiva.

3.2. EFICACIA DE LA TEC

En cuanto a las variables clínicas estudiadas, la media de la escala EVA antes de la aplicación de la TEC fue de 3 sobre 10 con un rango intercuartílico de 4, lo que

clasificaría a los pacientes en un estado de malestar de moderado a severo. Una vez realizada la terapia la media fue de 6,5 puntos (RIQ 2), con una diferencia entre las variables de 2,75 puntos.

El MADRS puntuó una mediana de 28,5 sobre 60 con un rango intercuartílico de 11 considerándose por tanto una depresión de moderada a grave. Después de la TEC la mediana era de 10,5 puntos (RIQ 16), con una mejoría de -11 puntos.

La FAST obtuvo una mediana de 48,5 puntos con un rango intercuartílico de 10. Al final del estudio los pacientes mejoraron -14,5 puntos, quedando la mediana en 28,5 (RIQ 16).

En la escala de ICG la mediana fue de 5 con un rango intercuartílico de 1 lo que significa que los pacientes impresionaban de marcadamente enfermos. En la última visita la mediana de la puntuación fue de 2 (RIQ 1) lo que se clasifica como moderadamente mejor, esta mejoría fue de -2 puntos.

En cuanto a las variables de deterioro cognitivo, el Mini Mental obtuvo una puntuación mediana de 31,5 sobre 35 (RIQ 5) y el SCIP una mediana de 3,5 sobre 5 (RIQ 2) antes de realizar la TEC. Después de la intervención, la mediana fue 4 y 3 respectivamente, con una diferencia de 1 y -1.

Tras la realización del estudio descriptivo en la Tabla 3 se muestran los datos de significación estadística de los resultados obtenidos mediante la prueba de Wilcoxon.

Tabla 3. Resultados análisis descriptivo y prueba de Wilcoxon.

ESCALAS	PRE-TEC		POST-TEC		P valor
	Mediana	RIQ	Mediana	RIQ	
EVA	3	4	6,5	2	0,012
MADRS	28,5	11	10,5	16	0,018
FAST	48,5	10	28,5	22	0,017
ICG	5	1	2	1	0,011
Mini Mental	31,5	5	34	3	0,172
SCIP	3,5	2	3	2	0,096

Los datos muestran una significación estadística para la EVA (p 0,012); MADRS (p 0,018); FAST (0,017) y ICG (p 0,011).

Tanto los resultados del Mini Mental (p 0,172) y el SCIP (0,096) no son estadísticamente significativos.

Tabla 4. Correlación entre variables mediante P de Spearman.

DIFERENCIA		SEXO	EDAD	Nº SESIONES	DOSIS MEDIA
EVA	CC	0,507	-0,238	0,074	0,359
	<i>p valor</i>	0,2	0,57	0,862	0,382
MADRS	CC	-0,283	-0,335	-0,593	-0,735
	<i>p valor</i>	0,496	0,417	0,121	0,038
FAST	CC	-0,62	-0,357	0,442	0,048
	<i>p valor</i>	0,01	0,385	0,273	0,91
ICG	CC	-0,468	-0,148	-0,363	-0,597
	<i>p valor</i>	0,242	0,726	0,377	0,118
Mini Mental	CC	-0,639	-0,184	0,019	-0,123
	<i>p valor</i>	0,088	0,662	0,964	0,771
SCIP	CC	-0,181	0,064	-0,336	-0,430
	<i>p valor</i>	0,667	0,881	0,416	0,287

Atendiendo a los datos de la Tabla 4 se establece un nivel de correlación fuerte entre la dosis administrada y la diferencia de la variable de MADRS (coeficiente de correlación -0,735), siendo que está mucho más cercano a -1 que a 0. Por otro lado, se establece que es una correlación negativa y estadísticamente significativa (p valor 0,038).

3.3. EFECTOS ADVERSOS

Los efectos adversos más frecuentes fueron la cefalea y los dolores musculares, que los padecieron un 37,5% de los pacientes. Su intensidad fue leve en la cefalea y leve/moderada en el dolor muscular.

Un 25% tuvo episodios de amnesia retrógrada leve durante la realización de la TEC, que posteriormente se fue recuperando.

Un 12,5% sufrió somnolencia, lesión dental moderada, amnesia anterógrada leve o síndrome confusional agudo grave.

A un único paciente se decidió suspender el tratamiento debido a los efectos adversos que presentó.

3.4. SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

De acuerdo con el cuestionario CRES-4, donde el primer ítem es la satisfacción con la forma que el terapeuta ha tratado el problema por el que consultó, el 60% indicó que estaba completamente satisfecho, dos personas (20%) muy satisfechos y otros dos (20%) bastante satisfechos.

En la medida de cuanto le ayudó el tratamiento para su problema específico, dos pacientes (20%) consideraron que hizo que las cosas mejorasen mucho, el 50% que mejorasen algo, uno (10%) refirió no haber notado cambios y dos (20%) no estaban seguros.

En cuanto al estado emocional general de los pacientes al inicio del tratamiento, un 50% estaban muy mal, apenas lograban hacer frente a las cosas, un 40% estaban bastante mal, la vida les resultaba a menudo muy dura y uno refirió estar bien y no tener problemas graves.

Dos meses después del tratamiento, en el momento de la entrevista, el estado emocional general de dos de ellos (20%) era muy bueno, les gustaba mucho la vida que llevaban, otros dos (20%) estaban bastante bien, no tenían problemas graves. El 50% se encontraban regular, con sus altibajos y uno (10%) estaba muy mal y no lograba hacer frente a las cosas.

4. DISCUSIÓN

Los datos anteriores muestran que existe significación estadística en la EVA, MADRS, FAST e ICG de forma que se puede afirmar que la TEC es un tratamiento que mejora tanto la clínica depresiva como la funcionalidad de los pacientes. Por otra parte, no existe significación estadística en cuanto al Mini Mental y al SCIP, por lo que no se evidencia un deterioro cognitivo asociado a la terapia.

Estos resultados concuerdan con diversos estudios donde a pesar de usar en algunos casos distintas pruebas y escalas, los objetivos iniciales eran iguales. En uno de ellos, realizado en 2016 afirman que la TEC redujo los síntomas depresivos en pacientes con trastornos depresivos, sin disminución de la funcionalidad durante el período de estudio, la impresión clínica global mejoró significativamente, y no hubo deterioro cognitivo general²². Resultados parecidos fueron observado en un estudio Taiwanés de 2017 donde se demostró que la TEC mejoraba la sintomatología depresiva, el funcionamiento, así como la calidad de vida de los pacientes⁷.

Otro estudio realizado en 2019 cuyo objetivo era describir las alteraciones a nivel de actividad cerebral también concluyeron que los síntomas depresivos también disminuyeron significativamente ($p < 0,001$)²³.

En 2018 un metaanálisis que incluyó 4 estudios y se centró en el componente físico (PCS) y mental (MCS) del cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud SF-36, sus resultados revelaron que la TEC estaba asociada a mejoras globales en la calidad de vida. Los cambios observados después de la TEC en el PCS y CMS se consideraron muy consistentes e importantes, siendo estadísticamente superior el MCS al PCS⁸.

Analizando individualmente nuestra muestra, sólo un paciente no mejoró con la terapia, se mantuvo con prácticamente las mismas puntuaciones iniciales. Este paciente padecía un trastorno de personalidad del tipo Clúster B con sintomatología depresiva e inestabilidad emocional. Este caso nos demuestra que la TEC es efectiva pero no en cualquier enfermedad psiquiátrica, sino en unas indicaciones muy concretas expuestas en la Tabla 1 en las que no se incluía esta patología.

Otro caso muy significativo fue una paciente que al inicio de la terapia se encontraba en estado catatónico debido a su severa depresión, por lo que no fue posible su evaluación según el diseño del estudio. Después de la TEC se evaluó al igual que el resto de los

participantes, dando como resultado una EVA de 7, MADRS de 4, FAST de 19 e ICG de 7, lo cual indicaba la gran mejoría clínica y funcional que había experimentado la paciente.

Nuestros resultados también muestran una correlación inversa entre la dosis media administrada y la MADRS. Esto implica que, con cargas eléctricas más elevadas, disminuye la puntuación de la escala, lo que significa una mejoría a nivel de la clínica depresiva.

En relación con los efectos adversos, los observados en nuestro estudio se pueden considerar leves y de poca interferencia en la vida del paciente, esto sigue la línea habitual de otras publicaciones, donde se considera que el riesgo beneficio se decanta hacia la aplicación de la TEC por los mínimos efectos adversos que se producen.

No obstante, hubo un paciente que tuvo que abandonar la terapia tras varias sesiones por presentar efectos adversos más graves como una lesión a nivel dental y un síndrome confusional agudo grave.

La satisfacción global que experimentaron los pacientes fue en general bastante buena, considerando que se había tratado su problema de forma adecuada y que después de la terapia se encontraban ligeramente mejor.

Atendiendo a las limitaciones del estudio, la principal es la muestra del estudio, se trata de una n muy pequeña, que, a pesar de arrojar resultados estadísticamente significativos, no sigue una distribución normal y los datos podrían no corresponder a la realidad. La solución al problema es continuar el estudio posteriormente de forma que se vayan añadiendo todos los pacientes a los que se aplique TEC en los siguientes años, hasta alcanzar una muestra mayor y poder repetir los resultados.

Otra de las limitaciones es la falta de entrenamiento del entrevistador principal, al tratarse de una estudiante de medicina y no de un psiquiatra especializado se puede haber producido un sesgo de información a la hora de realizar las pruebas. Además, el estudio no ha sido enmascarado por lo cual sumando el sesgo anterior se puede producir una sobreestimación de los resultados obtenidos.

Finalmente, otro punto importante es el sesgo de memoria de los pacientes respecto a los efectos adversos que se produjeron 2 meses antes de la entrevista, así como la asociación incorrecta de síntomas habituales de la misma enfermedad con el efecto adverso de la TEC.

5. CONCLUSIONES

Nuestros resultados respaldan que hay una mejora tanto clínica como funcional en los pacientes con diagnóstico de depresión mayor tras someterse a terapia electroconvulsiva. Además, no existe evidencia de que se produzca un déficit cognitivo tras completar el tratamiento ni un empeoramiento del estado previo y los efectos secundarios en la mayoría de los pacientes son de carácter leve, por lo que el riesgo beneficio es completamente asumible.

El estudio también reafirma las indicaciones del TEC, sobre todo en depresión mayor y catatonía, ya que fuera de éstas el tratamiento no es efectivo.

Finalmente, se evidencia una correlación entre la dosis media aplicada y la escala de MADRS, que respalda que al aumentar ésta se produce una disminución mayor en la puntuación y por lo tanto una mejoría clínica más importante.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Weiner RD, Reti IM. Key updates in the clinical application of electroconvulsive therapy. *International Review of Psychiatry*. 4 de marzo de 2017;29(2):54-62.
2. Haq AU, Sitzmann AF, Goldman ML, Maixner DF, Mickey BJ. Response of Depression to Electroconvulsive Therapy: A Meta-Analysis of Clinical Predictors. *J Clin Psychiatry*. 21 de octubre de 2015;76(10):1374-84.
3. van Diermen L, van den Aamele S, Kamperman AM, Sabbe BCG, Vermeulen T, Schrijvers D, et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*. 2018;212(2):71-80.
4. Pinna M, Manchia M, Oppo R, Scano F, Pillai G, Loche AP, et al. Clinical and biological predictors of response to electroconvulsive therapy (ECT): a review. *Neuroscience Letters*. 16 de marzo de 2018;669:32-42.
5. Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 8 de marzo de 2003;361(9360):799-808.

6. Belz M, Besse M, Krech L, Methfessel I, Zilles D. Wirksamkeit und Verträglichkeit der Elektrokonvulsionstherapie: Einfluss des klinischen Ansprechens aus Patientensicht. Vol. 89. 2018.
7. Huang C-J, Huang Y-H, Lin C-H. Factors Related to the Changes in Quality of Life for Patients With Depression After an Acute Course of Electroconvulsive Therapy. The Journal of Ect. 1 de junio de 2017;33(2):126-33.
8. Giacobbe P, Rakita U, Penner-Goeke K, Feffer K, Flint A, Kennedy S, et al. Improvements in Health-Related Quality of Life with Electroconvulsive Therapy. The Journal of Ect. 1 de junio de 2018;34(2):87-94.
9. Payne NA, Prudic J. Electroconvulsive therapy: Part I. A perspective on the evolution and current practice of ECT. Journal of psychiatric practice. septiembre de 2009;15(5):346-68.
10. Andrade C, Arumugham SS, Thirthalli J. Adverse Effects of Electroconvulsive Therapy. Psychiatric Clinics of North America. 1 de septiembre de 2016;39(3):513-30.
11. Zilles D, Wolff-Menzler C, Wiltfang J. Elektrokonvulsionstherapie zur Behandlung unipolar depressiver Störungen. Nervenarzt. 1 de mayo de 2015;86(5):549-56.
12. Ignacio Vera López. LA TERAPIA ELECTROCONVULSIVA EN ESPAÑA: SITUACIÓN ACTUAL Y ORIENTACIONES FUTURAS. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2015. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/33445/1/T36485.pdf>
13. Mechri A, Zaafrane H, Khalifa MH, Toumi S, Zaafrane F, Gaha L. Pratique de l'électroconvulsivothérapie dans un hôpital universitaire Tunisien: The practice of electroconvulsivothérapie at a University Hospital in Tunisia. The Pan African Medical Journal. 2018 ;29.
14. Oliveira SM, Barrocas DM, Guerreiro DF. Use of electroconvulsive therapy at a University Hospital in Lisbon, Portugal: A 5-year naturalistic review. European Psychiatry. 1 de abril de 2008;23:S286.
15. SCIP-TEA [Internet]. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2015/SCIP-TEA.pdf>
<https://www.tadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/15-SFS.pdf>

16. Mini Mental [Internet]. Disponible en:
https://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf
17. Escala Impresión Clínica Global PDF [Internet]. Disponible en:
http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/125_ESCALA_IMPRESION_CLINICA_GLOBAL-CGI.pdf
18. Escala EVA [Internet]. Disponible en:
<https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>
19. SFS.pdf [Internet]. Disponible en:
<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/Datos/433/pdf/15-SFS.pdf>
20. Instrumentos de evaluación de la depresión [Internet]. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_9_Instrumentos_de_evaluacion_de_la_depresion.pdf
21. Feixas G, Pucurull O, Roca C, Paz C, Garcia-Grau E, Bados A. Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4): Versión en español. Revista de Psicoterapia. Vol. XXIII. Nº 89. Págs. 51-58
22. Stojanovic Z, Andric S, Soldatovic I, Dolic M, Spiric Z, Maric NP. Executive function in treatment-resistant depression before and after electroconvulsive therapy. The World Journal of Biological Psychiatry. 17 de noviembre de 2017;18(8):624-32.
23. Qiu H, Li X, Luo Q, Li Y, Zhou X, Cao H, et al. Alterations in patients with major depressive disorder before and after electroconvulsive therapy measured by fractional amplitude of low-frequency fluctuations (fALFF). Journal of Affective Disorders. 1 de febrero de 2019;244:92-9.

7. ANEXOS

Escala SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry)

1.- Test de aprendizaje de palabras. (Lea la lista de palabras en un intervalo aproximado de 3 segundos por palabra. Apuntar el recuerdo. Repetir 2 veces más). Al finalizar el 3^{er} intento el participante es avisado de que será preguntado por la lista más tarde:

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	$\Sigma/10$
1											
2											
3											

$\Sigma/30 =$

2.- Test de repetición de consonantes. Lea cada conjunto de 3 letras. El sujeto debe contar hacia atrás desde el número que aparece en el inicio (#) durante los segundos que pone en la casilla de Demora para cada ítem, y luego recordar las letras. En cualquier orden es correcto:

Estímulo	Inicio (#)	Demora(seg)	Respuesta
Q-L-X			
H-J-T			
X-C-P	94	18	
N-D-J	109	9	

Estímulo	Inicio (#)	Demora (seg)	Respuesta
F-X-B	53	3	
J-C-N	46	9	
S-G-Q	117	18	
KMC	48	3	

$\Sigma/24 =$

3.- Test de fluidez verbal. 30 segundos para generar palabras que empiecen por cada letra:

Estímulo	Respuesta
C	
L	

$\Sigma =$

4.- Aprendizaje diferido: Preguntar al sujeto por las palabras que recuerde de la lista anterior. No repetir la lista

	Tambor	Cortina	Campana	Café	Escuela	Padre	Luna	Jardín	Sombrero	Granjero	$\Sigma/10$
4											

$t4/t3 * 100 =$

5.- Tarea de seguimiento visomotor: Después de practicar con los ítems que aparecen sombreados, tiene 30 segundos para completar de izquierda a derecha y de arriba abajo la cuadrícula.

A	V	C	U	G	Y
. -	. . . -	- -	- - .	- . . -

Práctica						Test		
G	U	C	Y	A	V	C	A	G
V	Y	U	G	U	A	Y	C	V
A	C	Y	G	U	V	C	Y	V
U	G	A	V	C	G	A	V	Y

Spanish Version. Scot E. Purdon & Óscar Pino

Hora de inicio: _____

Hora final: _____

Escala SCIP (Screen for Cognitive Impairment in Psychiatry). Continuación

Subtest 1. Número de palabras recordadas (0-30):

Subtest 2. Número de letras recordadas (0-24):

Subtest 3. Número de palabras generadas:

Subtest 4. Número de palabras recordadas (0-10):

Subtest 5. Número de ítems completados (0-30):

PUNTUACIÓN:

Suma 1 punto por cada una de las condiciones.

0 a 2: límites de la normalidad

3: Deterioro leve

4: Deterioro moderado

5: Deterioro severo

Subtest 1 < 21 Subtest 2 < 18 Subtest 3 < 13 Subtest 4 < 5 Subtest 5 < 11

TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN

Anote el tiempo de administración de la escala SCIP: _____ minutos

FACILIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE LA ESCALA SCIP

Indique, por favor las dificultades a la hora de administrar, codificar o puntuar la escala SCIP

Spanish Version. Scot E. Purdon & Óscar Pino

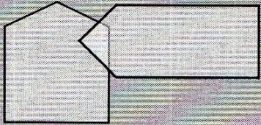
MINI EXAMEN COGNOSCITIVO

Mini examen cognoscitivo (Versión española del Mini Mental Status of Examinador de Folstein et al 1975) Validado por Lobe et al 1979.

Paciente _____ Edad _____ N° Historia _____

Ocupación _____ Escolaridad _____

Examinado por _____

ORIENTACIÓN						FECHA	FECHA
"Dígame el día	Fecha	Mes	Estación	Año		(5)	(5)
"Dígame el Hospital (o el lugar)			Planta				
Ciudad	Provincia		Nación			(5)	(5)
FIJACIÓN							
"Repita estas tres palabras: Peseta-Caballo-Manzana" (repetirlas hasta que las aprenda)						(3)	(3)
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO							
"Si tiene 30 ptas. Y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando?"						(6)	(5)
"Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)"							
"Ahora hacia atrás"						(3)	(3)
MEMORIA							
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?						(3)	(3)
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN							
Mostrar un bolígrafo ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj						(2)	(2)
"Repita esta frase": "En un trigal había cinco perros"						(1)	(1)
"Una manzana y una pera son frutas ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"							
¿qué son un perro y un gato?						(2)	(2)
Coja este papel con la mano derecha, doblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa."						(3)	(3)
"Lea esto y haga lo que dice" CIERRE LOS OJOS						(1)	(1)
"Escriba una frase"						(1)	(1)
"Copie este dibujo"							
						(1)	(1)

Impresión clínica global

(cumplimente sólo la parte que corresponda)

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL. Gravedad de la enfermedad (ICG-GE) (Primera sesión)

Basándose en su experiencia clínica, ¿cuál es la gravedad de la enfermedad en el momento actual?

0. No evaluado
1. Normal, no enfermo
2. Dudosamente enfermo
3. Levemente enfermo
4. Moderadamente enfermo
5. Marcadamente enfermo
6. Gravemente enfermo
7. Entre los pacientes más extremadamente enfermos.

IMPRESIÓN CLÍNICA GLOBAL. Mejoría global (ICG-MG) (Sesiones sucesivas)

Comparado con el estado inicial, cómo se encuentra el paciente en estos momentos?

0. No evaluado
1. Mucho mejor
2. Moderadamente mejor
3. Levemente mejor
4. Sin cambios
5. Levemente peor
6. Moderadamente peor
7. Mucho peor

Programa de Terapia Electroconvulsiva

Paciente: _____ Fecha: _____

Escala visual analógica (EVA)

Por favor, marque con una línea el punto que mejor refleja su estado de ánimo actual:

De la peor
manera que
jamás me he
sentido



De la mejor
manera que
jamás me he
sentido

ESCALA BREVE DEL FUNCIONAMIENTO

Functioning Assessment Short Test (FAST)

INSTRUCCIONES

AUTONOMÍA

1. ENCARGARSE DE LAS TAREAS DE LA CASA: pregunte al paciente si es capaz de identificar y mantener las tareas domésticas básicas. Las actividades pueden ser: lavar los platos, lavar la ropa, cocinar, arreglar una lámpara... Hay pacientes que no están acostumbrados a hacer las tareas de casa cada día porque alguien (su pareja, un ama de llaves...) las hace por ellos. Sin embargo, aquí lo importante es evaluar si el paciente es capaz de identificarlas y hacerlas o si el paciente es capaz de buscar a alguien para hacerlas cuando es necesario. Pregunte sobre otras actividades que impliquen autonomía como por ejemplo: *¿Si su pareja se pone enferma podría hacer las tareas de casa?*

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de hacer las tareas conforme las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente ejecuta sus tareas con dificultad mínima. Por ejemplo, a menudo se demora más de lo esperado para iniciar las tareas y a veces no las hace o las termina de forma insatisfactoria.

2: Bastante dificultad: el paciente no es capaz de encargarse de las tareas de la casa o no las identifica durante la mayor parte del tiempo. Tampoco es capaz de acabarlas y depende de la ayuda de otras personas.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz. No hace nada y necesita ser ayudado por otras personas todo el tiempo.

2. VIVIR SOLO: pregunte al paciente si es capaz de vivir solo sin la necesidad de la pareja, padres u otros. Aunque el paciente viva con otras personas, lo importante es identificar si él es capaz de vivir solo (si tiene autonomía para vivir solo, si se siente seguro para vivir solo...). Pregunte, por ejemplo: *¿Cree que es capaz de vivir solo?*

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de vivir solo sin necesidad de ayuda de otras personas.

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de vivir solo durante la mayor parte del tiempo, aunque presente algunas dificultades. Por ejemplo, a veces no se sabe organizar o necesita ayuda de otras personas.

2: Bastante dificultad: el paciente necesita ayuda de alguien durante la mayor parte del tiempo. Aquí puntúan aquellos que viven solos pero con la ayuda de otras personas para el adecuado desempeño de sus necesidades personales como hacer la compra, limpiar y mantener la casa, gestionar el dinero... Por ejemplo: pacientes que viven solos pero cerca de sus familiares y que dependen de ellos para gestionar sus responsabilidades.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de vivir solo, necesita ayuda de otras personas todo el tiempo. Aquí puntúan aquellos pacientes incapaces de tomar su medicación, cuidar de la casa o gestionar las finanzas.

3. HACER LAS COMPRAS DE LA CASA: pregunte al paciente sobre actividades como realizar la compra en el supermercado, en la panadería..., y especialmente si ellos son capaces de organizarla solos, como por ejemplo, haciendo una lista de lo que es necesario comprar. También es importante evaluar si el paciente es capaz de comprar lo que es necesario en función del dinero que dispone o si por el contrario, necesita la ayuda de alguien.

0: Ninguna dificultad: el paciente tiene un funcionamiento adecuado a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente requiere un esfuerzo mínimo para hacer la compra de forma puntual o algunas veces el paciente no es capaz tomar la iniciativa para hacer u organizar la compra.

2: Bastante dificultad: el paciente no hace la compra de forma eficaz o no es capaz de organizar lo que se ha de comprar. Necesita la ayuda de otros durante la mayor parte del tiempo.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de hacer la compra o se ve incapaz de hacerla.

4. CUIDAR DE SÍ MISMO (aspecto físico, higiene): pregunte al paciente por posibles dificultades para ducharse, afeitarse, peinarse y vestirse adecuadamente. En este ítem es importante la valoración que hace el entrevistador.

0: Ninguna dificultad: apariencia física adecuada.

1: Poca dificultad: eventualmente la apariencia física está un poco descuidada. Se puntúan los pequeños descuidos en la apariencia o en la forma de vestirse (necesita afeitarse, ropa descuidada...) aunque mantenga la higiene.

2: Bastante dificultad: la mayoría de las veces la apariencia física es inadecuada para la ocasión. Puntúe aquí pacientes con apariencia física e higiene descuidada de forma evidente pudiendo incluso ser incómodo para las personas cercanas.

Ejemplos: necesidad de afeitarse, necesidad de peinarse, ropa sucia, higiene descuidada, olor desagradable... El paciente puede desempeñar todas estas actividades pero no lo hace de forma regular y satisfactoria.

3: Mucha dificultad: apariencia física totalmente inadecuada para la ocasión, la higiene sólo es posible mediante el auxilio externo.

FUNCIONAMIENTO LABORAL

Pacientes ingresados, pacientes con invalidez o pacientes con baja laboral por su enfermedad psiquiátrica deberán recibir puntuaciones igual a 3. Los estudiantes serán evaluados en función de su rendimiento académico. Los estudiantes que por su edad deberían estar trabajando pero están estudiando también puntuarán 3.

Las amas de casa deberán ser consideradas como trabajadoras activas siempre y cuando esta condición fuese previa al debut de la enfermedad. Por el contrario, aquellas personas que dejaron el trabajo y se dedicaron a amas de casa después del inicio de su enfermedad deberán puntuar 3.

Pacientes que se dediquen al voluntariado puntuarán 3 en los ítems 5 y 8. En los ítems 6, 7, 9 serán evaluados de acuerdo con sus responsabilidades.

Por ejemplo, los pacientes deprimidos que están participando en un programa de rehabilitación social para integrarse en su comunidad deberán recibir una puntuación de 3.

5. REALIZAR UN TRABAJO REMUNERADO: pregunte al paciente si está trabajando y qué tipo de trabajo hace. Se considera "activo" cualquier tipo de trabajo (formal o informal) siempre que el mismo sea remunerado de acuerdo con la media o nivel de escolaridad del paciente. Además, se deberá evaluar si el sueldo del paciente es suficiente para cubrir sus necesidades básicas.

0: Ninguna dificultad: el paciente ejerce un trabajo remunerado y mantiene una media mensual. Aquí puntúan también los jubilados.

1: Poca dificultad: el paciente mantiene el trabajo pero reduce su jornada laboral teniendo como consecuencia una disminución en su salario o se generan algunas dificultades en el mantenimiento de las responsabilidades económicas.

2: Bastante dificultad: el paciente no puede mantener un trabajo remunerado durante largas temporadas, por ejemplo, pacientes que cambian de empleo o han estado de baja laboral 1 ó 2 veces en los últimos 12 meses. La situación causa problemas dificultando el mantenimiento de sus responsabilidades.

3: Mucha dificultad: el paciente no trabaja. Aquí puntúan los pacientes que han perdido su empleo debido a su enfermedad, pacientes con invalidez, pacientes que trabajan en programas sociales no remunerados, los ingresados, lo que están en paro o aquellos pacientes que han tenido bajas laborales por su enfermedad psiquiátrica en más de dos ocasiones durante los últimos 12 meses por la enfermedad.

OBSERVACIÓN: estudiantes y amas de casa deberán puntuar 0.

6. ACABAR LAS TAREAS TAN RÁPIDO COMO SEA NECESARIO: pregunte al paciente sobre la velocidad en la que desempeña sus actividades laborales. Es importante evaluar si mantiene o ha disminuido la velocidad de trabajo en comparación con sus iguales.

Lo importante es identificar si la enfermedad dificulta el desempeño del trabajo en términos de rapidez. Los estudiantes y amas de casa deberán puntuar de acuerdo con sus responsabilidades académicas y domésticas.

0: Ninguna dificultad: el paciente tiene un funcionamiento adecuado a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente presenta ligeras dificultades en general, siendo en ocasiones más lento que los demás, pero acaba las tareas de forma eficiente.

2: Bastante dificultad: el paciente no es capaz de acabar sus tareas tan rápido como debería durante la mayor parte del tiempo.

3: Mucha dificultad: el paciente está desempleado o es totalmente ineficaz en términos de velocidad. Aquí puntúan los pacientes que perdieron su empleo por la enfermedad, los que están de baja laboral por la enfermedad, invalidez, los pacientes ingresados.

OBSERVACIÓN: Los pacientes jubilados deberán contestar esta pregunta teniendo en cuenta cómo fue su último período laboral.

7. TRABAJAR EN LO QUE SE ESTUDIÓ: pregunte al paciente si trabaja en lo que estudió.

Lo importante es identificar si hay una adecuación entre los estudios y la calificación laboral que se ocupa en la actualidad. La no adecuación podría ser indicio de discapacidad o *handicap*.

0: Ninguna dificultad: el paciente mantiene un funcionamiento adecuado a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente trabaja en su campo de formación pero no de acuerdo con su nivel. Por ejemplo: un arquitecto que trabaja como diseñador gráfico.

2: Bastante dificultad: el paciente trabaja fuera de su campo de formación. Por ejemplo, una persona con calificación de ingeniero pero que trabaja como camarero.

3: Mucha dificultad: el paciente está desempleado. Aquí puntúan los pacientes que perdieron su empleo por la enfermedad, los que están de baja laboral por la enfermedad, los que tienen la invalidez, los que hacen trabajos sociales sin remuneración y los pacientes ingresados.

OBSERVACIÓN: Los pacientes jubilados deben contestar a esta pregunta considerando cómo fue su último período laboral. Los estudiantes y amas de casa son "no aplicables" y deberán puntuar 0.

8. COBRAR DE ACUERDO CON EL PUESTO QUE OCUPA: pregunte al paciente si su remuneración está de acuerdo con el cargo que ocupa y en comparación con sus colegas.

0: Ninguna dificultad: el paciente recibe unos ingresos que se adecuan a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente recibe unos ingresos ligeramente por debajo de otras personas de su mismo nivel.

2: Bastante dificultad: el paciente recibe unos ingresos muy por debajo de otras personas de su mismo nivel.

3: Mucha dificultad: el paciente está desempleado. Aquí puntúan los pacientes que han perdido su empleo por la enfermedad, los que están de baja laboral por la enfermedad, los que tienen la invalidez, los que hacen trabajos sociales sin remuneración y los pacientes ingresados.

OBSERVACIÓN: Pacientes jubilados deberán ser interrogados sobre su pensión considerando su último período de tiempo laboral. Los estudiantes y amas puntuarán de acuerdo con la evaluación clínica en función de las puntuaciones de los ítems 6 y 7.

9. ALCANZAR EL RENDIMIENTO PREVISTO EN EL TRABAJO: pregunte al paciente sobre su rendimiento, cómo cree él que desempeña las actividades en el trabajo, la capacidad de iniciar y terminar las actividades previstas. Los estudiantes y amas de casa deberán ser evaluados en función de sus responsabilidades académicas y domésticas respectivamente.

0: Ninguna dificultad: el paciente mantiene un funcionamiento adecuado a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente presenta mínimas dificultades pero es capaz de alcanzar sus objetivos y llevar a cabo las actividades propuestas.

2: Bastante dificultad: el paciente trabaja con un rendimiento inferior respecto a su grupo de referencia. La mayor parte del tiempo no es capaz de completar un día de trabajo o acabar sus actividades diarias.

3: Mucha dificultad: el paciente está desempleado. Aquí puntúan los pacientes que perdieron su empleo por la enfermedad, los que están de baja laboral por la enfermedad, invalidez y los pacientes ingresados.

OBSERVACIÓN: Pacientes jubilados deberán ser interrogados sobre su pensión considerando su último período de tiempo laboral.

FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

10. CONCENTRARSE EN LA LECTURA O EN UNA PELÍCULA: pregunte al paciente si es capaz de concentrarse en una lectura, una película o una telenovela. Si es capaz de recordar lo que leyó o comentar la película que ha visto. Si el paciente no lee o no ve películas intente identificar si el motivo es por tener dificultades de concentración.

0: Ninguna dificultad: el paciente presenta un funcionamiento adecuado a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente desempeña las actividades intelectuales con dificultad mínima, pero lo hace. Aunque esté ligeramente distraído es capaz de concentrarse la mayor parte del tiempo pero a veces le cuesta entender una película, leer un libro, etc.

2: Bastante dificultad: el paciente hace las actividades intelectuales con esfuerzo, por ejemplo, necesita leer varias veces una noticia en el periódico. No es capaz de ver una película completa, le cuesta concentrarse, etc. Además, tiene dificultades en seguir la trama de una telenovela aunque la siga diariamente.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de empezar a leer o no puede entender el contenido general de la película o telenovela.

11. HACER CÁLCULOS MENTALES: pregunte al paciente sobre la realización de cálculos sencillos, como por ejemplo calcular el cambio al realizar una compra. Lo importante es valorar la capacidad de procesamiento de los cálculos de suma/resta y evaluar si hay alteraciones en su capacidad para hacer cálculos mentales debido a la instauración de la enfermedad.

0: Ninguna dificultad: el paciente presenta un funcionamiento adecuado a las normas de su grupo de referencia o contexto sociocultural.

1: Poca dificultad: el paciente presenta dificultades mínimas para los cálculos sencillos, pero los hace en la mayor parte del tiempo.

2: Bastante dificultad: el paciente presenta una marcada disminución en la habilidad para hacer cálculos sencillos y no lo hace en la mayor parte del tiempo.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de llevar a cabo cálculos mentales sencillos.

12. RESOLVER ADECUADAMENTE LOS PROBLEMAS: pregunte al paciente como se maneja con los problemas del día a día, problemas sencillos en general. Por ejemplo: trámites administrativos, qué hacer si le roban la cartera, qué hacer si pierde el tren o si es capaz de buscar asistencia médica cuando es necesario...

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de resolver sus problemas diarios.

1: Poca dificultad: el paciente, en general, es capaz de resolver un problema por sí mismo pero algunas veces necesita ayuda de otras personas.

2: Bastante dificultad: el paciente necesita ayuda de otras personas durante la mayor parte del tiempo

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de resolver problemas básicos. Siempre necesita ayuda de otras personas.

13. RECORDAR EL NOMBRE DE GENTE NUEVA: pregunte al paciente si es capaz de recordar el nombre de personas nuevas o números de teléfono. Si es capaz de recordar una lista de productos del supermercado o si necesita hacer anotaciones cuando va a hacer la compra.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de recordar nombres de gente nueva o información nueva.

1: Poca dificultad: el paciente, en general, presenta una ligera disminución en su capacidad para recordar nombres o listas de productos.

2: Bastante dificultad: el paciente presenta una marcada disminución de su capacidad para recordar los nombres o nueva información durante la mayor parte del tiempo.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de recordar nombres o nueva información.

14. APRENDER UNA NUEVA INFORMACIÓN: pregunte al paciente si es capaz de aprender nuevas actividades, como por ejemplo: tareas nuevas en el trabajo, una dirección nueva y recordarla, una receta de cocina, utilizar un nuevo electrodoméstico (DVD, MP3, internet). Si el paciente manifiesta desinterés en aprender nuevas actividades intente identificar si el motivo es debido a dificultades en la retención de nueva información.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de aprender y recordar nueva información.

1: Poca dificultad: el paciente, en general, requiere un esfuerzo mínimo para aprender debido a problemas para codificar y evocar nueva información.

2: Bastante dificultad: el paciente es capaz de aprender una información sencilla pero con un máximo esfuerzo necesitando reiteradas explicaciones.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de aprender nuevas tareas.

FINANZAS

15. MANEJAR EL PROPIO DINERO: pregunte al paciente si tiene autonomía económica. Identifique si es capaz de manejar sus ganancias a lo largo del mes o si es capaz de mantener a alguien.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de gestionar sus ingresos por sí mismo a lo largo de un mes.

1: Poca dificultad: el paciente gestiona sus ingresos durante la mayor parte del tiempo pero puede presentar en ocasiones alguna gestión inadecuada.

2: Bastante dificultad: el paciente maneja sus ingresos pero necesita supervisión constante.

3: Mucha dificultad: el paciente no gestiona sus ingresos porque, por ejemplo, no tiene percepción de los precios.

16. HACER COMPRAS EQUILIBRADAS: pregunte al paciente si es capaz de hacer compras ajustadas a su presupuesto sin gastos excesivos.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de administrar las compras de casa de forma equilibrada.

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de hacer compras equilibradas durante la mayor parte del tiempo pero puede presentar, en ocasiones, algunas compras inadecuadas.

2: Bastante dificultad: el paciente hace compras equilibradas pero necesita supervisión constante.

3: Mucha dificultad: el paciente realiza gastos de forma desproporcionada. Estotalmente dependiente de otros para realizar compras.

RELACIONES INTERPERSONALES

17. MANTENER UNA AMISTAD: pregunte al paciente si tiene amigos y si mantiene el contacto a lo largo del tiempo. Pregunte también si es capaz de hacer nuevas amistades. Es importante identificar si las relaciones interpersonales no están limitadas a las relaciones familiares.

0: Ninguna dificultad: el paciente mantiene contacto frecuente (mínimo una vez a la semana) con las amistades y es capaz de hacer nuevas amistades sin esfuerzo.

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de mantener un contacto regular (mínimo una vez en dos semanas) con ellas pero requiere un esfuerzo mínimo para hacer nuevas amistades.

2: Bastante dificultad: el paciente es capaz de hacer nuevas amistades con máximo esfuerzo y no mantiene un contacto regular (mínimo una vez en dos semanas) con ellos.

3: Mucha dificultad: el paciente está completamente aislado.

18. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES SOCIALES: pregunte al paciente si participa en reuniones de grupo o actividades sociales: cumpleaños, bodas, barbacoas...

0: Ninguna dificultad: el paciente se siente cómodo formando parte de las actividades sociales.

1: Poca dificultad: el paciente participa de actividades sociales pero intenta pasar desapercibido e interacciona haciendo algún esfuerzo. El paciente es más reservado y evita las relaciones, por ejemplo, el paciente no participa en las conversaciones o se va antes que los demás.

2: Bastante dificultad: el paciente no es capaz de participar en actividades sociales durante la mayor parte del tiempo. Presenta tendencia al aislamiento.

3: mucha dificultad: el paciente no realiza nunca ninguna actividad social fuera del círculo familiar. Incluso durante las actividades familiares tiende a aislarse.

19. LLEVARSE BIEN CON PERSONAS CERCANAS: pregunte al paciente como son sus relaciones. Si por ejemplo es capaz de iniciar o mantener una conversación con personas cercanas como vecinos, colegas de trabajo... Aquí no hay que valorar las relaciones familiares.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de mantener buenas relaciones con personas cercanas.

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de mantener una conversación con personas cercanas requiriendo de un esfuerzo mínimo.

2: Bastante dificultad: el paciente requiere mucho esfuerzo para mantener una conversación con personas cercanas. En general, presenta conflictos con las personas y/o evita la posibilidad de tener relaciones interpersonales.

3: Mucha dificultad: el paciente no es capaz de establecer una mínima relación con personas cercanas.

20. CONVIVENCIA FAMILIAR: pregunte al paciente por sus relaciones familiares. Si hay problemas con una persona, la puntuación deberá ser diferente de 0.

0: Ninguna dificultad: el paciente se relaciona adecuadamente con todos los miembros de la familia.

1: Poca dificultad: el paciente presenta algún conflicto con una o más personas de la familia.

2: Bastante dificultad: el paciente mantiene conflictos con una o más personas la familia causando problemas en el seno familiar.

3: Mucha dificultad: el paciente mantiene disputas importantes con varios miembros de la familia y tiende a estar aislado.

21. RELACIONES SEXUALES SATISFACTORIAS: pregunte al paciente si tiene actividad sexual y si ésta es satisfactoria. Es importante evaluar más el nivel de satisfacción sexual que la frecuencia de las relaciones. Pacientes que son sexualmente inactivos pero que están satisfechos con esta condición deberán puntuar 0.

0: El paciente tiene relaciones sexuales satisfactorias.

1: El paciente tiene relaciones sexuales ligeramente insatisfactorias

2: El paciente tiene quejas moderadas sobre sus relaciones sexuales.

3: Tiene relaciones sexuales totalmente insatisfactorias.

22. CAPAZ DE DEFENDER LOS PROPIOS INTERESES: pregunte al paciente si es capaz de expresar sus propias ideas y defender sus intereses, así como expresar "no" cuando la situación lo requiere.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de defender sus propios intereses.

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de defender los propios intereses y pone limitaciones cuando es necesario. Sin embargo, algunas veces no puede hacerlo.

2: Bastante dificultad: el paciente no es capaz de expresar sus intereses durante la mayor parte del tiempo.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente incapaz de defender sus ideas uopiniones.

OCIO

23. PRACTICAR DEPORTE O HACER EJERCICIOS: pregunte al paciente si tiene problemas para llevar a cabo actividades físicas diarias como por ejemplo: andar, nadar, ir en bicicleta, jugar a fútbol... También se ha de considerar como actividad física aquella vinculada a la profesión (pintores, albañiles, caminar 15 minutos hasta el trabajo...).

Las situaciones que requieran de un esfuerzo puntual no deberán ser consideradas como actividad física. Este ítem ha de ser evaluado en función de la inactividad física o actividad física regular.

0: Ninguna dificultad: el paciente es capaz de mantener actividad física regular y es consciente de la necesidad de hacerlo.

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de hacer actividad física pero a veces no lo hace o lo hace de forma irregular.

2: Bastante dificultad: el paciente no es capaz de mantener una actividad física regular. Es casi inactivo.

3: Mucha dificultad: el paciente es totalmente sedentario.

24. TENER UNA AFICIÓN: identifique las actividades de ocio, como por ejemplo, visitar los amigos, jugar a cartas, ir al cine, pasear, leer y después pregunte si el paciente es capaz de hacerlas.

0: Ninguna dificultad: el paciente tiene *hobbies* y disfruta de ellos

1: Poca dificultad: el paciente es capaz de disfrutar aunque eventualmente tiene alguna dificultad para hacerlo.

2: Bastante dificultad: el paciente no es capaz de disfrutar durante la mayor parte del tiempo o realiza escasas actividades relacionadas con sus aficiones.

3: Mucha dificultad: el paciente no tiene ninguna afición y no es capaz de disfrutar.

MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE (MADRS) *

Paciente		
Fecha		Investigador:

La evaluación se basa en una entrevista clínica que varía desde preguntas formuladas de una manera vaga acerca de los síntomas, hasta preguntas más detalladas que permiten una evaluación precisa de la gravedad. El entrevistador debe decidir si la evaluación se amolda a los niveles definidos en la escala (0, 2, 4, 6) o a los niveles intermedios (1, 3, 5); debe señalarse que solo raras veces un paciente deprimido no puede evaluarse con los ítems de esta escala. Si no pueden obtenerse respuestas adecuadas y definitivas del enfermo, deben utilizarse todos los datos relevantes así como otras fuentes de información, de acuerdo con la práctica clínica habitual. La escala puede usarse con intervalos de tiempo diferentes entre las evaluaciones, ya sea semanalmente o de otra forma, pero siempre debe ser señalado el intervalo.

1º TRISTEZA MANIFIESTA

Se refiere a abatimiento, desánimo, desesperación (algo más que un común y pasajero desánimo), que se refleja en el habla, en la expresión facial y en la actitud. La puntuación se basa en la intensidad y en la capacidad de animarse o alegrarse.

- 0) No hay tristeza.
- 1)
- 2) Parece desanimado, pero se anima o alegra sin dificultad.
- 3)
- 4) Parece triste y poco feliz la mayor parte del tiempo.
- 5)
- 6) Parece muy triste y desdichado todo el tiempo, extremadamente abatido.

2º TRISTEZA SUBJETIVAMENTE EXPRESADA

Se refiere a las quejas del paciente respecto a su estado de ánimo deprimido (independientemente de que éste se refleje en su apariencia). Incluye estar bajo de ánimo, desmoralizado, desesperado, con la creencia de que no se le puede ayudar. Puntuar de acuerdo con la intensidad y duración, teniendo en cuenta hasta que punto el humor depresivo está influido por los acontecimientos.

- 0) Tristeza ocasional, de acuerdo con las circunstancias.
- 1)
- 2) Triste o bajo de ánimo, pero se alegra o anima sin dificultad.
- 3)
- 4) Sentimiento generalizado de tristeza o abatimiento. El ánimo está aún influenciado por las circunstancias.
- 5)
- 6) Tristeza, desmoralización, abatimiento, continuos o invariables.

3º TENSIÓN INTERNA

Se refiere a sentimientos de malestar mal definidos, irritación, agitación interna, tensión mental llegando al pánico, terror o angustia extrema. Puntuar de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la ayuda requerida.

- 0) Sereno y tranquilo, tensión interior pasajera.
- 1)
- 2) Sentimientos ocasionales de malestar mal definido, irritabilidad.
- 3)
- 4) Sentimientos continuos de tensión interna o pánico intermitente que sólo con dificultad puede controlar el paciente.
- 5)
- 6) Terror o angustia extrema. Pánico insoportable.

4º INSOMNIO

Se refiere a la experiencia de disminución en la duración o profundidad del sueño, comparada con el patrón normal del sujeto cuando se encuentra bien.

- 0) Duerme como siempre.
- 1)
- 2) Ligera dificultad para conciliar el sueño o ligera reducción, sueño superficial o entrecortado.
- 3)
- 4) Sueño reducido o entrecortado por lo menos durante 2 horas.
- 5)
- 6) Duerme menos de 2 ó 3 horas.

5º DISMINUCION DEL APETITO

Se refiere al sentimiento de pérdida de apetito en comparación con su patrón habitual cuando se encuentra bien. Puntuar la pérdida del deseo de comer o la necesidad de forzarse para comer.

- 0) Apetito normal o aumentado.
- 1)
- 2) Apetito ligeramente disminuido.
- 3)
- 4) Sin apetito, los alimentos no le saben a nada.
- 5)
- 6) Necesita ser persuadido para comer cualquier cosa.

6º DIFICULTADES DE CONCENTRACIÓN

Se refiere a dificultades para concentrarse en sus pensamientos llegando a una total incapacidad para ello. Puntuar de acuerdo a la intensidad, la frecuencia y el grado de incapacidad producido.

- 0) No hay dificultad de concentración.
- 1)
- 2) Dificultades ocasionales para concentrarse en sus propios pensamientos.
- 3)
- 4) Dificultades para concentrarse y mantener esta concentración, lo que reduce la capacidad para leer o mantener una conversación.
- 5)
- 6) Incapacidad para leer o conversar sin grandes dificultades.

7º INHIBICIÓN PSICOMOTRIZ

Se refiere a una dificultad para "arrancar" o lentitud para iniciar las actividades cotidianas.

- 0) Apenas tiene dificultad para "arrancar". No hay pereza.
- 1)
- 2) Dificultades para comenzar las actividades.
- 3)
- 4) Dificultades para comenzar simples actividades de rutina, que se prosiguen con esfuerzo.
- 5)
- 6) Lاسitud completa, incapacidad de hacer nada sin ayuda.

8º INCAPACIDAD PARA SENTIR AFECTOS

Se refiere a la experiencia subjetiva de disminución del interés por el entorno o actividades placenteras. Reducción de la capacidad de reaccionar con una emoción adecuada a las circunstancias o las personas.

- 0) Interés normal por su entorno y otras personas.
- 1)
- 2) Capacidad reducida para disfrutar de las actividades o intereses habituales.
- 3)
- 4) Pérdida de interés por el entorno, pérdida de sentimientos hacia parientes y amigos íntimos.
- 5)
- 6) Experiencia de parálisis emocional, incapacidad de sentir rabia, pena o placer y una completa e incluso dolorosa incapacidad para tener sentimientos hacia parientes o amigos íntimos.

9º PENSAMIENTOS PESIMISTAS

Se refiere a pensamientos de culpa, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

- 0) No hay pensamientos pesimistas.
- 1)
- 2) Ideas fluctuantes de fracaso, autorreproche o autodepreciación.
- 3)
- 4) Autoacusaciones persistentes, claras, aunque todavía racionales, ideas de culpa o pecado. Pesimismo creciente sobre el futuro.
- 5)
- 6) Ideas delirantes de ruina, remordimiento o pecado imperdonable. Autoacusaciones absurdas e inquebrantables.

10º PENSAMIENTOS SUICIDAS

Se refiere al sentimiento de que no merece la pena vivir, que una muerte natural sería bienvenida. Pensamientos, preparativos de suicidio. Los intentos de suicidio no deberían "per se" influenciar los puntajes.

- 0) Disfruta de la vida o la toma como viene.
- 1)
- 2) Cansado de la vida. Pensamientos de suicidio pasajeros.
- 3)
- 4) Probablemente se sentiría mejor muerto. Los pensamientos de suicidio son comunes y considera este como una posible solución, pero todavía no hay planes o intenciones precisas.
- 5)
- 6) Planes precisos de suicidio en cuanto se le presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

Intervalo desde la última aplicación:	
TOTAL:	

Paciente: _____ Fecha: _____

EFECTOS SECUNDARIOS DE LA TEC

EFECTOS ADVERSOS	GRAVEDAD						RELACIÓN CAUSAL		
	NE	0	1	2	3	4	Improbable	Posible	Probable
Inmediatos									
Cefalea									
Fracturas óseas									
Luxaciones									
Dolores musculares									
Fracturas/luxaciones mandibulares									
Lesión dental, avulsión y pérdida de piezas (aspiración)									
Taquicardia									
Arritmias									
Hipertensión									
Asistolia									
Cardiopatía de takotsubo									
Convulsiones prolongadas									
Status epiléptico convulsivo									
Status epiléptico no convulsivo									
Apnea prolongada									
Agitación postictal									
Cuadros confusionales /delirium postictal									
Tardíos/persistentes									
Convulsiones tardías									
Euforia									
Trastornos cognitivos									
Amnesia retrógrada.									
Amnesia anterógrada									
Muerte									
OTROS									

NE: No evaluable

**ESCALA DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO RECIBIDO
(CRES-4)**

En general, ¿qué tan satisfecho/a está con la forma en que su terapeuta ha tratado el problema por el que consultó?

0. Completamente insatisfecho/a
1. Muy insatisfecho/a
2. Algo insatisfecho/a
3. Bastante satisfecho/a
4. Muy satisfecho/a
5. Completamente satisfecho/a

¿En qué medida le ha ayudado el tratamiento en relación al problema específico que le llevó a consultar?

0. No estoy seguro/a
1. Hizo que las cosas empeorasen bastante
2. Hizo que las cosas empeorasen un poco
3. No ha habido cambios
4. Hizo que las cosas mejorasen algo
5. Hizo que las cosas mejorasen mucho

¿Cuál era su estado emocional general cuando empezó el tratamiento?

0. Estaba muy mal, apenas lograba hacer frente a las cosas
1. Estaba bastante mal, la vida me resultaba a menudo muy dura
2. Regular, tenía mis altibajos
3. Estaba bastante bien, no tenía problemas graves
4. Estaba muy bien, me gustaba mucho la vida que llevaba

¿Cuál es su estado emocional general en este momento?

0. Estoy muy mal, apenas logro hacer frente las cosas
1. Estoy bastante mal, la vida es por lo general muy dura para mí
2. Regular, tengo mis altibajos
3. Estoy bastante bien, no tengo problemas graves
4. Estoy muy bien, me gusta mucho la vida que llevo

HOJA INFORMATIVA SOBRE TERAPIA ELECTROCONVULSIVA

Paciente:..... Fecha:.....

Médico que informa:..... Col n°:.....

QUÉ ES LA TEC

La terapia electroconvulsiva (TEC), anteriormente conocida como *electroshock*, utiliza una corriente eléctrica para tratar la depresión y otras enfermedades mentales. Durante la TEC, la corriente eléctrica provoca una convulsión en el cerebro. Los médicos creen que la actividad convulsiva puede ayudar al cerebro a "reconectarse" a sí mismo, lo cual ayuda a aliviar los síntomas. La TEC generalmente es segura y efectiva.

CUÁNDO USAMOS LA TEC

La TEC es un tratamiento altamente efectivo para la depresión, sobre todo para la depresión severa.

Puede ser utilizada con seguridad en mujeres embarazadas y durante el puerperio, así como en niños y ancianos.

Además, la TEC está indicada en el tratamiento de otros trastornos. Los principales son (hemos marcado el que se adapta a su diagnóstico):

- Episodio depresivo mayor (unipolar o bipolar)
- Episodio maniaco
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos
- Catatonía
- Síndrome neuroléptico maligno
- Otro:.....

En su caso concreto, la TEC está indicada por el siguiente motivo:

- Ideación suicida
- Negativa a la ingesta
- Agitación psicomotriz
- Síntomas catatónicos graves.
- Embarazo
- Antecedentes de mejor respuesta a TEC que a fármacos
- Preferencia del paciente
- Resistencia a fármacos
- Intolerancia a fármacos
- Empeoramiento clínico a pesar de tratamiento

RIESGOS

La TEC ha recibido mala prensa pero, en realidad, constituye un procedimiento terapéutico seguro, con una morbilidad no significativamente mayor a la relacionada con el uso de anestesia general.

Los efectos secundarios y complicaciones dependen de las condiciones previas del paciente, la edad y la susceptibilidad personal. Con el fin de minimizarlos, usted será sometido a un estudio físico completo (TAC o RMN cerebral, ECG, radiografía de tórax y

analítica). También será valorado por un especialista en Anestesiología o en Medicina Intensiva, que descartarán problemas durante la anestesia.

Efectos secundarios

A pesar de las mejoras en la técnica y las exploraciones previas, la TEC puede todavía causar algunos efectos secundarios, como:

- **Confusión**, que generalmente sólo dura minutos o pocas horas.
- **Dolor de cabeza**. Suelen ser pasajeros y se pueden tratar con cualquier analgésico.
- **Presión arterial baja (hipotensión) o alta (hipertensión)**
- **Pérdida de la memoria**, generalmente de minutos a horas. La pérdida de memoria es mayor hacia el final del tratamiento, pero al acabar la TEC empieza a recuperarse y, pasados 6 meses, la memoria es normal en la mayoría de los pacientes.
- **Dolores musculares**
- **Problemas dentales**
- **Náuseas**
- **Latidos cardíacos rápidos (taquicardia)** u otros problemas cardíacos
- **Crisis epilépticas** espontáneas (tardías) en 1/10.000 (similar al tratamiento con medicamentos)
- Síntomas de **euforia**, como con cualquier tratamiento antidepresivo.

Mortalidad por TEC

El riesgo de muerte por la TEC es similar a la anestesia general en cualquier cirugía menor, aproximadamente 2/100.000 tratamientos aplicados o 1/10.000 pacientes, menor que el riesgo de los pacientes con trastornos mentales graves no tratados.

La causa de muerte más frecuente parece ser el infarto de miocardio durante la sesión de TEC o inmediatamente después. Esta incidencia se relaciona, sobre todo, con las condiciones previas del paciente.

Situaciones de riesgo

Algunas afecciones ponen a los pacientes en mayor riesgo de efectos secundarios o complicaciones a raíz de la TEC. Informe a su médico si padece alguna de las siguientes:

- Lesiones cerebrales ocupantes de espacio (LOE) clínicamente significativas

- ACV reciente (hemorrágico o tromboembólico)
- Aneurismas
- Otras alteraciones vasculares inestables
- Epilepsia
- Infarto agudo de miocardio reciente
- Angina inestable.
- Isquemia cardíaca grave
- Enfermedad valvular grave
- Arritmias cardíacas sintomáticas
- Insuf. cardíaca congestiva descompensada
- Hipertensión moderada-grave descompensada
- Feocromocitoma
- Desprendimiento de retina reciente
- Glaucoma de ángulo cerrado
- Cirugía ocular reciente
- Procesos óseos degenerativos
- Osteoporosis
- Fracturas no consolidadas
- EPOC
- Asma
- Neumonía
- Riesgos relacionados con sus circunstancias personales específicas:

PROCEDIMIENTO

La TEC se administra generalmente dos o tres veces por semana durante un total de 6 a 12 sesiones, pero en ocasiones se necesitan más sesiones.

Antes de cada sesión de TEC

Debe mantener el ayuno de sólidos desde al menos 8 horas antes de la aplicación de la TEC. Puede tomar líquidos claros hasta 3-4 horas antes. Pregunte a su médico si debe tomar algún medicamento diario en la mañana antes de la TEC. Debe retirar prótesis dentales, audífonos, lentillas, joyas (pendientes, anillos, pulseras o collares), otros objetos metálicos, como ganchos u horquillas en el cabello. No use laca, maquillaje ni esmalte de uñas. Vista ropa cómoda y fácil de quitar. Vacíe su vejiga y recto antes de la sesión.

Aplicación de la TEC

La TEC se aplica en la Unidad de Críticos (UCI) de nuestro hospital mientras usted está dormido y sin dolor, bajo anestesia general. Se le colocarán dos electrodos en la frente o sobre el cuero cabelludo para distribuir la corriente eléctrica. Otros electrodos monitorizan la actividad cerebral, cardíaca y muscular. Además se monitorizan otras constantes vitales, como la tensión arterial y la saturación de oxígeno en sangre. Se le canalizará una vía venosa periférica (gotero) con el fin de administrarle la medicación necesaria. Se le administrará un anestésico de acción corta para inducir rápidamente un sueño breve e impedir que sienta dolor. Cuando usted esté dormido/a, se aplicará una pequeña cantidad de corriente eléctrica en la cabeza para provocar actividad convulsiva en el cerebro. La duración de la descarga no es mayor de 8 segundos. La convulsión provocada dura

relajante muscular para impedir que la convulsión se extienda por todo el cuerpo. Como resultado, las manos y los pies se moverán sólo ligeramente durante el procedimiento. Se le aplicará también un protector bucal para evitar que se muerda la lengua o se dañe los dientes.

Después de la TEC

Usted despertará algunos minutos después del tratamiento y no recordará el procedimiento. Después, un equipo médico lo vigilará muy de cerca. Permanecerá en la UCI hasta que se recupere por completo. Allí, el equipo médico lo supervisará minuciosamente. Cuando se haya recuperado:

- Si estaba ingresado, regresará a la UHB o UME.
- En caso de pacientes ambulatorios, podrá regresar a casa. Es necesario que una persona adulta le acompañe.

RESULTADOS Y ALTERNATIVAS

La TEC se considera un tratamiento seguro, rápido y eficaz, pero no se puede asegurar un resultado específico. Como en otros tratamientos médicos, algunos pacientes mejoran con rapidez, otros lentamente e incluso pueden no mejorar en absoluto. Aunque la recuperación sea completa, después de la TEC se prescribe tratamiento con medicamentos para prevenir recaídas o, en algunos casos, puede indicarse mantenimiento con TEC aplicado cada varias semanas.

El equipo médico que le trata considera que **la TEC es el mejor tratamiento para su caso**, más eficaz que cualquier medicación disponible. Si decide que no se realice, podría sufrir un periodo más largo o más grave de enfermedad e incapacidad física. El tratamiento con medicamentos puede estar también indicado y ser eficaz, pero tiene sus propios riesgos y complicaciones y no es, generalmente, más seguro que la TEC. Las ventajas y desventajas de cada opción pueden deliberarse con el médico responsable, si así lo desea.

Usted **tiene derecho a rechazar este tratamiento** y, aunque firme voluntariamente un acuerdo para recibir TEC, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, incluso antes de que se inicie. La retirada del consentimiento para el tratamiento de TEC no perjudicará de ninguna manera a su tratamiento continuado con otros tratamientos alternativos disponibles.

Antes de firmar el documento de Consentimiento Informado, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos. Le atenderemos con mucho gusto.

TELÉFONOS DE CONTACTO

- UHB: 964 35 54 70

- Dr.....Tel:.....

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

PROFESIONAL

Este documento tiene por objeto ofrecerle información con la finalidad de **solicitar su autorización** para recoger datos sobre la terapia electroconvulsiva (TEC), procedimiento al que usted es candidato/a.

Si decide autorizar, debe recibir información personalizada del profesional que solicita su consentimiento, **leer antes este documento** y hacer todas las preguntas que precise para comprender los detalles sobre el mismo. Si así lo desea, puede llevarse el documento, consultarlo con otras personas y tomarse el tiempo necesario para decidir si autoriza o no.

Su decisión es completamente **voluntaria**. Ud. puede decidir no autorizar el uso de sus datos de salud. Le aseguramos que esta decisión no afectará a la relación con el profesional que se lo solicita ni a la asistencia sanitaria a la que Ud. tiene derecho.

¿Cuál es el propósito de esta petición?

Nuestro interés es exponer, a la comunidad científica, los datos estadísticos agrupados de todos los pacientes sometidos a TEC durante un periodo de tiempo, con la finalidad de dar a conocer a otros profesionales cómo han sido tratados y cómo han evolucionado nuestros pacientes. Esta información podría ser de utilidad en el futuro para otras personas con un problema de salud como el suyo.

Si firma este documento, nos autoriza para recoger datos de su historia clínica y realizar una publicación científica sobre la TEC.

La publicación científica puede ser de varios tipos, por ejemplo: una conferencia, una comunicación a un congreso, un artículo en una revista científica o una actividad docente.

¿Obtendré algún beneficio o inconveniente?

No se espera que Ud. obtenga beneficio ni se exponga a ningún riesgo. Con su colaboración contribuirá a aumentar el conocimiento científico.

¿Se publicarán los datos del caso clínico?

Sí, en publicaciones científicas dirigidas a profesionales de la salud y siempre de forma colectiva. No se transmitirá ningún dato de carácter individual

¿Cómo se protegerá la confidencialidad de mis datos?

El tratamiento, comunicación y cesión de sus datos se hará conforme a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.

Solamente los autores de la publicación científica tendrán acceso a todos sus datos, que se recogerán **anonimizados**, es decir, sin ningún dato de carácter personal. Le garantizamos que no recogeremos los siguientes datos: nombre, apellidos, fecha de nacimiento, DNI, número de historia clínica, número de Seguridad Social, ni código de identificación personal contenido en su tarjeta sanitaria.

El/los profesional/es autor/es de la publicación científica no recibirán retribución específica por la dedicación al estudio. Ud. no será retribuido por autorizar el uso de sus datos de salud.

Puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin dar explicaciones, pero una vez que el caso clínico haya sido aceptado para su publicación no habrá posibilidad de cambiar de parecer.

Si tiene alguna duda puede contactar con.....

Teléfono:.....

Muchas gracias por su colaboración.

Se deberán firmar dos modelos: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D/D^a.....Leí la información contenida en este documento, y autorizo a que se utilicen los datos de mi historia clínica en las condiciones que se describen.

Deseo conocer el documento una vez que se haya publicado

Fdo.: El/ la paciente

Fdo.: el médico

Nombre:

Nombre:.....

DNI nº.....

Col. nº.....

Fecha:.....

Fecha:.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D/D^a, REVOCO la autorización para la publicación de mis datos de salud firmada con fecha ___/___/___

Fdo.: El/ la paciente

Nombre:

DNI nº.....

Fecha:.....

* Se deberán firmar dos modelos: uno será entregado al participante y otro será conservado por el profesional que solicita el consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA APLICACIÓN DE TEC

Paciente:..... Fecha:.....

Médico que informa:..... Col nº:.....

QUÉ ES LA TEC

La terapia electroconvulsiva (TEC), anteriormente conocida como *electroshock*, utiliza una corriente eléctrica para tratar la depresión y otras enfermedades mentales. Durante la TEC, la corriente eléctrica provoca una convulsión en el cerebro. Los médicos creen que la actividad convulsiva puede ayudar al cerebro a "reconectarse" a sí mismo, lo que ayuda a aliviar los síntomas. La TEC generalmente es segura y efectiva.

CUÁNDO USAMOS LA TEC: INDICACIONES

La TEC es un tratamiento altamente efectivo para la depresión, sobre todo para la depresión severa. La TEC puede ser utilizada con seguridad en mujeres embarazadas y durante el puerperio, así como en niños y ancianos.

Además, la TEC está indicada en el tratamiento de otros trastornos. En su caso específico, el diagnóstico para indicar la TEC es:

.....
En su caso, el motivo para la indicación de TEC es:

RIESGOS

La TEC ha recibido mala prensa pero, en realidad, constituye un procedimiento terapéutico seguro, con una morbilidad no significativamente mayor a la relacionada con el uso de anestesia general.

Los efectos secundarios y complicaciones dependen de las condiciones previas del paciente, la edad y la susceptibilidad personal. Con el fin de minimizarlos, usted ha sido sometido a un estudio físico completo y ha sido valorado por un especialista en Anestesiología o en Medicina Intensiva, que han descartado riesgos durante la anestesia.

Efectos secundarios

La TEC puede causar efectos secundarios, como:

- **Confusión**, generalmente de minutos o pocas horas.
- **Dolor de cabeza**. Suele ser pasajero.
- **Hipotensión o hipertensión** arterial.
- **Pérdida de la memoria**, sobre todo hacia el final del tratamiento. Al acabar la TEC empieza a recuperarse y, pasados 6 meses, la memoria es normal en la mayoría de los pacientes.
- **Dolores musculares**
- **Problemas dentales**
- **Náuseas**
- **Taquicardia** u otros problemas cardíacos
- **Crisis epilépticas** espontáneas (tardías) en 1/10.000
- **Euforia**, como con los antidepresivos.

Mortalidad por TEC

El riesgo de muerte por la TEC es similar a la anestesia general en cualquier cirugía menor, aproximadamente 1/10.000 pacientes, y menor que el riesgo de los pacientes con trastornos mentales graves no tratados. La causa de muerte más frecuente es el infarto de miocardio.

Situaciones de riesgo

Algunas afecciones ponen a los pacientes en mayor riesgo de efectos secundarios o complicaciones a raíz de la TEC. Informe a su médico si padece:

- Lesiones cerebrales ocupantes de espacio (LOE)
- Aumento de la presión intracraneal
- Accidente cerebrovascular reciente
- Aneurismas
- Epilepsia
- Infarto agudo de miocardio reciente
- Angina inestable.
- Enfermedad valvular grave
- Arritmias cardíacas sintomáticas
- Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada
- Hipertensión moderada-grave descompensada
- Feocromocitoma
- Desprendimiento de retina reciente
- Glaucoma de ángulo cerrado
- Cirugía ocular reciente
- Procesos óseos degenerativos
- Osteoporosis
- Fracturas no consolidadas
- EPOC
- Asma
- Neumonía
- Riesgos personales:.....

PROCEDIMIENTO

La TEC se administra generalmente dos o tres veces por semana durante un total de 6 a 12 sesiones, pero en ocasiones se necesitan más sesiones.

Antes de cada sesión de TEC

Debe mantener el ayuno de sólidos desde al menos 6 horas antes de la aplicación de la TEC. Puede tomar líquidos claros hasta 2-3 horas antes. Pregúntele al médico si debe tomar algún medicamento diario en la mañana antes de la TEC. Recuerde que debe retirar prótesis dentales. Anillos, pulseras, collares y esmalte de uñas. Vestir ropa cómoda y fácil de quitar

Aplicación de la TEC

La TEC se le aplicará en la Unidad de Críticos (UCI) de nuestro hospital mientras usted esté durmiendo y sin dolor, bajo anestesia general.

Se le colocarán dos electrodos en la frente o sobre el cuero cabelludo para distribuir la corriente eléctrica.

Además se monitorizará la actividad cerebral, cardíaca y muscular, la tensión arterial y el oxígeno en sangre.

Se le tomará una vía venosa periférica (gotero) con el fin de administrarle la medicación necesaria. Se le administrará un anestésico de acción corta para inducir rápidamente un sueño breve e impedir que sienta dolor. Cuando usted esté dormido/a, se aplicará una pequeña cantidad de corriente eléctrica en la cabeza para provocar actividad convulsiva en el cerebro. La duración de la descarga no es mayor de 8 segundos. La convulsión provocada dura alrededor de 30 segundos. Se le administrará un relajante muscular para impedir que la convulsión se extienda por todo el cuerpo. Como resultado, las manos y los pies se moverán sólo ligeramente durante el procedimiento. Se le aplicará también un mordedor para evitar que se muerda la lengua o se dañe los dientes.

Después de la TEC

Usted despertará algunos minutos después del tratamiento y no recordará el procedimiento. Un equipo médico lo vigilará en la UCI hasta que se recupere por completo. Cuando se haya recuperado:

- Si estaba ingresado, regresará a la UHB.
- En caso de pacientes ambulatorios, podrá regresar a casa. Es necesario que un adulto le acompañe.

RESULTADOS Y ALTERNATIVAS

La TEC se considera un tratamiento seguro, rápido y eficaz, pero no se puede asegurar un resultado

específico. Como en otros tratamientos médicos, algunos pacientes mejoran con rapidez, otros lentamente e incluso pueden no mejorar en absoluto. Aunque la recuperación sea completa, después de la TEC se prescribe tratamiento con medicamentos para prevenir recaídas o, en algunos casos, puede indicarse mantenimiento con TEC aplicado cada varias semanas. El equipo médico que le trata considera que **la TEC es el mejor tratamiento para su caso**, más eficaz que cualquier medicación disponible.

Si decide que no se realice, podría sufrir un periodo más largo o más grave de enfermedad e incapacidad física. El tratamiento con medicamentos puede estar también indicado y ser eficaz, pero tiene sus propios riesgos y complicaciones y no es, generalmente, más seguro que la TEC. Las ventajas y desventajas de cada opción pueden deliberarse con el médico responsable.

Usted **tiene derecho a rechazar este tratamiento** y, aunque firme voluntariamente un acuerdo para recibir TEC, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, incluso antes de que se inicie. La retirada del consentimiento para el tratamiento de TEC no perjudica de ninguna manera a su tratamiento continuado con otras alternativas disponibles.

Antes de firmar el documento de Consentimiento Informado, si desea más información o tiene cualquier duda, no tenga reparo en preguntarnos.

COMPETENCIA PARA CONSENTIR

El Dr....., col. nº....., tras explorar y valorar el estado mental del paciente D/Dña....., le considera

- COMPETENTE para entender la información proporcionada acerca de la TEC y obrar en consecuencia
- NO COMPETENTE para entender la información proporcionada acerca de la TEC, por lo que la decisión de firmar este documento de consentimiento informado es asumida por D/Dña....., con DNI nº.....

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido informado de la indicación de TEC, que se realiza bajo la anestesia adecuada. Se me ha explicado las ventajas, inconvenientes y complicaciones más relevantes. La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo cual tomo libremente la decisión de

- AUTORIZAR al equipo médico que me atiende a realizar la TEC
- NO AUTORIZAR al equipo médico que me atiende a realizar la TEC

Fdo. Dr..... Fdo. Paciente:..... Fdo. familiar:.....
Col. nº..... DNI nº..... DNI nº.....

Castellón,.....de.....de 20.....

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,....., con DNI nº.....

- Por mí mismo/a
 - En representación del paciente:.....
- dejo constancia de mi decisión de: Revocar la autorización que firmé con anterioridad, en documento de consentimiento informado.

Castellón,.....de.....de 20.....

Fdo.:.....
DNI nº:.....

RECOGIDA DE DATOS

Identificac	Sexo	Edad	Sesiones	Dosis_Me	EVA_Pre	Mini_Men	SCIP_Pre	MADRS_P	FAST_Pre	Impresión
3	1	45	8	191,52	3	29	4	26	57	5,00
8	1	65	13	277,20	2	30	3	28	24	4,00
11	1	25	11	85,68	5	35	2	29	47	5,00
2	2	51	12	342,72	1	33	5	33	53	5,00
4	2	46	10	176,40	4	32	3	13	44	4,00
5	2	60	11	226,80	5	31	5	34	50	5,00
6	2	53	11	201,60	3	35	3	22	51	4,00
9	2	32	13	226,80	0	28	4	46	42	6,00

EVA_Post	Mini_Men	SCIP_Post	MADRS_P	FAST_Post	Impresión
8	34	3	16	42	3
3	35	2	4	18	2
5	35	3	29	49	4
6	32	4	21	40	2
7	34	2	4	26	2
7	30	5	2	15	1
5	34	3	13	29	3
8	32	1	8	28	2