

11230



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR. ANTONIO FRAGA MOURET"

**ESTADO DEPRESIVO DE LOS PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS
COMPARADO CON LOS PACIENTES EN DIALISIS
PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.**

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIZACIÓN EN

N E F R O L O G Í A

P R E S E N T A:

DR. DAMIÁN BUSTAMANTE SÁNCHEZ



IMSS

ASESORES:

**DR. ALFONSO LUIS GONZÁLEZ SÁNCHEZ
DRA. CAROLINA AGUILAR MARTÍNEZ**

MÉXICO, D.F.

SEPTIEMBRE, 2004



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

**CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
"DR ANTONIO FRAGA MUORET".**


DR. JESÚS ARENAS OSUNA.
Jefe de Educación e Investigación Médicas




DR. ALFONSO LUIS GONZÁLEZ SÁNCHEZ.
Profesor Titular del Curso.

DR. DAMIÁN BUSTAMANTE SÁNCHEZ.
Residente de Quinto Año de Nefrología.

2004-3501-078

Número Definitivo de Protocolo.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico o impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Damián Bustamante

Sánchez

FECHA: 27/09/04

FIRMA: 

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS, por el don de vivir y servir a mis semejantes.

A LUPITA, mi madre, mi mas grande motivo para vivir y seguir adelante.
Gracias por todo su amor.

A mi padre, con respeto.

A mis hermanos Israel, Erika y Marisol, amigos inseparables.

Al Servicio de Nefrología del HE CMN “La Raza”, lugar de mi formación profesional.

A mis profesores, por su todas sus enseñanzas.

A todos los pacientes del Servicio de Nefrología, fuente inagotable de conocimientos.

Un sincero agradecimiento al Dr. J.M. Ramos, por su valiosa colaboración.

INDICE.

	Pág.
RESUMEN.....	5
SUMMARY.....	6
ANTECEDENTES.....	7
OBJETIVOS.....	10
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	11
MATERIAL Y METODOS.....	12
RESULTADOS.....	13
DISCUSION.....	14
CONCLUSIONES.....	16
BIBLIOGRAFIA.....	17
ANEXOS	19

ESTADO DEPRESIVO DE LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRONICA EN HEMODIALISIS COMPARADO CON LOS PACIENTES EN DIALISIS PERITONEAL CONTINUA AMBULATORIA.

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT), en Hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), comparar el grado de la misma entre ambos grupos.

MATERIAL Y METODOS. Se incluyeron 60 pacientes, 30 en HD y 30 en DPCA, que cumplieron los criterios de inclusión: edad 18 a 65 años, ambos sexos, en HD o DPCA e integridad neurológica. Se aplicó el Inventario de Beck, de acuerdo a la puntuación obtenida se estableció: ausencia de depresión (<9pts), leve (10-19pts), moderada (20-29pts) o severa (>30pts).

Análisis estadístico se realizaron frecuencias con medidas de tendencia central y dispersión, Prueba Exacta de Fisher con programa SPSS Win ver. 10.

RESULTADOS. De los 60 pacientes 32 mujeres (53.3%) y 28 hombres (46.7%), x edad de 31^a +/- 10^a. La encuesta reveló en el grupo de HD ausencia de depresión en 13 (43.3%), leve 9 (30%), moderada 5 (16.6%) y severa 3 (10%). En el grupo de DPCA ausencia de depresión en 25 (83.3%), leve 4 (13.3%), moderada 1 (3.3%) y ninguno con severa .Se observo diferencia entre la presencia o no de depresión siendo mayor en el grupo de HD comparado con el grupo de DPCA (OR 0.153) (IC 0.46-0.509) p <0.001.

CONCLUSIONES. Se encontró una mayor prevalencia de depresión en los pacientes en HD comparado con los de DPCA.

Palabras clave. Depresión, prevalencia, IRCT, HD, DPCA, Inventario de Beck.

DEPRESSION IN THE PATIENTS WITH END-STAGE RENAL DISEASE IN HEMODIALYSIS COMPARED WITH THE PATIENTS IN CONTINUOUS AMBULATORY DIALYSIS PERITONEAL.

SUMMARY

OBJETIVE. Determining the prevalence of depression of the patients with end-stage renal disease (ESRD), in Hemodialysis (HD) and Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD), and compare the degree of the same between both groups.

METHODS. Were included 60 patients with ESRD, 30 in HD and 30 in CAPD, that completed the approaches of inclusion: age between 18 to 65 years, both sexes, be in HD or CAPD and neurological integrity. To which applied the Inventory of Beck, and according to the obtained punctuation establish: absence of depression (< 9pts), light (10-19pts), moderate (20-29pts) or severe (> 30pts).

The statistical analysis was performed using measuring of central tendency, program SPSS Windows ver 10 .

RESULTS. From the 60 patients 32 was women (53.3%) and 28 men (46.7%), an average of age of 31[±] 10^a. The survey reveals absence of depression in 13 in the group of HD (43.3%), light in 9 (30%), moderate in 5 (16.6%) and severe in 3 (10%). In the group of CAPD absence of depression in 25 (83.3%), light in 4 (13.3%), moderate in 1 (3.3%) and any with severe . The difference between the presence or not of depression in the group of HD was major compared with the group of patients in CAPD (OR 0.153, IC 0.46-0.509, p< 0.001)

CONCLUSION. The prevalence of depression was major in the patients with ESRD in HD compared with those in DPCA.

Key words. Depression, prevalence, ESRD, HD, CAPD, Inventory of Beck.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

El ser humano esta sujeto a cambios extremos del estado de animo, entre los trastornos del estado de animo, los diagnósticos de más prevalencia son la depresión mayor (trastornos unipolares), y la enfermedad maniaco-depresiva (trastornos bipolares) (1, 2).

La palabra depresión, proviene del latín “depressus, deprimere” que significa oprimir de arriba abajo (3).

La depresión es un estado emocional patológico caracterizado por sentimientos exagerados de tristeza, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza. La depresión es una emoción exclusivamente humana, distinta de otras más primitivas como el miedo, la rabia y algunas formas de ansiedad (1, 2).

El riesgo de presentar depresión a lo largo de la vida es de un 10-25% en mujeres y de 5 a 12% en hombres, en tanto que la prevalencia es de 5 a 9% en mujeres y de 2 a 3% en hombres (2, 4, 5).

La depresión es 2 veces mas frecuente en mujeres que en varones, tiende a presentarse entre el final de la tercera o cuarta década de la vida. La evolución natural de la enfermedad habitualmente hace que cada paciente presente 2 a 3 episodios depresivos

mayores a lo largo de su vida, aunque algunos pacientes tienen un solo episodio y otros más veces (1, 2, 4).

No existe una relación directa entre el riesgo de padecer depresión mayor con la raza, nivel socio-económico o nivel educativo (2, 4).

La depresión es asociada con un aumento en la mortalidad en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas (2, 4, 5, 6).

La insuficiencia renal crónica terminal, IRCT, es definida cuando la tasa de filtrado glomerular desciende por debajo de 10ml/min, manifestándose como un conjunto de signos y síntomas, que se engloban dentro del término de síndrome urémico, y que al establecerse es necesario el uso de una terapia de sustitución de la función renal, siendo las modalidades de esta la hemodiálisis, HD, y la diálisis peritoneal continua ambulatoria, DPCA (6, 7).

En décadas recientes, se han hecho avances importantes en el tratamiento de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Sin embargo a pesar de estos avances, la tasa de mortalidad es alta, y muchos pacientes tienen una mala calidad de vida atribuible tanto a padecimientos físicos como psicológicos (2, 4, 8, 9, 10).

El paciente con IRCT, experimenta pérdidas múltiples, aunadas a la pérdida de la función renal, como lo son su estado físico, la libido, capacidad cognoscitiva, empleo o situación ocupacional, estatus familiar (5, 6, 7, 9).

Los síntomas de la enfermedad médica, toma de fármacos para el tratamiento de la enfermedad renal, la terapia de sustitución y la fisiopatología propia de la entidad, pueden causar depresión (2, 6, 10).

La depresión se ha descrito como el problema psicológico mas frecuente en los pacientes con IRCT, tratados con terapia de sustitución con hemodiálisis. (2,4,8,9) Estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de depresión en pacientes con IRCT con diálisis peritoneal crónica y en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica sin terapia de sustitución indican también presencia de depresión pero en menor grado que los pacientes en hemodiálisis (2, 8, 10, 11).

El Inventario de Depresión de Beck, es un instrumento que permite evaluar la intensidad del estado depresivo, consta de un cuestionario de 21 preguntas, siendo este autoaplicable (2, 12 ,13).

El Inventario de Depresión de Beck con una puntuación final de ≥ 15 puntos tiene una sensibilidad de 92% y un 80% de especificidad en el diagnostico de depresión en pacientes con IRCT tratados con HD o DPCA (12, 13).

La identificación precoz y tratamiento oportuno del depresión es esencial para el manejo integral del paciente con IRCT, en terapia de sustitución, ya que es en factor determinante en la calidad de vida del enfermo y sobrevida del mismo (6, 14, 15).

OBJETIVOS.

- Determinar la prevalencia de depresión medida con el Inventario de Depresión de Beck en los pacientes con IRCT de cualquier etiología, en terapia de sustitución con HD o DPCA.
- Comparar el grado de depresión medida con el Inventario de Depresión de Beck entre ambos grupos de terapia de sustitución de la función renal.

CRITERIOS DE SELECCIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Pacientes de 18 a 65 años de edad.
- Ambos sexos.
- En terapia de sustitución de la función renal con HD o DPCA.
- Sin deterioro neurológico ni episodios de evento vascular cerebral de cualquier tipo.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Diagnóstico previo de algún trastorno psiquiátrico.
- Ingesta de fármacos con acción en el sistema nervioso central.
- Pacientes analfabetas o con discapacidad física para contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Cuestionarios contestados de forma incompleta.
- Cuestionarios no contestados.

MATERIAL Y METODOS.

Se incluyeron pacientes que de manera consecutiva cumplieron los criterios de inclusión con diagnóstico de IRCT de cualquier etiología, en terapia de sustitución con HD o DPCA.

Se aplicó a cada paciente incluido el Inventario de Depresión de Beck, el cual consiste en un cuestionario autoaplicable de 21 preguntas, que evalúan categorías sintomático-conductuales observadas en la depresión, cada cuestionamiento contiene cuatro aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. En todos los casos el primer enunciado tiene un valor de 0 que indica ausencia del síntoma, el segundo de 1, el tercero de 2 y el cuarto de 3, que constituye la severidad máxima del síntoma. Permite clasificar a la depresión como ausencia de la misma si la puntuación final es <9, leve si es 10 a 18, moderada si es de 19 a 29 y severa si > 30 puntos.

Se realizó muestreo no probabilístico consecutivo a los pacientes que acudieron a sesiones de HD o DPCA. Se realizó estadística descriptiva para la cual se utilizaron frecuencias simples y relativas medias y desviación estándar, para el análisis inferencial se empleó prueba exacta de Fisher, con una $p < 0.005$ con el programa SPSS para Windows versión 10.

RESULTADOS.

Se aplicó el inventario de depresión de Beck, para determinar la presencia de estado depresivo (Anexo 1), a 60 pacientes con IRCT, de cualquier etiología, con terapia de sustitución de la función renal, 30 pacientes en HD, y 30 pacientes en DPCA.

Del total de pacientes que se incluyeron en el estudio, 32 fueron mujeres (53.3%) y 28 hombres (46.7%). El rango de edad fue de 18 años a 63 años, con una media de 31 +/- 10.9 años (Grafica 1). En relación a la etiología de la IRCT, la de Etiología No Determinada (END), fue la más frecuente al encontrarse en 39 pacientes (65%) (Grafica 2). Sobre el tiempo de estancia en terapia de sustitución, HD o D.P.C.A., 18 (30%) tenían menos de 1 año, 14 (23.3%) de 1 a 3 años, 15 (25%) de 3 a 5 años y 13 (21.7%) mas de 5 años (Cuadro 1).

Del grupo de HD se encontró a 13 pacientes (43.3%) con ausencia de depresión y 17 (56.7%) con depresión. En el de DPCA 25 (83.3%) con ausencia de depresión y 5 (16.7%) con depresión. (Grafica 3). Se comparó la presencia de estado depresivo entre ambos grupos de terapia de sustitución para lo cual se utilizó la prueba exacta de Fisher en donde se encontró una asociación de 0.3 entre la presencia de depresión y hemodiálisis comparado con DPCA (OR 0.153) (IC 0.46-0.509) $p < 0.001$. Con respecto al grado de severidad de depresión por modalidad en el grupo de HD se encontró depresión leve 9 (30%), depresión moderada 5 (16.6%) y depresión severa 3 (10%). En el grupo de DPCA 4 (13.3%) depresión leve, 1 (3.3%) depresión moderada y ningún paciente con depresión severa (Grafica 4).

DISCUSION.

La prevalencia de depresión es un problema frecuente, siendo considerada por la OMS, en los próximos 20 años, como la 2ª enfermedad más desgastante y con altos costos en el mundo, como un trastorno aislado o coexistente con otras patologías, además de asociarse con un incremento en la mortalidad en los pacientes con enfermedades crónicas, como las oncológicas, la cardiopatía isquémica y la IRCT, entre otras. El riesgo de presentar depresión, a largo de la vida, es de 10 a 25% en las mujeres y de 5 a 12% para los hombres, en la población general, en tanto que para los pacientes con enfermedades crónicas se reporta una prevalencia de depresión de aproximadamente 15 a 20% (2,5).

Estudios previos han demostrado una prevalencia de esta patología en los pacientes con IRCT con sustitución de la función renal de 10 a 20%, así como de un RR para mortalidad y hospitalización de 1.23 y 1.11 respectivamente. (2,4). En nuestro estudio observamos una prevalencia de depresión de cualquier grado, de 36% la cual es superior a la referida en la literatura internacional.

Los pacientes con IRCT tienen un riesgo alto de presentar depresión, por la misma naturaleza de la enfermedad de base y los factores relacionados con la misma. Diversos estudios han encontrado que los pacientes en HD presentan mayor estado depresivo en relación a los pacientes en DPCA (2, 4,5).

En nuestro estudio, encontramos una mayor prevalencia y grado de depresión en los pacientes en HD comparado con los de DPCA, concordando con lo descrito por otros autores; factores como una mayor independencia del procedimiento dialítico en casa,

autosuficiencia del enfermo y por ende mas autoestima del paciente en DPCA, sean factores que le predispongan a no sufrir tanta depresión comparado con los pacientes en HD cuya necesidad de estar constantemente en el Hospital al acudir a sus sesiones de HD, depender del personal medico y de enfermería para dializarse le condicionen mayor riesgo de deprimirse.

Se debe considerar como parte del manejo integral del paciente con IRCT con terapia dialítica, la necesidad de tratamiento especializado, psiquiátrico o psicológico, en aquellos que presenten depresión de cualquier magnitud, siendo por ello conveniente que en todo paciente con IRCT se determine la existencia de depresión de manera precoz e iniciar el tratamiento de la misma de forma oportuna, ya que predispone al paciente a mal apego en el tratamiento higiénico- dietético y medico, disfunción social, así como también familiar, incrementando su morbimortalidad (2,6)

Por lo ya comentado, consideramos necesario, que todo paciente con IRCT con terapia de sustitución de la función renal, se le realice una evaluación de su estado depresivo como parte del manejo multidisciplinario del mismo, para tratar de disminuir la alta prevalencia de esta entidad en nuestros pacientes, y en su caso dar el tratamiento adecuado para la misma y poder ofrecer por consiguiente una mejor calidad de vida.

CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos mediante el Inventario de Depresión de Beck, mostraron la prevalencia de esta entidad en los pacientes con IRCT del Servicio de Nefrología, del H.E C.M.N “La Raza” con terapia de sustitución, HD ó DPCA, de 36.7%, siendo esta superior a la reportada en la literatura, para este grupo de pacientes, de 20%.

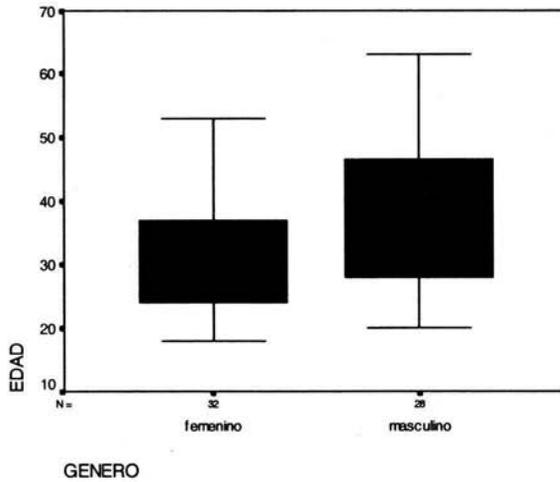
Los pacientes en HD presentaron una prevalencia mayor de depresión comparado con los pacientes en DPCA, que corresponde también a lo referido en la literatura.

BIBLIOGRAFIA.

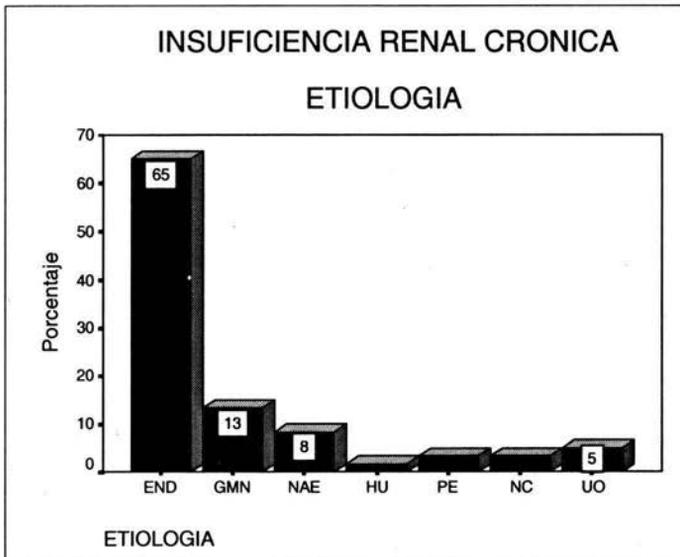
1. Harrison. PRINCIPIOS DE MEDICINA INTERNA, TRASTORNOS PSIQUIATRICOS. 15ª Ed. Vol.II. Interamericana Mc Graw-Hill, 2001: 2542-2557.
2. Kimmel PL. PSYCHOSOCIAL FACTORS IN DIALYSIS PATIENTS. *Kidney Int.* 2001; 59: 1599-1613.
3. Garza TE. ASPECTOS NEUROBIOLÓGICOS DE LOS SÍNDROMES DEPRESIVOS. *Gaceta Médica del IMSS.* 1989; 119: 113-120.
4. Lopes AA. DEPRESIÓN AS A PREDICTOR OF MORTALITY AND HOSPITALIZATION AMONG HEMODIALYSIS PATIENTS IN THE UNITED STATES AND EUROPE. *Kidney Int.* 2002; 62: 199-207.
5. Kimmel PL. DEPRESIÓN IN AFRICAN-AMERICAN PATIENTS WITH KIDNEY DISEASE. *J National Med A.* 2002; 94: 92-113.
6. Daugirdas JT. MANUAL DE DIALISIS. PSICOLOGÍA Y REHABILITACIÓN. 2ª. Ed. Masson.2003: 431-464.
7. Schrier RW. DISEASES OF THE KIDNEY AND TRACT URINARY. MANAGEMENT OF END STAGE RENAL DISEASE. 7a Ed. Lippincott Williams Wilkins. 2001: 2857-3007.
8. Wuerth DF. IDENTIFICATION AND TREATMENT OF DEPRESSION IN A COHORT OF PATIENTS MAINTAINED ON CHRONIC PERITONEAL DIALYSIS. *Am J Kidney Dis.* 2001; 37: 1011-1017.

9. Levenson JL. PSYCHOLOGICAL FACTORS AFFECTING END STAGE RENAL DISEASE. A REVIEW. *Psychosomatics*. 1991; 32: 382-389.
10. Devins GM. PSYCHOSOCIAL PREDICTORS OF SURVIVAL IN END STAGE RENAL DISEASE. *J Neur Ment Dis*. 1990; 178 :127-133.
11. Kimmel PL. SURVIVAL IN HEMODIALYSIS PATIENTS. THE ROLE OF DEPRESSION. *J Am soc Nephrol*. 1993; 4: 12-27.
12. Craven JL. THE BECK DEPRESIÓN INVENTORY AS A SCREENING DEVICE FOR MAJOR DEPRESSION IN RENAL DIALYSIS PATIENTS. *Int J Psychiatry Med*. 1988; 18: 365-374.
13. Peterson RA. DEPRESSION PERCEPTION OF ILLNESS AND MORTALITY IN PATIENTS WITH END STAGE RENAL DISEASE. *Int J Psychiatry Med*. 1991; 21: 343-354.
14. Shidler NR. QUALITY OF LIFE AND PSYCHOSOCIAL RELATIONSHIPS IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY. *Am J Kidney Dis*. 1998; 32: 557-566.
15. Kurter NG. A COMPARISON OF THE QUALITY REPORTED BY ELDERLY WHITES AND ELDERLY BLACKS PATIENTS ON DIALISYS. *Geriatr Nephrol Urol*. 1998; 87: 77-83.

ANEXO 1. Grafica 1. Distribución de edad y sexo.



ANEXO 2. Grafica 2. Etiología de la IRCT.

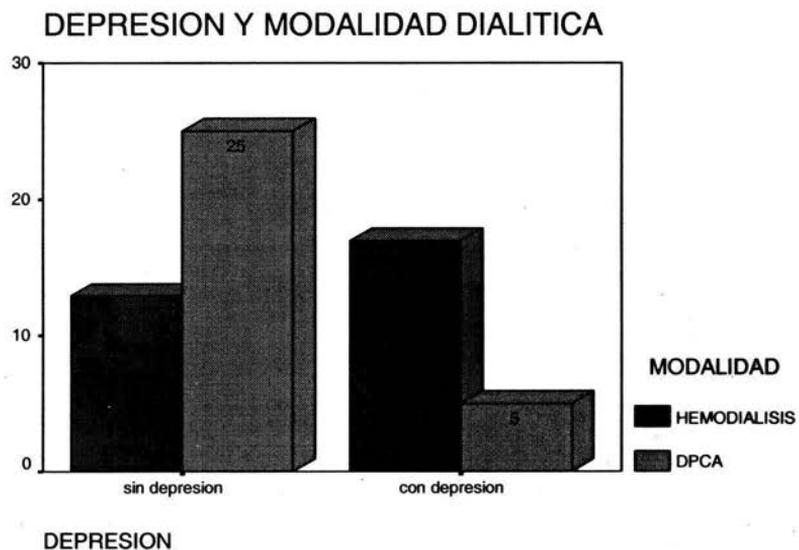


END. Etiología No determinada, GMN Glomerulonefritis, NAE Nefroangioesclerosis, HU Hiperuricemia, PE Preeclampsia, NC Necrosis Cortical, UO Uropatía Obstructiva.

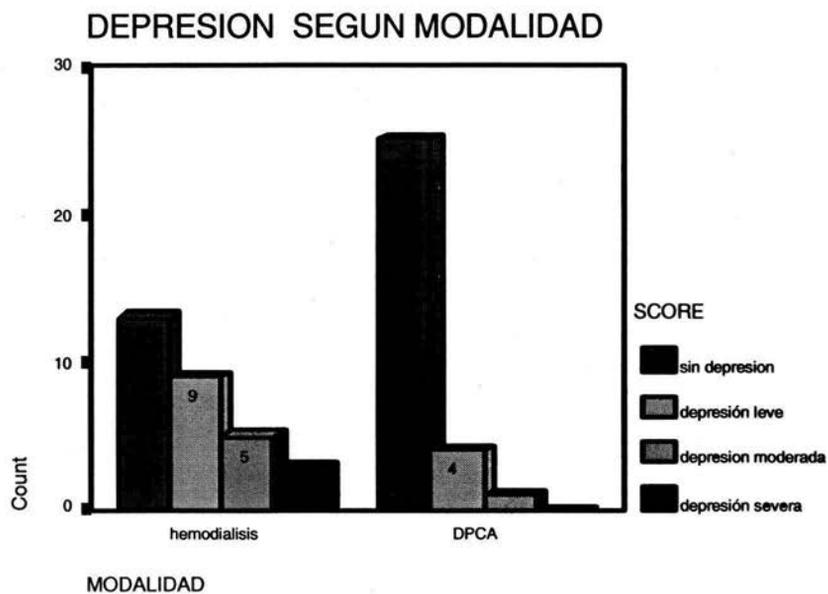
ANEXO 3. Cuadro 1. Tiempo de permanencia en diálisis.

Tiempo en Diálisis	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 año	18	30%
1 a 3 años	14	23.3%
3 a 5 años	15	25%
Mas de 5 años	13	21.7%
Total	60	100%

ANEXO 4. Grafica 3. Distribución de depresión por modalidad.



ANEXO 5. Grafica 4. Grado de depresión según modalidad.



ANEXO 6.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK.

En el presente cuestionario hay diversos enunciados, por favor lea cada uno y elija de cada grupo el que mejor describa como se ha sentido en la última semana, incluyendo este día. Marque con una X el que haya escogido, solo deberá de marcarse una. Verificar haber leído todos los enunciados de cada grupo antes de contestar.

1. a___ No me siento triste.
b___ Me siento triste.
c___ Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme.
d___ Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto.

2. a___ No me siento desanimado acerca del futuro.
b___ Me siento desanimado acerca del futuro.
c___ Siento que no tengo para que pensar en el porvenir.
d___ Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.

3. a___ No me siento como un fracasado.
b___ Siento que he fracasado mas que otras personas.
c___ Conforme veo hacia atrás, en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos.
d___ Siento que como persona soy un completo fracaso.

4. a___ Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre.

b___ No disfruto de las cosas como antes.

c___ Ya no tengo satisfacción de nada.

d___ Estoy insatisfecho y molesto con todo.

5. a___ No me siento culpable.

b___ En algunos momentos me siento culpable.

c___ La mayor parte del tiempo me siento algo culpable.

d___ Me siento culpable todo el tiempo.

6. a___ No siento que seré castigado.

b___ Siento que puedo ser castigado.

c___ Creo que seré castigado.

d___ Siendo que estoy siendo castigado.

7. a___ No me siento descontento conmigo mismo.

b___ Me siento descontento conmigo mismo.

c___ Me siento a disgusto conmigo mismo.

d___ Me odio a mi mismo.

8. a___ No me siento que sea peor que otros.
b___ Me critico a mi mismo por mi debilidad y errores.
c___ Me culpo todo el tiempo de mis errores.
d___ Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9. a___ No tengo ninguna idea acerca de suicidarme.
b___ Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría.
c___ Quisiera suicidarme.
d___ Me suicidaría si tuviera la oportunidad.
10. a___ No lloró más que de costumbre.
b___ Lloró más que antes.
c___ Lloró todo el tiempo.
d___ Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera.
11. a___ Ahora no estoy más irritable que antes.
b___ Me molesto o irritó más fácilmente que antes.
c___ Me siento irritado todo el tiempo.
d___ No me irritó para nada con las cosas que antes me irritaba

12. a___ No he perdido el interés en la gente.
b___ No me interesa la gente como antes.
c___ He perdido la mayor parte de mi interés en la gente.
d___ He perdido todo el interés en la gente
13. a___ Tomo decisiones tan bien como siempre.
b___ Pospongo decisiones con más frecuencia que antes.
c___ Se me dificulta tomar decisiones.
d___ No puedo tomar decisiones en nada.
14. a___ No siento que me vea más feo que antes.
b___ Me preocupa que me vea viejo y feo.
c___ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo.
d___ Creo que me veo horrible.
15. a___ Puedo trabajar tan bien como antes.
b___ Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo.
c___ Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa.
d___ No puedo trabajar para nada.

16. a___ Duermo tan bien como antes.
b___ No duermo tan bien como antes.
c___ Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir.
d___ Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme.
17. a___ Me canso mas de lo habitual.
b___ Me canso más fácilmente que antes.
c___ Me canso casi de hacer cualquier cosa.
d___ Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa.
18. a___ Mi apetito es igual que antes.
b___ Mi apetito no es tan bueno como antes.
c___ Casi no tengo apetito.
d___ No tengo apetito en lo absoluto.
19. a___ No he perdido peso ó casi nada.
b___ He perdido más de 2.5kg.
c___ He perdido más de 5kg.
d___ He perdido mas de 7.5kg (estoy a dieta si - no)

20. a___ Mi salud no me preocupa más que antes.
- b___ Me preocupan molestias como dolor de cabeza, dolor abdominal o estreñimiento.
- c___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa.
- d___ Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otras cosas.
-
21. a___ Mi interés por el sexo es igual que antes.
- b___ Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- c___ Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes.
- d___ He perdido completamente el interés por el sexo.