

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO2 EN UNA UMF DEL IMSS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

MODESTA SÁNCHEZ NAVA

AUTORIZACIONES

DRA. VIRGEN PATRICIA LÓPEZ CERÓN
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN LA
MODALIDAD DE SEMIPRESENCIAL EN MEDICINA FAMILIAR PARA EL
MÉDICO GENERAL DEL IMSS, QUERÉTARO.

DR. NICOLÁS CAMACHO CALDERÓN
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DRA. VIRGEN PATRICIA LÓPEZ CERÓN
ASESORA DEL TEMA DE TESIS

DR. JORGE FRANCISCO OSEGUERA RODRÍGUEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD.

1.- TITULO



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.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO 2 EN UNA U.M.F. DEL I. M. S. S.”

2. INDICE GENERAL

	PAGINA
1. Título	1
2. Índice general	2
3. Marco teórico	3
4. Planteamiento del problema	21
5. Justificación	22
6. Objetivos	23
6.1 General	
6.2 Específicos	
7. Hipótesis	23
8. Metodología	23
8.1 Tipo de Estudio	
8.2 Población, lugar y tiempo de estudio	
8.3 Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
8.4 Información a recolectar	
8.5 Métodos o procedimientos para captar la información	
8.6 Consideraciones éticas	
9. Resultados	25
9.1 Descripción de los resultados	
9.2 Tablas y gráficas	
10. Discusión	31
10. Conclusiones	
10.1 Propuestas	
11. Conclusiones	36
12. Referencias Bibliograficas	37
13. Anexos	41

3.- MARCO TEÓRICO

La **diabetes mellitus** (DM2) es una enfermedad que en las últimas décadas ha mostrado incremento progresivo de su incidencia y prevalencia en todo el mundo, especialmente en el Continente Americano ⁽¹⁾. En México, representa un problema de salud pública en el que se ha denominado como una epidemia por la magnitud de afectación en la población de todas las edades así como en las diferentes clases sociales, que afecta principalmente a la población de bajos recursos económicos asentada en las áreas conurbanas de las grandes ciudades. A nivel mundial, México ocupa el noveno lugar de sujetos con DM2 ⁽²⁾

La población en México con diabetes mellitus fluctúa entre los 6.5 y los 10 millones (prevalencia nacional de 10.7% en personas entre los 20 y 69 años). Trece de cada 100 muertes son debido a este padecimiento. En personas de 40-59 años, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la DM, actualmente 1 de cada 3 muertes en México se registra como causa secundaria de la DM2⁽³⁾

En el caso de la consulta externa. La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas. Durante el 2004 en el ISSSTE la diabetes fue la quinta causa de estancia hospitalaria y el IMSS destino aproximadamente 15 mil pesos para la atención de cada uno de sus derechohabientes con DM2

Además; la diabetes mellitus es una de las pocas enfermedades que afectan más a mujeres que a hombres. En promedio, los hombres con diabetes mueren a una edad más temprana que las mujeres (67 vs 70 años respectivamente. ⁽³⁾

Con base en los datos proporcionados en la Encuesta Nacional de Salud Publica realizada en el año 2000, Vázquez-Martínez JL y cols. (2006) citan datos epidemiológicos en población exclusivamente derechohabiente del IMSS, en el que la diabetes mellitus ocupó el 5% de las consultas de medicina familiar; generó

62745 egresos hospitalarios por este padecimiento, lo que representó el 3% del total de los egresos totales y condicionó 17042 defunciones, lo cual equivale al 18% del total de las defunciones en la institución. La DM2 ocupó el primer sitio como causa de muerte en las mujeres y fue la responsable en el 20% en este grupo etareo, mientras que en los hombres se ubicó en el segundo lugar, correspondiendo al 15% de las defunciones ⁽⁴⁾

Esto sin duda es una de las grandes transformaciones en el perfil epidemiológico en las últimas décadas, el notable incremento de las defunciones por enfermedades crónico-degenerativas, donde se encuentra la diabetes; en gran medida consecuencia de las acciones de control de las enfermedades infecciosas y el aumento en la esperanza de vida, ya que actualmente ocupan los primeros lugares de la mortalidad general, antes ocupados por las enfermedades infecciosas.⁽¹⁾

La DM2 es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, de las proteínas y de los lípidos.

El origen y la etiología de la DM2 pueden ser muy diversos, pero conllevan inexorablemente la existencia de alteraciones en la secreción de insulina, de la sensibilidad a la acción de la hormona, o de ambas en algún momento de su historia natural.

El Medico Familiar debe ser certero a la hora de establecer el diagnóstico de DM2 En el caso de que los síntomas sean floridos y persistentes y las cifras de glucemia suficientemente elevadas, el diagnóstico será obvio en la mayoría de ocasiones. Pero no debemos olvidar que, en una gran parte de los casos, el diagnóstico lo efectuaremos en personas asintomáticas y a través de una exploración por análisis de rutina

Ante la creciente información disponible sobre la historia natural de la DM2, de su etiología y del conocimiento de la fisiopatología de sus complicaciones crónicas ha obligado a que, en los últimos años, se revisaran los criterios diagnósticos de esta entidad y se reclasificaran los diferentes procesos que en ella se incluyen. La revisión de los criterios diagnósticos y de la clasificación de la enfermedad se llevó a cabo en 1997 y 1998 por los comités de expertos de la American Diabetes Association y de la Organización Mundial de la Salud. El hecho de que algunos participantes de ambos comités fueran comunes hace que las recomendaciones finales y las conclusiones de ambos grupos sean, aunque con pequeños matices, muy similares.

La clarificación de los criterios diagnósticos y la mejor clasificación de cada una de las personas afectadas por la DM2 debe permitirnos en el futuro elegir mejor entre las diferentes opciones de tratamiento y mejorar el pronóstico de la enfermedad

El diagnóstico de DM2 puede establecerse ante las siguientes situaciones:

a) glucemia plasmática ocasional ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) (obtenida en cualquier momento del día independientemente del tiempo pasado desde la última ingesta) y síntomas de DM (poliuria, polidipsia y pérdida no explicada de peso);

b) glucemia plasmática en ayunas (GPA) ≥ 126 mg/dl (7,0 mmol/l), entendiéndose por ayunas un período sin ingesta de al menos 8 h, o

c) glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las 2 h de una prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La prueba debe realizarse según la descripción de la OMS (1985), con 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua.

Cabe señalar que, en ausencia de hiperglucemia inequívoca con descompensación metabólica aguda, los criterios deben repetirse (cualquiera de ellos) en una segunda ocasión.

El cambio de punto de corte de GPA a ≥ 126 mg/dl (anteriormente 140 mg/dl) se basa en el hecho de que:

a) Este es el equivalente (estudios de base poblacional) al punto de corte que se obtiene al diagnosticar diabetes mediante una glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl en una PTOG

b) Representa un mejor punto de corte a la hora de separar la distribución bimodal que tiene la GPA en la población, y

c) en varios estudios esta cifra marca el punto de inflexión a la hora de establecer el riesgo de microangiopatía.

Mientras que la prueba de tolerancia a la glucosa no se recomienda como método rutinario de diagnóstico en la práctica diaria en las recomendaciones de la ADA, la OMS aboga por mantener su realización en tanto que algunos de los sujetos diagnosticados mediante la GPA pueden ser diferentes a aquellos en los que el diagnóstico se ha establecido mediante una PTOG. Además, cabe señalar que la frecuencia de DM2 es inferior al aplicar los criterios de la ADA y, de hecho, alrededor de un 30% de los sujetos (estudios de población europea) con una GPA no diabética cumplen criterios de DM2 una vez realizada la PTOG ^(5,6)

Categorías intermedias entre la normalidad y la diabetes mellitus

Se consideran situaciones entre la normalidad y la DM2; no suponen una clase en sí mismas dentro de la clasificación de la DM, sino que constituyen estadios intermedios dentro de la historia natural de las alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono. En general se reconocen como situaciones de riesgo para desarrollar DM y enfermedad cardiovascular ⁽⁷⁾ El hecho de que la categoría “glucemia alterada en ayunas” (GAA) sea de reciente creación no permite afirmar con rotundidad las características evolutivas de los sujetos con GGA ⁽⁸⁾

Dentro de esta situación se reconocen dos entidades:

1. La tolerancia disminuida a la glucosa (TDG) se define a través de la realización de una PTOG, si la glucemia plasmática a las 2 h es ≥ 140 y < 200 mg/dl. La PTOG define como tolerancia normal a la glucosa una glucemia plasmática a las 2 h < 140 mg/dl.

2. En las recomendaciones efectuadas en 1997, la ADA introduce la categoría GAA como aquella situación en donde la GPA es ≥ 110 y < 126 mg/dl. La GPA normal sería aquella < 110 mg/dl.

Desde la introducción de esta nueva categoría (GAA), mucho se ha escrito entre la supuesta concordancia entre GAA y TDG, y cada vez son más los estudios que demuestran que no son entidades equivalentes en cuanto a su trascendencia y pronóstico (5) Es evidente que la respuesta a la PTOG de los sujetos con GAA es heterogénea (normal, TDG y DM). Podemos afirmar que un elevado porcentaje de individuos con GAA tiene una TDG concomitante, pero que muchos sujetos, pese a tener una glucemia normal (< 110 mg/dl), pueden presentar también una TDG y, por ende, un riesgo incrementado de padecer DM^(9,10)

Por lo tanto, se puede afirmar que, mientras las guías diagnósticas siguen utilizando umbrales glucémicos asociados con un riesgo incrementado de padecer enfermedad microvascular a la hora de definir DM, la mayor parte de la morbimortalidad de esta afección está asociada a la enfermedad macrovascular y a las complicaciones que de ésta se derivan. En general, existe consenso a la hora de afirmar que la glucemia posterior a una PTOG determina mejor el riesgo de enfermedad cardiovascular y que, por tanto, la evaluación metabólica únicamente en ayunas puede ser insuficiente.

Recomendaciones para el cribado de la diabetes mellitus

En su documento de 1997, la ADA establece la recomendación de efectuar el cribado de diabetes en sujetos asintomáticos y sin diagnóstico previo de alteraciones en la homeostasis de la glucosa en dos supuestos:

1. En todos aquellos sujetos con una edad > 45 años. Si el resultado es normal debería repetirse cada 3 años.

2. El cribado deberá realizarse a edades inferiores o con más frecuencia (anual) en los siguientes sujetos:

- obesos ($IMC \geq 27 \text{ kg/m}^2$ o peso $\geq 120\%$ del peso ideal);

- familiares de primer grado de sujetos con diabetes;

- historia clínica de DG o macrosomía;

- historia clínica de hipertensión arterial;

- valores de $cHDL \leq 35 \text{ mg/dl}$ y/o triglicéridos $\geq 250 \text{ mg/dl}$, y

- alteraciones previas de la homeostasis de la glucosa en forma de TDG o GAA.

Para realizar el tamiz se aconseja la valoración de la glucemia plasmática en ayunas. Según estas recomendaciones, la realización de una PTOG puede considerarse Para en protocolos específicos de estudio o bien en el cribado de sujetos con especial riesgo de desarrollar una diabetes

Clasificación de diabetes mellitus y su etiopatogenia:

1.- Diabetes mellitus tipo 1

2.- Diabetes mellitus tipo 2

3.- Otros tipos específicos

4.- Diabetes Mellitus Gestacional

Las dos formas prevalentes en nuestro medio son la diabetes tipo 1 y tipo2 ⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

Diabetes mellitus tipo 1

Esta forma de DM corresponde a la entidad anteriormente denominada diabetes mellitus insulino dependiente o juvenil y representa entre el 10 y 15% del total de los diabéticos. En la clasificación actual la DM1 se subdivide en dos subtipos, a saber, la DM1 A o autoinmune y DM1 B o idiopática.

Diabetes mellitus tipo 1A

Aproximadamente uno de cada 10 pacientes con diabetes presenta este tipo de DM. Aunque el pico de nuevos casos se produce entre los 10-12 años, la mitad de los mismos se diagnostican en pacientes mayores de 15 años.

Nos encontramos frente a una enfermedad inmunoinflamatoria crónica en la que existe una destrucción selectiva de las células β del páncreas mediada por linfocitos T activados (10) En ella, y tras un período preclínico de duración variable, en el que el paciente permanece asintomático, cuando la masa de células productoras de insulina llega a un valor crítico el paciente presenta la sintomatología clásica generada por la insulinopenia y la hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso y una irrefrenable tendencia a la cetosis si no se instauro tratamiento con insulina exógena. Aunque en el momento del diagnóstico la presencia de obesidad es un hecho infrecuente, la presencia de la misma no descarta en ningún modo la posibilidad de una DM1 A. Sin embargo, frente a esta forma clásica de presentación más o menos abrupta y tanto más frecuente cuanto menor es la edad en el momento del diagnóstico, hoy día sabemos que también puede diagnosticarse una DM1 de características autoinmunes en personas de más de 35-40 años, en las que la presentación clínica puede estar mucho más solapada y no necesitar insulina en el momento del diagnóstico, pero que indefectiblemente precisarán este tipo de tratamiento conforme evolucione y descienda la capacidad para secretar insulina. Hoy día, este tipo de DM2 se conoce como DM2 tipo LADA (Latent Autoimmune Diabetes of the Adult) ^(11,19)

Como en la mayoría de enfermedades autoinmunes, el proceso resulta de la interacción de factores ambientales y genéticos y, como en gran parte de ellas, en la DM1 A poco conocemos de los factores ambientales desencadenantes (virus tipo Coxsackie, fragmentos de proteínas de la leche de vaca, entre otros, etc.) y únicamente conocemos algo de los factores genéticos que hacen susceptible a un determinado individuo a padecer la enfermedad. Alrededor de un 30% de riesgo para padecer la enfermedad se asocia a la presencia de determinados haplotipos en la región que codifica para los genes HLA en el cromosoma 6, y en especial con los alelos HLA DR y DQ.

Con independencia de que exista una determinada susceptibilidad genética que predispone a desarrollar una DM1 A, en la práctica clínica diaria debemos tener en cuenta que en el 70-80% de casos en los que se diagnostica un nuevo caso de la enfermedad, no existen antecedentes familiares de la misma^(12,13,19)

Diabetes mellitus tipo 1B o idiopática

Como entidad de reciente descripción se conoce poco de su etiología, evolución y pronóstico. Como contraposición a la DM1 A, describe a aquellos pacientes con insulinopenia inicial, tendencia a la cetosis o cetoacidosis, en los que no se encuentran datos de autoinmunidad ni haplotipos HLA de predisposición. Cabe señalar que la insulinopenia puede ser fluctuante a lo largo de la enfermedad, pero que en algunas poblaciones (japonesa) puede tener un carácter fulminante^(14,19) Inicialmente, y con un fuerte componente familiar, se ha descrito como más frecuente en la población afroamericana, asiática o hispana estadounidense^(15,19)

Diabetes mellitus tipo 2

Esta forma de DM corresponde a lo que anteriormente se denominaba diabetes mellitus no insulinodependiente o del adulto (por encima de los 40 años). El carácter no insulinodependiente de la enfermedad únicamente hacía referencia al tratamiento requerido a lo largo de la historia natural de la enfermedad, con la consiguiente confusión. En nuestros días sabemos, además, que cada vez son

más frecuentes los casos de DM2 diagnosticados en jóvenes, adolescentes y niños. La DM2 representa entre el 80-90% de todos los casos de DM ^(16-17,19)

La importancia relativa de los defectos en la secreción de insulina o en la acción periférica de la hormona en la aparición de la DM2 ha sido, sigue y seguirá siendo motivo de debate. Teniendo en cuenta la íntima relación que guardan secreción de insulina y sensibilidad a la acción de la hormona en el complicado control de la homeostasis de la glucosa, es prácticamente imposible disecar por separado la contribución de cada una de ellas a la etiopatogenia de la DM2. Además, debemos tener en cuenta que ambos fenómenos suelen coexistir y participan en una proporción diferente en la fisiopatología de la enfermedad, no sólo según la población estudiada, sino también según el período evolutivo de la misma. Por otro lado, la expresión fenotípica de los defectos genéticos que condicionan las alteraciones en la secreción de insulina y en su acción periférica se encuentra modulada por diversos factores ambientales, muchos de ellos consecuencia directa de estas propias alteraciones. Ante esta compleja situación, y con buen criterio, la nueva clasificación de la DM2 de la ADA elude la discusión bizantina y propone que en la DM2 coexisten ambos defectos, pero que prevalecerá uno u otro según el paciente. En las situaciones en las que predomina la resistencia a la insulina, la masa de células β sufre una transformación capaz de aumentar su oferta de insulina y compensar la excesiva y anómala demanda. Sea cual sea el defecto inicial en la patogenia de la DM2, es obvio que el fracaso de la célula beta pancreática es una condición sine qua non en el desarrollo final de la enfermedad y en su presentación clínica ⁽¹⁹⁻²¹⁾

La presentación clínica de la DM2 puede ser muy diversa. Podemos diagnosticar la DM2 en un análisis de Química Sanguínea o de tamizaje orientado de la enfermedad. Puede presentarse con la sintomatología típica de la hiperglucemia. Pero, desafortunadamente, en una gran parte de los casos el diagnóstico ha pasado desapercibido durante años ante la ausencia de sintomatología acompañante y ante su tórpida evolución, y en el momento de

reconocer por primera vez la enfermedad son ya evidentes las lesiones propias de algunas complicaciones crónicas de la enfermedad.

Por lo tanto, podemos afirmar que existe una serie de premisas que caracterizan la patogenia de la DM2 en las que la mayoría de los autores empiezan a ponerse de acuerdo:

- Es una entidad con una fisiopatología y traducción clínicas heterogéneas.
- Está determinada por componentes genéticos y ambientales (dieta rica en carbohidratos, sedentarismo, etcétera).
- Su herencia es claramente poligénica, lo que significa que es necesaria la presencia de varias anomalías genéticas para que aparezca.
- En su historia natural no debemos confundir entre aquellos determinantes genéticos diabetogénicos: esenciales, específicos de diabetes pero no suficientes por sí solos para generar la enfermedad (genes que determinan defectos en la sensibilidad a la insulina y genes que determinan defectos en la secreción de insulina) y aquellos determinantes genéticos relacionados con la diabetes: no esenciales, no específicos de diabetes pero relacionados con ella y no suficientes por sí solos para producir la enfermedad (obesidad, distribución de la adiposidad, longevidad, etc.).
- Los defectos en la sensibilidad y en la secreción de insulina suelen coexistir, ambos son fenómenos importantes en la fisiopatología de la enfermedad y se encuentran determinados genéticamente de forma directa y modulados por factores adquiridos.
- Una gran proporción de los pacientes con DM2 son obesos (80%) y la obesidad, especialmente la de localización abdominal, genera resistencia a la insulina y está bajo control genético. Sin embargo, la DM2 también puede diagnosticarse en sujetos no obesos, especialmente en adultos mayores.

Por lo anterior; el **Control y Tratamiento** de la diabetes involucra mucho más que controlar la glucemia, incluye un control de los lípidos, la presión arterial, la nutrición, el ejercicio, educación sobre la evolución de la enfermedad, tanto por el paciente como por su familia, en la que también se requiere de interconsultas con otros especialistas por las complicaciones macro y microvasculares que presentan estos pacientes de acuerdo a la edad de presentación.

Dado que la mayor parte de los pacientes con DM2 son obesos y que la obesidad es de distribución central, es el principal contribuyente para la resistencia a la insulina, por lo que las primeras acciones de tratamiento sean la dieta y el ejercicio. Desafortunadamente, menos de 10% de los pacientes cumple con las recomendaciones dietéticas y mantienen el peso adecuado, de tal suerte que el mayor número de ellos requieren del tratamiento farmacológico complejo ^(20,21).

El tratamiento del paciente diabético a largo plazo, se enfoca a disminuir, retrasar y/o evitar las complicaciones crónicas. Múltiples estudios han comprobado que el mejor control de las cifras de glucemia y los demás factores de riesgo cardiovascular generan mayores posibilidades de que el sujeto desarrolle complicaciones micro o macro vasculares o por lo menos es posible retrasar su aparición.

La “piedra angular” del tratamiento del paciente con DM2 se basa en el seguimiento de una dieta adecuada, ejercicio físico y educación para la auto vigilancia ^(16, 19-23).

El establecer el diagnóstico de DM2 puede producir un choque emocional, casi un ultimátum para estos pacientes, ya que las exigencias de la enfermedad son demasiado para ellos y pueden reaccionar clínicamente con un cuadro de depresión. Las investigaciones recientes han mostrado que las personas con diabetes son dos veces más propensas a sufrir de depresión que las personas sin diabetes ⁽²⁴⁻²⁷⁾.

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la

experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. En la medida en que resulta actualmente imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de la enfermedad la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos físicos, sino también de afecciones psicológicas^(28,35) como la depresión y la ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente y su entorno familiar ^(29-32,35).

Las habilidades del paciente para enfrentar los problemas pueden influir en la capacidad del individuo para cambiar o aprender nuevos comportamientos. Los pacientes con diabetes y sus familiares pueden experimentar una amplia gama de emociones que van desde la indignación, culpa, depresión hasta la aceptación. Generalmente, la depresión es mayor en personas con enfermedades crónicas, incluyendo la diabetes. Estas emociones pueden inmovilizar a las personas en sus esfuerzos por participar activamente en el autocontrol de su enfermedad y a menudo el temor provocado por la falta de conocimientos, es una causa subyacente de la incapacidad para actuar ⁽²⁸⁾.

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Además, cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glicemia también se pueden manifestar síndromes depresivos ^(33 -35).

La depresión disminuye la capacidad para el auto cuidado y para cumplir los regímenes del cuidado de la enfermedad y como resultado no se adhieren con las exigencias del tratamiento, mantienen sus niveles de glucemia elevados y su calidad de vida se deteriora o se modifica en sentido negativo para el control de la enfermedad. Aunque el tratamiento no sea difícil, se convierte en una barrera

infranqueable para el paciente y su familia, claro está que no significa que la DM sea la causa única de la depresión, pero si contribuye a su presencia en algún momento de la evolución de la enfermedad.

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión ⁽²⁴⁾. Sin embargo, mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la correlación con diabetes es particularmente fuerte debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como a los cambios en el estilo de vida que tienen que hacer quienes la padecen. ^(24,26,35). En México, se documentó una frecuencia de depresión del 46% en pacientes con DM2 ⁽²⁷⁾

El departamento de Diabetes y Enfermedades Metabólicas del Beathien - Hospital Hamburg, Alemania, reporta que la depresión debe ser tratada médicamente, pues cuando mejora, se observa mejoría en el control de la enfermedad al momento en que el paciente es capaz de realizar mejor todos los componentes del tratamiento ⁽²⁶⁾.

La depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición del caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que en un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión. Algunos estudios de seguimiento muestran que el trastorno depresivo a menudo recurre y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos ⁽³⁶⁾.

En 1993 se publicaron los primeros resultados del primer estudio sobre la carga global de enfermedad (CGE), realizado en la escuela de salud pública de Harvard y financiado por el Banco Mundial y la OMS, el cual mostró que la depresión unipolar provoca una enorme carga de enfermedad y es, a escala mundial, la cuarta causa en orden de importancia al suponer el 3.7% de los años

de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales y el 10.7% del total de años de vida vividos con discapacidad (AVD). Las proyecciones llevadas a cabo por la OMS dentro del estudio para el año 2020, señalan que la importancia relativa de las enfermedades mentales se incrementará a un 15% del total, fundamentalmente debido a una expectativa de vida de la población y una disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas, de forma que la depresión pasará a ser la segunda causa de AVAD en el mundo, solo por detrás de la cardiopatía isquémica.

En el 2000, la OMS llevo a cabo un nuevo estudio con los mismos objetivos que el primero publicados en el 2001 reflejan que la depresión ocupa el primer lugar en mujeres y el tercero en varones tras la cardiopatía isquémica y el abuso del alcohol⁽³⁶⁾

En México, Frenk y col. (1999) estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad, según estos autores cuatro de las diez enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastornos obsesivos compulsivos y alcoholismo^(37,38)

Básicamente la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida del interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

Por lo tanto, la depresión es una enfermedad grave y común que afecta física y mentalmente a una persona en su modo de sentir y de pensar, sintiéndose sin energía y sin ganas para cambiar las cosas, independientemente de lo que suceda a su alrededor, presenta una baja autoestima, vive todo lo que lo rodea como negativo, incluyendo familiares y amigos; el futuro lo ve todo negro^(27,36).

La depresión generalmente aparece en personas con edad superior a los 20 años. A partir de los 45 años en adelante hay un aumento de la frecuencia de los cuadros depresivos asociados a la edad.

Dentro de la práctica clínica es importante diferenciar los síntomas y signos que pueden ser confusos con un estado de depresión, por ejemplo el hecho de sentirse triste o con talante bajo no es sinónimo de depresión. Esta distinción es importante, puesto que la depresión entendida como síntoma está presente en la mayor parte de los cuadros psicológicos y en otras condiciones médicas, sin que por ello constituya un síndrome depresivo.

El Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) incluye a la depresión dentro de los **Trastornos del Estado de Ánimo** a los cuales divide en:

1.- Trastornos depresivos:

- Trastorno depresivo mayor
- Trastorno distímico
- Trastorno depresivo no especificado

2.- Trastornos Bipolares.

- Trastorno bipolar I
- Trastorno bipolar II
- Trastorno ciclotímico
- trastorno bipolar no especificado

3.- Trastornos del estado de ánimo debido a enfermedad médica

4.- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias

5.- trastorno del estado de ánimo no especificados

Esta clasificación plantea que el diagnóstico depresivo mayor y distímico requieren cumplir los criterios adicionales de exclusión: que los síntomas no sean causados por una enfermedad o ingesta de sustancias y que no se deban a una reacción de duelo normal por la muerte de un ser querido.

Criterios para el episodio depresivo mayor

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los

síntomas debe ser: (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

(1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (por ejemplo, llanto).

(2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)

(3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

(4) insomnio o hipersomnia casi cada día

(5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)

(6) fatiga o pérdida de energía casi cada día

(7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)

(8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)

(9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Crterios para el diagnóstico de Trastorno del estado de ánimo debido a *(indicar la enfermedad médica)*

A. En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:

(1) estado de ánimo depresivo o notable disminución de intereses o del placer en todas o casi todas las actividades

(2) estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.^(39,40)

Evaluación de la Depresión.

La depresión puede medirse objetivamente por medio de instrumentos mediante escalas de valoración de la depresión, aunque existe el inconveniente de que éstos se construyeron antes de que se establecieran los criterios diagnósticos actualmente aceptados en el ámbito nacional e internacional emitidos en el manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM-IV)⁽⁴¹⁾

La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CED-D) es uno de los instrumentos más utilizados a partir de la década de 1970. Este instrumento explora los aspectos más importantes de la depresión, con especial énfasis en los componentes afectivos. Las preguntas se tomaron de diversos instrumentos, entre ellos el Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Autovaloración de Zung, y el Inventario Multifacético de la Personalidad de Minnesota ⁽²³⁾. Este instrumento consta de veinte ítems cuyas respuestas se codifican en cuatro puntos (0-3) según la intensidad y frecuencia

del síntoma. Ha sido diseñada para medir la sintomatología depresiva en estudios epidemiológicos sobre población general.

Un grupo interinstitucional de investigadores mexicanos llevo a cabo una revisión del CES-D considerando que es un instrumento para la valoración de sintomatología depresiva frecuentemente utilizado en México incluyendo la creación de algoritmos para calificar el puntaje de la escala revisada. El algoritmo valora la presencia y frecuencia de los síntomas respecto a cada criterio del DSM-IV y con base en ello los puntajes dentro de una de las siguientes categorías: “Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor”, “Probable episodio de depresión mayor”, “Posible episodio de depresión mayor”, “Episodio depresivo sub-umbral y, finalmente, “Sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor”. Este instrumento tiene un alfa de Cronbach de 0.90, sin variaciones que hagan dudar sobre la consistencia interna de la misma entre hombres y mujeres adultos mayores ⁽⁴¹⁾

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, desarrollada por este autor en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo ^(42,43)

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 items para cada grupo, completándose la escala con dos items referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Su confiabilidad es buena (alfa de Cronbach entre 0,79 y 0,92).y, unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La mayoría de las enfermedades y trastornos crónico-degenerativos representan un alto impacto en la salud individual así como una carga social y económica para la sociedad y la familia.

Dado que la DM2 tiene un origen multifactorial, sus determinantes y factores de riesgo que interactúan entre sí constituyen un complejo sistema biopsicosocial que repercuten en forma amplia en el sujeto.

La relación entre enfermedad mental y enfermedad física es muy estrecha, en la que existen enfermedades en las cuales la susceptibilidad es mayor para presentarse en forma concomitante con algún trastorno en la salud mental.

Un ejemplo de esta asociación es la alta prevalencia de pacientes con DM2 en la población relativamente joven en nuestro medio, que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de la Secretaría de Salud, se reportó que la DM2 afecta entre 8 y 10 % de la población mayor de 20 años de edad, aunque esta prevalencia aumenta sensiblemente en personas entre los 40 a 50 años de edad, en la que además en este grupo atareo existe la posibilidad de cambios de personalidad y tendencia a los trastornos depresivos por los cambios biológicos y sociales, en particular los familiares por la etapa en que se encuentra el desarrollo de la familia.⁽¹⁾

Se ha establecido que las personas que padecen DM2 son dos veces más propensas de presentar depresión, sin embargo, depende de cada sujeto que la enfermedad preceda o se presente durante el desarrollo de la depresión^(24,34)

La depresión afecta a la población general entre un 10% y 25% en las mujeres y del 5% al 12% de los varones; entre los sujetos con DM2 estas cifras aumentan hasta el 33%.^(1,24) Si bien cualquier enfermedad crónica incrementa el riesgo de depresión, la asociación con DM2 es particularmente alta debido a las numerosas complicaciones de este padecimiento, así como en los cambios en el estilo de vida que se tienen que hacer a fin de que el paciente logre mantener su estado de salud-enfermedad estable.

5.- JUSTIFICACION.

En años recientes, varios estudios ⁽²⁶⁻³⁵⁾ han demostrado que los pacientes con DM2 tienen dos veces más la probabilidad de tener depresión que los no diabéticos y con cierta frecuencia presentan depresión de diversa gravedad, tanto en el periodo de duelo que acompaña al momento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos y estilo de vida que implica el control adecuado de la DM2.

Se puede presentar más la depresión cuando se manifiestan las complicaciones agudas y crónicas de la DM2 y sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia.

Sin embargo, el diagnóstico de depresión en estos pacientes puede ser difícil ya que las manifestaciones físicas, como la pérdida de peso, el cansancio fácil, la disminución de la libido, son producto de la enfermedad misma. Y la pérdida de esperanza presente en todo paciente en algún momento de la evolución de la enfermedad, puede ser un estado de ánimo transitorio

Con lo previamente citado, y dada la magnitud del problema de la DM2 en nuestra población y los pocos estudios que se han realizado sobre el efecto de un padecimiento crónico-degenerativo es pertinente realizar este proyecto de investigación relacionado con una de las patologías prevalentes en la atención primaria en la que los trastornos distímicos pueden causar alteraciones en el tratamiento integral del paciente con DM2.

6.- OBJETIVOS

6.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de depresión de los pacientes diabéticos tipo 2 en una Unidad de Medicina el IMSS

6.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.-Determinar el tiempo de evolución de DM2
- 2.- Identificar sexo
- 3,. Determinar edad

7.- HIPOTESIS.

La prevalencia de depresión en los pacientes diabéticos es del 40%

8.- METODOLOGIA

8.1.- Tipo de Estudio

Transversal descriptivo

8.2.- Población:

Diabéticos adscritos a la U.M.F. No. 9, Delegación Querétaro

8.3.-Tipo y Tamaño de la Muestra:

Probabilística. Con apoyo del programa estadístico EPI-INFO 2006, y con el Stat-
Calc se estimó el tamaño de la muestra con una prevalencia esperada de depresión
de un 33%:

N=4866

Frecuencia esperada= 33%

n=103

Con previa generación de números aleatorios apoyados en un programa de
cálculo (Calculadora científica) se eligieron a los pacientes de acuerdo al listado
emitido por el archivo clínico de la unidad médica (ARIMAC) a fin de seleccionar
al sujeto de acuerdo a este listado de números aleatorios determinado por el tamaño
de la muestra, previo consentimiento informado se ingreso al estudio.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- 1.-Derechohabientes con diagnóstico establecido de DM2
- 2.- Mayores de 20 años de edad
- 3.- Ambos sexos (hombres y mujeres)*

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Pacientes que no acepten participar en el estudio

CRITERIOS DE ELIMINACION:

Cuestionarios incompletos.

Adulto con deterioro cognitivo no relacionado con la patología

8.5 MÉTODO Y PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se incluyeron todos los expedientes electrónicos de los pacientes con diagnóstico de DM2 adscritos a la UMF 9. Previa selección mediante el listado de los números aleatorios se les hizo la invitación a participar en el estudio, y mediante carta de consentimiento informado, se les explicó los objetivos del mismo; una vez aceptada se realizó la aplicación de los cuestionarios CES-D y de Zung. A fin de evitar la variable de confusión de deterioro cognitivo en los adultos mayores de 65 años, a estos pacientes se les aplicó el cuestionario de Folstein.

Se creó una base de datos electrónica en el programa estadístico SPSS V 10. El análisis estadístico se realizó con estadística descriptiva (frecuencias, media, desviación estándar y porcentajes), la prueba de hipótesis fue con la χ^2 con un valor de significancia estadística de $p < 0.05$. Presentación de resultados en cuadros y gráficas.

9.- RESULTADOS

De 103 pacientes con diagnóstico de DM2, se eliminó uno de ellos por no responder al cien por ciento el cuestionario. No hubo pacientes mayores de 65 años con deterioro cognitivo. De los 102, 35 (34.3 %) fueron del sexo masculino y 67 (65.7%) del femenino (Cuadro 1.). El promedio de edad fue de 55.98 ± 9.12 años; con una mínima de 27 y una máxima de 74 años de edad. De acuerdo a la distribución de los pacientes, el mayor porcentaje se ubicó en la década de los cincuenta y sesenta años (Cuadro 2). El rango del tiempo de evolución de la DM2 fue de 1 a 35 años, con un promedio de 9.66 ± 6.76 año (Cuadro 3); la glucosa mínima fue de 83 mg/dl y la máxima 350 mg/dl con un promedio de 168.96 ± 51.83 mg/dl.

En el 35.3% (36) hubo depresión; 10 fueron del sexo masculino y 26 del sexo femenino de acuerdo al cuestionario del CES-D (Cuadro 4), mientras que de acuerdo al cuestionario de Zung hubo 15 pacientes con depresión (14.7%)

De acuerdo a la clasificación del CES-D: tres pacientes presentaron síntomas significativos de episodio de depresión mayor, 8 presentaron probable episodio de depresión mayor, 14 con posible episodio de depresión mayor y 11 episodio depresivo sub-umbral. De ellos, 10 fueron del sexo masculino (27.7%) y 26 del femenino (72.2%). Los estados depresivos se presentaron con mayor frecuencia después de los 50 años de edad, dentro de los primeros cinco años de evolución de la DM2 con glicemias mayores de 110mg/dl.

Cuadro 1. Distribución de los pacientes con DM2 de acuerdo a sexo.

Sexo	Frecuencia	%
Masculino	35	34.3
Femenino	67	65.7
Total	102	100

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006"

Cuadro 2. Distribución por grupos de edad de los pacientes con DM2.

Edad	Frecuencia	%
(años)		
20-30	1	1
31-40	4	3.9
41-50	22	21.6
51-60	43	42.2
61-70	28	27.5
71 y más	4	3.9

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006"

Cuadro 3. Tiempo de evolución de la DM2 y nivel de glicemia

Tiempo de evolución DM2 (años)	%	Glicemia <110mg/d	Glicemia >110mg/dl
		Frecuencia	Frecuencia
1- 5	37.3	3	35
6-10	22.5	3	20
11-15	25.5	1	25
16 y más	14.7	0	15

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006

Cuadro 4.- Distribución de las categorías de acuerdo a la Clasificación del CES-D

Categoría	Frecuencia	%	IC 95%
Con Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	3	2.94	2.2-3.68
Probable episodio de depresión mayor	8	7.84	7.17-8.51
Posible episodio de depresión mayor	14	13.72	8.1-19-19.3
Episodio depresivo sub-umbral	11	10.78	5.7-15.8
Sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	66	64.70	56.9-72.5
Total de pacientes	102	100	

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006

En forma global hubo 36 (35.3%) pacientes con depresión y 66 (64.7%) sin depresión.

De acuerdo al sexo, 10 (27.7%) fueron del masculino y 26 (72.2%) del femenino.

Cuadro 4. Distribución por grupo de edad de los pacientes con DM2 con depresión.

Grupo de edad (años)	Total de pacientes con depresión	Sexo masculino	Sexo femenino
31-40	1	0	1
41-50	6	2	4
51-60	18	6	12
61-70	9	1	8
71 y más	2	1	1

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006

La depresión se presentó más en los pacientes con una glucosa mayor de 110mg/dl (88.8%)

Quince (14%) pacientes tuvieron depresión y 87 no la presentaron.

Cuadro 5. Distribución de pacientes con y sin depresión de acuerdo al nivel de glicemia.

n = 102

Nivel de glicemia (mg/dl)	Con depresión		Sin depresión	
	%	IC 95%	%	IC 95%
< 110 mg/dl	4 (1.01)	0.52 - 1.5	3 (3.94)	3.15 - 4.73
> 110 mg/dl	32 (31.37)	23.8 - 38.9	63 (61.76)	53.9 - 69.7

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006

Cuadro 6. Frecuencia de depresión de acuerdo al grupo de edad en los pacientes con DM2

n 36

Tiempo de evolución de la DM2 (años)	Depresión	%	IC 95%
1 -5	14	38.8	30.9 - 46.7
6-10	8	22.2	15.5 - 28.9
11-15	7	19.4	13.0 - 25.8
16 y más	7	19.4	13.0 - 25.8
Total	36	100	

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006

Cuadro7.- Clasificación de respuestas del Cuestionario de Zung

n 102

Impresiones clínicas equivalentes globales	Frecuencia	%	(IC 95%)
Normal sin psicopatología	87	85	(79.2 - 90.8)
Depresión mínima o ligera	13	13	(7.5 - 18.5)
Depresión moderada	1	1	(0.51 - 1.49)
Depresión severa o extrema	1	1	(0.51 - 1.49)
Total	102	100	

Fuente: Cuestionarios "Prevalencia de depresión en pacientes con DM2 en una UMF del IMSS, 2006

10. DISCUSIÓN

La DM2 es una enfermedad crónico-degenerativa que en las últimas décadas ha mostrado un incremento progresivo en su incidencia y prevalencia en todo el mundo; la población con DM2 en nuestro país fluctúa entre los 6.5 y 10 millones y una prevalencia de 10.7%. En personas entre los 20 y 69 años de edad, 1 de cada 4 muertes se debe a complicaciones de la DM2 ⁽³⁻⁴⁾. En el caso de la consulta externa, es la principal causa de demanda en instituciones públicas y privadas. Es una de las enfermedades que afecta más predominantemente a las mujeres que a los hombres ⁽³⁾

Tal como citan Vázquez-Martínez JL y cols. (2006), en nuestra población derechohabiente del IMSS, la DM2 fue una de los primeros motivos de consulta externa, que para el año 2002 representó el 5% de las consultas otorgadas en medicina familiar. A nivel hospitalario; generó 62745 egresos (3% del total de los egresos) y en mortalidad, representó el 18% del total de las defunciones en la institución. En la población general es una de las primeras causas de muerte, particularmente en las mujeres (20%), mientras que en los hombres fue el 15%. ⁽⁴⁾

Enfrentar esta enfermedad crónico-degenerativa constituye un reto importante tanto para el paciente como para su entorno familiar. Los cambios en los hábitos y la adquisición de nuevos comportamientos no son siempre fáciles de asumir, lo que los puede llevar a una depresión de diversa gravedad ^(2,9,32,25). Tanto en el periodo de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad, también cuando se manifiestan complicaciones propias de la misma, sobre todo si se ha tenido un control irregular de cifras de glicemia pueden manifestarse síndromes depresivos ^(33, 34,35). Dentro de nuestro estudio encontramos que 5 (13.8%) de los 36 pacientes con depresión tenían alrededor de un año de devolución de la DM2 y 9 (25%) de 2 a 5 años con el diagnóstico de diabetes, así

mismo 8 (22.2%) de ellos, entre 6-10 años; y 14 (38.8%) tenían más de 11 años de devolución de la DM2. En éstos últimos la mayoría presentaba complicaciones propios de la enfermedad como retinopatía principalmente; sin embargo, la mayoría nos manifestó que su estado de animo se veía afectado por ausencia de alguno de los hijos o por viudez. Dentro de las etapas del ciclo vital de la familia se han considerado la de: Dispersión (Fase de desprendimiento que inicia con la salida del hogar del primer hijo y termina con la separación del último de los hijos) y Final (fase de independencia, el denominado "nido vacío" y disolución: vejez de la pareja y viudez)

La depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. En 1993, se publicaron los primeros resultados del primer estudio sobre la carga global de enfermedad (CGE), realizado en la Escuela de Salud Publica de Harvard, el cual fue financiado por el Banco Mundial y la OMS, donde se demostró que la depresión unipolar provoca una enorme carga de enfermedad y es, a escala mundial, la cuarta causa en orden de importancia al suponer el 3.7% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) totales y el 10.7% del total de años de vida vividos con discapacidad (AVD). Las proyecciones llevadas a cabo por la OMS dentro del estudio para el año 2020 señalan que la importancia relativa de las enfermedades mentales subirá a un 15% del total, fundamentalmente debido a una expectativa de vida de la población y una disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas, de forma que la depresión pasara a ser la segunda causa de AVAD en el mundo, solo por detrás de la cardiopatía isquémica.

En el año 2000, la OMS llevó a cabo un nuevo estudio con los mismos objetivos que el primero, publicados en el 2001 reflejan que la depresión ocupa el primer lugar en mujeres y el tercero en varones después de la cardiopatía isquémica y el abuso del alcohol (36).

En la literatura internacional, se encontró que existe una prevalencia aumentada de depresión en pacientes diabéticos ^(24,26,35). Esto no significa que la DM2 sea la causa única de la depresión, pero si contribuye a su presencia en

algún momento de la evolución de la diabetes. Se sabe también que la depresión generalmente aparece en personas con edad superior a los 20 años, aunque su prevalencia es mayor a partir de los 45 años de edad.

Ahora bien, dentro de la práctica clínica es importante diferenciar los síntomas y signos que pueden ser confusos con un estado de depresión, pues el hecho de sentirse tristes o decaídos no es sinónimo de depresión, por lo que el médico debe estar alerta sobre los síntomas sugestivos de depresión que llegue a presentar el paciente.

El diagnóstico de depresión en los pacientes diabéticos puede ser difícil ya que las manifestaciones físicas como la pérdida de peso, el cansancio fácil, la disminución de la libido, son producto de la enfermedad misma, y la pérdida de esperanza presente en todo paciente en algún momento de la evolución de la enfermedad, puede ser un estado de ánimo transitorio. En nuestros pacientes con DM2 encuestados el 81.4% negó que su apetito para comer fuera malo, el 79.4% nunca ha pensado que su vida haya sido un fracaso, el 60.8 % no se sienten solos, el 59.8 % no se sentían pesimistas y el 56 %, negaron estar tristes por su enfermedad.

Sin embargo; las personas que padecen DM2 son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan algunos estudios derivados de meta-análisis.

Sin embargo, depende de cada persona que la DM2 preceda o suceda al inicio de la depresión, mientras la depresión afecta en la población general entre 10% y 25% de mujeres y 5% a 12% de varones, entre diabéticos esta cifra aumenta hasta 33%. Nosotros encontramos en nuestra población estudiada 36 pacientes (35.3%) con depresión y 66 (64.7% sin depresión) y de acuerdo al sexo 10(27.7%) fueron hombres y 26(72.2%) mujeres.

Dentro de las enfermedades crónicas que comúnmente se asocian a depresión tenemos como ejemplo que el 10 % de los enfermos de Alzheimer padecen depresión mayor, entre un 30% y 40% pueden sufrir depresiones de

menor gravedad o ciertos síntomas depresivos, los de cáncer del 15% al 25%, lo mismo que los que han sufrido un infarto de miocardio, no así los individuos infectados por HIV en donde se reporta que casi en el 85% sufren depresión. La depresión puede incrementar el deterioro de las capacidades mentales en aquellos `pacientes con factores de riesgo para su presentación. La depresión es un padecimiento común entre los que padecen demencia senil. En las fases iniciales de la enfermedad de Alzheimer la depresión reduce la capacidad de pensar con claridad y de llevar a cabo las actividades de la vida diaria. También aumenta la posibilidad de que se produzcan cambios en el comportamiento, tales como inquietud y agresión. Los adultos de edad avanzada que padecen Alzheimer y depresión asociadas, suelen mostrar signos de mejoría lenta cuando se le administran medicamentos antidepresivos.

La depresión es una afección co-mórbida, un síndrome incapacitante que afecta aproximadamente del 15% al 25% de los pacientes con cáncer⁽⁴⁴⁾. Un elemento crítico en el tratamiento del paciente es el poder reconocer los índices presentes de depresión para poder establecer el grado apropiado de intervención, que podría abarcar desde una consejería leve, a grupos de apoyo, medicación o psicoterapia. Algunas personas pueden tener más dificultad en ajustarse al diagnóstico de cáncer que otros, y variarán en la forma de responder al diagnóstico ⁽⁴⁵⁾.

El abordaje de los aspectos psicológicos del paciente que ha sufrido un episodio agudo coronario es de gran importancia, por una parte, porque una elevada proporción son personas con un patrón de conducta tipo "A", caracterizada por la tendencia a la competitividad, obsesión por el tiempo y la puntualidad, baja tolerancia a estar inactivos y, sobre todo, con una faceta tan negativa como la hostilidad, todo lo cual determina que sean sujetos altamente expuestos a estrés psíquico. Por otra parte, la aparición de un evento coronario agudo conlleva efectos devastadores sobre el estado de ánimo de las personas que lo sufren, debido a que las personas que presentan un infarto al miocardio suelen ser personas que hasta ese momento se consideraban sanas, y a partir de

ese momento se encuentran sometidos a una terapia médica muy agresiva. Esto hace que frecuentemente estos pacientes presenten trastornos depresivos de diversos grados. La presencia de depresión mayor tras un infarto de miocardio constituye un factor de riesgo importante de muerte en los seis primeros meses. Debido a los posibles efectos secundarios en el ámbito cardíaco de los fármacos antidepresivos se recomienda el control de estos pacientes por el psiquiatra.

Casi el 85% de los individuos infectados por HIV exhiben algún síntoma de depresión durante el curso de su enfermedad. El diagnóstico de depresión en la enfermedad por HIV puede ser complicado por factores como: tristeza apropiada en relación con una enfermedad que amenaza la vida, aflicción aguda y duelos múltiples, u otras reacciones psicológicas. Existen otros diagnósticos que también deben ser considerados, como: depresión debida a una enfermedad médica general, a abuso de sustancias o a medicación relacionada al HIV, sepsis secundaria a infección oportunista, neoplasias sistémicas, o complicaciones a nivel del SNC. La ideación suicida en el contexto de enfermedad por HIV no debería considerarse una reacción normal o comprensible a tener una enfermedad fatal y estigmatizate. Clínicamente, debería ser vista como un signo de enfermedad depresiva. Los factores de riesgo para suicidio en pacientes con infección por HIV incluyen: episodio actual o pasado de depresión mayor, intentos de suicidio previos, abuso de sustancias, aislamiento social, percepción de carencia de sostén social, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, trastorno de personalidad, problemas interpersonales o laborales relacionados al HIV, y duelo complicado⁽⁴⁶⁾.

Las estimaciones sobre incidencia y prevalencia de la depresión varían dependiendo de la definición del caso y del tipo del instrumento empleado ⁽³⁶⁾. En el presente estudio utilizamos dos escalas de valoración de la depresión a fin de que fueran complementarias y de acuerdo a la experiencia de un especialista en psiquiatría quien sugirió aplicar ambas pruebas. La Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos de los Estados Unidos (CES-D) y la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung, mostraron resultados diferentes, como era de

esperarse, por el mismo instrumento. El CES-D es considerado un instrumento para la valoración de sintomatología depresiva ampliamente utilizado en la población mexicana que incluye algoritmos para valorar la presencia y frecuencia de los síntomas respecto a cada criterio del DSM-IV además de que fue diseñado para estimar la sintomatología depresiva en estudios epidemiológicos sobre población general⁽⁴¹⁾. Es así que de acuerdo con este instrumento, hubo 36 (35.3%) pacientes con depresión; en las siguientes categorías: “Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor” 3 (2.94%), “Probable episodio de depresión mayor” 8 (7.84%), “Posible episodio de depresión mayor” 14 (13.72%), “Episodio depresivo subumbral” 11(10.78%, “Sin síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor” 66 (64.70 %). Mientras que el cuestionario de Zung, tiene aplicación para la consulta médica, de escrutinio rápido en la que están considerados los criterios del DSM IV, razón por la que hubo 15 (14%) con depresión.

De acuerdo con estos resultados, consideramos que es mejor utilizar el instrumento del CES-D para determinar la presencia de depresión ya que está apoyada en criterios internacionales y permite sub-clasificar la sintomatología depresiva. Quizá en el ámbito de la práctica clínica sea pertinente aplicar el cuestionario de Zung.

Los hallazgos del presente estudio han permitido vislumbrar la magnitud de la depresión en los pacientes con DM2; ya que han permitido determinar la prevalencia de depresión en nuestros pacientes diabéticos; lo cual como médicos familiares nos permitirá mejorar la relación medico-paciente y en su caso, realizar un envío oportuno al médico psiquiatra, en el entendimiento de que debemos explorar más la actitud del paciente y su dinámica familiar como factores contribuyentes para el adecuado control del paciente con DM2.

Aún se requiere de otros estudios que permitan estimar los trastornos de ánimo en pacientes con padecimientos crónico-degenerativos en relación con la etapa del ciclo vital de la familia cuando se establece el diagnóstico o se inicia la

presentación de las complicaciones, situaciones que hacen que se modifique la dinámica familiar.

11.- CONCLUSIONES

- a) La depresión se presentó en el 35.3% , con predominio del sexo femenino
- b) El grupo de edad más afectado fue entre los 51 y 60 años
- c) El 69,4% de los pacientes cursaban con una depresión leve
- d) El 56% de los pacientes negaron estar tristes por tener DM2.

12.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Llamas G, Libman I, La diabetes en las Américas. Bol Ofc. Sanit. Panam 1995; 118(1): 1-15
- 2.- Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de salud 2000. Programa de acción: Diabetes Mellitus México :2001 :11-22
- 3.- Federación Mexicana de Diabetes, AC : Diabetes en números ; <http://www.fmdiabetes/dnumers.asp>.
- 4.-Vázquez-Martínez JL, Gómez-Dantes H, Fernández-Cantón S: Diabetes Mellitus en Población Adulta del IMSS. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000; Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44(1):13-26
- 5.-The DECODE study group. Is fasting glucose sufficient to define diabetes? Epidemiological data from 20 European studies. Diabetología 1999;42:647-54.
- 6.-Edelstein SL, Knowler WC, Bain RP, Andres R, Barrett-Connor EL, Dowse GK, et al.. Predictors of progression from impaired glucose tolerance to NIDDM: an analysis of six prospective studies. Diabetes 1997; 46:701-1
- 7.-Shaw JE, Zimmet P, Hodge AM, de Courten M, Dowse GK, Chitson P, et al.. Impaired fasting glucose: how low should it go? Diabetes Care 2000;23:34-9.
- 8.-Costa A, Ríos M, Fernández M, Gomis R, Conget I.. The 1997 ADA diabetes diagnostic categories: impact on employees' annual medical examination. Diabet Med 1999;16:528-9.
- 9.- The DECODE study group.. Glucose tolerance and mortality: comparison of WHO and American Diabetes Association diagnostic criteria. Lancet 1999;354:617-21.
- 10.- Bach JF..Insulin-dependent diabetes mellitus as an autoimmune disease. Endocr Rev 1994;15:516-42.
- 11.-Tuomi T, Carlsson A, Li H, Isomaa B, Miettinen A, Nilsson A, et al.. Clinical and genetic characteristics of type 2 Diabetes with and without GAD antibodies. Diabetes 1999; 48:150-7.
- 12.-Atkinson M, MacLaren NK.. Mechanism of disease: the pathogenesis of insulin dependent diabetes mellitus. N Engl J Med 2001; 24:1014-8.

- 13.-Nepom GT.. Immunogenetics and IDDM. Diabetes Rev 1993;1:93-103.
- 14.-Imagawa A, Hanafusa T, Miyagawa J, Matsuzawa Y.. A novel subtype of type 1 diabetes mellitus characterized by a rapid onset and an absence of Diabetes-related antibodies. N Engl J Med 2000; 342:301-7.
- 15.- Piñero-Pilona A, Litonjua P, Aviles-Santa L, Raskin P.. Idiopathic type 1 Diabetes in Dallas, Texas. Diabetes Care 2001;24:1014-8
- 16.- The American Diabetes Association: Standard of Medical Care for Patients with Diabetes mellitus. Diabetes Care 2002; 25:833-849
- 17.- Herrera Pombo JH, Sánchez-Vilar: Diabetes mellitus tipo 2. Manifestaciones clínicas y seguimiento. Referencia a la medicina especializada. Medicine 2004; 9(16): 981-989.
- 18.- Sacarías Suárez MM , Bolet M Licea Puig M : Diabetes Mellitus tratamiento dietético Rev. Cubana Invest Biomed. 2002;21(2): 102-108
- 19.Congel I, Diagnóstico, Clasificación y Patógena de la Diabetes Mellitus. Rev. Esp Cardiol 2002; 55: 528-538
- 20.-Porte D Jr, Seeley RJ, Woods SC, Baskin DG, Figlewicz DP, Schwartz MW.. Obesity, diabetes and the central nervous system. Diabetologia 1998;41:863-81.
- 21 Ferranini E.. Insulin resistance versus insulin deficiency in NIDDM: problems and prospects. Endocrine Reviews 1998;19:477-90.
- 22.- American Diabetes Association: Implications of the Diabetes Control and Complication Trial . Diabetes Care 2001; 24: S25-S32
- 23.- Codario R, Jefferson T: Tópicos de diabetes: tratamiento combinado para diabetes tipo 2, Atención Medica/agosto 2003
- 24.- Anderson R. Freedland K, Clouse R, Lustran P. The prevalence of comorbid depression in adults whit diabetes. Diabetes Care 2001; 24: 1069-1070
- 25.- ADANED Programa de Actualización y Desarrollo Académico para el Médico, Revisiones Bibliografiitas para el médico general, marzo 2002 Vol 7 (1)
- 26.- Hirsch A, Woods S: Diabetes y Depresión. Departamento de Diabetes y Enfermedades Metabólicas, Bethanien-Hamburg Alemania
- 27 Garduño- Espinaza J, Téllez-Centeno J. Hernández –Ronquillo L.: Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2: Rev. Inv Clin. 1998 (50)

- 28.- Lane J, McCaskill C, Williams P, Parekh P, Feinglos M, Surwit R: Personality correlates of Glycemic control in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2000; 23: 1321-1325.
- 29.- Lustman P, Griffith L, Freedland K, Kissel S, Clouse R: Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1998; 129: 613-621.
- 30.- Lustman P, Freedland K, Griffith L, Barnes L, Miller C, Anderson K, McGill J, Rubin E, Clouse R: Effects of major depression on health related quality of life in type 2 diabetes: a controlled analysis. *Diabetes* 1999; A48.
- 31.- Jacobson A, de Groot M, Samson J: The effects of psychiatric disorders and symptoms on quality of life in patients with type I and type II diabetes mellitus. *Qual Life Res* 1997; 6: 11-20.
- 32.- Koenig H, George L, Peterson B, Pieper C: Depression in medically ill hospitalized older adults: prevalence characteristics, and course of symptoms according to six diagnostic schemes. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1376-1383.
- 33.- Agencia Médica. Asociación entre las complicaciones de la diabetes y la depresión. *Psychosom Med* 2001; 63: 619-630.
- 34.- Lustman P, Anderson R, Freedland K, de Groot M, Carney R: Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23: 934-942.
- 35.-Pineda N, Bermúdez V, Cano C *et al.* Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *AVFT*, 2004, vol.23, no.1, p.74-78. ISSN 0798-0264.
- 36.- Ayuso Mateos JL: Depresión: una prioridad en salud pública. *Med Clin (Barc)*2004; 123(5): 181-6
- 37.- Frenk J, Lozano R, González MA: Economía y Salud: Propuesta por el avance del sistema de salud en México, México DF. Fundación Mexicana para la Salud; 1999
- 38.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R: Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Mex.* 2005,47 supl. 1:S4-S11
- 39.-DSM-IV: Guía de uso: Edit. Masson. 1997
- 40.-Asociación Psiquiátrica Americana: DSM-IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Masson, Barcelona 2002

- 41.- Reyes –Ortega M, Soto Hernández AL, Milla-Kegel JG, García Ramírez A, Hubard, Vignau I.:Actualización de la escala de depresión del Centro de estudios Epidemiológicos (CES-D) Estudio piloto en una muestra geriátrica mexicana. Salud Mental 26(i): 59-68
- 42.-Leonard B, Borgea F, Diman T, : Explorador Cerebral-Trastornos cerebrales-depresión-diagnostico. NS Forum Londbech Institute
- 43.-Magruder-Habib , Zung W W Feussner JR. Improving physicians recognition and treatment of depression in general medical care: results from a randomized clinical trial. Med Care 1990; 28: 239-250.
44. - Henriksson M, Isometsä E, Hietanen PS Mental disorders in cancer suicides. 1995
45. - Lloyd-Williams M, Friedman T. Depression in paliative care patients-a prospective study. Eur J Cancer Care 2001
- 46.- Manejo Psiquiátrico de la Infección por VIH y del SIDA: www.mednet

13. ANEXOS

Anexo 1.- Carta de consentimiento informado

IMSS
Delegación Querétaro

Querétaro, Qro. _____ de _____ del 2006.

Por medio del presente Yo _____ acepto participar en el proyecto de investigación. Titulado. “Prevalencia de depresión en diabéticos” al cual he sido invitado, cuya responsable es la Dra. Modesta Sánchez Nava, médico familiar de la UMF No. 9, previa información clara y veraz sobre lo que consiste dicho estudio. Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder un cuestionario y la finalidad que persigue dicho estudio, teniéndose en cuenta que toda información que se obtenga será para fines académicos y se mantendrá en forma confidencial

Lugar y fecha

Firma del paciente

Firma del testigo.

Anexo 2

. ESCALA DE TAMIZAJE CES-D (Versión en español)

Instrucciones

Se le muestra a continuación una lista de sensaciones y situaciones que es posible que haya tenido en algún momento. Por favor, indique aquéllas que le hayan sucedido durante las dos semanas pasadas, marcando con una X el casillero correspondiente, según la frecuencia con la que haya estado afectado por ello.

Durante la semana pasada	Raramente, Nunca, Menos de un día	Algo, Poco, Entre 1-2 días	A veces, Bastante, Entre 3-4 días	Mucho, Siempre, Entre 5-7 días
Me he enfadado por cosas que habitualmente no me molestan				
No he tenido ganas de comer Mi apetito es malo				
He sentido que no me podía librar de la tristeza con la ayuda de mis familiares o amigos				
Sentía que era tan bueno como cualquier cosa				
Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hacía				
Me he sentido pesimista				
Me ha costado esfuerzo hacer cualquier cosa				
Me he sentido ilusionado con mi destino				
He pensado que mi vida había				

sido un fracaso				
Me he sentido temeroso				
Mi sueño ha sido inquieto				
Yo era feliz				
Hablaba menos de lo habitual				
Me he sentido muy solo				
La gente era muy poco amistosa				
Disfrutaba de la vida				
He llorado a ratos				
Me siento triste				
He sentido que la gente me tenía antipatía				
No me podía “poner en marcha”				

ANEXO 3

Categorías y criterios para el algoritmo de clasificación de respuestas del CES-D

Categoría	Criterios
Síntomas clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	Presencia de síntomas en al menos 5 criterios incluyendo necesariamente la presencia de síntomas de anhedonia o disforia durante al menos dos semanas
Probable episodio de depresión mayor	Presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con solo 4 síntomas (uno menos que el criterio del DSM-IV)
Posible episodio de depresión mayor	Presencia de anhedonia o disforia durante casi todos los días en las últimas dos semanas pero con solo 3 síntomas (dos menos que el criterio del DSM-IV)
Episodio depresivo sub-umbral	Con resultado de 16 o más puntos en la escala revisada y sin estar en alguna de las categorías anteriores.
Sin síntoma clínicamente significativos de episodio de depresión mayor	Incluyendo a quienes tuvieron un resultado menor a 16 puntos en la escala

ANEXO 4

CUESTIONARIO DE ZUNG

Nombre del paciente _____

Edad _____ Sexo _____ Fecha _____

Por favor señale una respuesta de cada uno de los 20 elementos	Nada o pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces o siempre
1.-Me siento abatido, desanimado y triste				
2.- Por la mañana es cuando mejor me siento				
3.- tengo ataques de llanto o deseos de llorar				
4.- Tengo problemas de sueño durante la noche				
5.Como igual que antes				
6.- disfruto al mirar , conversar y estar con mujeres/hombres atractivos				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.-Tengo problemas de estreñimiento				
9.- Mi corazón late más rápido de lo acostumbrado				
10.- me canso sin motivo				
11.- mi mente esta tan despejada como siempre				
12.- me resulta fácil hacer todo				
13.- me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto				
14.- tengo esperanzas en el futuro				
15.- soy más irritable que de costumbre				
16.- tomo las decisiones fácilmente				
17.- siento que soy útil y necesario				
18.- siento que mi vida esta llena				
19.- siento que los demás están mejor sin mi, si estuviese muerto				
20.- sigo disfrutando con lo que hacia				

ANEXO 5

Criterios par calificar escala de Zung

11.	1	2	3	4	
2	4	3	2	1	
3	1	2	3	4	
4	1	2	3	4	
5	4	3	2	1	
6	4	3	2	1	
7	1	2	3	4	
8	1	2	3	4	
9	1	2	3	4	
10	1	2	3	4	
11	4	3	2	1	
12	4	3	2	1	
13	1	2	3	4	
14	4	3	2	1	
15	1	2	3	4	
16	4	3	2	1	
17	4	3	2	1	
18	4	3	2	1	
19	1	2	3	4	
20	4	3	2	1	

Índice de SDS	Impresiones clínicas equivalentes globales
DEBAJO DE 50	Dentro de lo normal, sin psicopatología
50-59	Presencia de depresión mínima o ligera
60-69	Presencia de depresión moderada
70 o más	Presencia de depresión severa o extrema

ANEXO 6

Cuestionario de Folstein

1. ORIENTACIÓN

Dígame el día Fecha Mes Estación Año (5)

Dígame el lugar Planta Ciudad Provincia Nación (5)

2. FIJACIÓN

Repita estas tres palabras: Peseta, caballo, manzana (3)

3.- CONCENTRACION Y CALCULO

Si tiene 30 pesetas y me dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (5)

Repita: 5, 9, 2 (repita hasta que lo aprenda) (3)

Ahora hacia a tras

4.- MEMORIA

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (3)

5.- LENGUAJE Y CONSTRUCCION

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)

Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros” (1)

Una manzana y una pera son frutas, ¿Qué son el rojo y el verde? (2)

¿Qué son el perro y el gato?

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (3)

Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos (1)

Escriba una frase (1)

PUNTUACION.

>=30: Normal

29-24: Discreto Déficit

<24 Deterioro cognitivo