



11226

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN 1 y 2 DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 EL ROSARIO
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

035 2075

PRESENTA:
DR. EFRAÍN RAFAEL RUÍZ OSORIO

ASESOR: DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"



MÉXICO, D.F.



SECRETARÍA DE ENSEÑANZA

N. M. F. No. 33

2005



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso


DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

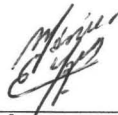
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACIONES




DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
ASESOR Y PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"



DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"



DR. EFRAÍN RAFAEL RUIZ OSORIO
RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la
UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el
contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Efraín Rafael Ruiz Osorio

FECHA: 27 sep 10

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS

Imposible englobar en una pequeña frase tanto AGRADECIMIENTO por el amor y la esencia que han puesto en mi desarrollo tanto humano como profesional. Este logro es un escalón más en la escalera del éxito en mi vida, Ustedes son mis cimientos y mi luz para continuar aún en los momentos en los que el alma pierde fuerza.

Gracias por dar tanto de ustedes, aún sin darse cuenta, para que hoy tengan esta tesis en sus manos.

A DIOS

Hoy más que nunca, te agradezco, la oportunidad de estar aquí y ahora. Recuerdo que en mis ruegos te pedía solo una oportunidad y espero no haberte defraudado, por que no habrá día que no te pida una nueva oportunidad...

A MIS PADRES

Por darme la vida y la oportunidad de ser alguien, fue algo más que su ejemplo y el haberme inculcado el respeto, la responsabilidad y la superación personal. Gracias por hacer de su esfuerzo el logro más grande de mi vida. Esperando así compensar un poco todo lo que no puedo pagar.... SU AMOR. LOS AMO.

A MIS HERMANOS

Que sin sospecharlo, con su ejemplo, con la forma de llevar su vida, han logrado inculcar un gran sentimiento de responsabilidad y respeto hacia lo que hago. Gracias por poner tanto de ustedes para ser este, nuestro sueño... REALIDAD. Y de ser posible, ser un ejemplo para sus hijos.

A ROX Y EPRHAM

A ti amor por tú apoyo incondicional, el haber soportado la soledad y la adversidad. Y por darme lo más maravilloso del ser humano. A Ephram a tu corta edad te haz convertido en mi luz y mi motivo de seguir luchando, día a día y te sientas orgulloso de mí.

A MIS AMIGOS

Eli, Luzma, Juan, Lalo, Paco, por haber sido cómplices de esta gran aventura, por haber estado en los buenos, y malos momentos. Silver y Alex D. Ya que en la ausencia su esencia esta día a día. Gracias a mis amigos de ayer y hoy que con su presencia han hecho ligero mi andar, gracias por dejar su esencia, para convertirlo en mi luz de día.

A MIS PROFESORES

Por que fueron un libro abierto, en donde encontré más que conocimientos, experiencias de vida, que alimentaron mi amor a la medicina.

INDICE

AGRADECIMENTOS	.....	3
TÍTULO	.....	5
INTRODUCCIÓN	.....	6
JUSTIFICACIÓN	.....	13
MATERIAL Y METODOS	.....	14
RESULTADOS	.....	15
GRÁFICAS	.....	18
ANÁLISIS DE RESULTADOS	.....	33
CONCLUSIÓN GENERAL	.....	36
BIBLIOGRAFÍA	.....	38
ANEXOS	.....	40

***FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”***

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad determinada genéticamente en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta. Cuando la enfermedad alcanza pleno desarrollo, se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y, en la mayoría de los pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y oculares, y neuropatía.(1)

CLASIFICACIÓN.- La diabetes mellitus se clasifica en tres subclases. 1.- Diabetes mellitus tipo 1 o diabetes insulino dependiente (DMID); 2.- Diabetes mellitus no insulino dependiente o tipo 2 (DMNID) ; y 3.- Diabetes secundaria a otro cuadro o síndrome identificable; 4.- Diabetes mellitus gestacional (DMG) (1,2)

La diabetes mellitus presenta complicaciones agudas como: Hipoglucemia, coma hiperosmolar no cetósico y cetoacidosis diabética que tiene una alta mortalidad. Y complicaciones crónicas como: aterosclerosis, retinopatía, nefropatía diabética, neuropatía diabética, neuropatía autonómica y pie diabético.(1,2)

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan con mayor frecuencia en la población mundial, al grado de ser considerada una *pandemia* con tendencia ascendente.(2)

En la actualidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se estima que existen alrededor de 140 millones de personas con diabetes mellitus en el mundo, y se espera que esa cifra se eleve a 300 millones en los próximos 25 años. El aumento será de 40 % en los países desarrollados y el 70% en los países en vías de desarrollo.(2)

En 1995, **México** contaba con 3.8 millones de adultos con diabetes mellitus y ocupaba el noveno lugar dentro de los diez países con mayor número de personas con diabetes; para el año 2025, se prevé alcance los 11.7 millones y pase ocupar el séptimo lugar en orden de frecuencia. En América Latina existen 20 millones de personas con diabetes mellitus, considerando que aproximadamente la mitad de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son asintomáticos, existe una alta probabilidad que de no implementarse medidas de intervención para anticiparse a la aparición del daño, el número de casos se duplicará en los próximos 10 años.(2)

Estas tendencias son el resultado de la transición demográfica en la población, como por los cambios que se están dando en los patrones culturales, que a su vez, repercuten en la alimentación y el estilo de vida de las personas. En México de acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) que realizó la Secretaría de Salud en 1993, se encontró una prevalencia de diabetes mellitus del 7.2% y ocupó el cuarto lugar dentro de las principales causas de muerte. Asimismo se estimó que para 1997 aproximadamente 4 millones de mexicanos entre 20 a 69 años padecerían diabetes, y con base a estos resultados se calculo que. 2.408,453 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social tienen diabetes.(2)

En México, la diabetes mellitus constituye uno de los problemas más importantes de salud pública con características de epidemia. Anualmente se registran más de 180,000 casos nuevos y de 36,000 defunciones aproximadamente.(2)

El conocimiento de la magnitud real de la diabetes mellitus, en cuanto a los indicadores básicos de incidencia y prevalencia, está limitado por importantes aspectos de tipo metodológico, comunes no solamente a todas las instituciones de salud en el país, sino también en el ámbito mundial.(2)

De acuerdo con publicaciones científicas de la Organización Panamericana de Salud, la diabetes es la causa más frecuente de polineuropatía, y alrededor de 50 % de las personas con diabetes mellitus presentan alteraciones neuropáticas en los 25 años siguientes al diagnóstico. La diabetes es responsable de poco más de 90% de todas las amputaciones no traumáticas, mientras que la nefropatía diabética se ha convertido en la primera causa de insuficiencia renal terminal y de ceguera en el adulto.(2)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social la diabetes mellitus tipo 2 se sitúa en el segundo lugar dentro de los principales motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en el primer lugar en la consulta de especialidades, con un importante incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal, así como de pensiones por invalidez; es también una de las principales causa de ingreso y egreso hospitalario. El número de consultas por diabetes mellitus atendidas por médico familiar ha aumentado sustancialmente, de poco más de 897,000 consultas que se otorgaron en 1984, a más de 5 millones para 1999, con un incremento del 498%. En cuanto a las consultas por médicos no familiares (especialistas), se otorgaron aproximadamente 152,000 consultas en 1984, contra 530,544 para 1999, con un incremento de 249% durante este periodo.(2)

De los principales motivos de atención en orden de frecuencia, la diabetes mellitus en medicina familiar, paso del sexto lugar como motivo de consulta en 1991, a ocupar el segundo lugar para 1999. En la consulta de especialidades, paso de 1 segundo lugar a ser el primer motivo de demanda de atención para 1999.(2)

El incremento en la mortalidad por diabetes muestra un comportamiento exponencial. Al revisar el perfil de mortalidad durante los últimos 19 años, podemos ver que la tasa se ha duplicado, al pasar de 25.3 por 100,000 derechohabientes usuarios en 1981, a una tasa de 50.9 por 100,000 en 1999, con un total de 14,225 defunciones para este último año. (2)

La repercusión económica se puede valorar si consideramos que durante 1992, el gasto anual de la atención a los enfermos con diabetes mellitus alcanzó los 2,000 millones de pesos y el costo para 1999 fue de 7,492.677,084. (2)

En 1981, Dunn y Turtle analizaron 27 trabajos publicados entre 1940 y 1980 que definían el tipo de personalidad de los pacientes diabéticos (particularmente con diabetes mellitus tipo 2); algunos de estos estudios, como los realizados por Slawson y col. En 1963, Muraski y col. En 1970 y Sanders y col. En 1975, identificaron tendencias depresivas en los pacientes con diabetes mellitus. (3)

En 1970 y Sanders y cols. 1975 identifican tendencias depresivas en los pacientes con DMT2. Sin embargo, en la revisión se concluye que no hay una personalidad característica de los diabéticos.(3)

En 1993, Gavard y cols llevan a cabo una evaluación de 20 estudios en diabéticos (9 con pacientes no diabéticos como controles y 11 sin controles). La depresión oscila entre 8.5 y 27% (promedio 14%) en los estudios con controles y de 11 a 20 % (promedio 15%) en los estudios sin controles. La conclusión de esta revisión es que existe una prevalencia aumentada de depresión en pacientes diabéticos. La frecuencia elevada de depresión tiene varias implicaciones, en primer lugar, la depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad. Por otra parte, la depresión es una condición susceptible de ser tratada y cuando se reconoce, es posible disminuir la intensidad de los síntomas y prevenir nuevos episodios. (3)

La DM es una enfermedad en la que el fenómeno conductual es decisivo en el control, ya que las llamadas conductas de autocuidado están determinadas en parte por el nivel psicosocial del individuo.(4)

Aunque siempre se ha querido asociar a la diabetes mellitus, al menos la del tipo 2, con estrés grave, esto probablemente solo sea valido para algunos casos. Sin embargo, mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5 a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta al 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica aumenta el riesgo de depresión la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento. (5)

A partir de 1975 se ha tratado de determinar si existe una personalidad típica del paciente diabético. Menninger sugirió que la ansiedad y la depresión eran características consistentes en estos sujetos. (5)

Tres hipótesis han sido propuestas para explicar la posible relación entre diabetes y depresión.

- 1) La depresión es respuesta del estrés psicosocial causado por la diabetes.
- 2) La depresión esta relacionada con cambios bioquímicos de la diabetes y su tratamiento
- 3) Por que las condiciones de prevalencia pueden coexistir causalmente. (6)

Dos estudios realizados en USA y Finlandia defienden la hipótesis de que la depresión puede estar relacionada con la carga psicosocial de la diabetes. Sin embargo otros dos estudios han documentado que la depresión incrementa el riesgo de desarrollar diabetes.(3,6,7)

Existen pocos artículos en la literatura médica sobre el estudio de la depresión en diabéticos. En la literatura registrada en índices internacionales no encontramos estudios realizados en México con este propósito. En el estudio de "frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2" (Rev. Invest Clin 1998: 50:287-91), se documentó una frecuencia de depresión del 46% en pacientes con DMT2 de la Ciudad de México. Esta frecuencia es alta y al parecer, en nuestro medio, la mayoría de las veces no se diagnóstica, como lo documento un estudio donde se evaluó la frecuencia de depresión en pacientes en general, que acudían a una unidad de primer nivel de atención y donde se identificó una frecuencia de 36%. (3,6,7)

El paciente diabético puede ser valorado integralmente en su esfera biopsicosocial – que puede repercutir en su calidad de vida y, por lo tanto, hacer que permanezca más tiempo hospitalizado- y presentar un círculo vicioso al aumentar su estado de depresión. (4)

Recientes estudios han documentado la doble probabilidad de depresión en individuos con diabetes comparado con individuos sin diabetes. (8)

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad crónica, un desorden por lo general progresivo, relacionado con periodos relativamente prolongados de vida normal a pesar del impedimento que constituye vivir día a día con una enfermedad que requiere cambios en todas las esferas de la existencia para lograr su adecuado control. La DM muestra periodos de exacerbación que exigen intensos cuidados médicos y familiares ya que puede llegar a estar en juego la vida del enfermo; ocasionando trastornos psicológicos significativos y una interferencia con el crecimiento físico y emocional del individuo enfermo.(9)

La depresión que se presenta en el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 en el DMSIV se encuentra dentro de la clasificación de los trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica y la base para el diagnóstico es la presencia de la siguiente sintomatología:

Trastornos del estado de ánimo: Bases para el diagnóstico.

Existen en casi todas las depresiones:

- Disminución del ánimo, que varía de la tristeza leve a sentimientos intensos de culpa, desesperanza o inutilidad.
- Dificultad para pensar, incluyendo incapacidad para concentrarse y falta de decisión.
- Pérdida de interés, con disminución de la participación en el trabajo y diversiones.
- Molestias somáticas, como cefalea; desorganización, disminución o exceso de sueño; pérdida de energía; cambios del apetito; disminución del impulso sexual.
- Ansiedad.(10)

Existen en algunas depresiones graves:

- Retrazo o alguna agitación psicomotora.
- Delirios de naturaleza hipocondríaca persecutoria
- Aislamiento de actividades
- Síntomas físicos de mayor gravedad, p.ej, anorexia, insomnio, impulso sexual reducido, pérdida de peso y una diversidad de molestias somáticas.
- Ideas de suicidio.(10)

Aunque la presentación clínica de la alteración del estado de ánimo puede parecerse a la de un episodio depresivo mayor, maniaco o mixto, no se cumplen totalmente los criterios para estos episodios. La alteración del estado de ánimo debe provocar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos casos el sujeto puede ser aún capaz de desenvolverse a costa de un esfuerzo muy importante.(11)

Para determinar si la alteración del estado de ánimo es debida a enfermedad médica, el clínico en primer lugar, ha de establecer claramente la presencia de dicha enfermedad médica. Además hay que establecer que la alteración del estado de ánimo está etiológicamente relacionada con la enfermedad médica a través de un mecanismo fisiológico.(11)

La característica esencial del trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica es una notable y persistente alteración del estado de ánimo que se considera debida a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. La alteración del estado de ánimo puede consistir en un estado de ánimo depresivo, una notable disminución de intereses o del placer o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.(11)

Aunque no hay normas infalibles para determinar cuando es etiológica la relación entre la relación del estado de ánimo y la enfermedad médica, algunas consideraciones pueden servir de orientación. Una consideración es la presencia de una asociación temporal entre el inicio, la exacerbación o la remisión de la enfermedad médica y la de la alteración del estado de ánimo.(11)

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (diabéticos) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superpone a las de diabetes descontrolada. (3,12)

No es fácil identificar a los pacientes con depresión y DM porque síntomas como pérdida de peso, ataque al estado general insomnio y disminución de la libido se comparten en ambas entidades. (3,6,7)

Una guía para el diagnóstico de la depresión en el paciente médicamente enfermo es interrogar los síntomas afectivos y cognoscitivos de la depresión: tendencia al llanto, ansiedad, sentimientos de culpa, insatisfacción con la vida, ideas de contenido suicida, incapacidad para disfrutar las actividades que usualmente despertaban interés en la persona (anhedonia), dificultad para concentrarse, indecisión y minusvalía. Tres preguntas claves son: ¿Se siente usted triste?, ¿Ha deseado dormir y ya no despertar?, ¿Ha dejado de disfrutar las actividades que hace?. El manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana en su cuarta edición (1994) propone que deben existir cinco de nueve síntomas por un período de dos semanas mínimo, para que pueda diagnosticarse un episodio depresivo mayor. (4)

El inventario de depresión de Beck (BDI) es un cuestionario útil y validado para la detección del síndrome depresivo en el paciente diabético. Es común que pacientes diabéticos, sean o no deprimidos reporten quejas tales como cambios en el estado afectivo del tipo de la irritabilidad (50%) -la cual puede alterar mucho las relaciones interpersonales- además de disminución de interés en el sexo (20%), cambios de peso (10%), disminución o aumento de apetito (15%) y fatiga (50%).(4)

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La presencia de síntomas depresivos se ha asociado con el descontrol glucémico del paciente diabético. Se estima que los bajos niveles de autocuidado se relacionan con una baja autoestima y una baja autoeficacia (la percepción de ser incapaz de manejar un problema o un régimen de tratamiento en forma adecuada). La aparición de cambios en la conducta alimentaria (hiperfagia, incremento de la apetencia de carbohidratos y alimentación compulsiva) en el deprimido en un factor que también puede contribuir al descontrol metabólico. (13)

Se han identificado una serie de factores que influyen para padecer depresión en el paciente con diabetes mellitus tipo 2 desde el punto de vista psicosocial:

- Sucesos vitales: la aparición de nuevas enfermedades, la viudez, el retiro por pensión o invalidez, la salida de los hijos de casa, etc.
- Desarrollo de una nueva complicación: la presencia de nefropatía, retinopatía, o angiopatía coronaria, pueden limitar el nivel de actividad física, disminuir la capacidad de vida independiente del sujeto o incluso actividades sensoriales como la visión, que alteran el grado en el que el paciente es capaz de manejar satisfactoriamente su padecimiento.
- Problemas psiquiátricos relacionados o no con la diabetes: la persona diabética puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico: los trastornos más comúnmente encontrados son los trastornos de ansiedad y los trastornos afectivos.
- El manejo de la atención médica por parte del proveedor de servicios de salud. Este punto incluye médicos, enfermeras, nutriólogos y demás miembros del equipo de salud. Se ha establecido que una adecuada comunicación y el logro de una relación empática facilitan el cuidado del enfermo. (13)

Durante los últimos años se ha puesto mayor atención en el paciente diabético y la relación que existe con la depresión. Se considera que la diabetes es un proceso que afecta al ser humano como una unidad biopsicosocial y presenta así una reacción ante una causa determinada. Los factores asociados con depresión que se han encontrado son:

- a) complicaciones relacionadas con la enfermedad por si sola
- b) alteraciones en el ámbito familiar
- c) relaciones interpersonales
- d) el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente. (13)

El paciente diabético se enfrenta a su enfermedad de tipo crónico y a una serie de alteraciones en su homeostasis o equilibrio biopsicosocial, afectando directamente su personalidad, lo cual, aunado a las complicaciones de la enfermedad, contribuye a que curse con cierto grado de depresión; por lo tanto, la mayoría de los pacientes diabéticos presentarán un cuadro depresivo durante el curso de su enfermedad, que puede manifestarse mientras se encuentran hospitalizados.(13)

El inadecuado control del paciente diabético y el desconocimiento de su depresión precipitarán sus complicaciones, tales como la neuropatía diabética, micro y macroangiopatía, disminución en su función sexual y en las de tipo social y relaciones interpersonales. (14)

Otras comorbilidades estimadas en la complicación de la depresión en diabéticos, en particular, las enfermedades cardiovasculares (Hipertensión arterial) y obesidad son ambas predominantes y son fuertemente asociadas a padecer depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (5)

En artículos recientes se indica que la relación entre diabetes y depresión podría ser bidireccional, la hipótesis que el resultado de depresión hacia la carga psicosocial de diabetes permanece latente. (8)

El médico de primer contacto debe estar preparado para detectar la depresión, ya que debe ser capaz de tratarla y derivar, tan pronto y como le sea posible, aquellos casos que requieren de mayor respaldo psicológico. (15)

En el control de paciente diabético intervienen múltiples variables, entre ellas las relacionadas a aspectos psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glicemia, como pueden ser los estilos de afrontamiento. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. (15)

La diabetes es considerada una de las mayores demandas psicológicas dentro de las enfermedades crónicas, ya que requiere un estricto manejo diario de su tratamiento. La presencia de comorbilidad psiquiátrica puede resultar difícil por su curso clínico por que es mayor el efecto de apego a los medicamentos y al régimen de auto cuidado. (13)

La depresión en individuos con diabetes mellitus tipo 2 se ha asociado con el poco apego a las recomendaciones de dieta, hiperglicemia, poco control metabólico, complicaciones diabéticas, disminución en la calidad de vida. (3,6,7,8)

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el periodo de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implican el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentran cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia. (3,12)

JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades de larga evolución generan cambios en el estilo de vida y en el nivel de actividad física, que repercuten en los roles sociales y familiares, además de modificar mecanismos biológicos en que participan fundamentalmente las estructuras cerebrales reguladoras de funciones como la cognición, afecto, sueño y la conducta alimentaria.

La Diabetes Mellitus es una enfermedad en la que el fenómeno conductual es decisivo en el control, ya que las conductas de autocuidado están determinadas en parte por el nivel de bienestar psicosocial del enfermo. A la diabetes mellitus suele considerársele como una enfermedad que si se controla adecuadamente permite al paciente llevar una vida relativamente normal. Sin embargo, factores como la reducción en la cantidad de energía producida por el cuerpo, la fatiga creciente, la irritabilidad y la depresión pueden hacer incómoda su vida, aunque no lo imposibilitan para llevarla a cabo de manera productiva y activa.

Aunque siempre se ha querido asociar a la diabetes mellitus, al menos la del tipo 2, con estrés grave, esto probablemente solo sea valido para algunos casos. Sin embargo, mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5 a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta al 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica aumenta el riesgo de depresión la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento. (2)

En la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario” hasta el año 2004 existen 12,515 pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, sin que en la unidad se haya determinado en ellos la frecuencia de depresión, por lo que considero conveniente plantear la siguiente pregunta: ¿ Cual es la frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No 33 “El Rosario”? ya que resulta sorprendente el breve tiempo que requiere para el diagnóstico, con el Inventario de Depresión de Beck y este abordaje en el área emocional del paciente permite su manejo integral y anticipatorio con enfoque de riesgo en beneficio del paciente y su familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

La investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en zona urbana que tiene una confluencia de derechohabientes con nivel socioeconómico medio-bajo. Se llevo a cabo con pacientes diabéticos que acuden a control ha esta unidad. Durante el tiempo comprendido de Enero del 2004 a Septiembre del 2005, con el objetivo de determinar la frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

El diseño de estudio fue, PROLECTIVO, OBSERVACIONAL, TRANSVERSAL, y DESCRIPTIVO. El tamaño de la muestra estudiada fue 340 pacientes diabéticos tipo 2 del sexo masculino y femenino, que se encuentran en control en la UMF No.33 “El Rosario” que acudieron a consulta externa en el turno matutino y vespertino, así como pacientes que se encontraban en la sala de espera y desearon participar en el estudio con previa firma de carta de consentimiento informado. Dentro de los criterios de inclusión que se tomaron en cuenta son todos aquellos pacientes mayores de 35 años con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Se excluyeron a los pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1, con Diabetes Mellitus tipo 2 menores de 35 años, diabéticos por causa secundaria, así como pacientes con diabetes gestacional, y pacientes con el diagnóstico y tratamiento para depresión. Se eliminaron aquellos pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 que se negaron a participar en el estudio. Se revisaron sus últimas 3 cifras de glucosa reportadas en el expediente y se saco una media, así como antecedentes de enfermedades asociadas, todo fue de manera personal por el investigador. Se les aplico la escala de Depresión de Beck para evaluar la variable DEPRESIÓN. Así como una encuesta diseñada para explorar los factores de riesgo: control glucémico, adherencia al tratamiento, tiempo de evolución de la enfermedad (DM tipo 2), enfermedades asociadas (hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, neumopatías, hepatopatías, cardiopatía isquémica), complicaciones de la DM tipo 2 tanto vasculares como neuropáticas, presencia o no de amputaciones así como sus características sociodemográficas.

Se llevo a cabo un análisis estadístico de la información, a través del procedimiento estadístico descriptivo, obteniéndose frecuencias y porcentajes, lo que se representa en gráficas y tablas.

La investigación se realizó bajo los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional, así como previo consentimiento informado del paciente.

Los recursos humanos para la realización de la investigación correspondió al médico residente encargado de la investigación, así como los recursos físicos y financieros.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 340 cuestionarios a los pacientes diabéticos no insulino dependientes (DMT2), de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" que cumplieron con los criterios de inclusión, no se eliminó a ningún cuestionario, quedando un total de 340 que equivale al 100%.

Se obtuvo un total de 215 pacientes SIN DEPRESIÓN (63%) y un total de 125 pacientes CON DEPRESIÓN (37%). (Tabla 1 y gráfica 1).

En base al tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2 de los que presentaron depresión fue la siguiente menor de 5 años de evolución fueron 20 pacientes (16%), de 5 a 10 años 49 pacientes (39.2%), y con más de 10 años de evolución 56 pacientes (44.8%). De los pacientes sin depresión se presentaron 73 pacientes (34%) con menos de 5 años de evolución, de 5 a 10 años de evolución 70 pacientes (32.5%) y con más de 10 años de evolución 72 pacientes (33.5%). (Tabla 2 y gráfica 2).

En la frecuencia de otras enfermedades crónicas asociadas en los pacientes DMT2 que presentaron depresión se encontró pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) a 80 pacientes (64%), dislipidemias a 55 pacientes (44%), neumopatías a 17 pacientes (13.6%), con presencia de cardiopatía isquémica 11 pacientes (8.8%) y hepatopatías a 7 pacientes (5.6%). De los pacientes sin depresión encontramos 98 pacientes (45.6%) con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), con dislipidemia a 60 pacientes (28%), con neumopatías a 19 pacientes (8.8%), con cardiopatía isquémica a 14 pacientes (6.5%), hepatopatías a 4 pacientes (1.8%). (Tabla 3 y gráfica 3).

Dentro de la frecuencia de las complicaciones propias de la DMT2 de los pacientes que presentaron depresión, de tipo vascular la afectación a Miembros Pélvicos (MP) se encontró 49 pacientes (39.2%), con retinopatía a 35 pacientes (28%), con nefropatía a 14 pacientes (11.2%) y con cardiopatía isquémica a 11 pacientes (8.8%). Pacientes sin depresión con afectación de tipo vascular a Miembros Pélvicos (MP) 62 pacientes (28.8%), con retinopatía diabética a 43 pacientes (20%), con cardiopatía isquémica a 14 pacientes (6.5%) y con nefropatía a 11 pacientes (5.1%). (Tabla 4 y gráfica 4).

Y de las complicaciones propias de la DMT2 de tipo neuropatía la afectación a Miembro Pélvico (MP) con 32 pacientes (25.6%) y de tipo visceral 19 pacientes (15.2%). De los pacientes sin depresión con afectación al Miembro Pélvico (MP) a 50 pacientes (23.2%), y con afectación visceral a 29 pacientes (13.5%). (Tabla 5 y gráfica 5).

Se encontró 6 (4.8%) pacientes a los que se les realizó alguna amputación, de los cuales 3 (2.4%) fue de algún ортеjo y los otros 3 (2.4%) pacientes se les realizó amputación de alguna extremidad (supracondilea). De los pacientes sin depresión no se encontró ningún caso que presentara alguna amputación. (Tabla 6 y gráfica 6).

De los pacientes con depresión se encontró que el control glucémico con un control bueno fueron 20 pacientes (16%), aceptable a 42 pacientes (33.6%) y malo a 63 pacientes (50.4%). De los pacientes sin depresión con un buen control 72 pacientes (33.5%), con aceptable control 82 pacientes (38%) y con un mal control 62 pacientes (29%). (Tabla 7 y gráfica 7).

Se encontró dentro de la adhesión al tratamiento en pacientes con depresión que ninguno presento una buena adhesión, con regular adhesión 18 pacientes (14.4%), y con mala adhesión a 107 pacientes (85.6%). De los pacientes sin depresión con buena adhesión al tratamiento a 32 pacientes (15%), con regular adhesión a 103 pacientes (48%) y con mala adhesión a 81 pacientes (37%). (Tabla 8 y gráfica 8).

Dentro de los factores sociodemográficos.

Asociados a depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, fueron 40 (32%) del sexo masculino y 85 (68%) del sexo femenino. De los pacientes sin depresión del sexo masculino 110 pacientes (51.1%) y del sexo femenino a 105 pacientes (48.9%). (Tabla 9 y gráfica 9).

De los grupos de edad en pacientes con depresión del sexo masculino, de 30 a 40 años 2 (1.6%), del sexo femenino 5 (4%) pacientes. Del grupo de 41 a 60 años del sexo masculino 13 (10.4%) y del sexo femenino 25 (20%). Del grupo de 61 años y más, del sexo masculino 25 (20%) pacientes y del sexo femenino 55 (44%). De los pacientes sin depresión, del grupo de 30 a 40 años del sexo masculino 22 pacientes (10.2%), del sexo femenino 23 pacientes (10.7%), del grupo de 41 a 60 años del sexo masculino 36 pacientes (16.7%) y del sexo femenino 45 pacientes (20.9%), del grupo de más de 60 años del sexo masculino 50 pacientes (23.2%) y del sexo femenino 18.6%. (Tabla 10, tabla 10.1 y gráfica 10, y 10.1).

Con respecto a su escolaridad, en los pacientes con depresión, sin ninguna escolaridad 26 (20.8%) pacientes, con escolaridad primaria a 56 (44.8%) pacientes, con escolaridad de secundaria a 19 (15.2%), con preparación de preparatoria a 8 (6.4%), con educación técnica 7 (5.6%) y con estudios de licenciatura 9 (7.2%). De los pacientes sin depresión sin ninguna a 33 pacientes (15.3%), con primaria a 64 pacientes (29.7%), con secundaria a 39 pacientes (18.1%), con preparatoria a 20 pacientes (9.3%), con técnica 31 pacientes (14.4%), y con licenciatura 28 pacientes (13%).(Tabla 11 y gráfica 11).

En base a su estado civil, pacientes con depresión, solteros 11 (8.8%) pacientes, casados 70 (56%), viudos 34 (27.2%) pacientes, divorciados 5(4%) y en unión libre 5 (4%). De los pacientes sin depresión solteros 26 pacientes (12%), casados a 95 pacientes (44%), viudos a 36 pacientes (16.7%), divorciados a 29 pacientes (13.5%) y en unión libre a 30 pacientes (14%). (Tabla 12 y gráfica 12).

Dentro de su ocupación. Pacientes con depresión, obreros 9 (7.2%), chofer 3 (2.4%), ama de casa 66 (52.8%) pacientes, profesionistas 6 (4.8%), empleados 11 (8.8%) y pensionados a 30 (24%) pacientes. De los pacientes sin depresión obreros 17 (8%), chofer 19 pacientes (8.8%), ama de casa 52 pacientes (24%), profesionistas 21 (9.7), empleados 57 (26.5%) y pensionados 49 pacientes (22.8%). (Tabla 13 y gráfica 13).

De sus ingresos económicos mensuales. Pacientes con depresión, menor a \$2,000.00, 74 (59.2%) pacientes, con ingresos de \$2,000.00 a \$5,000.00, 40 (32%) pacientes. De \$5,000.00 a \$10,000.00, 6 (4.8%) pacientes. Con ingresos mayores de \$10,000.00, 5 (4%). De los pacientes sin depresión, menor de \$2,000.00, 82 pacientes (38%), de \$2,000.00 a \$5,000.00, 78 pacientes (36.3%), de \$5,000.00 a \$10,000.00, 35 pacientes (16%) y con ingresos mayores de \$10,000.00 21 pacientes (9.7%). (Tabla 14 y gráfica 14).

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 33 "EL ROSARIO"**

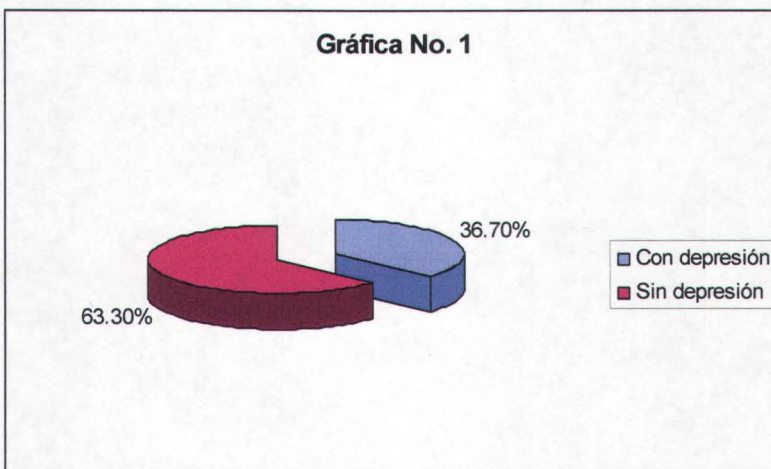
Tabla No.1

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con depresión	125	37%
Sin depresión	215	63%

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 33 "EL ROSARIO"

Gráfica No. 1



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DM TIPO 2 ASOCIADOS A DEPRESIÓN

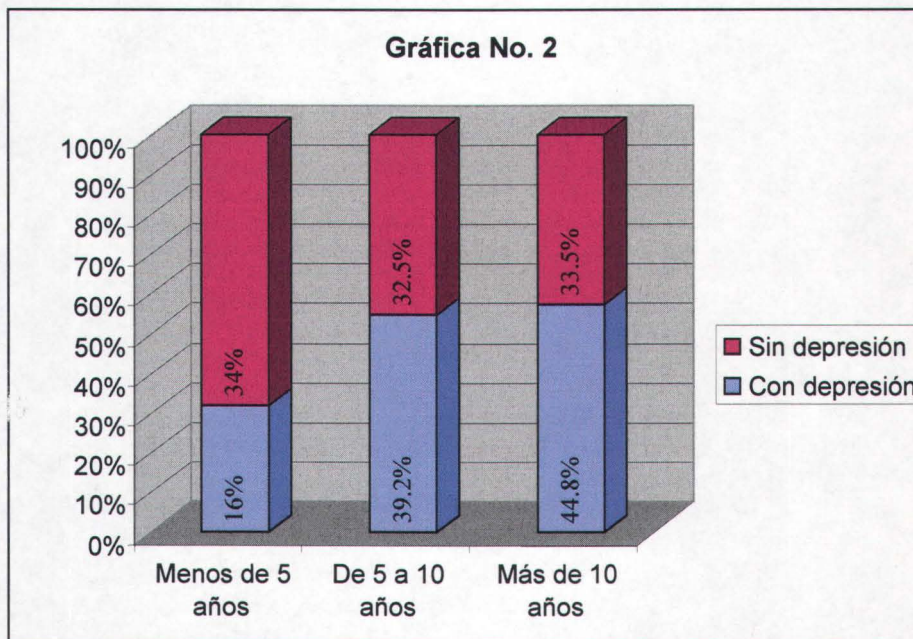
Tabla No. 2

Tiempo de evolución de la DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Menos de 5 años	20 (16%)	73 (34%)
De 5 a 10 años	49 (39.2%)	70 (32.5%)
Más de 10 años	56 (44.8%)	72 (33.5%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA DM TIPO 2 ASOCIADOS A DEPRESIÓN

Gráfica No. 2



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

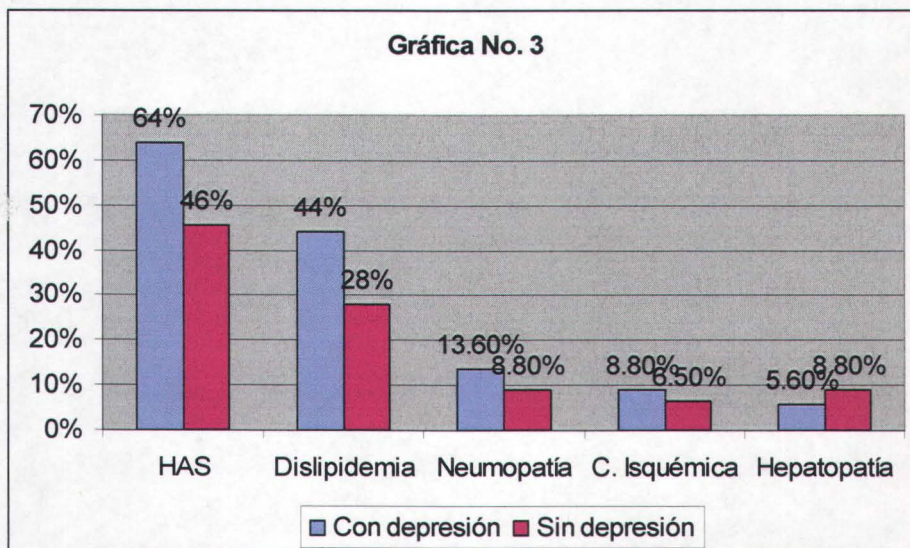
**FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 3

Enfermedades asociadas	Con depresión	Sin depresión
HAS	80 (64%)	98 (45.6%)
Dislipidemia	55 (44%)	60 (28%)
Neumopatía	17 (13.6)	19 (8.8%)
Cardiopatía isquémica	11 (8.8%)	14 (6.5%)
Hepatopatía	7 (5.6%)	4 (1.8%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

FRECUENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS
ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

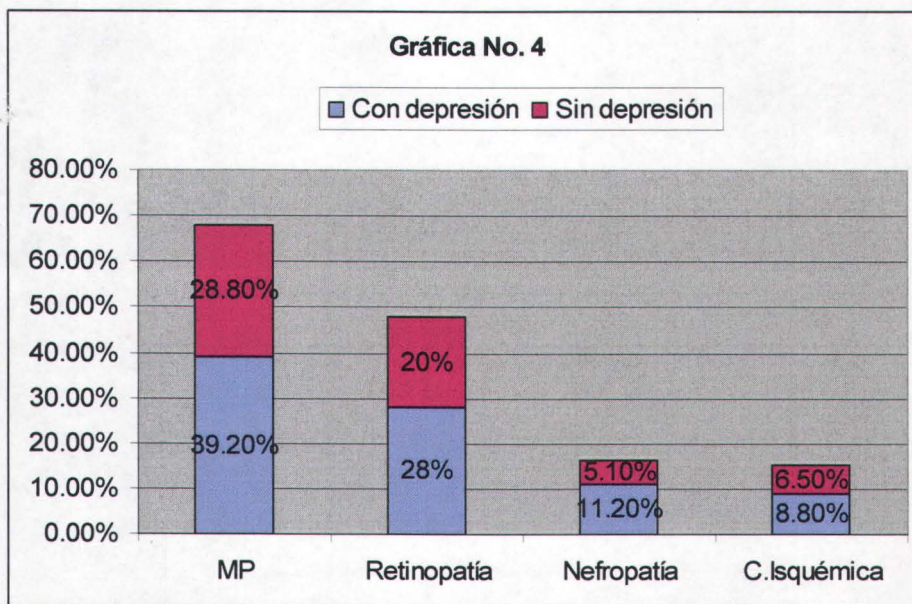
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE TIPO VASCULAR
ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 4

Complicaciones vasculares en pacientes con DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Miembro Pélvico (MP)	49 (39.2%)	62 (28.8%)
Retinopatía	35 (28%)	43 (20%)
Nefropatía	14 (11.2%)	11 (5.1%)
Cardiopatía isquémica	11 (8.8%)	14 (6.5%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE TIPO VASCULAR
ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUD TIPO 2**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

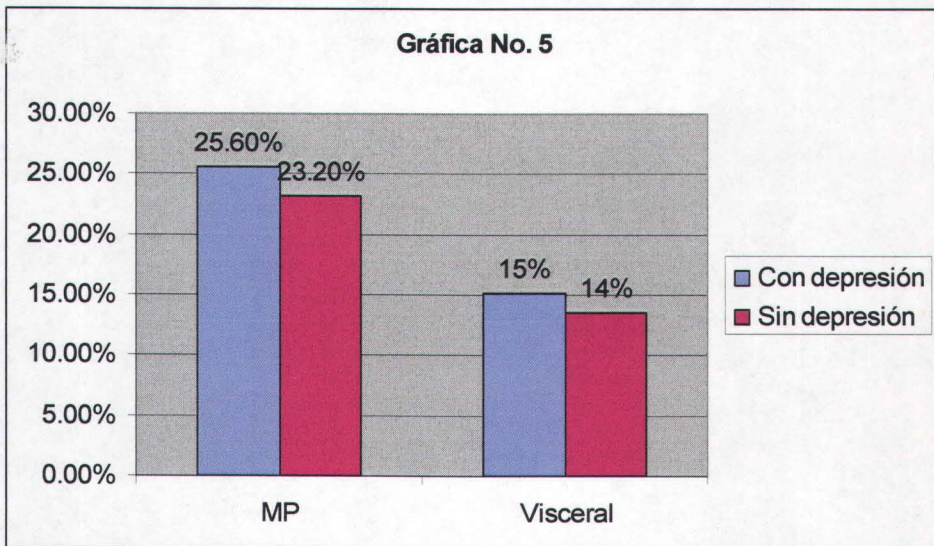
**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE TIPO NEUROPÁTICO
ASOCIADAS A DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 5

Complicaciones neuropáticas en pacientes con DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Miembro Pélvico	32 (25.6%)	50 (23.2%)
Visceral	19 (15.2%)	29 (13.5%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE TIPO NEUROPÁTICO
ASOCIADAS A DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

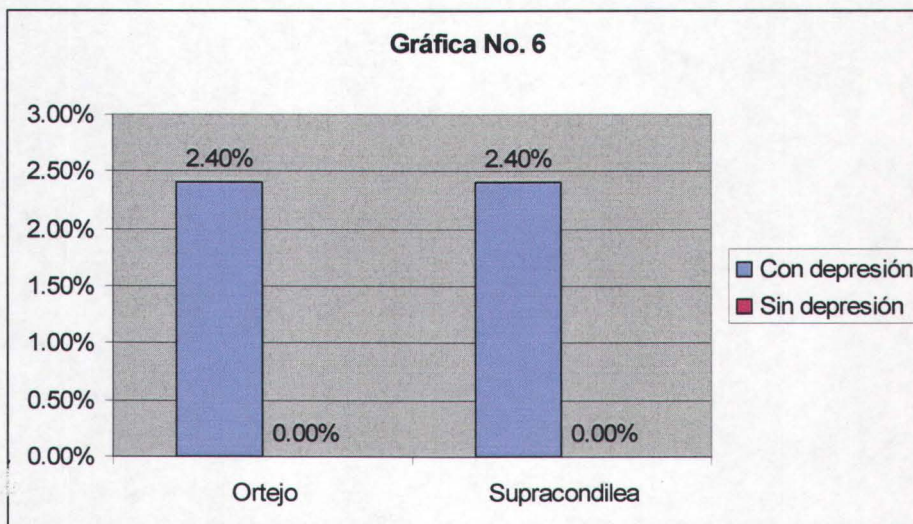
**FRECUENCIA DE COMPLICACION DE TIPO AMPUTACIÓN
ASOCIADAS A DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 6

Complicaciones. Amputaciones en pacientes con DM tipo 2.	Con depresión	Sin depresión
Ortejos	3 (2.4%)	0 (0%)
Supracondilea	3 (2.4%)	0 (0%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE TIPO AMPUTACIÓN
ASOCIADAS A DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA DE ESTADO DE CONTROL GLUCÉMICO
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

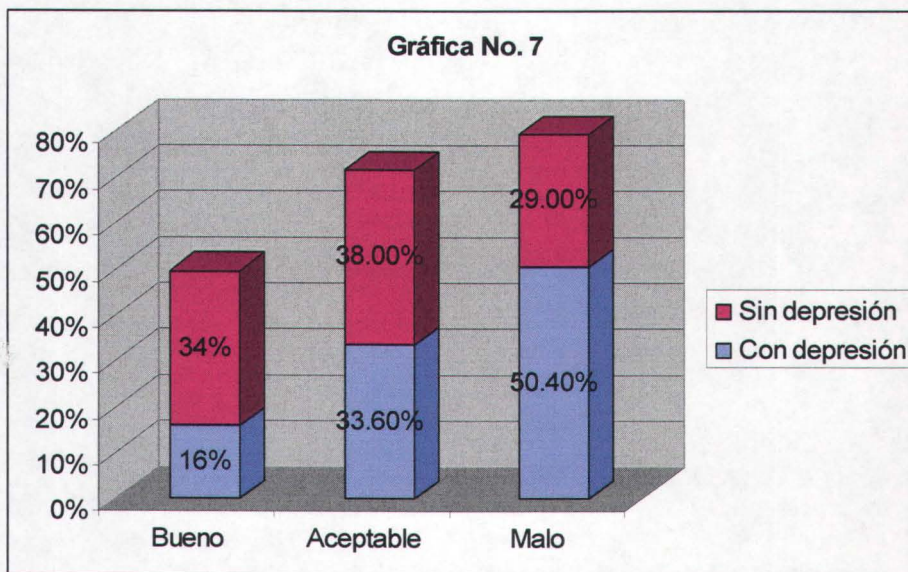
Tabla No. 7

Control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Bueno	20 (16%)	72 (33.5%)
Aceptable	42 (33.6%)	82 (38%)
Malo	63 (50.4%)	62 (29%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA DE ESTADO DE CONTROL GLUCÉMICO
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Gráfica No. 7



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

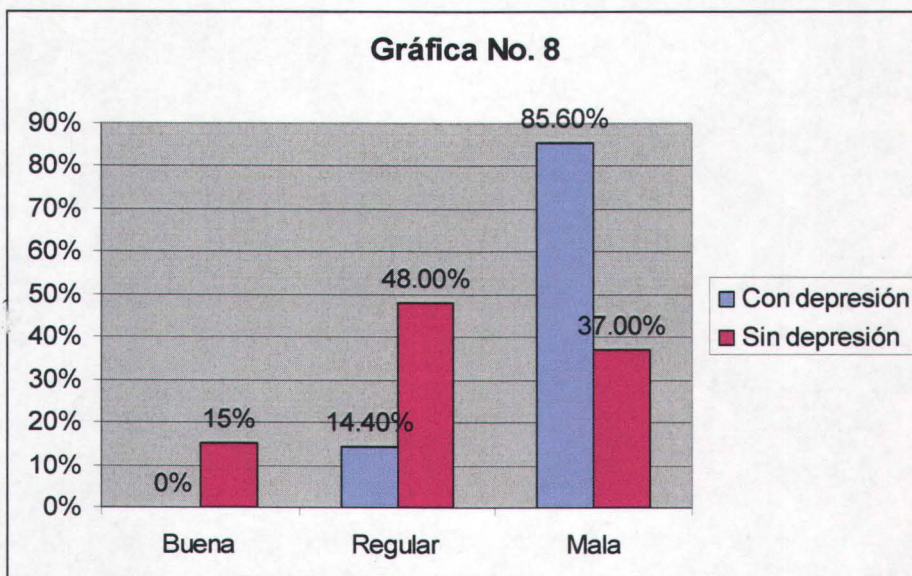
**FRECUENCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 8

Adherencia al tratamiento en pacientes con DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Bueno	0 (0%)	32 (15%)
Regular	18 (14.4%)	103 (48%)
Malo	107 (85.6%)	81 (37%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

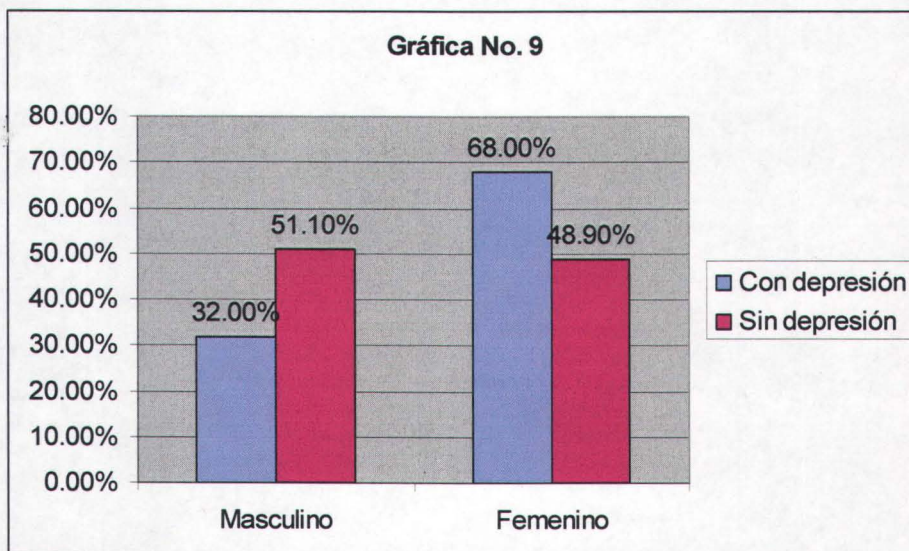
**FRECUENCIA DE SEXO ASOCIADO A
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 9

Frecuencia de sexo en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Masculino	40 (32%)	110 (51.1%)
Femenino	85 (68%)	105 (48.9%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

FRECUENCIA DE SEXO ASOCIADO A
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

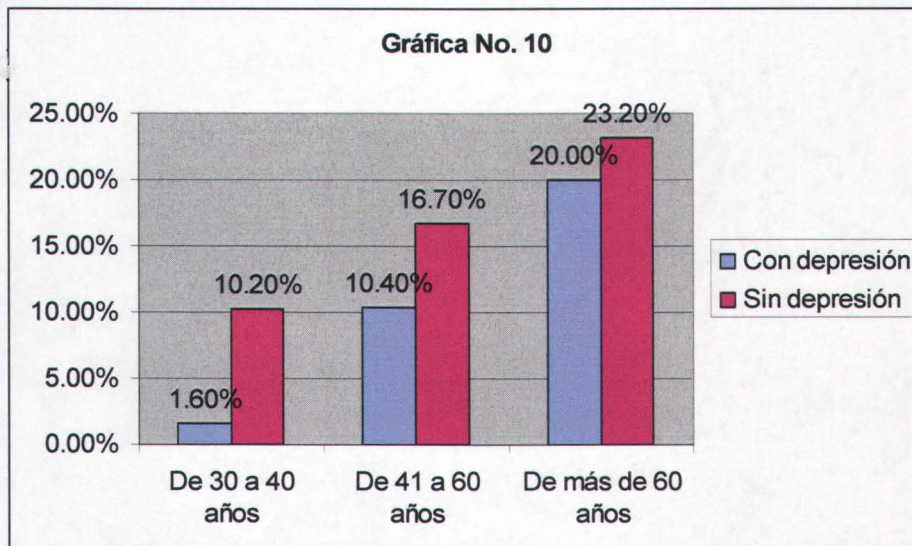
**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEXO MASCULINO**

Tabla No. 10

Distribución según grupo de edad del sexo MASCULINO en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Con depresión	Sin depresión
De 30 a 40 años	2 (1.6%)	22 (10.2%)
De 41 a 60 años	13 (10.4%)	36 (16.7%)
De más de 60 años	25 (20%)	50 (23.2%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2.
SEXO MASCULINO.**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEXO FEMENINO**

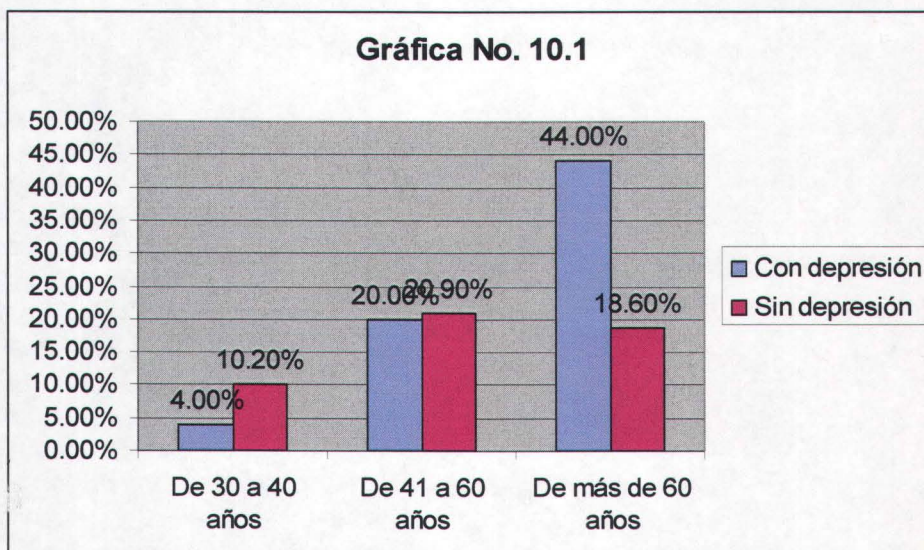
Tabla No. 10.1

Distribución según grupo de edad del sexo FEMENINO en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Con depresión	Sin depresión
De 30 a 40 años	5 (4%)	23 (10.2%)
De 41 a 60 años	25 (20%)	45 (20.9%)
De más de 60 años	55 (44%)	40 (18.6)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPO DE EDAD
ASOCIADO A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2
SEXO FEMENINO.**

Gráfica No. 10.1



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

ESCOLARIDAD ASOCIADA A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

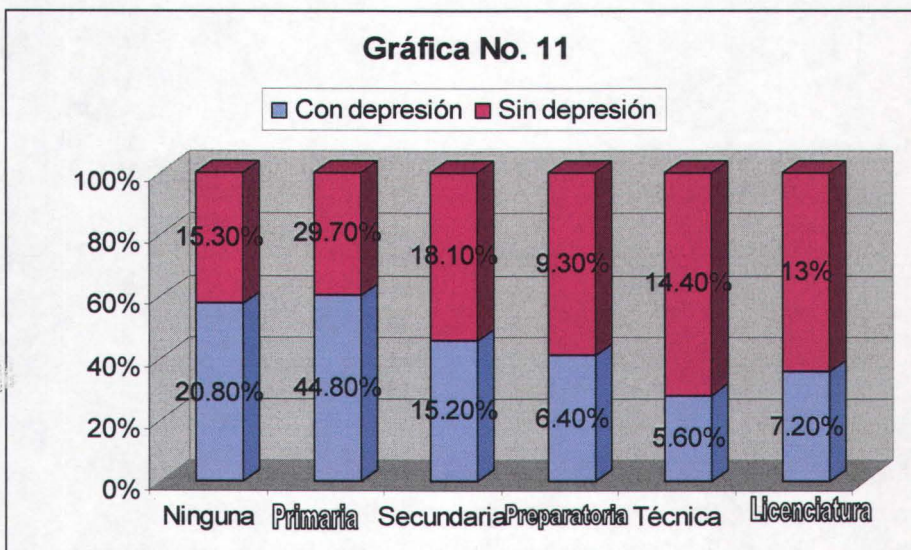
Tabla No. 11

Escolaridad en pacientes con DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Ninguna	26 (20.8%)	33 (15.3%)
Primaria	56 (44.8%)	64 (29.7%)
Secundaria	19 (15.2%)	39 (18.1%)
Preparatoria	8 (6.4%)	20 (9.3%)
Técnica	7 (5.6%)	31 (14.4%)
Licenciatura	9 (7.2%)	28 (13%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

ESCOLARIDAD ASOCIADA A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Gráfica No. 11



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

ESTADO CIVIL ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

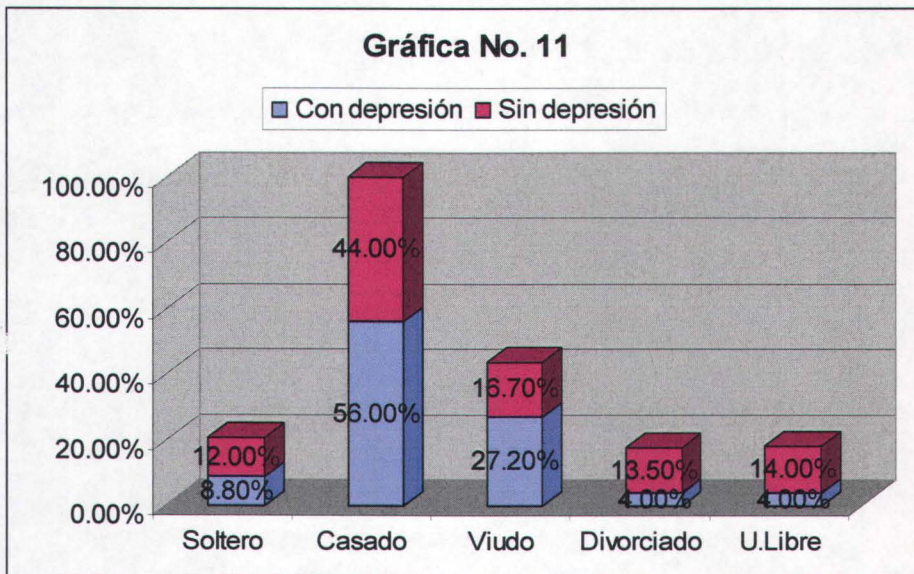
Tabla No. 12

Estado civil en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Soltero	11(8.8%)	26(12%)
Casado	70(56%)	95(44%)
Viudo	34(27.2%)	36(16.7%)
Divorciado	5(4%)	29(13.5%)
U. Libre	5(4%)	30(14%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

ESTADO CIVIL ASOCIADAS A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Gráfica No. 11



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

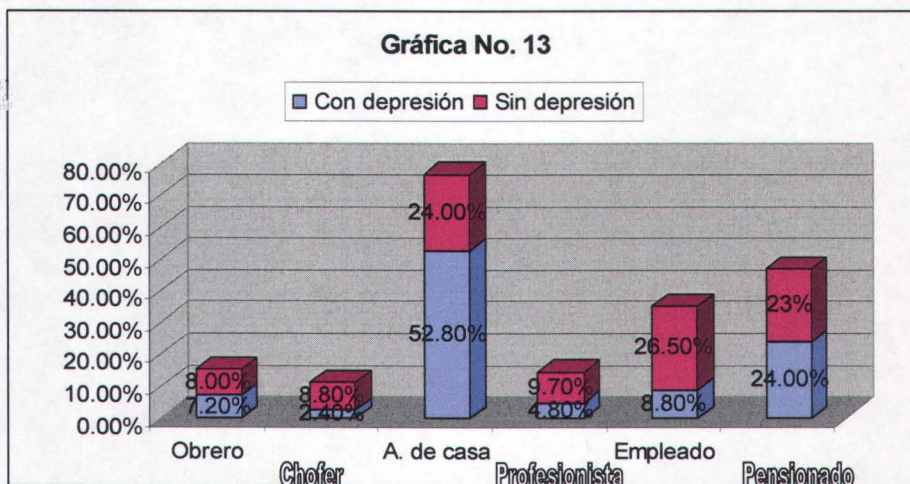
OCUPACIÓN ASOCIADA A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

Tabla No. 13

Ocupación en pacientes con DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Obrero	9(7.2%)	17(8%)
Chofer	3(2.4%)	19(8.8)
A. de casa	66(52.8%)	52(24%)
Profesionista	6(4.8%)	21(9.7%)
Empleado	11(8.8%)	57(26.5%)
Pensionado	30(24%)	49(22.8%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

OCUPACIÓN ASOCIADA A DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

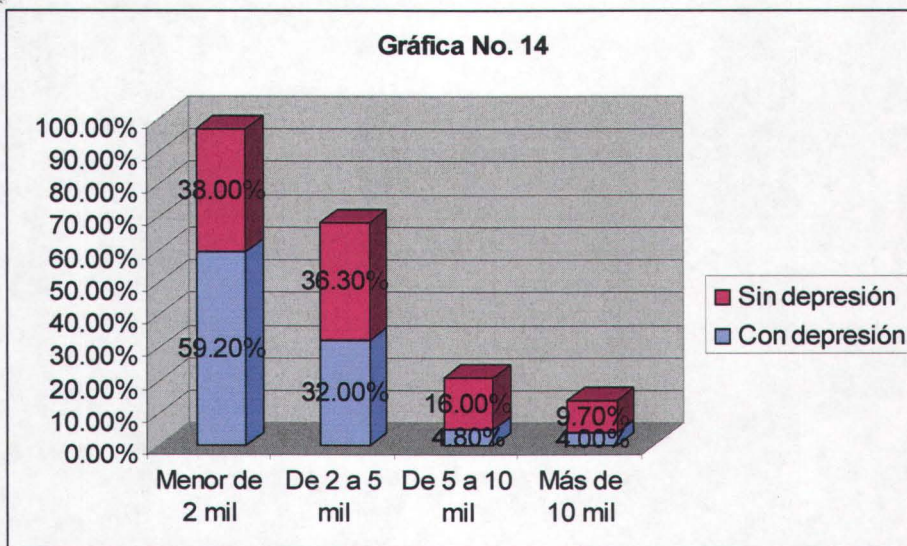
**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN INGRESO
ECONÓMICO MENSUAL ASOCIADA A DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

Tabla No. 14

Ingreso económico mensual en pacientes DM tipo 2	Con depresión	Sin depresión
Menos de \$2,000.00	74 (59.2%)	82 (38%)
De \$2,000.00 a \$5,000.00	40 (32%)	78 (36.3%)
De \$5,000.00 a \$10,000.00	6 (4.8%)	35 (16%)
Mayor de \$10,000.00	5 (4%)	21 (9.7%)

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

**FRECUENCIA Y DISTRIBUCIÓN SEGÚN INGRESO
ECONÓMICO MENSUAL ASOCIADA A DEPRESIÓN
EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**



Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF No. 33 "El Rosario".

ANALISIS DE RESULTADOS

Analizando resultados, del estudio “*Frecuencia y factores de riesgo asociados a Depresión en pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 33 “ El Rosario”*”. Se analizó una muestra representativa con un total de 340 encuestas realizadas, encontrando que el 37% de los pacientes estudiados presentaron DEPRESIÓN.

Existen pocos artículos en la literatura médica sobre el estudio de la depresión en diabéticos. En porcentaje representativo en este estudio donde se encuentra una frecuencia de depresión de un 37%, es muy similar a lo documentado en un estudio donde se evaluó la frecuencia de depresión en pacientes en general, que acudían a una unidad de primer nivel de atención y donde se identificó una frecuencia de 36%. (3,6.7)

En la literatura registrada en índices internacionales no encontramos estudios realizados tampoco en México con este propósito. En el estudio de “frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” (Rev. Invest Clin 1998: 50:287-91), se documentó una frecuencia de depresión del 46% en pacientes con DM tipo 2 de la Ciudad de México. Esta frecuencia es alta y al parecer, en nuestro medio, **la mayoría de las veces no se diagnóstica.** (3,6.7)

De las enfermedades asociadas, reportamos que la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se presentó con mayor frecuencia en los pacientes estudiados con depresión con un 44%, así como las complicaciones propias de la enfermedad reportamos las vasculares con afectación al miembro pélvico con un 39.2%, y de las complicaciones neuropáticas en un 25.6 %, presentándose pacientes con amputaciones con un 2.4% de uno o más ortijos y también con 2.4% para amputaciones supracondíleas. De los pacientes sin depresión se encuentra una frecuencia de 45.6% para enfermedades asociadas en este caso HAS, para dislipidemia se encuentra un 28%, de las complicaciones vasculares vemos la afectación a miembro pélvico con un 28.8%, de las neuropáticas también las de MP con el 23.2%, en este grupo nos encontramos con pacientes que presentaron amputaciones.

Dentro de la bibliografía internacional y nacional no se han reportado porcentajes, pero si se reporta que comorbilidades estimadas en la complicación de la depresión en diabéticos, en particular, las enfermedades cardiovasculares (Hipertensión arterial) y obesidad son ambas predominantes y son fuertemente asociadas a padecer depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. (5).

Durante los últimos años se ha puesto mayor atención en el paciente diabético y la relación que existe con la depresión. Se considera que la diabetes es un proceso que afecta al ser humano como una unidad biopsicosocial y presenta así una reacción ante una causa determinada. Los factores asociados con depresión que se han encontrado son:

- a) complicaciones relacionadas con la enfermedad por si sola
- b) alteraciones en el ámbito familiar
- c) relaciones interpersonales
- d) el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente. (13)

El paciente diabético se enfrenta a su enfermedad de tipo crónico y a una serie de alteraciones en su homeostasis o equilibrio biopsicosocial, afectando directamente su personalidad, lo cual, aunado a las complicaciones de la enfermedad, contribuye a que curse con cierto grado de depresión; por lo tanto, la mayoría de los pacientes diabéticos presentarán un cuadro depresivo durante el curso de su enfermedad, que puede manifestarse mientras se encuentran hospitalizados.(13)

Encontramos que dentro del control glucémico, reportamos un mal control en el 50.4% de los casos estudiados. Así como una mala adhesión al tratamiento con el 85.6%. Del grupo de pacientes sin depresión se observa un buen control glucémico en un 33.5%, con aceptable control 38% y con mal control 29 %, cifras realmente relevantes en comparación con el grupo de pacientes que presentaron depresión. Con respecto a la adherencia al tratamiento se observa con una buena adhesión tan solo al 15 % de los pacientes sin depresión.

Seguimos sin reportes a nivel internacional y nacional en base a porcentajes. El inadecuado control del paciente diabético y el desconocimiento de su depresión precipitarán sus complicaciones, tales como la neuropatía diabética, micro y macroangiopatía, disminución en su función sexual y en las de tipo social y relaciones interpersonales. (14)

La depresión en individuos con diabetes mellitus tipo 2 se ha asociado con el poco apego a las recomendaciones de dieta, hiperglicemia, poco control metabólico, complicaciones diabéticas, disminución en la calidad de vida. (3,6,7,8)

Con respecto a el predominio según el sexo, encontramos que el sexo femenino se ve con mayor afectación con un 68%, afectando más al grupo de edad de más de 60 años con 44%. En comparación al grupo de pacientes diabéticos sin depresión observamos que el sexo predominante es el masculino con un 51.1% con un mayor número en el grupo de edad de más de 60 años con el 23.3%.

Aunque siempre se ha querido asociar a la diabetes mellitus, al menos la del tipo 2, con estrés grave, esto probablemente solo sea valido para algunos casos. Sin embargo, mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5 a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta al 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica aumenta el riesgo de depresión la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento. (5)

Se observa que hay un muy bajo nivel académico, de la población estudiada, con un 44.8% con solo la primaria como escolaridad. De los pacientes sin depresión también se encuentra el mayor porcentaje con 29.7% para los pacientes con escolaridad primaria. Con estado civil casado con un 56%, en pacientes con depresión, y sin depresión en un 44%, de ocupación amas de casa con el 52.8%, en pacientes con depresión y para pacientes sin depresión se observa el 26.5% para empleados, con ingresos económicos mensuales menores a \$2,000.00 con el 59.2%, en pacientes con depresión y sin depresión al 38%.

Aunque no se han reportado este tipo de datos y mucho menos tenemos cifras porcentuales, sabemos que en el control de paciente diabético intervienen múltiples variables, entre ellas las relacionadas a aspectos psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glicemia, como pueden ser los estilos de afrontamiento. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. (15)

CONCLUSIÓN GENERAL

Las personas con diabetes, comparadas con la población general, tienen por lo menos tres veces más la posibilidad de tener depresión clínica. La investigación muestra que los diabéticos siguen deprimidos durante más tiempo y que sus síntomas son más graves que los de otros. Otro problema es que los médicos no diagnostican los síntomas con tanta frecuencia como deberían. En este estudio concluimos que se encuentra depresión en un 37% de la población con DIABETES MELLITUS TIPO 2 estudiada, que el sexo al que más afecta, es al femenino 68 %, al grupo de edad de más de 60 años con el 34.4 % de la población estudiada, que el nivel de escolaridad que con mayor frecuencia se presenta, es con escolaridad primaria con el 44.8%, el grupo de pacientes casados se ven más afectados con un 56%, las amas de casa según los resultados de este estudio, son las más afectadas con un 52.8%, el ingreso económico se ve que tiene un factor importante ya que se presenta en un 59.2 % para ingresos mensuales menores a \$2,000.00. Se observa que hay un mal control glucémico y una mala adherencia al tratamiento con el 50.4% y 85.6% respectivamente. Se observa que el tiempo de evolución con más de 10 años de padecer la enfermedad representa el 44.8%, y que se encuentran enfermedades asociadas como la hipertensión en un 64%, seguida de la dislipidemia con un 44%, con complicaciones vasculares a miembro pélvico en un 39.2%, así como neuropáticas también al miembro pélvico en un 25.6%, y se presentaron 6 casos con amputaciones que representan 2.4% de la población estudiada con depresión. Siendo mucho más bajo las cifras encontradas en el grupo sin depresión.

Identificar la depresión es el primer paso. Si el médico logra detectar estos síntomas tempranamente tales como: tristeza, decaído o sin ánimo, tenemos la obligación de verificar los siguientes síntomas:

- **Pérdida de placer.** Ya no se interesa por actividades que antes le agradaban.
- **Cambios en las horas de sueño.** Tiene problemas para conciliar el sueño, se despierta durante la noche o quiere dormir más de lo usual, incluido durante el día.
- **Se despierta temprano.** Se despierta antes de lo corriente y no puede volver a conciliar el sueño.
- **Cambio de apetito.** Come más o menos que antes, con la consiguiente rápida ganancia o pérdida de peso.
- **Problemas de concentración.** No puede mirar un programa de televisión ni leer un artículo porque otras ideas o sentimientos interfieren en su pensamiento.
- **Pérdida de energía.** Se siente cansado constantemente.
- **Nerviosismo.** Siempre está tan ansioso que no puede quedarse sentado quieto.
- **Sentimiento de culpabilidad.** Siente que “nunca hace nada bien” y le preocupa que pueda ser una carga para otros.
- **Tristeza matinal.** Se siente peor por la mañana que durante el resto del día.
- **Pensamientos suicidas.** Siente que desea morir o piensa en formas de lastimarse.

Cabe mencionar que todas las personas con diabetes se sienten tristes de vez en cuando, lo cual es natural si se consideran las responsabilidades, restricciones y preocupaciones adicionales que enfrentan a diario. Pero la depresión clínica hace que la gente se sienta triste semanas seguidas, prácticamente sin alivio.

En base en lo encontrado en este estudio al detectar un paciente con la sintomatología antes descrita sería importante tomar en cuenta los siguientes factores de riesgo, el ser del sexo femenino, la edad del paciente si es mayor de 60 años, con esto no quiero afirmar que las personas de menor edad no puedan presentar depresión, pero en base a determinar únicamente factores de riesgo, con bajo nivel escolar, de ocupación al hogar y/o pensionado, de nivel económico bajo, con un mal control glucémico, con mala adherencia al tratamiento, con más de 10 años de evolución de la diabetes mellitus tipo 2, con uno o más enfermedades asociadas como HAS , dislipidemia, etc. Y con presencia de alguna complicación es recomendable hacer estricta valoración y apoyarnos de la Escala de Depresión de Beck, la cual nos daría un diagnóstico rápido y confiable, para dar oportunamente un tratamiento integral. Ya que es un cuestionario útil y validado para la detección del síndrome depresivo en el paciente diabético.

Las consecuencias de una depresión sin tratar son especialmente graves para las personas con diabetes. La depresión hace que a la persona se le haga más difícil cuidarse. Las personas con diabetes necesitan más control, algo que a menudo desaparece con la depresión. Esto resulta en una espiral descendente que puede tener consecuencias devastadoras si no se mantiene el bienestar.

El tratamiento contra la depresión es sumamente importante para los que tienen diabetes, y con frecuencia la persona tiene que hablar con mucha claridad con su médico y explicarle cómo se siente para que este aspecto de su salud reciba la atención que necesita. La diabetes y la depresión son condiciones diferentes y las dos necesitan tratamiento.

El tratamiento integral del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 debe ser a través de un equipo multidisciplinario (Médico familiar, terapeuta de salud mental, dietista, trabajo social) para abordar al paciente y a su familia.

Hay dos tipos de tratamiento que parecen ser efectivos para aliviar la depresión en las personas con diabetes. Uno es la psicoterapia o la consejería, situación que se pretende sea adecuadamente llevada por el *MÉDICO FAMILIAR* estableciendo una adecuada relación médico-paciente y el otro es la medicación con antidepresivos. El tratamiento preciso depende de la persona, ya que algunas personas se benefician con uno de éstos, mientras que otros encuentran que lo mejor es adoptar los dos. La terapia cognitiva conductual parece funcionar especialmente bien para las personas con diabetes. En este tipo de terapia el consejero ayuda al paciente a identificar los pensamientos que desatan la depresión, le ayuda a encontrar maneras de lidiar con situaciones de estrés y a cuidarse mejor.

Es sumamente importante que las personas con diabetes y sus médicos entiendan la estrecha relación entre la depresión y la diabetes para lograr el tratamiento más efectivo durante el ciclo de vida de la persona. Debemos actuar anticipatoriamente, para así dar un manejo integral a nuestro o nuestros pacientes diabéticos, para llevar un adecuado control glucémico y por lo consiguiente evitar o alargar lo más posible las complicaciones propias de la Diabetes Mellitus. Para beneficio del paciente y de su familia.

BIBLIOGRAFIA

1. Palacios Martínez M. Asociación entre los diferentes estilos de afrontamiento con el nivel de control de glucemia en sujetos con DMT2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 33. 2001. 4-5
2. Alpizar Salazar M. Guía para el manejo integral del paciente diabético. Editorial Manual Moderno. México DF. pp.1-4, 57-60
3. Garduño E.J. , Téllez Z. J.F., Hernández R.L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Invest. Clin. 1998; 50:287-91.
4. Islas S, Lifshitz A. Diabetes Mellitus. Mc Graw-Hill Interamericana. 2ª. edición.1999. 3-5
5. Téllez J, Morales L, Cardiel M. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. Med Int Mex 2001; 17(2): 54-62
6. http://daytondailynews.healthology.com/printer_friendlyAR.asp?b=daytondailynews&f Depression and diabetes.
7. <http://gateway.ut.ovid.com/gwl/ovidweb.cgi> The Pathways Study: A Randomized Trial of Collaborative Care in Patients With Diabetes and Depression.
8. Téllez J, Morales L, Cardiel M. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. Med Int Mex 2001; 17(2): 54-62
9. Velasco M.L., Julián S.J.F. Manejo del enfermo crónico y su familia. Diabetes Mellitus. Editorial Manual Moderno. México DF. pp. 195-220.
10. Krupp. Diagnóstico clínico y tratamiento. Trastornos psiquiátricos. Manual moderno. pp. 736.
11. DSM IV. Manual Diagnostico y Estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. Reimpresión 1997. 374-7
12. <http://www.redmedica.com.mx/medicina/diabetes.htm> Depresión y diabetes.
13. Jiménez E, García L, López J. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. Med Int Mex. 1999 Vol. 15 (1) : 11-5
14. Szabo-Kallai K, Gyimsei A, Ivany JA. Role of emotional factors in diabetes. Acta Daibetol Lat. 1990; 27 (1) : 23-9

15. Téllez J, Morales L, Cardiel M. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. Med Int Mex 2001; 17(2): 54-62
16. PIAC CIMF-1. Programa Iberoamericano de actualización continua en medicina familiar Tomo I y II. Adherencia al tratamiento. pp. 313-15
17. http://www.fisterra.com/material/investiga/declaración_helsinki.htm Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. pp. 1-5
18. Nichols, Gregory A. PHD; Brown Jonathan B. PHD, MPP. Unadjusted and Adjusted Prevalence of Diagnosed Depression in Type 2 Diabetes. American Diabetes Association, Inc. 2003 Volumen 26 (1): 744-9
- 19.- World federation for mental health - www.wmhd.net
2004 world mental health day. October 10, 2004
- 20.- <http://www.Diabetes Care 27:596, 2004>.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

México D. F. a ____ de _____ 2004

A quien corresponda:

Yo _____ declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF No.33 "EL ROSARIO" cuyos objetivos consisten en identificar los factores que predominan para la aparición de depresión en pacientes diabéticos.

Estoy consciente de que los procedimientos y pruebas para logra los objetivos mencionados consistirán en: (1) aplicación de pruebas psicológicas, (2) contestar instrumento de recolección de datos.

Y que los riesgos a mi persona serán nulos.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta Institución no se verá afectada.

Nombre _____

Firma _____

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS FRECUENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"

FOLIO _____
FECHA _____

NOMBRE _____ EDAD _____

SEXO:

M	F
---	---

ESCOLARIDAD:

Ninguna	Primaria	Secundaria	Preparatoria	Técnico	Licenciatura

ESTADO CIVIL:

Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Unión libre

OCUPACION:

Obrero	Chofer	Ama de casa	Profesionista	Empleado	Pensionado

INGRESO ECONÓMICO (Mensual):

Menor de \$2,000	\$2,000-\$5,000	\$5,000-\$10,000	Mayor de \$10,000

CONTROL GLUCÉMICO:

Parámetro	80 a 110 mg/dl	111 a 140 mg/dl	> 140 mg/dl
Bueno			
Aceptable			
Malo			

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

	Siempre (2)	Casi siempre (1)	Nunca (0)
Medicación			
Alimentación			
Ejercicio			
Actividad recreativa			

TIEMPO DE EVOLUCION:

Menos de 5 años	5 a 10	Mayor de 10

ENFERMEDADES ASOCIADAS:

	HAS	Dislipidemias	Neumopatía	Hepatopatía	Cardiopatía isquémica
Si					
No					

COMPLICACIONES DE DM:

VASCULARES	SI	NO
MP		
Retinopatía		
Nefropatía		
Cardiopatía isquémica		

NEUROPATICAS	SI	NO
MP		
Visceral		

AMPUTACIONES:

SI	Especifique	NO

ANEXO 3

ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo, marque el número (0, 1, 2 ó 3) que se encuentre junto al enunciado de cada grupo que mejor describa la manera como usted se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados, varios pueden aplicarse de las mismas manera, circule cada uno de ellos. Asegúrese de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

- 1.- 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste todo el tiempo
 - 3 Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.

- 2.- 0 No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro.
 - 1 Me siento más desanimado que antes con respecto a mí futuro.
 - 2 No espero que las cosas me resulten bien
 - 3 Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando.

- 3.- 0 No me siento como un fracasado
 - 1 Siento que he fracasado más de lo que debería.
 - 2 Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos.
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total

- 4.- 0 Obtengo tanto placer como siempre de las cosas que me gustan
 - 1 No disfruto tanto de las cosas como antes
 - 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
 - 3 Siento que como persona soy un fracaso total

- 5.- 0 No me siento particularmente culpable
 - 1 Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer
 - 2 Me siento bastante culpable casi todo el tiempo
 - 3 Me siento culpable todo el tiempo

- 6.- 0 No siento que este siendo castigado
 - 1 Siento que tal vez seré castigado
 - 2 Espero ser castigado
 - 3 Siento que estoy siendo castigado

- 7.- 0 Me siento igual que siempre a cerca de mi mismo
 - 1 He perdido confianza en mi mismo
 - 2 Estoy desilusionado de mí
 - 3 No me agrado

- 8.- 0 No me critico ni me culpo más de lo usual
 - 1 Soy más crítico de mi mismo de lo que solía ser
 - 2 Me critico por todas mis fallas y errores
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9.- 0 No tengo ningún pensamiento acerca de matarme
 1 Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo
 2 Me gustaría matarme
 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10.- 0 No lloro más de lo usual.
 1 Ahora lloro más que antes
 2 Ahora lloro por cualquier cosa
 3 Siento ganas de llorar pero no puedo
- 11.- 0 No me siento más tenso que lo usual
 1 Me siento más inquieto o tenso que lo usual
 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto
 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente
- 12.- 0 No he perdido interés en otras personas o actividades
 1 Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades
 2 He perdido la mayor parte de mi interés en otras personas o actividades
 3 Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa
- 13.- 0 Puedo tomar decisiones casi también como siempre
 1 Me resulta más difícil tomar decisiones ahora que antes
 2 Ahora tengo mucho mayor dificultad para tomar decisiones que antes
 3 Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión
- 14.- 0 Me siento devaluado
 1 No me siento tan valioso o útil como antes
 2 Me siento menos valioso comparado con otros
 3 Me siento francamente devaluado
- 15.- 0 Tengo tanta energía como siempre
 1 Tengo menos energía de la que solía tener
 2 No tengo suficiente energía para hacer gran cosa
 3 No tengo suficiente energía para hacer nada
- 16.- 0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño
 1 a Duermo más de lo usual
 1 b Duermo menos de lo usual
 2 a Duermo mucho más de lo usual
 2 b Duermo mucho menos de lo usual
 3 a Duermo la mayor parte del día
 3 b Me despierto 1 ó 2 hrs más temprano y no me puedo volver a dormir
- 17.- 0 No estoy tan irritable de lo usual
 1 Estoy más irritable de lo usual
 2 Estoy mucho más irritable de lo usual
 3 Estoy irritable todo el tiempo
- 18.- 0 No he sentido ningún cambio en mi apetito
 1 a Mi apetito es menor que lo usual
 1 b Mi apetito es mayor que lo usual
 2 a Mi apetito es mucho menor que antes
 2 b Mi apetito es mucho mayor que antes
 3 a No tengo nada de apetito
 3 b Tengo ganas de comer todo el tiempo

- 19.- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre
1 No puedo concentrarme tan bien como siempre
2 Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo
3 No puedo concentrarme en nada
- 20.- 0 No estoy mas cansado o fatigado que lo usual
1 Me canso o fatigo más fácilmente que antes
2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer
3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer
- 21.- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo
1 Me encuentro menos interesado en el sexo que antes
2 Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora
3 He perdido completamente el interés en el sexo

PUNTOS _____