



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIO DE POSTGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 32
MINATITLÁN, VERACRUZ

“ESTADO DE SALUD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA :

DR. ARMANDO JIMÉNEZ CONTRERAS

MINATITLÁN, VERACRUZ

JUNIO DEL 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

“ESTADO DE SALUD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL”
H.G.Z. 32. MINATITLAN, VER.

DR. ARMANDO JIMÉNEZ CONTRERAS

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES.

DR. JAVIER MANUEL PINEDA

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS

DR. ANGEL PUIG NOLASCO

DR. LEONCIO MIGUEL RODRÍGUEZ GUZMÁN

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
DR. ANGEL PUIG NOLASCO

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
MEDICA

DRA. LOURDES PATRICIA MARQUEZ DAVALOS

MINATITLAN, VERACRUZ

JUNIO DEL 2006

**“ ESTADO DE SALUD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA
RENAL CRÓNICA EN UNA UNIDAD DE SEGUNDO NIVEL”
H.G.Z. No. 32. MINATITLÁN, VER.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ARMANDO JIMÉNEZ CONTRERAS

AUTORIZACIONES

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

AGRADECIMIENTO

A mis directores de tesis

Al Dr. Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán

Por su valiosa orientación, interés y paciencia, sin estos elementos no habría sido posible la realización de este trabajo.

Al Dr. Ángel Puig Nolasco

En sus sugerencias, observaciones y proyección, en la complementación del tema del trabajo, valioso para su conclusión.

A mis Profesores y coordinadores del curso de especialización de Medicina Familiar.

Al Dr. Javier Manuel Pineda y La Dra. Lourdes Patricia Márquez Dávalos

Quienes con su apoyo, comprensión, y estímulo en el Proyecto, otorgándome las facilidades, para la realización y culminación de este documento.

A mi querida esposa:

Enf. Gloria Jimenez Bravo

Gracias, por su diario ánimos e impulsos, así como de su comprensión a mi compañera del alma, quien a afrontado juntos todos los fracasos y alegrías de la vida.

A mis hijos la razón de mi existir

Wendy Carolina y Armando Jiménez Jiménez

Mi motivo de superación y estímulo, por ello y para ellos es mi superación personal. Que sea un ejemplo positivo para su vida futura. Que cuando se tiene fé y esperanza nada es imposible.

A nuestros profesores adscritos a los servicios

Dr. Alfonso Carballo Hallat, Dra. Blanca Estela Román Tiburcio, Dr. Antonio Moreno, Ernesto Montes de Oca, Dr. Hermilo Huerta Cruz, Dr. Rubén Domínguez Gutierrez, Dr. Alejandro Castro Pozos, Dr. Juan De Dios Zarate Marti.

Por citar algunos, quienes con sus conocimientos, y dedicación contribuyeron para nuestra enseñanza dentro de la especialidad. A todos ellos mil gracias.

A mis compañeros y amigos

Dra. Reyna Reyes Beltrán, Dra. Aida Pineda de la Cruz, Dr. Alfredo Gómez.

Todos ellos buenos amigos, que compartieron, todas las nuevas experiencias, y normas, a quienes agradezco la voz de ánimo y ayuda.

A todos muchas gracias sinceras.

INDICE:

Resumen.....	5
Antecedentes.....	6
Planteamiento del problema.....	12
Justificación.....	14
Objetivos.....	16
Material y métodos.....	17
Procedimiento.....	20
Instrumentos de medición.....	21
Consideraciones éticas.....	24
Resultados.....	24
Discusión.....	29
Conclusiones.....	32
Bibliografía.....	33
Anexo 1, Consentimiento Informado.....	36
Anexo 2, Cuestionario de estado de salud.....	37
Anexo 3, Inventario de Beck.....	44

RESUMEN

Objetivo: Conocer el estado de salud, grado de depresión y su relación con las características sociodemográficas, en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención. H.G.Z. No. 32 Minatitlán, Ver.

Material y métodos: Estudio observacional, transversal y analítico, en pacientes con insuficiencia renal crónica y que acuden al módulo de diálisis peritoneal en el Hospital General de Zona No. 32 del IMSS en Minatitlán Veracruz, del 1° de Noviembre del 2005 al 30 de Abril del 2006. Se incluyeron a pacientes que quisieran participar en el estudio, que presentaran insuficiencia renal crónica y que se encuentren en el programa de Diálisis Peritoneal Crónica Ambulatoria con o sin comorbilidad.

Se eliminaron a aquellos que estuvieran tomando antidepresivos. Se les aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas, de comorbilidad, antropometría y de laboratorio, además de un instrumento que media el estado de salud (SF-36) y el cuestionario de Beck para depresión.

Resultados: Se incluyeron un total de 67 pacientes, de los cuales el 49.3% hombres, la media de edad fue de 56.5 ± 11.3 años, el 95.5% (64) presentaron hipertensión arterial además de la IRC. La media de edad fue de 15 años. La mayoría de los pacientes (95.5%) refirieron haber estado hospitalizadas al menos una vez, siendo el motivo de hospitalización más frecuente la crisis hipertensiva en un 26.5%. La mediana en el puntaje de Beck fue de 27 (12-38), el 30% presentó depresión leve, el 32.8% con moderada y el 37.2% severa. No hubieron pacientes sin depresión. No hubo asociación entre los grados de depresión y sexo ($p=0.6$). El 82.1% de los pacientes calificaron su estado de salud como malo y solo el 17.9% presentaron un estado de salud aceptable o moderado.

ANTECEDENTES

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es sin duda el prototipo de enfermedad crónica degenerativa, que reúne los criterios para considerarla como problema prioritario de salud pública en nuestro país, con alta frecuencia (incidencia y prevalencia), así como mortalidad, menor calidad y disminución de la sobrevivencia de los individuos; asimismo con alta letalidad, tasa de hospitalización y discapacidad. Representa gastos directos e indirectos muy elevados. En nuestro país, con una población de más de 100 millones de habitantes, contamos con un subregistro estimado de 22,000 pacientes en IRC que reciben terapia sustitutiva ofrecidas principalmente en instituciones públicas. El problema de la IRC es grave ya que en el tratamiento se realizan 1,200 trasplantes renales por año, provenientes de donantes vivos en un 85% aproximadamente, y el resto de fuente cadavérica. Los pacientes que cursan con IRC enfrentan múltiples problemas médicos, psicológicos, y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo, y están directamente asociados a las diferentes fases de la enfermedad y a los procesos terapéuticos (1-3).

La IRC ha sido reconocida desde hace más de treinta años como una de las complicaciones que con más frecuencia se observa, y se manifiesta clásicamente por disminución de los volúmenes urinarios y de la filtración glomerular, elevación en sangre de los elementos azoados con desequilibrio hidroelectrolítico y ácido base. (1)

Clásicamente la Insuficiencia renal la dividimos en pre-renal, renal y post-renal. La falla pre-renal es causada por disminución de la perfusión renal por contracción del espacio intravascular (hipovolemia) o disminución del gasto cardíaco. Si las causas que dieron origen a la hipoperfusión renal no se corrige oportunamente se puede desarrollar un daño parenquimatoso grave, que en la mayoría de los casos corresponde a una necrosis tubular aguda. La falla post-renal es causada por obstrucción de las vías urinarias y a menudo

secundaria a procedimientos quirúrgicos. (4)

Los resultados satisfactorios obtenidos en México al inicio de los ochenta con la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) y la maquina cicladora, llevaron a la aplicación masiva del programa de DPCA por profesionales inexpertos, promovida por las compañías fabricantes de líquidos para diálisis peritoneal. De tal forma que a principios de la década de los noventa, pese a la existencia de contraindicaciones, 95% de los pacientes con insuficiencia renal crónica recibía una u otra forma de DPCA. Fueron múltiples los motivos de falla. En 1993 se publicó que la mortalidad anual era superior a los 60%, fundamentalmente por peritonitis, cuando en los centros especializados no llegaba al 20%. Así mismo, las fallas incrementan los costos por hospitalización prolongada, reintervenciones quirúrgicas y empleo de antibióticos, entre otros motivos. Sin embargo se ha observado que estos pacientes con DPCA tienen un deterioro en su calidad de vida y en su estado de ánimo (2,5). La diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA) es una técnica practicada desde hace 20 años en pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) terminal, en la que , como en la hemodiálisis, 18 a 59% de los pacientes muestran evidencia de desnutrición calórica proteica. (6)

Los problemas asociados en el contexto del diagnóstico, control y seguimiento de los pacientes con IRC son por una parte los que en sí repercuten en el individuo cuando se toma a la IRC como una variable independiente como es el caso de la sobrevida, sin embargo desde otra perspectiva se observan factores que influyen en los aspectos terapéuticos del paciente. Así se ha identificado a características de la salud mental como es la depresión, como una de las enfermedades que coexisten o están presentes en el paciente con IRC.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición (DSM-IV), es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en la mayoría de los países como México y sus criterios de clasificación son utilizados también por la mayoría de los clínicos e investigadores de todo el mundo. En el se identifica a la depresión como un trastorno del estado del ánimo y se clasifica como sigue:

- Trastornos depresivos:
 - Trastorno depresivo mayor
 - Trastorno distímico
 - Trastorno depresivo no especificado
- Trastornos bipolares:
 - Trastorno bipolar I
 - Trastorno bipolar II
 - Trastorno ciclotímico
 - Trastorno bipolar no especificado.
- Trastorno del estado del ánimo debido a enfermedad médica
- Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias
- Trastorno del estado del ánimo no especificado.

La depresión es un trastorno muy frecuente. Se calcula que, en la población general, del 10 al 25% de las mujeres y del 5 al 12% de los hombres la padecen alguna vez en su vida. En la actualidad su prevalencia en la población adulta es del 5 al 9% en las mujeres y del 2 al 3% en los hombres (DSM-IV). De acuerdo con un estudio realizado en 1996, 9.1% de los adultos de la población urbana de México habían presentado un episodio depresivo. La prevalencia de episodios depresivos a lo largo de la vida en la ciudad de México es de 8.3%, incluyendo el trastorno bipolar por cada 100 habitantes entre 18 y 64 años (11).

La depresión es problema común, pero no diagnosticada y no estudiada en pacientes con enfermedad renal. La prevalencia de la depresión varía con los instrumentos empleados, sin embargo el estándar de oro para el diagnóstico psiquiátrico es la entrevista usando los

criterios de DSM IV, los investigadores en el campo de las enfermedades renales no distinguen a menudo entre el diagnóstico de depresión mayor y altos niveles de síntomas depresivos. La relación entre edad, raza, estado civil, percepción de calidad de vida y nivel de síntoma depresivos no han sido determinados en pacientes con enfermedad renal, así como tampoco la relación con el estado disfuncional renal (12).

Al considerar la existencia de la depresión en pacientes que cursan al mismo tiempo con padecimientos médicos, se observa que hasta el 36% de ellos reportan síntomas depresivos significativos. Aquellos con accidente vascular cerebral, demencia, diabetes, enfermedad cardíaca, y deterioro en la función renal tiene tasas especialmente elevadas de depresión comórbida. Un reporte nacional señala una frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de 39%. Así mismo, las personas deprimidas cursan con más padecimientos físicos que personas sin depresión y usan los servicios de salud con mayor frecuencia. El pronóstico de muchas enfermedades es peor entre pacientes deprimidos. Además la depresión puede conducir a morbilidad psicosocial con disminución de la funcionalidad en los roles sociales y ocupacionales (13)

Aproximadamente más del 50% de los pacientes con IRC por nefropatía diabética tiene un trastorno psiquiátrico. Un trastorno psicológico importante como suele ser la depresión puede llevar al paciente al suicidio mediante la suspensión del tratamiento. Otra característica que se debe evaluar en los pacientes es la calidad de vida entendiéndose está como el grado de satisfacción de pacientes en la esfera biológica, psicológica y social, según el Kidney Disease Quality of Life. Se ha observado que el estado de salud es bajo en cuanto a capacidad física y de actitudes del paciente. (7,8,9).

En los países industrializados la preocupación actual es mejorar la calidad de vida y ayudar a los enfermos a adaptarse a la dependencia del tratamiento y a mejorar la supervivencia a largo

plazo. En los países en desarrollo, el enorme costo económico del tratamiento, aunado a la pérdida de ingresos de las familias afectadas son motivo principal de preocupación y por ello se limita la continuación del tratamiento en la vasta mayoría de los pacientes. En México la mayoría de enfermos (91%) estaban en tratamiento de DPCA y de acuerdo a una reciente colección de datos esa cifra actualmente es de aproximadamente un 81%. En nuestro reporte de 11 años de experiencia en diálisis, de una población total de 360 pacientes de todas las edades el 76 % de los enfermos recibieron diálisis peritoneal y el 24% hemodiálisis. El 22.7% de esos pacientes fueron mayores de 65 años y de estos el 88% recibieron diálisis peritoneal (10).

Dentro de la patología psiquiátrica, la depresión es considerado como uno de los trastornos más frecuentes en relación a la incapacidad y el dolor que causan en el ser humano y su estrecha relación con el suicidio. Se considera a este trastorno del estado de ánimo como difícil de diagnosticar ya que se confunde con otras enfermedades de tipo orgánico. Debido a que un gran número de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por el médico familiar, así como una oportuna intervención son esenciales en las unidades de medicina familiar. Ciurana menciona que aproximadamente el 50% de los pacientes con depresión no son detectados en atención primaria. Las descripciones en el tema, refieren que la depresión es más frecuente en las mujeres y que estas, acuden y tienen más probabilidad de expresar conflictos. Con relación al médico familiar, Kavan menciona que no suelen reconocer la depresión debido a su formación que enfatiza los aspectos biológicos en detrimento de los psicológicos, también por no considerar a la depresión en el diagnóstico diferencial, o por falta de conocimientos sobre el tratamiento de la misma. La detección de este trastorno por parte del médico familiar tiene gran importancia, ya que actúa en la prevención de

suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de costos de la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad en comparación con los pacientes que únicamente presentan enfermedades crónicas de tipo somático. (Boschetti) Dentro del contexto de la medicina familiar un componente importante en el diagnóstico, tratamiento y control del paciente con depresión se relaciona al tipo de dinámica o función familiar. Existe una extensa gama de investigaciones que documentan la asociación entre las alteraciones en la relación familiar y una amplia variedad de problemas de salud mental, entre los que se encuentra la depresión. Los conflictos familiares han sido asociados con la externalización de problemas como son la agresividad y el comportamiento antisocial en algunos grupos etéreos como los adolescentes. El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad entre sus miembros. Se identifica que la dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establece de qué manera, cuando y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a su ciclo vital por el que está atravesando dicha familia.(23, 24)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Insuficiencia Renal Crónica es una enfermedad degenerativa considerada como problema prioritario de salud en nuestro país. Durante los años recientes todos los países del mundo han realizado un gran esfuerzo para satisfacer la demanda de atención médica que no disminuye y cada vez más se diversifica. El elevado costo de las diversas alternativas de tratamiento sustitutivo de la función renal, impone el análisis económico de éstas para ofrecer mejor calidad de atención y de vida a todos los pacientes con la terapia renal extracorpórea por los beneficios como se ve en las tasas de hospitalización ofreciéndose diálisis peritoneal crónica ambulatoria (DPCA) y la hemodiálisis. Actualmente en nuestro país, de las terapias sustitutiva ofrecida a los 22 000 pacientes registrados, el 85% aproximadamente son en DPCA y el resto en hemodiálisis por lo que el abrir más unidades de hemodiálisis, es una prestación plural que impulsará la calidad de atención y calidad de vida, así como su estado de animo. Una de las principales carencias de la mayoría de los estudios sobre este tema es la depresión mayor (DM) en este tipo de pacientes es que se ha diagnosticado en general usando escalas como la de Beck o la de Hamilton, y se han olvidado que éstas, en sí mismas, no son diagnósticas del cuadro clínico de la DM y que es necesaria la corroboración hecha por un psiquiatra, aspecto del cual han carecido la mayoría de las investigaciones. Otro problema es que estas escalas no discriminan entre los síntomas de la depresión y aquellos de uremia. Por eso la mayoría ha desarrollado escalas propias o han seguido utilizando las anteriores, pero excluyendo los síntomas somáticos del resto de la depresión, se han encontrado que los síntomas que más discriminan depresión en los pacientes renales son los sentimientos de culpa y de minusvalía, la preocupación con pensamientos sobre la muerte y las ideas y los planes suicidas. Los Médicos familiares debemos estar capacitados para prevenir, diagnosticar y

tratar adecuadamente la diabetes mellitus e hipertensión arterial y no llegar hasta complicaciones graves como es la insuficiencia renal, así también sabemos como la comorbilidad con la depresión juegan un papel muy importante en la insuficiencia renal.

En base a lo anterior planteo la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de estado de salud y depresión en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención?

JUSTIFICACIÓN

Los trastornos del estado del ánimo como la depresión y el grado del estado de salud afecta todos los niveles del curso de la enfermedad renal y sus tratamientos. El impacto de la percepción subjetiva de sí mismo como una persona con una valía disminuida, con sentimientos hostiles, de frustración y de desconsuelo.

La depresión actúa como una variable independiente en el estado general de salud del sujeto y repercute y trasciende en otras áreas como en la propia atención médica y en la dinámica familiar.

El panorama epidemiológico de la depresión permite identificarla como un problema de salud pública ya que su prevalencia oscila entre el 3 hasta el 50% de determinadas poblaciones y en México ha sido identificada entre el 5 y 10% de la población general, sin embargo dicha cifra se eleva hasta el 45% en población con enfermedades terminales como cáncer, SIDA e Insuficiencia Renal Crónica.

Con relación a su trascendencia la depresión es la causa principalmente asociada a suicidio en todos los grupos erarios, dicho suicidio podríamos considerarlo como orgánico (dejar de existir físicamente) o mental (simplemente el deseo de morir) como existe en pacientes con enfermedades terminales, sin embargo que este último problema de salud existe, aunque el paciente sepa que puede sobrevivir varios años con la enfermedad y que se encuentra a la calidad de vida que desee un determinado sujeto. De tal forma al realizar un diagnóstico adecuado de los trastornos del estado de ánimo, se puede incidir en él para su tratamiento y control y esto permita mejorar el estado de salud de los individuos, aún en pacientes con IRC.

Complican el curso de la enfermedad en diversos ámbitos. Los pacientes deprimidos no se adhieren al tratamiento completamente, alteran sus relaciones interpersonales y afectivas, se perciben a sí mismos como abandonados (que nadie los quiere y el apoyo emocional que reciben es poco) y perciben que la interferencia de la enfermedad en su calidad de vida es muy grande. Además, comen, duermen y se cuidan menos: se pueden mal nutrir y piensan en suicidarse, por lo cual se ha asociado a la DM con una incrementada mortalidad de estos pacientes.

Es imperante que el médico familiar en el primer nivel identifique los problemas de salud y su solución, en estos pacientes, por ello este estudio tiene como finalidad conocer el estado de salud, y grado de depresión, en los pacientes con enfermedad degenerativa como la IRC en el segundo nivel de atención, en forma oportuna y conjunta para la opción del mejor tratamiento sustitutivo idóneo como lo es la hemodiálisis o con sus alternativas como lo son la diálisis peritoneal. Además no se han identificado estudios realizados en la región.

OBJETIVO GENERAL

Conocer el estado de salud y grado de depresión, así como su relación con las características sociodemográficas, en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención.

Objetivos específicos

- 1.-Conocer estado de salud por medio del cuestionario SF-36 en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención.
- 2.- Conocer el grado de depresión de los pacientes por medio del Inventario de Beck en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención.
- 3.- Conocer las características sociodemográficas en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención.
- 4.- conocer la asociación entre el estado general de salud y depresión en los pacientes con Insuficiencia Renal Crónica en el segundo nivel de atención.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio: Observacional, transversal y analítico.

Pacientes: Con Insuficiencia Renal Crónica que estén en el programa de diálisis peritoneal de todas las edades que acuden al módulo de Diálisis Peritoneal del Hospital General de Zona (HGZ) No. 32, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Minatitlán, Veracruz.

Periodo de estudio: 1ro. de Noviembre del 2005 al 30 de Abril del 2006.

Criterios de Selección:

a). Criterio de inclusión:

Pacientes que acepten participar en el estudio (consentimiento informado)

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, que se encuentren en Diálisis

Peritoneal Crónica Ambulatoria (DPCA)

Con o sin comorbilidad

b). Criterio de no inclusión:

Pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que estén tomando antidepresivos.

Pacientes que estén en tratamiento con hemodiálisis.

Variables:

Dependiente:

Estado de salud

Definición. Indicador evaluado mediante el instrumento SF-36, que consta de 36 preguntas sobre estado general de salud, vigor físico, actividades físicas y actividades sociales

Categorías: 1-158

Escala de medición: cuantitativa de razón

Independiente:

Depresión

Definición. Indicador conformado por el inventario de Beck con un total de 21 preguntas que valoran el estado de ánimo de la persona.

Categoría: 0 a 10 sin depresión, 11 a 24 depresión leve, 25 a 29 depresión moderada y 30 y más depresión severa.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Variables de asociación

Edad

Definición. Número de años que refiera la persona al momento de la entrevista

Categoría: 17, 18,.....30,.....50,.....90 años

Escala de medición: cuantitativa de razón

Sexo

Definición. Característica fenotípica que presente el individuo al momento de la entrevista

Categoría: masculino y femenino

Escala de medición: cualitativa nominal

Escolaridad

Definición. Nivel de escolaridad que presente el individuo al momento de la entrevista

Categoría: analfabeta, primaria, secundaria, preparatoria y profesionista.

Escala de medición: cualitativa ordinal

Religión

Definición. Tipo de profesión religiosa que profesa el individuo al momento de la entrevista

Categoría: católica, adventista, testigo de Jehová, etc.

Escala de medición: cualitativa nominal.

Tipo de familia

Definición. Número y tipo de integrantes que componen al grupo de personas que habitan en el mismo hogar del paciente.

Categoría: solo, nuclear y extensa

Apego

Definición. Tipo de adherencia al tratamiento dietético

Categoría: No, algunas veces y siempre

Escala de medición: cualitativa nominal

RESULTADOS

Se incluyeron en el análisis a un total de 67 pacientes, de los cuales hubieron 33 (49.3%) hombres y 34 (50.7%) mujeres. La edad promedio fue de 56.5 ± 11.3 años (rango mínimo de 18 y máximo de 73 años). Con relación a la escolaridad predominó la de nivel primaria con 48 (73.8%). (Cuadro No. 1)

Cuadro No. 1. Características sociodemográficas (sexo, edad y escolaridad) en pacientes del módulo de diálisis del HGZ No. 32, IMSS, Minatitlán.

Característica	Frecuencia	%
Sexo		
Masculino	33	49.3
Femenino	34	50.7
Edad	Media 56.5 ± 11.3	Rangos 18 a 73 años
Escolaridad		
Analfabeta	1	1.5
Primaria	48	73.8
Secundaria	14	21.5
Preparatoria	1	1.5
Profesional	1	1.5

Con relación al estado civil 59 (92.2%) reportaron estar casadas o en unión libre; 1 (1.5%)

soltera; y 4 (6.4%) viudos (as). La religión que generalmente profesan es la católica 63 (95.5%).

De acuerdo al tipo de familia una persona refirió que vivía sola; 29 (43.3%) pertenecían a una familia nuclear y 37 (55.2%) a familia extensa. (Cuadro No. 2)

Cuadro No. 2. Características sociodemográficas (estado civil, religión y tipo de familia) en pacientes del módulo de diálisis del HGZ No. 32, IMSS, Minatitlán.

Característica	Frecuencia	%
Estado civil		
Casado (a)	59	92.2
Soltero (a)	1	1.5
Viudo (a)	4	6.4
Religión		
Católica	63	95.5
Otras	3	4.5
Tipo de familia		
Vive solo	1	1.5
Nuclear	29	43.3
Compuesta	35	55.2

La mayoría de los pacientes presentó además de la IRC y diabetes mellitus el diagnóstico de hipertensión arterial 64 (95.5%) y el tiempo de evolución con la diabetes fue de 15 años (rango mínimo de 1 mes y máximo de 38 años). Las cifras de presión arterial sistólica al momento de la entrevista fue de 137.7 ± 20.1 mmHg y la diastólica tuvo una media de 87.5 ± 10.4 mmHg.

La mayoría de los pacientes 64 (95.5%) refirió el antecedente de al menos una hospitalización en los 12 meses previos al momento de la entrevista y el motivo más frecuente para internamiento hospitalario fue la crisis hipertensiva con 17 (26.5%) casos).

Cuadro No. 3. Principales motivos de hospitalización en pacientes del módulo de diálisis del HGZ No. 32, IMSS, Minatitlán.

Diagnósticos	Frecuencia	%
Crisis hipertensiva	17	26.5
Diabetes descompensada	7	10.9
Peritonitis	6	9.3
Disfunción de catéter	4	6.2

Estado de animo (Depresión)

La mediana del puntaje del inventario de Beck fue de 27 (rango mínimo de 12 y máximo de 38). En 20 (29.9%) se reportó depresión leve; 22 (32.8%) depresión moderada; y en 25 (37.3%) depresión severa. (Cuadro No. 4)

Cuadro No. 4. Frecuencia de grados de depresión en pacientes del módulo de diálisis del HGZ No. 32, IMSS, Minatitlán.

Diagnósticos	Frecuencia	%
--------------	------------	---

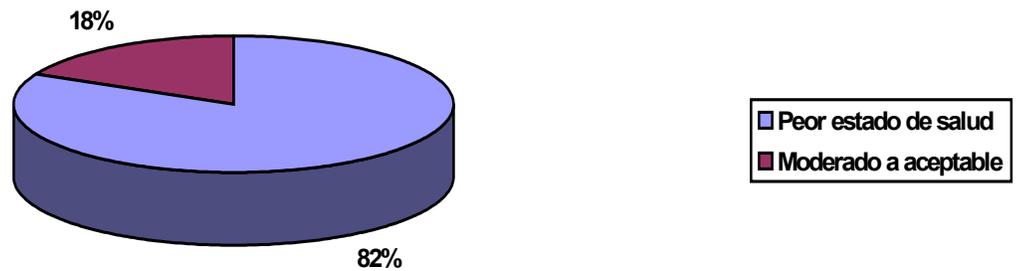
Sin depresión	0	0.0
Depresión leve	20	29.9
Depresión moderada	22	32.8
Depresión severa	25	37.3

La presencia de depresión leve se observó en 9 (27.2%) hombres y 11 (32.3%) mujeres; depresión moderada en 10 (30.3%) hombres y 12 (35.3%) mujeres, y depresión severa en 14 (42.4%) hombres y 11 (32.3%) mujeres, sin observarse una diferencia estadísticamente significativa de los grados de depresión y el sexo ($p=0.6$). La media de edad fue de 52.4 ± 13 en el grupo con depresión leve, 58.5 ± 9 en el de depresión moderada y de 58.1 ± 10.6 en el de depresión severa, sin observarse diferencias significativas ($p=0.1$).

Evaluación del estado general de salud

La media obtenida en el estado de salud fue de 111.6 ± 23 (rango mínimo de 93 y máximo de 119). De acuerdo a la categorización de la variable en forma dicotómica 55 (82.1%) calificaron con el peor estado de salud y 12 (17.9%) con un moderado a aceptable estado de salud. (Gráfica No. 1)

Gráfica No. 1. Frecuencia del tipo de estado de salud en pacientes del módulo de diálisis del HGZ No. 32, IMSS, Minatitlán.



No hubo diferencias en el puntaje obtenido del estado general de salud de acuerdo al sexo ya que la media fue de 111.3 ± 4.7 en hombres y de 111.8 ± 4.9 en mujeres ($p=0.7$). El análisis de correlación entre la edad y el puntaje del estado general de salud fue del 6% (0.06, IC95 -0.18 a 0.30) y con el grado escolar fue negativo $r= -0.13$ (IC95%-0.36 a 0.12). La correlación entre el inventario de Beck y la evaluación del estado general de salud fue del 8% ($r=0.08$ IC95% -0.16 a 0.31).

DISCUSIÓN

En el Módulo de Diálisis del HGZ No. 32, del IMSS en Minatitlán ha trabajado como tal desde hace 9 años, y de manera apropiada con equipo y recursos desde hace 3 años. En este módulo hay un total de 73 pacientes en el programa de DPCA, de los cuales 24 llevan tratamiento con máquina cicladora (HOME-CHOICE); 6 pacientes en DPI y con insuficiencia renal sin tratamiento dialítico hay 48 pacientes. En el estudio que realizamos se incluyeron a 67 pacientes en DPCA, por lo que la muestra obtenida es representativa para el total de pacientes atendidos en el módulo.

La mayoría de los pacientes se evaluaron en el área de consulta externa del módulo y únicamente 4 fueron evaluados durante su estancia hospitalaria.

La frecuencia de depresión en el presente estudio reporta que el 100% presentó este trastorno del estado de ánimo. Es considerable el elevado porcentaje de depresión grado

moderado y severa. Expertos en el tema de estudios poblaciones de depresión establecen que la frecuencia y mayores grados de la enfermedad coexisten en padecimientos crónicos y con mayor tasa de complicaciones. (13) Por otra parte se ha establecido que la depresión es la alteración psiquiátrica más común en pacientes con IRC tratados en hemodiálisis y puede tener efectos adversos sobre los resultados y eleva las tasas de morbilidad y mortalidad dado que influye negativamente sobre diversos factores somáticos y emocionales del paciente. (9) La prevalencia de depresión en población general varía de acuerdo al instrumento utilizado y se describe entre el 7 y 15%, en población aparentemente sana, hasta un 70% en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida donde se ha reportado una prevalencia del 54.2%. (19) Específicamente en pacientes que se encuentran en el programa de DPCA un estudio realizado en 96 pacientes en Corea, en donde se utilizó el instrumento del centro para Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) reportan que el 75% de los pacientes presentó algún grado de depresión, encontrando una relación entre el nivel de estrés y la presencia de depresión. (20) En este trabajo se utilizó para medir depresión el inventario de Beck, el cual ha demostrado suficiente validez y confiabilidad en población mexicana, el cual correlaciona en más del 70% con el cuestionario de Zung. (16,18)

La evaluación del estado general de salud se puede entender desde una perspectiva de evaluación de la calidad de vida en la cual toma en cuenta aspectos de función física con 10 reactivos; rol físico con 4 reactivos, dolor corporal con dos reactivos, salud general con 5 reactivos, vitalidad con 4 reactivos, función social con 2 reactivos, rol emocional con 3 reactivos y salud mental con 5 reactivos; además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y en la

del año anterior (1 pregunta adicional), y la respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Este cuestionario fue desarrollado a principios de los años 90s para evaluar los resultados médicos en los Estados Unidos (21) revisiones sistemáticas llevadas a cabo para valorar la confiabilidad y validez del SF-36 reportan que el puntaje obtenido en diferentes estudios marcan niveles desde 1 a 86 lo cual marca que a mayor puntaje peor es el estado de salud, el cuál varía con relación al padecimiento evaluado, siendo más bajo en pacientes con asma y EPOC en comparación con los que presentan transplante de riñón. (15) El estudio que se llevo a cabo en pacientes de Minatitlán tuvo una media de puntos de 111.6 de 150 puntos máximos posibles, lo cuál se traduce en una distribución hacia el peor estado de salud. Un estudio que compara pacientes con diabetes y pacientes sin este trastorno reporta mayores puntajes en los componentes del SF-36 en el primer grupo. (22).

No hubo asociación entre las características sociodemográficas como la edad, sexo, escolaridad y tipo de familia, aunque se había planteado la hipótesis de un mayor puntaje en el SF-36 en hombres, sujetos con mayor edad y quien conviviera en una familia de tipo compuesta.

No se explica de manera general la falta de relación entre el inventario de Beck y el SF-36, probablemente por el tipo de población evaluada.

CONCLUSIONES

La totalidad de pacientes presento algún grado de depresión y un porcentaje importante fue de grado severo, siendo esta la que predomino en los grados de depresión.

No hubo diferencias de la presencia de depresión de acuerdo al sexo, esto es diferente a lo reportado en la literatura internacional, donde se establece que las mujeres tienen mayor predominio de depresión en comparación con los varones.

Como se esperaba, la mayoría de los pacientes presentaron con un grado bajo (peor) en su estado de salud, debido principalmente a su padecimiento de base (IRC) y coadyuvado por la presencia de depresión.

No existe correlación entre los indicadores evaluados (depresión y estado de salud)

Los resultados del presente estudio, abordan una característica que no se encuentra en el proceso de atención del módulo de pacientes con IRC de la unidad de salud, donde se realizó el estudio y establece la necesidad de un departamento o personal para apoyo psicológico de estos pacientes.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- Cardona Ch, JG. Insuficiencia Renal Crónica, modificación paulatina del balance diálisis peritoneal/ hemodiálisis. Nefrología Mexicana 2002; 23 (2): 73-76.
- 2.- Treviño B A. Insuficiencia Renal Crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. Cirugía y Cirujanos, 2004; 72, (1): Enero- Febrero 3- 4.
- 3.- Rodríguez Ábrego G, Rodríguez Ábrego I. Disfunción familiar en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Rev. Med. IMSS 2004; 42 (2): 97- 102.
- 4.- Briones Garduño J. C. Díaz de León Ponce M. Disfunción renal en la preclampsia-eclampsia. Nefrología Mexicana. 1999; 20 (2) 65- 68.
- 5.- Torres Zamora M. Detección de la enfermedad renal crónica en etapas tempranas para hacer más lenta , la progresión a la insuficiencia renal crónica. Nefrología Mexicana. 2003; 24 (4): 146- 148.
- 6.-Amair P., Feijoo M. I., Oraa E.,Galán Y.,Bastidas A. Nutrición en la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA).Nefrología Mexicana.1998; 19 (2): 67- 69.
- 7.- De los Ríos Castillo J.L., Barrios Santiago P., Luzeldy Ávila Roja T L. Alteraciones emocionales del pacientes diabéticos con nefropatía. Rev. Med. del IMSS 2004;42 (5): 379-385.
- 8.- Valadez Juvera, Peña Ruiz M. Impacto en la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de diálisis ambulatoria al implantar un sistema de desconexión de diálisis. Nefrología Mexicana; 1999; 20 (3) : Julio- Septiembre 120- 121
- 9.- Alarcón Prada A. La depresión en el paciente renal. Revista Colombiana de Psiquiatría.2004;Vol. XXXIII (3) 298-320
- 10.-Álvarez Torres O. Diálisis en el enfermo anciano. Nefrología Mexicana.1999; 20 (4): 177- 184.

- 11.- Sandoval García L.X. López Rodríguez J. Flores Dones J.J. Mendieta Cabrera D. Influencia de la personalidad en la valoración de la depresión mediante el cuestionario autoaplicable de Beck. *Psiquiatría*.1999;15 (3) Septiembre- Diciembre 56-60.
- 12.-Paul L. Kimmel. Depression in patients with chronic renal disease What we know and what we need to know. *Journal of Psychosomatic Research*,2002;53 (4): 951
- 13.- Almanza Muñoz J. de J. Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención.*Sanidad Militar Mex*. 2004;58 (3): 209-222.
- 14.- Gonzalez Calvo M. A. Domínguez Flores M.E. Robledo Pascual J.C. Cambios en la calidad de vida en el paciente diabético después de un programa de ejercicio. *Rev. Inst. Nal Enf. Resp. Mex*. 2003; 16 (1) Enero- Marzo 25- 30.
- 15.- Vilagut Gemma, Montes Ferrer, Rejmit L. Rebollo P. Galeta Permanyer-M. Quintana Jo. Santed R, Balderas J. M. Ribera A. Domingo-Salvany A. Alonso Jordi, Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 2005;19 (2): Marzo- Abril 135- 150.
- 16.- Jurado S. Villegas M. E. Méndez L. Rodríguez F. Loperena V. La estandarización del inventario de depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*. 1998; 21 (3) Junio 26- 31.
- 17.- Lara Muñoz M. C. Ortega Soto H. ¿ La clinimetría o la psicometría? Medición en la practica psiquiatrica. *Salud Mental*. 1995; 18 (4) Diciembre 33-40.
- 18.- Torres Castillo M. Hernández Malpica E. Ortega Soto H. A. Validez y reproductibilidad del inventario para la depresión de Beck en un hospital de cardiología. *Salud Mental*. 1991; 14 (2) Junio 1- 6.
19. Williams P, Narciso L, browne G, Roberts J, Weir R, Gafni A. The prevalence, correlates, and costs of depression in people living with HIV/AIDS in Ontario: implications

for service directions. *AIDS Educ Prev* 2005;17:119-130.

20. Kim J, Lee Y, Huh W, Kim Y, Kim DJ, Oh H. Analisis of depresión in continuous ambulatory diálisis patients. *J Korean med Sci* 2002;17:790-794.

21. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30:473-483.

22. Martínez-Castelao A, Gorriz JL, García-López F, López-Revuelta K, De Alvaro F, Cruzado JM. Perceived health-related quality of life and comorbidity in diabetic patients starting dialysis (CALVIDIA-study) *J Nephrol* 2004;17:544-551.

23.- Dr. José Luis Huerta González. PAC MF 1. Programa de actualización continua en Medicina Familiar. Libro 1. Capitulo 4. Estudio de Salud Familiar. Paginas 25-29.

24.- Boschetti Berta- Fentanes. La Depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. (Archivo en Medicina Familiar). 2004: 6;(3). Septiembre – Diciembre: 61- 63.

ANEXO 1, Consentimiento Informado.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN VERACRUZ SUR
HOSPITAL GENERAL DE ZONA NO. 32
MINATITLÁN , VERACRUZ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo. _____ acepto voluntariamente participar en el estudio de investigación titulado “Estado de salud y Estado de Animo en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica” en el segundo nivel de atención. Que se llevará a cabo en el Hospital General de Zona No. 32 de Minatitlán, Veracruz.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas que no ponen en riesgo mi integridad física, y que los datos que yo proporciones serán confidenciales, habiendo la posibilidad de identificación en caso necesario y que también puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee, sin que esto repercuta en mi atención médica.

Cualquier duda o aclaración puede acudir al responsable del estudio, ya que ella será la única que tendrá acceso a la información confidencial.

Minatitlán, Veracruz a _____ 2005

Nombre completo, firma o huella del encuestado(a)
(Firma de Aceptación)

ANEXO 2, Cuestionario estado de salud.

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

INSTRUCCIONES:

Las preguntas que siguen se refieren a lo que piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1.-En general usted diría que su salud es:

1 Excelente

2 Muy buena

3 Buena

4 Regular

5 Mala

2.- ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año

2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año

4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DIA NORMAL.

3.-Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

4.- Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

5.-Su salud actual, ¿le limita coger o llevar la bolsa de la compra?

1 Sí, me limita mucho

2 Sí, me limita un poco

3 No, no me limita nada

6.-Su salud actual, ¿le limita subir varios pisos por la escalera?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

7.-Su salud actual, ¿le limita subir un solo piso por la escalera?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

8.-Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

9.-Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

10.-Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

11.- Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

12.-Su salud actual ¿le limita para bañarse o vestirse por si mismo?

1 **نعم** Si, me limita mucho

2 **نعم** Sí, me limita un poco

3 **نعم** No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13.-Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

14.- Durante las 4 últimas semanas ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

15.-Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

16.- Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

17.-Durante las 4 últimas semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

18.- Durante las 4 últimas semanas ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

19.-Durante las 4 últimas semanas ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso?

1 **ن** Sí

2 **ق** No

20.-Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 **ق** Nada

2 **ق** Un poco

3 **ق** Regular

4 **ق** Bastante

5 **ق** Mucho

21.-Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas.

- 1 **ف** No, ninguno
- 2 **ف** Sí, muy poco
- 3 **ف** Sí, un poco
- 4 **ف** Sí, moderado
- 5 **ف** Sí, mucho
- 6 **ف** Sí, muchísimo

22.-Durante las 4 últimas semanas ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1 **ف** Nada
- 2 **ف** Un poco
- 3 **ف** Regular
- 4 **ف** Bastante
- 5 **ف** Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A COMO SE HA SENTIDO USTED.

23.-Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1 **ف** Siempre
- 2 **ف** Casi siempre
- 3 **ف** Muchas veces
- 4 **ف** Algunas veces
- 5 **ف** Sólo alguna vez
- 6 **ف** Nunca

24.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1 **ف** Siempre
- 2 **ف** Casi siempre
- 3 **ف** Muchas veces
- 4 **ف** Algunas veces
- 5 **ف** Sólo alguna vez
- 6 **ف** Nunca

25.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

26.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

27.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

28.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

29.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

30.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

31.- Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

32.- Durante las 4 últimas semanas ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 **ف** Siempre

2 **ف** Casi siempre

3 **ف** Muchas veces

4 **ف** Algunas veces

5 **ف** Sólo alguna vez

6 **ف** Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE ACERTADA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES
FRASES

33.-Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 **ف** Totalmente cierta

2 **ف** Bastante cierta

3 **ف** No lo sé

4 **ف** Bastante falsa

5 **ف** Totalmente falsa

34.-Estoy sano como cualquiera.

1 **ف** Totalmente cierta

2 **ف** Bastante cierta

3 **ف** No lo sé

4 **ف** Bastante falsa

5 **ف** Totalmente falsa

35.-Creo que mi salud va a empeorar.

1 **ف** Totalmente cierta

2 **ف** Bastante cierta

3 **ف** No lo sé

4 **ف** Bastante falsa

5 **ف** Totalmente falsa

36.-Mi salud es excelente.

1 **ف** Totalmente cierta

2 **ف** Bastante cierta

3 **ف** No lo sé

4 **ف** Bastante falsa

5 **ف** Totalmente

ANEXO 3, Cuestionario de Beck.

INVENTARIO DE BECK

Nombre del paciente _____ Folio _____

Por favor lea cada grupo cuidadosamente y escoja la oración que mejor describa como se ha sentido las últimas dos semanas. Marque con una X la oración que haya seleccionado .SOLO UNA. Asegúrese de leer todas las aseveraciones en cada grupo antes de contestar. No hay respuestas buenas o malas, gracias.

- 1)
 - 0.- No me siento triste
 - 1.- Me siento triste
 - 2.- Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
 - 3.- Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto
- 2)
 - 0.- No me siento desanimado acerca del futuro
 - 1.- Me siento desanimado acerca del futuro
 - 2.- Siento que no tengo para qué pensar en el porvenir
 - 3.- Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar
- 3)
 - 0.- No me siento como un fracaso
 - 1.- Siento que he fracasado más que otras personas
 - 2.- Conforme veo hacia atrás en mi vida todo lo que puedo ver son muchos fracasos
 - 3.- Siento que como persona soy un completo fracaso
- 4)
 - 0.- Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
 - 1.- No disfruto de las cosas como antes
 - 2.- Yo no obtengo satisfacción de nada
 - 3.- Estoy insatisfecho o molesto con todo
- 5)
 - 0.- No me siento culpable
 - 1.- En algunos momentos me siento culpable
 - 2.- La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
 - 3.- Me siento culpable todo el tiempo
- 6)
 - 0.- No siento que seré castigado
 - 1.- Siento que puedo ser castigado
 - 2.- Creo que seré castigado
 - 3.- Siento que estoy siendo castigado
- 7)
 - 0.- No me siento descontento conmigo mismo
 - 1.- Me siento descontento conmigo mismo
 - 2.- Me siento a disgusto conmigo mismo
 - 3.- Me odio a mi mismo
- 8)
 - 0.- No siento que sea peor que otros
 - 1.- Me critico a mi mismo por mi debilidad y mis errores
 - 2.- Me culpo todo el tiempo por mis errores
 - 3.- Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9)
 - 0.- No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
 - 1.- Tengo idea de suicidarme pero no lo haría
 - 2.- Quisiera suicidarme
 - 3.- Me suicidaría si tuviera la oportunidad
- 10)
 - 0.- No lloro más que de costumbre
 - 1.- Lloro más que antes.
 - 2.- Lloro todo el tiempo
 - 3.- Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
- 11)
 - 0.- Ahora no estoy más irritable que antes
 - 1.- Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - 2.- Me siento irritado todo el tiempo
 - 3.- No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban
- 12)
 - 0.- No e perdido el interés en la gente
 - 1.- No me interesa la gente como antes
 - 2.- He perdido la mayor parte de mi interés en la gente
 - 3.- He perdido todo el interés en la gente

- 13)
0.- Tomo decisiones tan bien como siempre
1.- Pospongo decisiones con más frecuencia que antes
2.- Se me dificulta tomar decisiones
3.- No puedo tomar decisiones en nada
- 14)
0.- No me siento que me vea más feo que antes
1.- Me preocupa que me vea viejo y feo
2.- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo
3.- Creo que me veo feo
- 15)
0.- Puedo trabajar tan bien como antes
1.- Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
2.- Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
3.- No puedo trabajar para nada
- 16)
0.- Duermo tan bien como antes
1.- No duermo tan bien como antes
2.- Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme
3.- Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme
- 17)
0.- No me canso más de lo habitual
1.- Me canso más difícilmente que antes
2.- Me canso casi de hacer cualquier cosa
3.- Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa
- 18)
0.- Mi apetito es igual que siempre
1.- Mi apetito no es tan bueno como antes
2.- Mi apetito no es tan bueno como antes
3.- No tengo apetito en lo absoluto
- 19)
0.- No he perdido peso o casi nada
1.- He perdido más de 2.5 kilos
2.- He perdido más de 5 kilos
3.- he perdido más de 7.5 kilos
- 20)
0.- Mi salud me preocupa más que antes
1.- Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento
2.- Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
3.- Estoy tan preocupado por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa
- 21).-
0.- Mi interés por el sexo es igual que antes
1.- Estoy menos interesado en el sexo que antes
2.- Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
3.- He perdido completamente el interés por el sexo