

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 3 SUROESTE D. F.
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
“DR BERNARDO SEPULVEDA G.”
DEPARTAMENTO DE NEFROLOGIA

**“EFECTO DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO SOBRE LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO EN LA ENFERMEDAD RENAL ANTES DE LA
DIALISIS.”**

T E S I S

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE NEFROLOGIA

P R E S E N T A

DR. JORGE HUMBERTO CARBENTE MEZA

ASESORES:

DRA. SILVIA PALOMO PIÑON.

DR. PEDRO TRINIDAD RAMOS.

DR. LUIS G. RUIZ FLORES



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.

HOJA DE FIRMAS

DRA. LEONOR ADRIANA BARILE FABRIS
JEFE DE LA DIVISION DE EDUCACION E
INVESTIGACION MÉDICA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
IMSS

DR. PEDRO TRINIDAD RAMOS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE NEFROLOGIA
JEFE DE SERVICIO DE NEFROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
IMSS

DRA. SILVA PALOMO PIÑON
TUTORA
MEDICO ADSCRITO DEL SERVICIO DE NEFROLOGIA
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI
IMSS

AGRADECIMIENTOS

*A LA DRA SILVIA PALOMO PIÑÓN
POR SU TENACIDAD, CONSTANCIA Y PACIENCIA*

*AL DR TRINIDAD RAMOS
POR HABERME DADO EL HONOR DE TRABAJAR Y FORMARME EN SU
SERVICIO*

*AL DR LOPEZ
POR SU COLABORACION*

-¿Voy bien si te digo que lo siento como una... “energía”?
-Vas muy bien.
-¿Y que hay por debajo de esa “energía”?
-Es que no hay arriba y abajo -atajo el Nazareno, saliendo al
paso de mis atropellados pensamientos- El Amor, es decir, el Padre, lo es Todo.
-¿Por qué es tan importante el amor?
-Es la vela del navío.
Déjame que insista: ¿Qué es el amor?
-Dar
-¿Dar? Pero, ¿qué?
-Dar. Desde una mirada hasta tu vida.
-¿Qué podemos dar los angustiados?
-La angustia.
-¿A quién?
-A la persona que te quiere...
-¿Y si no tienes a nadie?
El maestro hizo un gesto negativo.
-Eso es imposible... Incluso los que no te conocen pueden amarte.
-¿Y que me dices de tus enemigos? ¿También debes amarles?
-Sobre todo a esos... el que ama a los que le aman, ya han recibido su recompensa.
Caballo de Troya
J.J. Benítez.

INDICE

1. ANTECEDENTES-----	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA-----	6
3. HIPOTESIS-----	6
4. OBJETIVO-----	6
5. MATERIAL Y METODOS-----	7
6. CONSIDERACIONES ETICAS-----	10
7. RESULTADOS-----	11
8. DISCUSION-----	14
9. CONCLUSIONES-----	15
10. REFERENCIAS-----	16
11. ANEXOS-----	19

1.- ANTECEDENTES

Una vez que se establece el diagnóstico de la Enfermedad Renal (ER), es necesario que el enfermo modifique varios aspectos de su vida que tienen un impacto psicológico en él y en su familia. En términos generales hay que modificar los hábitos alimenticios, iniciar un régimen farmacológico, iniciar un tratamiento substitutivo con diálisis cuando está indicado y organizar nuevamente la rutina social, laboral y familiar en donde además hay cierto grado de dependencia de otras personas. Esto provoca un estado de ansiedad y depresión que puede reflejarse de varias formas; la falta de adherencia a las indicaciones médicas es una de las tantas herramientas que el paciente tiene para manifestar su desacuerdo ante la situación que vive (1).

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) es uno de los Trastornos Afectivos más comunes en los pacientes con ER. En los sujetos en diálisis la incidencia es variable. Se ha estimado entre el 20-30% (2). Existen pocos estudios publicados antes de la diálisis. En el departamento de Nefrología del hospital de especialidades del CMN siglo XXI, IMSS se ha encontrado una prevalencia del 37% (3).

El TDM es un síndrome clínico caracterizado por diversos síntomas tales como sentimientos de aislamiento, abandono, tristeza, impotencia y desesperación que se reflejan en alteraciones en el patrón del sueño, la libido y el apetito. En la población en diálisis, el TDM se ha asociado con un mayor riesgo de peritonitis por el empleo de una mala técnica, sobrecarga hídrica, sesiones de hemodiálisis prolongadas, disminución de la efectividad del tratamiento substitutivo y complicaciones medicas como edema agudo pulmonar, hipertensión arterial, incremento de algunos síntomas después de la diálisis (calambres musculares, náusea, vómito y cefalea) (4), falta de adherencia al tratamiento medico-dietético y un mayor número de hospitalización y días de estancia que incrementan el grado de depresión y ansiedad. Éste círculo vicioso provoca una retroalimentación positiva que incrementa la morbi-mortalidad (5).

Se han informado diversas características comunes de los enfermos en diálisis que tienen un TDM. Entre ellas están el género femenino, la raza blanca, la edad, la dependencia económica, la disfunción de pareja, la diabetes mellitus, la

hipoalbuminemia y la presencia de otras enfermedades que empeoran el estado general de los enfermos (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad cerebrovascular, enfermedad vascular periférica, enfermedad pulmonar y alteraciones gastrointestinales) (6).

Actualmente se sabe que el TDM es un factor de riesgo para mortalidad debido a que es necesario que haya adherencia al tratamiento para reducir la morbilidad propia de la ER (7). Algunos ejemplos de lo mencionado son los siguientes:

- a) Se requiere de un control estricto de la glucosa en la diabetes mellitus para retardar la aparición de complicaciones vasculares micro y macro angiopáticas. En ésta población, el TDM tiene una prevalencia hasta del 79% dependiendo de la serie, con un promedio de 4 episodios por año de diferente tiempo de duración y magnitud. Se ha demostrado que los síntomas depresivos afectan severamente la adherencia al tratamiento por lo que por cada episodio depresivo, el enfermo suspende sus fármacos, su dieta, su actividad física habitual y presenta hiperglucemia, descontrol hipertensivo, dislipidemia y obesidad, que son factores de riesgo asociados con la enfermedad vascular generalizada y a un aumento en la mortalidad, la cual es del 47% aproximadamente (8, 9).
- b) En los pacientes con insuficiencia cardíaca se ha demostrado que el TDM aumenta en un 29% los costos económicos generados por mayor estancia dentro del hospital e ingresos por urgencias. La mayoría de reingresos hospitalarios están relacionados con la falta de adherencia a tratamiento médico. Este trastorno tiene una prevalencia hasta del 36% en ésta población. El tabaquismo persistente está asociado fuertemente con el TDM y la falta de adherencia al tratamiento. En los sujetos sin TDM el riesgo de mortalidad es de un 7.9% a los tres meses y de un 16.2% al año. Los pacientes con TDM de mayor grado tienen el doble de riesgo de morir en su próximo reingreso a un servicio de urgencias (10, 11).
- c) En otras enfermedades crónicas como el asma y la esclerosis múltiple se han observado situaciones similares a las descritas, en donde el TDM tiene una prevalencia del 29.1 y 41.8% respectivamente. En ambos casos la

población es joven y como sucede con la mayoría de las enfermedades crónicas, hay falta de apoyo social y familiar; la mortalidad en ambas enfermedades no está bien establecida ya que tienen diferente morbilidad (12, 13).

Se define como adherencia al tratamiento a aquel comportamiento del paciente que coincide con las sugerencias médicas o de salud indicadas para el tratamiento de la enfermedad subyacente (15).

La adherencia en sí es muy compleja e involucra a los siguientes factores:

a) Factores propios del paciente: tales como sus creencias, su capacidad cognoscitiva y psicológica y aspectos financieros

b) Factores externos: que en esencia se refieren a los efectos secundarios de los fármacos, el grado de toxicidad de los mismos y a la relación que se establezca entre el médico y el paciente. Este último aspecto es importante, ya que es a través de la relación entre el médico y el paciente en donde se obtiene la información respecto al tratamiento en cuestión, en donde el médico tiene la oportunidad de explicar el porqué del tratamiento y de persuadir al enfermo para que modifique determinadas pautas de conducta desfavorables para su enfermedad (15).

Kutner y cols han mencionado que la falta de adherencia al tratamiento médico-dietético observada en los enfermos en diálisis es el resultado de la interacción de factores emocionales, psicológicos y sociales en un mismo individuo. De acuerdo a su experiencia un 50% de enfermos en hemodiálisis y un 30% en la población en diálisis peritoneal no cumplen con las indicaciones médico-dietéticas, especialmente durante los primeros 6 meses después de haber iniciado el tratamiento substitutivo. La persistencia en el hábito tabáquico fue también un fuerte predictor de la falta de adherencia al tratamiento en esta población (5).

DiMatteo realizó un metaanálisis en donde describió el porcentaje de adherencia al tratamiento de sujetos con enfermedades crónicas de diversa índole (13). Los resultados de esta investigación, que analizó a 569 estudios publicados durante 40 años (1948-1998), son los siguientes:

Variable	% de adherencia
Tratamiento farmacológico	79.4
Rutinas de ejercicio	72.8
Rutinas conductuales	69.7
Citas médicas de control	65.9
Tratamiento nutricional	59.3

DiMatteo y cols.

La falta de adherencia al tratamiento médico-dietético representa la elección racional del paciente por preservar su identidad personal (14). Se han analizado las razones por las cuales el enfermo toma la determinación de no cumplir con el tratamiento que requiere para beneficiar su salud. Las más sobresalientes son las siguientes: la falta de aceptación de su enfermedad, dudas sobre la eficacia y el beneficio del tratamiento en cuestión, barreras de tipo financiero o de conducta y la falta de apoyo de los miembros de la familia y de la sociedad. Estos factores favorecen la depresión ya que influyen en la propia imagen y determinación del enfermo haciendo que su capacidad cognoscitiva y su autoestima sean menores, lo que se refleja en forma negativa al decidir no tener adherencia al tratamiento médico-dietético que se requiere (14, 15).

Debido a su alta prevalencia en diferentes poblaciones de enfermos crónicos, incluyendo a los pacientes en diálisis, es necesario conocer el grado de adherencia de cada paciente y determinar como influye en la morbi-mortalidad de cada enfermedad en particular. Son múltiples las maneras que diferentes autores han utilizado para medirla: monitorizando la presión arterial sistémica, midiendo los niveles de impregnación de algunas drogas en sangre y orina, haciendo seguimiento sistematizado de perfiles bioquímicos sanguíneos como la biometría hemática, química sanguínea, glucosa y lípidos, registrando el peso corporal ó el índice de masa corporal, entre otros. Es por ello que los criterios para valorar la adherencia al tratamiento son variados, de tal forma que no hay pautas o estrategias establecidas para que la medición de la adherencia al tratamiento sea universal, sobre todo en aquellos sujetos con enfermedades crónicas (14).

DiMatteo y Mc Donald encontraron que las estrategias utilizadas por diferentes grupos para mejorar la adherencia al tratamiento y aún corregirla en

aquellos enfermos que tienen poca ó nula adherencia al tratamiento médico-dietético son tan amplias, que van desde recordatorios telefónicos programados, orientación sobre los efectos secundarios del fármaco, visitas domiciliarias, terapias de apoyo familiar y apoyo psicológico. Los resultados de dichas intervenciones en el paciente son variados pero no concluyentes debido a factores relacionados con el tamaño de la muestra, el tipo de enfermedad estudiada, el método estadístico utilizado para analizar los resultados y el tiempo de duración de los estudios, entre otros. Sin embargo se ha observado que el tratamiento de todos los factores que provocan y favorecen la falta de adherencia al tratamiento, entre ellas la depresión en sus diferentes grados, tienen un efecto positivo en el enfermo, mejorando su falta de adherencia al tratamiento y con ello su morbilidad, disminuyendo las frecuencia de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria, retardando la aparición de complicaciones propias de la enfermedad, mejorando la calidad de vida y abatiendo los costos (14,15,16).

Tanto el TDM como la falta de adherencia al tratamiento médico-dietético son situaciones reales en la ER y durante la diálisis y tienen una influencia negativa en la calidad de vida y el pronóstico de los enfermos. Es por ello que es necesario tratarlo con el objetivo de mejorar la falta de adherencia al tratamiento registrada en ésta población.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

1.- ¿Mejora la adherencia al tratamiento de la ER cuando el enfermo recibe tratamiento para el TDM?

3.- HIPÓTESIS:

1.- Existe una mejor adherencia al tratamiento de la ER cuando los enfermos reciben tratamiento el TDM.

4.- OBJETIVO:

Evaluar el efecto del tratamiento de la TDM sobre la adherencia al tratamiento en la ER antes de la diálisis.

5.- MATERIAL Y METODOS:

- DISEÑO DEL ESTUDIO: Transversal comparativo.
- DESCRIPCION DE LAS VARIABLES:
 - A) Variable Independiente: Etapa de la ER, tratamiento de la ER, TDM y tratamiento de la misma
 - B) Variable Dependiente: Adherencia al tratamiento.
- DESCRIPCION OPERATIVA DE LAS VARIABLES.

1.- ETAPA DE LA ER: Las guías K/DOQI de Nefrología la clasifican tomando en cuenta el filtrado glomerular (FG) (ver Tabla 1).

En nuestro medio la Depuración de Creatinina en orina de 24 h es la forma de estimación del mismo mas utilizada. Se obtiene utilizando la fórmula convencional $UV/P/1440/1.73 m_2sc$. La U corresponde a la creatinina urinaria; la V al volumen urinario de 24 h; la P a la creatinina plasmática y el valor de 1440 corresponde a los minutos del día. El resultado se expresa en ml/minuto. Es una variable cuantitativa continua, con escala de razón.

2.- El tratamiento de la ER: Incluye a) el uso de fármacos, b) la prescripción dietética y c) modificación del estilo de vida. Estas dos últimas no pudieron ser analizadas en el presente estudio.

a) Uso de fármacos: ésta prescripción se realiza en forma individualizada dependiendo de las necesidades de cada enfermo. El grupo de fármacos que se utilizan en todos los pacientes son aquellos que bloquean la actividad de la Angiotensina II (Ang II) a diferentes niveles. Ellos incluyen a los inhibidores de la enzima convertidora de Ang II (IECA) y a los inhibidores de los receptores tipo 1 de Ang II (AT₁). Así mismo, se utilizan antiagregantes plaquetarios (Aspirina ó Clopidogrel) cuando no hay contraindicación absoluta y con el objetivo de inhibir la ciclooxigenasa 2 que promueve la producción de factor de crecimiento transformante beta y colágena tipo II y IV. De esta forma se evita la progresión de la proteinuria, proliferación mesangial, control de la tensión arterial que evitan la progresión de la insuficiencia renal (17,18). Por otro lado, varios enfermos requieren del uso de inmunosupresores para la enfermedad de base, que consiste en dosis variables de esteroides, azatioprina, ciclosporina A, ciclofosfamida y mofetil micofenolato. Finalmente el tratamiento de la hipertensión arterial se realiza

inicialmente con el bloqueo de la actividad de la Ang II, pero también se utilizan los calcioantagonistas, betabloqueadores y diuréticos tiazídicos cuando se requieren. Para fines del proyecto se considerarán como variables cualitativas nominales dicotómicas.

3.- Depresión y su tratamiento: Se utilizó el Inventario de Beck como el instrumento para sugerir el diagnóstico de TDM y establecer el grado. Los enfermos con un cuestionario sugestivo de la enfermedad acudieron al departamento de Psiquiatría a confirmar el diagnóstico y a recibir el tratamiento apropiado durante el tiempo que dicho servicio lo ha considerado conveniente. El Inventario de Beck es un cuestionario que consta de 21 grupos de enunciados que evalúan el TDM; cada enunciado tiene 4 afirmaciones, que describen la manera en cómo se ha sentido el enfermo durante la última semana, incluyendo el día de la realización. Se califica de la siguiente forma: una puntuación \geq a 17 puntos es diagnóstica de depresión. Para establecer el grado de la misma se utiliza la siguiente escala:

De 17-24 puntos: depresión leve

De 25-30 puntos: depresión moderada

De \geq 31 puntos: depresión severa.

4.- Adherencia al tratamiento: para fines del estudio se utilizarán los siguientes parámetros para evaluarlos:

a) **Tratamiento farmacológico:** tener continuidad en la ingesta de fármacos.

Este aspecto se evaluó cuando el enfermo acudió a cambiar sus recetas mensuales ya que sólo se le surte una dotación de fármacos para 30 días. Los enfermos incluidos en el estudio acudieron al área de la consulta externa designada para ello, en donde se identificaron del resto de la población por medio de su carnet. Es una variable cualitativa dicotómica.

b) **Citas medicas de control:** se refiere a la asistencia de las consultas programadas con el servicio de Nefrología y Psiquiatría, además de los servicios médicos a los cuales se les solicitó interconsulta. El control de éste aspecto se hizo con las anotaciones realizadas en el expediente clínico de cada paciente.

- SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

-CRITERIOS DE INCLUSION:

1. Cualquier género.
2. Mayores de 18 años.
3. Historia de no adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.
4. Diagnóstico establecido de TDM.
5. Aceptar participar en el proyecto.

-CRITERIOS DE NO INCLUSION:

1. Enfermos en etapa final de otras situaciones médicas (neoplasias, insuficiencia cardiaca congestiva clase III-IV NYHA)
2. Enfermos con falla renal aguda.
3. Infecciones virales activas
4. No aceptar participar en el protocolo.

-CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Efectos secundarios de los fármacos utilizados para el tratamiento del TDM.

- PROCEDIMIENTOS:

Los pacientes con historia de no adherencia al tratamiento manifestada por la ingesta nula o irregular de fármacos, incumplimiento a sus citas medicas y prescripción dietética, fueron invitados a contestar el Inventario de Beck después de recibir la consulta correspondiente. Aquellos enfermos que tuvieron una puntuación de ≥ 17 puntos fueron enviados al departamento de Psiquiatría en donde se corroboró el diagnóstico y recibieron el tratamiento conveniente. Fueron evaluados mensualmente por el Psiquiatra, en donde se registraron los datos relacionados con la adherencia al tratamiento.

- ANALISIS ESTADISTICO.

Estadística descriptiva y pruebas de normalidad. Para las variables cuantitativas que muestren una distribución normal se hizo una T de Student

Pareada para muestras dependientes. Para las variables cualitativas y aquellas que no muestren una distribución normal se utilizó la Prueba de Wilcoxon. Para las variables nominales dicotómicas se utilizó McNemar. Una $p < .05$ con un α 95% se consideraron como significativas.

6.- CONSIDERACIONES ETICAS.

No existió ningún riesgo conocido para los enfermos al contestar el cuestionario y recibir el tratamiento antidepresivo conveniente. Su consulta Psiquiátrica se mantiene en forma confidencial.

7.- RESULTADOS:

De Agosto del 2005 a Febrero del 2006 los pacientes subsecuentes de la consulta externa de Nefrología que aceptaron contestar el cuestionario con la Escala de Depresión de Beck y que tuvieron una puntuación ≥ 17 , fueron invitados a acudir a consulta en el servicio de Psiquiatría en donde se evaluó el estado afectivo por un Médico Psiquiatra. Durante la consulta psiquiátrica se confirmó el diagnóstico de Trastorno Afectivo sugerido por el puntaje del cuestionario y el enfermo inició el tratamiento farmacológico correspondiente.

En la etapa de reclutamiento de los 120 cuestionarios de la Escala de Depresión de Beck realizados, un 30% (n =36) obtuvieron puntaje mayor o igual a 17 lo que corresponde aproximadamente con la prevalencia de TDM (37%) encontrada en los pacientes Nefrológicos de este hospital. Se conoce la comorbilidad de la enfermedad medica de evolución crónica con la depresión.

Del total de Inventarios con puntaje significativo, el 50% (n =18) (Grupo 1) tiene diagnóstico confirmado de TDM, según los criterios del DSM-IV TR (con categorización de la severidad) mediante evaluación clínica Psiquiátrica, iniciando tratamiento psico-farmacológico y seguimiento a través de citas subsecuentes en la consulta externa.

Un 25% (n =9) no fueron incluidos debido a que la evaluación clínica Psiquiátrica no confirmó el diagnóstico de TDM; el 25% restante (n =9) (Grupo 2) esta representado por los pacientes que no acudieron a cita de primera vez para la evaluación clínica Psiquiátrica (confirmatoria de diagnóstico).

La **Tabla 2** muestra las características demográficas del grupo 1. Fueron 16 mujeres (89%) y 2 hombres (11%) con edad promedio de 47.676 ± 12.36 años (rango 22-79); el 27% son solteros (n =5), 50% casados (n =9), 11% viudos (n =2) y el 6% divorciados (n =1), el 6% separados (n =1). El 39% trabajan (n =7) y el 61% de los pacientes no (n =11). La escolaridad es de educación primaria en el 39% (n =7), secundaria en el 28% (n =5), preparatoria en el 11% (n =2), carrera técnica en el 6% (n =1) y profesional en el 11% (n =2). La población analfabeta representa el 6% (n =1) de ésta población. El 94% de los pacientes niega haber tenido tratamiento psiquiátrico previo (n =17) y el 6% sí (n =1). Destaca en este grupo el 17% de los pacientes (n =3) quienes no tienen convivencia familiar y por

lo tanto viven solos. La población restante 88% (n =15) si tiene convivencia familiar, con el cónyuge el 44% (n =8), con los hijos el 28% (n =5), hermanos 6% (n=1) y con sus padres el 5% (n =1).

Los diabéticos representan el 22% (n =4) de la población y el 78% (n =14) restante tienen enfermedades renales primarias y secundarias: Nefropatía Lúpica: 43% (n =6), Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria 14% (n =2) y Litiasis Renal 14% (n =2); el 29% restante (n =4) corresponden a Enfermedad Poliquística Autosómica Dominante del Adulto, Anormalidades Urinarias Asintomáticas, Alteraciones Urológicas y Nefroangiosclerosis Hipertensiva.

La **Tabla 3** muestra los datos en relación a la enfermedad renal del grupo 1, tienen una Dcr es de 48.10 ± 25.57 ml/min y la Proteinuria es 0.73 ± 2.12 g/día.

El 100% de los pacientes tiene TDM; se encontró adicionalmente que un 12.5% (n =2) estaba acompañado por Síntomas Ansiosos y un porcentaje similar por Distimia.

El tratamiento farmacológico antidepresivo para este grupo de pacientes fue le siguiente:

Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

- Fluoxetina 44% (n =8)
- Sertralina 50% (n =9)
- Paroxetina 6% (n =1)

El 56% (n =10) de los pacientes presentaron insomnio por lo que recibieron tratamiento con Lorazepam y Clonazepam (sedante-hipnótico) a dosis promedio de 1mg/día.

La gráfica 1 muestra la puntuación del Inventario de Beck entre el grupo 1 y el 2. Para el grupo 1 fue de 26.56 ± 7.22 puntos y de 26.78 ± 9.40 para el grupo 2.

De los pacientes del grupo 1 (n = 18) el 89 % (n = 16) si cumplieron con la ingesta de psicofármacos prescrita y 11% (n =2) no cumplieron debido a creencias personales con relación al mismo. El 61% (n =11) acudió a sus consultas subsecuentes en forma ininterrumpida durante el tiempo de seguimiento y el 39% (n =7) no asistieron regularmente. La gráfica 2 muestra los resultados del cuestionario del Beck del grupo 1 antes y después del tratamiento. Iniciaron con un puntaje de 26.56 ± 7.22 y el puntaje del Beck de seguimiento fue de 14.44 ± 10 .

De los 18 pacientes que iniciaron el estudio, sólo 50% (N = 9) cuenta con el Beck de seguimiento.

La Tabla 2 también muestra las características demográficas de los 9 pacientes (25%) que no acudieron a su primera consulta y por lo tanto no fue posible confirmar el diagnóstico de TDM sugerido por el inventario de Beck. El 67% (n =6) son mujeres y el 33% (n =3) son hombres, con una edad promedio de 53.22 ± 19.61 años, el 44% son solteros (n=4), el 33% (n =3) son casados, el 11% son viudos (n=1) y el 11% separados (n=1). El 67% (n =6) tiene una actividad laboral y el 33% (n =3) no trabaja. El 33% (n = 3 respectivamente) son profesionistas o tienen educación secundaria. El 22% (n =2) viven solos y el 78% restante (n =5) tienen algún tipo de convivencia ya sea con sus padres, cónyuge ó hijos. El 78% (n =7) no tienen antecedentes de tratamiento Psiquiátrico previo y el 22% si (n=2). El 55% (n=5) ha acudido regularmente a sus consultas programadas en Nefrología y otros servicios médicos del hospital, mientras el 45% (n =4) no han acudido a ninguna de las consultas subsecuentes programadas.

La población con Nefropatía Diabética para este grupo fue del 33% (n =3) y la no diabética del 67% (n =6). En este ultimo grupo hay un 22% (n =2) con Nefropatía Lúpica, y el 78% restante tienen ER secundaria a Nefroangiosclerosis Hipertensiva, Nefropatia Membranosa, Glomerulonefritis Rápidamente Progresiva y ER de origen no determinado (n =1 respectivamente). La Tabla 3 muestra los datos en relación a la enfermedad renal. Tiene una depuración de creatinina de 65.89 ± 47.19 ml/min y proteinuria de 3.1 ± 2.9 gramos/24 horas.

8.- DISCUSION:

Los resultados muestran una mejoría en las variables propuestas para medir la adherencia al tratamiento medico en este estudio cuando se trata farmacológicamente el TDM. Hay una mejoría en la ingesta de fármacos y de la disposición del enfermo a acudir a sus consultas médicas en forma regular. No pudo evaluarse el aspecto nutricional en este estudio.

Estos datos son relevantes ya que hay informes previos en donde se describe que la mejoría del TDM promueve la adherencia al tratamiento en los pacientes en diálisis y en otras enfermedades crónicas durante las primeras 4-8 semanas (4, 5, 15). Este grupo de pacientes recibió farmacoterapia basada en ISRSs. El mecanismo de acción de este grupo de antidepresivos es precisamente, bloquear la recapturación de serotonina aumentando su disponibilidad en la hendidura simpática y modificando la sensibilidad de los receptores 5-hidroxitriptamina y 5-hidroxitriptamina 1-A; las acciones bioquímicas de los antidepresivos ocurren casi inmediatamente tras su administración, su efecto terapéutico no se aprecia hasta aproximadamente transcurridas 2, 4 y hasta 6 semanas. Este tiempo de latencia puede explicarse por la teoría receptológica que indica que la administración continuada de antidepresivos produce una hiposensibilización de receptores beta postsinápticos y alfa 2 presinápticos, una hipersensibilidad de los alfa 1 presinápticos y una posible sensibilidad de los receptores serotoninérgicos. El tiempo estimado para lograr la remisión total del TDM (evitar recaídas) es de 6-8 meses de tratamiento psicofarmacológico continuo. Sin embargo, durante las primeras seis semanas se espera que el enfermo mejore el cortejo sintomático (Eutimia). A partir de entonces, el enfermo es capaz de participar de manera proactiva (manejo conductual) con relación a la adherencia, lo que al momento del presente informe no es posible evaluar.

Es conocido que en términos generales hay factores relacionados con la adherencia al tratamiento en los pacientes en diálisis, los cuales incluyen el entorno y la red de apoyo familiar, la conciencia de enfermedad, la disponibilidad de recursos económicos y el pronóstico de la enfermedad renal. Hay también una diferencia marcada si el paciente es o no diabético.

En el presente estudio el puntaje del Beck es similar entre el grupo 1 y el grupo 2, lo que indica que ambos se encuentran en un TDM similar. Hay algunas diferencias bioquímicas entre ellos, de tal forma que los pacientes del grupo 1 están en una etapa más avanzada de la ER pero hay menos Diabéticos que en el grupo 2.

Los pacientes se caracterizaron por tener dificultades para cumplir con sus indicaciones medico-dietéticas y para asistir regularmente a sus consultas antes de ser evaluados psiquiátricamente. De acuerdo a los resultados, el tratamiento psicofarmacológico mejoró estos aspectos y el puntaje del Beck de tal forma que al momento del informe los pacientes están en Eutimia y se encuentran en condiciones para que pueda insistirse en otros aspectos relacionados con la adherencia al tratamiento, como lo son el modificar el estilo del vida y tener cumplimiento con las indicaciones nutricionales, las cuales son una parte importante para disminuir la velocidad con la que progresa la enfermedad renal.

En relación a los pacientes del grupo 2 quienes desde el inicio no mostraron ningún interés en acudir a sus consultas psiquiátricas, es difícil establecer la razón precisa por la cual tomaron ésa decisión. De acuerdo al puntaje de Beck tienen diagnóstico sugestivo de TDM, pero no fue posible establecer si el trastorno es de mayor intensidad que los pacientes del grupo 1. Lo que sí es notorio en este grupo, es que son sujetos con actividad profesional, o bien que viven solos ó aún conviven con sus padres. Este 25% representa un tercio de la población estudiada que persiste con un Trastorno Afectivo que posiblemente influye en forma negativa en su ER, ya que el 45% de ellos continúan faltando a sus consultas subsecuentes al servicio de Nefrología y teniendo ingesta irregular de sus fármacos.

9.- CONCLUSIÓN: El 30% de la población estudiada tiene un Inventario de Beck sugestivo de TDM. El diagnóstico pudo confirmarse en el 50% de los casos. El tratamiento psico-farmacológico mejora el puntaje del Beck en un 54%, la asistencia regular a las consultas programadas en un 61% y la ingesta de fármacos para la ER en un 88%. Existe un porcentaje considerable de enfermos que muestra un marcado desinterés por su tratamiento y es posible que éste grupo tenga un TDM de mayor severidad. Estos resultados son semejantes a los informados en la población en diálisis.

REFERENCIAS.

1. Frederick O. Finkelstein and Susan H. Finkelstein. "Depression in chronic dialysis patients: assessment and treatment" *Nephrol Dial Transplant*, 2000, 17:1911-1913.
2. Antonio Alberto Lopes, Jennifer Bragg, Eric Young, David Goodkin, Donna Mapes, Christian Combe, et al. for the dialysis Outcomes and Practice Patters Study (DOOPS) "Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United States and Europe" *Kidney International*, 2002, 62: 199-207.
3. Palomo P.S., Aranda M.M, Meza M.LM, Trinidad R.P. "Incidencia y prevalencia de la depresión en insuficiencia renal antes de la diálisis" UNAM México D.F. 2004.
4. John Sharp, Matt R. Wild, and Andrew I. Gumley. "A Systemic Review of Psychological Interventions for the Treatment of Nonadherence to Fluid-Intake Restrictions in People Receiving Hemodialysis" *American Journal of Kidney Diseases*, 2005, 45, (1): 15-27.
5. Nancy G. Kutner, Rebecca Zhang, William M. McClellan and Steven A. Cole. "Psychosocial predictors of non-compliance in haemodialysis and peritoneal dialysis patients" *Nephrol Dial Transplant*, 2002, 17: 93-99.
6. Paul L. Kimmel, Rolf A. Peterson, Karen L. Weihs, Nicole Shidler, Samuel J. Simmens, Sylvan Alleyne, et al. "Dyadic Relationship conflict, Gender, and mortality in Urban Hemodialysis Patients" *J Am Soc Nephrol*, 2000, 11: 1518-1525.
7. Paul L. Kimmel, Rolf A. Peterson, Karen L. Weihs, Samuel J. Simmens, Sylvan Alleyne, Illuminado Cruz, et al. "Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis outpatients" *Kidney International*, 2000, 57, (5): 2093-2098.
8. Paul S. Ciechanowski, Wayne J. Katon, Joan E. Russo. "Depression and Diabetes: Impact of depressive Symptoms on Adherence, function, and costs" *Arch Intern Med*, 2000, 160, (21): 3278-3285.

9. Sandra. A. Black, Kyriakos S, Markides, Laura A. Ray. "Depression predicts, Increased Incidence of Adverse Health Outcomes in Older Mexican Americans With type 2 Diabetes" *Diabetes Care*, 2003 26:2822-2828
10. Mark Sullivan, Greg Simon, John Spertus and Joan Russo. "Depression-Related Costs in heart failure care" *Arch Intern Med*, 2002, 162, (9): 1860-1866.
11. Jiang Wei, Alexander Jude, Christopher Eric, Kuchibhatla Maragatha, Laura Gaulden, Michael Cuffe, et al. "Relationship of Depression to increased Risk of Mortality and Rehospitalization in patients with Congestive Heart Failure" *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161 (15), 1849 – 1856.
12. Lydia Chwastiak, Dawn M. Ehde, Laura E. Gibbons, Mark Sullivan, James D. Bowen, and George H. Kraft. "Depressive Symptoms and Severity of Illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic Study of a large Community Sample" *Am J Psychiatry*, 2002, 159: 1862-1868.
13. Andrew G. Weinstein. "Should patients with persistent severe asthma be monitored for medication adherence?" *Ann Allergy Asthma Immunol*, 2005, 94: 251-257.
14. M. Robin DiMatteo. "Variations in Patients Adherence to Medical Recommendations. A Quantitative Review of 50 Years of Research" *Med Care*, 2004, 42: 200-209.
15. Heather P. McDonald, Amit X. Garg, and R. Brian Haynes. "Interventions to Enhance Patient Adherence to Medication Prescriptions" *JAMA*, 2002, 288, (22): 2868-2879.
16. M. Robin DiMatteo, Patrick J. Giordani, Heidi S. Lepper, and Thomas W. Croghan. "Patient Adherence and Medical Treatment Outcomes A Meta-Analysis" *Medical Care*, 2002, 40, (9): 794-811.
17. Raymond C. Harris. "Cyclooxygenase-2 in the Kidney" *J Am Soc Nephrol*. 2000, 11: 2387-2394.
18. Ruth C. Campbell, Piero Ruggenenti and Giuseppe Remuzzi. " Halting the progression of chronic Nephropathy" *J Am Soc Nephrol*. 2002. 13, S190-S195.

19. Joel D. Kopple, Shaul G. Massry. "Nutritional Management of Nondialyzed Patients with Chronic Renal Failure". *Nutritional Management of Renal Diseases*, Williams & Wilkins, 1997: 479-531.
20. James A. Blumenthal, Michael A. Babyak, Kathleen A. Moore Melissa A Napolitano. "Effects of Exercise Training on Older patients With Major Depression". *Arch Intern Med*, 1999, 159, (19): 2349-2356.
21. Maroni B.J. "Protein restriction in the pre-end stage renal disease (ESRD) patient: who, when, how, and the effect on subsequent ESRD outcome". *J. Am Soc Nephrol*. 1998, (12 Suppl): S: 100-6.

10.- ANEXOS

Tabla 1.- Clasificación de la Enfermedad Renal.

Estadio	Descripción	FG (ml/minuto/1.73m ²)
1	Daño renal con FG normal ó ↑	≥ 90
2	Daño renal con leve ↓ del FG	60-89
3	↓ moderada del FG	30-59
4	Severa ↓ del FG	15-29
5	Insuficiencia renal	< 15 ó diálisis

FG= filtrado glomerular.

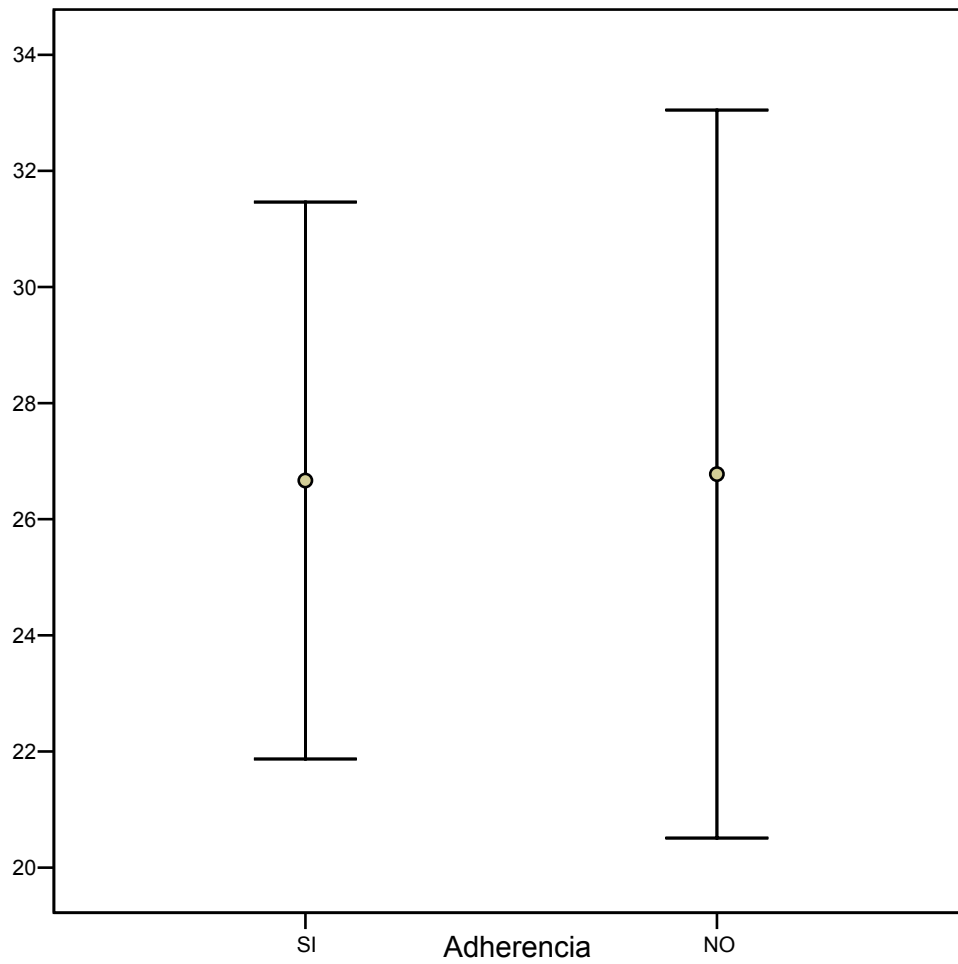
Tabla 2.- Características demográficas de los pacientes.

Datos	Grupo 1 (n = 18)	Grupo 2 (n = 9)
Edad	47.67±12.36	53.22±19.61
Género (Mujer/Hombre)	89/11 %	67/33 %
Escolaridad:	%	%
- Primaria	39	11
- Secundaria	28	33
- Preparatoria	11	0
- Carrera Técnica	6	0
- Profesional	11	33
- Analfabetas	6	23
Estado civil	%	%
- Soltero	27	44
- Casado	50	33
- Viudo	11	11
- Divorciado	6	0
- Separado	6	11
Convivencia	%	%
- Padres	5	33
- Cónyuge	44	33
- Hermanos	6	0
- Hijos	28	12
- Parientes	0	0
- Solo	17	22
Enfermedad renal	%	%
- Nefropatía diabética	22	33
- Enfermedades renales primarias	78	67

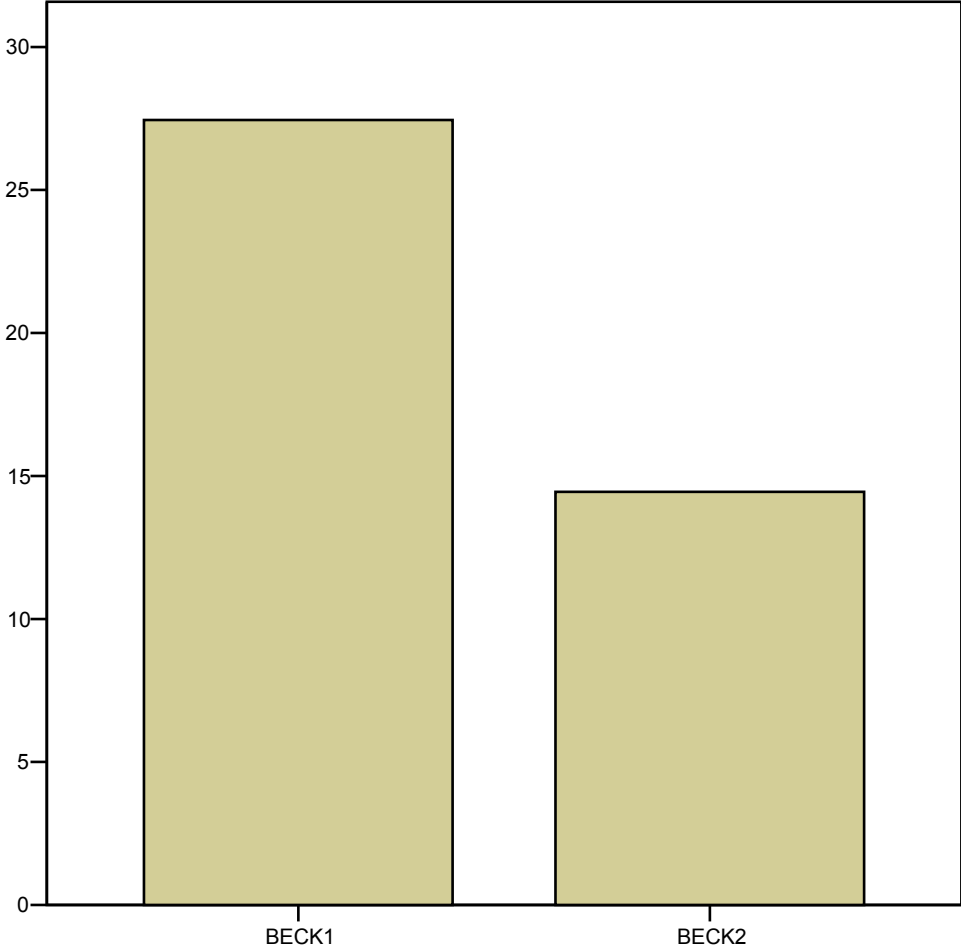
Tabla 3.- Datos bioquímicos de ambos grupos.

Datos	Grupo 1	Grupo 2
Glucosa (mg/dl)	89.88±21.58	119.78±52.1
Urea (mg/dl)	61±36.61	69.33±29.28
Creatinina (mg/dl)	1.82±1.34	1.77±1.5
Dcr (ml/minuto/1.73m ² SC)	48.10±25.57	65.89±47.19
Proteinuria (g/día)	0.73±2.12	3.1±2.9
Colesterol (mg/dl)	213.19±63.24	251.11±59.9
Triglicéridos (mg/dl)	161.81±85.53	229.67±111
Ácido úrico	6.70±1.99	6.30±1.46
IMC	28.35±3.87	27.52±4.16
TAS (mmHg)	123.13±14.00	133.22±25.38
TAD (mmHg)	80.31±10.71	84.44±14.24
Etapas de la ER	%	%
I	12.5	22.2
II	25	22.2
III	37.5	53.3
IV	19	22.2
V	6.3	0

Gráfica 1.- Diferencias del puntaje de Beck entre pacientes adherentes y no adherentes.



Gráfica 2.- Puntaje del Inventario Beck antes y después del tratamiento.



ANEXO 1

HOJA DE CAPTACION DE DATOS

NOMBRE DEL PROTOCOLO: DEPRESION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

NOMBRE: _____
NO PROGRESIVO _____
EDAD: _____ **SEXO:** _____ **AFILIACION:** _____
DIAGNOSTICO: _____
ESTADO CIVIL: _____ **¿TRABAJA? SI NO** _____
OBSEVACIONES: _____
ESCOLARIDAD: _____

VARIABLES	BECK 1	BECK 2
FECHA EVALUACION:		
PESO (KGS)/ TALLA (CM)/ IMC (ULTIMOS 6 MESES)		
PESO (KGS)/ TALLA (CM)/ IMC (ACTUAL)		
TA SISTOLICA (MM HG)		
TA DIASTOLICA (MM HG)		
COLESTEROL (MG/DL)		
TRIGLICERIDOS (MG/DL)		
ACIDO URICO (MG/DL)		
GLUCOSA (MG/DL)		
CREATININA SERICA (MG/DL)		
UREA (MG/DL)		
DEP CREATININA (MG/DL)		
UREA (MG/DL)		
D CR (MG/DL)		
PROTEINURIA (G/DIA)		
EJERCICIO (SI/NO)		
TABAQUISMO HACE 6 MESES (SI/NO) (# DE CIGARRILLOS)		
TABAQUISMO ACTUAL (SI/NO) (# DE CIGARRILLOS)		
TRAMIENTO MEDICO	TRATAMIENTO PSIQUIATRICO	
1.-	PSICOTERAPIA SI NO	
2.-	FARMACOS: SI NO	
3.-	TERAPIA PERSONAL SI NO	
4.-	TERAPIA FAMILIAR SI NO	
5.-	1.-	
6.-	2.-	
7.-	3.-	
8.-	4.-	
9.-	5.-	

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

NOMBRE: _____
 NO PROGRESIVO: _____ EDAD: _____ AFILIACION: _____
 FECHA: _____ # DE CUESTIONARIO: _____

INSTRUCCIONES: Este cuestionario cuenta con 21 grupos de enunciados. Después de leer cuidadosamente los cuatro enunciados correspondientes a cada grupo circule el numero (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 ultima semana, incluyendo el día de hoy. Si considera que dentro de un mismo grupo de enunciados, hay varias opciones circule cada una de ellas. Asegurase de leer todos los enunciados de cada grupo antes de elegir su respuesta.

<p>01</p> <p>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.</p>	<p>04</p> <p>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 SOLIA DISFRUTAR 3= SIENTO QUE COMO PERSONA SOY UN FRACASO TOTAL.</p>	<p>07</p> <p>0= ME SIENTO IGUAL QUE SIEMPRE ACERCA DE MI MISMO 1= HE PERDIDO CONFIANZA EN MISMO 2= ESTOY DESILUSIONADO DE MI 3= NO ME AGRADO</p>
<p>02</p> <p>0= NO ME ENCUENTRO PARTICULARMENTE DESANIMADO CON RESPECTO A MI FUTURO 1= ME SIENTO MAS DESANIMADO QUE ANTES CON RESPECTO A MI FUTURO 2= NO ESPERO QUE LAS COSAS RESULTEN BIEN 3= SIENTO QUE COMO PERSONA, SOY UN FRACASO TOTAL.</p>	<p>05</p> <p>0= NO ME SIENTO PARTICULARMENTE CULPABLE. 1= ME SIENTO CULPABLE CON RESPECTO A MUCHAS COSAS QUE HE HECHO O DEBIA HACER. 2= ME SIENTO BASTANTE CULPABLE CASI TODO EL TIEMPO. 3= ME SIENTO CULPABLE TODO EL TIEMPO</p>	<p>08</p> <p>0= NO ME CRITICO NI ME CULPO MAS DE LO USUAL. 1= SOY MAS CRITICO DE MI MISMO DE LO QUE SOLIA HACER. 2= ME CRITICO DE TODAS MIS FALLAS Y ERRORES. 3= ME CRITICO POR TODO LO MALO QUE SUCEDE.</p>
<p>03</p> <p>0= NO ME SIENTO COMO UN FRACASADO. 1= SIENTO QUE HE FRACASADO MAS DE LO QUE DEBERIA. 2= CUANDO VEO MI VIDA HACIA ATRÁS, LO UNICO QUE VEO SON FRACASOS. 3= SIENTO QUE COMO PERSONA SOY UN FRACASO TOTAL.</p>	<p>06</p> <p>0= NO ME SIENTO QUE ESTE SIENDO CASTIGADO. 1= SIENTO QUE TAL VEZ SERE CASTIGADO 2= ESPERO SER CASTIGADO 3= SIENTO QUE ESTOY SIENDO CASTIGADO.</p>	<p>09</p> <p>0= NO TOENGO NINGUN PENSAMIENTO A CERCA DE MATARME. 1= TENGO PENSAMIENTOS ACERCA DE MATARME PERO NO LOS LLEVARIA ACABO. 3= ME MATARIA SI TUVIERA LA OPORTUNIDAD.</p>

<p>10</p> <p>0= NO LLORO MAS DE LO USUAL. 1= AHORA LLORO MAS QUE ANTES 2= AHORA LLORO POR CUALQUIER COSA 3= SIENTO GANAS DE LLORAR, PERO NO PUEDO</p>	<p>14</p> <p>0= ME SIENTO DEVALUADO 1= NO ME SIENTO TAN VALIOSO O UTIL COMO ANTES 2= ME SIENTO MENOS VALIOSO COMPARADO CON OTROS 3= ME SIENTO FRANCAMENTE DEVALUADO</p>	<p>18</p> <p>0= NO HE SENTIDO NINGUN CAMBIO EN MI APETITO 1A= MI APETITO ES MENOR DE LO USUAL. 1B= MI APETITO ES MAYOR DE LO USUAL. 2A= MI APETITO ES MUCHO MENOR QUE ANTES 2B= MI APETITO ES MUCHO MAYOR QUE ANTES. 3A= NO TENGO NADA DE APETITO. 3B= TENGO GANAS DE COMER TODO EL TIEMPO.</p>
<p>11</p> <p>0= NO ME SIENTO MAS TENSO DE LO USUAL 1= ME SIENTO MAS INQUIETO O TENSO QUE LO USUAL. 2= ESTOY TAN TENSO O AGITADO QUE ME CUESTA TRABAJAR O ESTARME QUIETO. 3= ESTOY TAN INQUIETO O AGITADO QUE TENGO QUE ESTAR MOVIENDOME O HACIENDO ALGO CONSTANTEMENTE</p>	<p>15</p> <p>0= TENGO TANTA ENERGIA COMO SIEMPRE 1= TENGO MENOS ENERGIA DE LA QUE SOLIA TENER. 2= NO TENGO SUFICIENTE ENERGIA PARA HACER GRAN COSA 3= NO TENGO SUFICIENTE ENERGIA PARA HACER NADA.</p>	<p>19</p> <p>0= PUEDO CONCETRARME TAN BIEN COMO SIEMPRE 1= NO PUEDO CONCETRARME TAN BIEN COMO SIEMPRE 2= ME RESULTA DIFICIL CONCENTRARME EN ALGO DURANTE MUCHO TIEMPO. 3= NO PUEDO CONCETRARME NADA.</p>
<p>12</p> <p>0= NO HE PERDIDO EL INTERES EN OTRAS COSAS O ACTIVIDADES. 1= AHORA ME ENCUENTRO MENOS INTERESADO QUE ANTES EN OTRAS PERSONAS O ACTIVIDADES. 2= HE PERDIDO LA MAYOR PARTE DE MI INTERES EN OTRAS PERSONAS O ACTIVIDADES. 3= ME RESULTA DIFICIL INTERESARME EN CUALQUIER COSA.</p>	<p>16</p> <p>0= NO HE EXPERIMENTADO NINGUN CAMBIO EN EL PATRON DEL SUEÑO. 1A= DUERMO MAS DE LO USUAL. 1B= DUERMO MENOS DE LO USUAL. 2A= DUERMO MUCHO MAS DE LO USUAL. 2B= DUERMO MUCHO MENOS DE LO USUAL. 3A= DUERMO LA MAYOR PARTE DEL DIA. 3B= ME DESPIERTO 1 0 2 HORAS MAS TEMPRANO Y NO PUEDO VOLVER A DROMIR</p>	<p>20</p> <p>0= NO ESTOY MAS CANSADO O FATIGADO DE LO USUAL. 1= ME CANSO O ME FATIGO MAS FACILMENTE QUE ANTES. 2= ESTOY DEMASIADO CANSADO O FATIGADO PARA HACER COSAS QUE SOLIA HACER. 30 ESTOY DEMASIADO CANSADO O FATIGADO PARA HACER LA MAYOR PARTE DE LAS COSAS QUE SOLIA HACER.</p>
<p>13</p> <p>0= PUEDO TOMAR DECISIONES CASI TAN BIEN COMO ANTES. 1= ME RESULTA MAS DIFICIL TOMAR DECISIONES AHORA QUE ANTES. 2= AHORA TENGO MUCHA MAYOR DIFICULTAD QUE ANTES PARA TOMAR DECISIONES. 3= ME CUESTA TRABAJO TOMAR CUALQUIER DECISION.</p>	<p>17</p> <p>0= NO ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL. 1= ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL. 2= ESTOY MUCHO MAS IRRITABLE DE LO USUAL. 3= ESTOY IRRITABLE TODO EL TIEMPO.</p>	<p>21</p> <p>0= NO HE NOTADO NINGUN CAMBIO RECIENTE EN MI INTERES POR EL SEXO 1= ME ENCUETRO MENOS INTERESADO EN EL SEXO QUE ANTES. 2= ME ENCUETRO MUCHO MENOS INTERESADO EN EL SEXO AHORA. 3= HE PERDIDO COMPLETAMENTE MI INTERES POR EL SEXO.</p>