



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA



DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HERMOSILLO SONORA

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS QUE ACUDEN A
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 DEL
IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LA PAZ MURO ROJAS

HERMOSILLO SONORA

FEBRERO 2007



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.

TITULO

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS QUE ACUDEN A
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 DEL
IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LA PAZ MURO ROJAS

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
CORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

TITULO

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS QUE ACUDEN A
LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 37 DEL
IMSS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA DE LA PAZ MURO ROJAS

AUTORIZACIONES:

DR. EFRAIN LAUTERIO GARCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS

LIC. EN PSICOLOGIA LETICIA ZARRABAL MURRIETA

ASESOR DE METODOLOGIA DE TESIS

DR. EFRAIN LAUTERIO GARCIA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JESUS RAMON MORENO DIAZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION

AGRADECIMIENTOS

A Dios todopoderoso, que puso en mi camino esta gran oportunidad, que siempre permaneció en mi interior y que sin el no lo hubiera logrado.

A mi esposo por impulsarme y no bloquear mi camino, por su apoyo, su amor, su paciencia y comprensión.

A mis hijos que en todo momento estuvieron conmigo, que tal vez, los agoté con mi necesidad, aun sin embargo solo recibí su ayuda y amor.

A mi madre, que aunque no la tengo cerca de mi siempre he recibido por parte de ella sólo amor incondicional, apoyo moral y la ternura de que sólo ella es capaz.

A mi padre, que ya no está en esta vida, pero que gracias a su tenacidad me impulso a ser una profesionista, y me enseñó lo que es la honestidad, y las ganas de seguir adelante.

A Leticia por su gran ayuda, por su disposición, por colaborar conmigo en esta aventura

Al maestro por su aportación, con toda mi admiración, por ser una persona dedicada a la enseñanza que tanto hace falta en nuestro medio.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO.

1.1. Descripción histórica de Diabetes Mellitus	7
1.2. Diabetes Mellitus en México.....	8
1.3. Algunas complicaciones de Diabetes Mellitus.....	9
1.4. Depresión Mayor.....	9
1.5. Diabetes Mellitus asociada con Depresión.	11

CAPÍTULO II. MATERIALES Y MÉTODOS.

2.1. Planteamiento del problema.....	13
2.2. Tipo de estudio.....	13
2.3. Selección del tamaño de la muestra.....	13
2.4. Criterios de inclusión.....	14
2.5. Criterios de exclusión.....	14
2.6. Justificación.....	14
2.7. Objetivos.....	15
2.8. Descripción general del estudio.....	15
2.9. Especificación de las Variables.....	16
2.10. Sistema de captación de la información y análisis estadístico.....	16
2.11. Resultados.....	17

CAPÍTULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .

3.1. Discusión.....	31
3.2. Conclusiones.....	32
3.3. Recomendaciones.....	32

Bibliografía.....	34
-------------------	----

Anexos.....	
-------------	--

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del IMSS, de la Ciudad de Hermosillo, Sonora, México.

Material y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, no intervencionista, observacional, transversal de tipo descriptivo. Encuestando a los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus, que acudieron a la consulta externa en el consultorio No. 2 del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del IMSS, de Hermosillo, Sonora; la cual es una unidad medica primer nivel de atención, con población cautiva. La recolección de información se realizó durante el periodo de tiempo comprendido del 1º de marzo del 2005 al 28 de febrero del 2006. Se utilizó un muestreo de tipo no probabilístico del método de conveniencia, para seleccionar a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión que se delimitaron para esta investigación, quedando la muestra total en 50 pacientes, a los cuales se les aplicó una entrevista estructurada y la escala de Depresión de Beck.

Resultados: Se encontró una prevalencia de depresión del 38.8%, en los pacientes con Diabetes Mellitus. Se estimó un intervalo de confianza entre un 25.2% a 52.4% (con 95% de confianza).

Conclusiones: Existen fuertes indicadores de que los problemas emocionales, y en concreto la depresión, a menudo no son reconocidos y no se diagnostican de manera anticipada y oportuna, no solo como comorbilidad de la diabetes misma, sino también con las complicaciones con otros órganos y sistemas.

Palabras claves: *Depresión, Diabetes Mellitus.*

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Descripción de los antecedentes históricos de la Diabetes Mellitus

La primera referencia de la Diabetes Mellitus se encuentra en el papiro de Ebers (1535 a.C.) encontrando en 1862 en Tebas en el que se describe a una enfermedad caracterizada por el flujo de grandes cantidades de orina además de remedios y medidas para tratarla, entre estas, algunas restricciones dietéticas ⁽¹⁾, la enfermedad producía sed intensa, a tal grado que se le secaba la boca y el cuerpo a quienes la padecían, además de que adelgazaba, se desesperaban y morían en forma prematura, porque a menudo se le sumaban otras enfermedades ⁽²⁾.

Thomas Cawley en 1788 observó que la Diabetes Mellitus tenía su origen en el páncreas, en 1813 – 1878 Claude Bernard observó de que el azúcar que aparece en la orina de los diabéticos había estado almacenado en el hígado en forma de glucógeno. Las funciones del páncreas como glándula capaz de reducir los niveles de glucosa en sangre comenzaron a aclararse en la segunda mitad del siglo XIX. ^(1,2) En los últimos años del siglo XIX y los primeros del siglo XX, se realizaron grandes esfuerzos para aislar la insulina, y fue en el año de 1921 que fue descubierta por Frederick Grant Banting.

La prevalencia de la Diabetes Mellitus continúa en ascenso. En 1985 se estimó que existían 30 millones de personas con Diabetes, y para 1995 la cifra creció a 135 millones y para el año 2025 se calcula será de 300 millones, los diez países con mas casos en el mundo son por orden de frecuencia India, China, Rusia, Japón, Brasil, Indonesia, Pakistán, México y Ucrania, de continuar con esta tendencia, México en el año del 2025 ascenderá al séptimo lugar. ^(1,3)

La Organización Mundial de la Salud estimó que en 1999 ocurrieron 55, 965,000 muertes y de estas el 1.4 % fueron debidas a diabetes; para ese mismo año en América ocurrieron 5, 687,000 defunciones y alrededor del 3.7% fueron registradas como Diabetes, se calcula que debido a problemas específicos de registros deficientes, la Diabetes podría estar ocasionando una mortalidad mucho mayor,

urge sea reportada en las estadísticas vitales. El número total de muertes relacionadas por ésta causa en América Latina y el Caribe podría ascender a alrededor de 300,000 por año, es decir el porcentaje se incrementaría a 5.1%. (1, 4,5)

1.2. Diabetes Mellitus en México

La Diabetes Mellitus constituye un síndrome con un metabolismo alterado e hiperglucemia inapropiada debido a deficiencia en la secreción de insulina o a la combinación de una resistencia a la insulina y una secreción inadecuada compensatoria de ésta. (6)

La hiperglucemia crónica esta asociada con daño a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos especialmente, ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

La Diabetes se clasifica en dos tipos principales. La diabetes tipo 1 generalmente por destrucción de las células beta del páncreas y consecuente deficiencia absoluta de insulina, ocurre en un 5 – 10 % de los pacientes. (1, 6,7)

En la diabetes tipo 2 generalmente presente en individuos con deficiencia relativa de insulina, la incidencia es del 90 – 95%, muchos pacientes son obesos, esto causa cierto grado de resistencia a la insulina. (1,6)

La Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas en 1993 señala que en nuestro país un tercio de las personas que presentan Diabetes desconocen que la padecen. Por otra parte la prevalencia de 7.2% de los enfermos detectados por glicemia venosa se incremento al 8.2% en la población de 20 – 69 años de edad, las cifras más altas se registraron en la región norte del país, además se encontró un elevado riesgo de desarrollar diabetes en la población sin educación escolarizada y en la que sólo terminó la primaria (15 y 11 % respectivamente). (1, 8,9)

Las personas afectadas por diabetes no están diagnosticadas y se calcula que trascurren de 5 a 7 años desde el momento del inicio de la enfermedad hasta el momento del diagnóstico, en México el 10.8% de la población mayor de 20 años padece Diabetes es decir alrededor de 5.2% millones de mexicanos.

En sonora no es muy diferente, ya que la Encuesta Nacional de Salud encontró que el 10.3% de las personas que fueron entrevistadas padecían Diabetes Mellitus, se

considera la tercera causa de muerte en Sonora, en promedio se registran 3.6 fallecimientos diarios por complicaciones crónicas de la Diabetes ^(1, 7,9).

1.3. Algunas de las complicaciones de la Diabetes Mellitus

Es indudable que el principal problema de la Diabetes Mellitus es la presencia de complicaciones metabólicas, vasculares y neurológicas. Las complicaciones a largo plazo incluyen retinopatía con disminución potencial de la visión; neuropatía que lleva a falla renal; neuropatía periférica con riesgo de úlceras en el pie, amputaciones y articulaciones de Charcot; neuropatía autonómica causando síntomas gastrointestinales, genitourinarios, cardiovasculares y disfunción sexual ⁽¹⁰⁾.

Cabe señalar que durante las décadas de 1920 y 1930 las complicaciones de la Diabetes Mellitus eran raras, pero que a partir de 1960 empezaron a surgir como importantes problemas de salud pública, en gran medida debido a una mayor sobrevivencia de los pacientes. En la actualidad la Diabetes Mellitus es la principal causa de amputación de miembros inferiores y de insuficiencia renal en los Estados Unidos de Norteamérica (EUA). A su vez, es la principal causa de ceguera en la población económicamente activa y una de las principales causas de discapacidad, mortalidad prematura, malformaciones congénitas y otros problemas de salud agudos y crónicos, como cetoacidosis diabética, cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y depresión mayor.

1.4. Depresión mayor

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes por su incapacidad como por el dolor que causa al ser humano, las personas se deterioran desde el punto de vista físico, mental y social, la depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativo y otros de componente psicológico, también se involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) ^(11,12), un gran número de pacientes concurren a

los servicios de medicina familiar, cabe mencionar que un 50% de los pacientes con depresión no son detectados en la atención primaria, su incidencia va en aumento en países industrializados. En cuanto al género, se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón. ⁽¹²⁾

En los individuos con Diabetes Mellitus la pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente empieza a verse a sí mismo de la misma manera como el piensa que los demás lo ven, siente que la gente lo ve inútil, tristeza e infelicidad. ^(7,13)

Los trastornos del estado de ánimo, según se definen en el DSM-IV abarcan a la depresión mayor, distimia, trastorno bipolar, ciclotimia y trastornos en el estado de ánimo; la prevalencia de la depresión a lo largo de la vida podía ser hasta de 5.8%. ⁽¹⁰⁾

La depresión tiene un impacto negativo en el individuo, de forma similar que la tienen otros padecimientos médicos, en la actualidad la depresión unipolar recibe la denominación de depresión mayor, requiere un mínimo de duración de dos semanas en donde se presentan los síntomas de la depresión, el humor deprimido, la tendencia al llanto, y la pérdida de interés y placer en las actividades habituales y pasatiempos, el insomnio, la angustia, el aumento o pérdida de apetito, alteraciones menstruales y disminución en el deseo sexual. ^(10,14)

La depresión mayor se clasifica como leve, moderada y severa, y se valora la posibilidad de tratamiento ya sea recibir una psicoterapia o la indicación imprescindible de la utilización de antidepresivos. ⁽¹⁰⁾

La propuesta actual de tratamiento es que si se trata del primer episodio, el tiempo recomendado de tratamiento es de un año, en cambio en el caso de más de dos episodios de depresión mayor recomienda un tratamiento ininterrumpido. ^(10,15)

1.5. La Diabetes Mellitus asociada con la Depresión

Investigaciones recientes han demostrado que las personas con diabetes tienen el doble de tasa de depresión que las personas sin diabetes, tanto como una de cada tres personas con diabetes tienen síntomas de depresión. En estos pacientes se vio que mejoraban de la depresión, en cuanto a mejor control de su diabetes ^(16,17), Garduño – Espinoza en 1998 encontró que las mujeres tenían más depresión que los hombres y que el 11% presentaban depresión mayor y el 31% sólo síntomas de depresión. ⁽¹⁸⁾

La prevalencia de la depresión en la población general es de 6%, en los pacientes diabéticos este porcentaje se eleva al 18%. ^(4,19)

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes diabéticos resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga hiporexia, trastornos cognitivos, así como las alteraciones de la memoria, causadas por la misma depresión se superponen a las de la diabetes descompensada, en caso de incertidumbre diagnóstica, y una segunda valoración psiquiátrica de síntomas en el control de la glicemia puede ser decisiva. ^(13,20)

La depresión mayor se ha identificado como un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones de la diabetes, además puede aparecer como complicación de la diabetes. La aparición de una complicación debilitante de la diabetes a largo plazo como por ejemplo, afectación visual o neuropatía dolorosa representa una pérdida para la persona con diabetes. ^(11, 16,21)

Un estudio realizado en la Universidad J. Hopkins con 2,000 personas a lo largo de 13 años encontró que las personas con depresión tenían más del doble de posibilidades de adquirir la enfermedad que los demás. ⁽⁵⁾

Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, según señalan los investigadores en la Revista Diabetes Care. Sin embargo, depende de cada persona que la diabetes preceda o suceda al inicio de la depresión, según explican el Dr. Patrick Lustman y sus colegas de la Universidad de Washington en St. Louis. ^(3, 4,22)

Estudios recientes han demostrado que las personas con diabetes presentan el doble de casos de depresión que las personas sin diabetes de la misma edad (la depresión no se manifiesta siempre después del diagnóstico de la diabetes). Incluso hay científicos que piensan que podría haber una base hereditaria común para la depresión y la diabetes y eso explicaría porque ocurren tantas veces juntas. También es posible que la depresión ocurra con la misma frecuencia en personas que padecen otras enfermedades crónicas (no hay hasta el momento respuesta para esta pregunta).⁽²³⁾

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⁾

Lo más importante es que se ha descubierto que las personas con Diabetes Mellitus y Depresión tienen un factor de riesgo para las enfermedades cardíacas, incremento en problemas renales, de los ojos y la circulación están relacionados con la diabetes mellitus.

La presencia de la diabetes dobla las posibilidades de una depresión co-mórbida, aunque los estimativos de prevalencia están afectados por varias variables clínicas y metodológicas, informaron los investigadores Ryan J. Anderson, Kenneth E. Freedland, Ray E. Clouse y Patrick J. Lustman del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington en San Luis, Missouri en la Revista Diabetes Care.⁽²⁵⁾

CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Planteamiento del problema

¿Cuál es la relación entre Diabetes Mellitus y Depresión en pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del IMSS, en la consulta externa, en la ciudad de Hermosillo, Sonora?

2.2. Tipo de estudio

Se realizó un estudio prospectivo, no intervencionista, observacional, transversal de tipo descriptivo.

2.3. Selección del tamaño de la muestra

La población con la cual se trabajó para seleccionar la muestra, fueron los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que acudieron para su control a la consulta externa del consultorio No. 2 del turno matutino de la Unidad de Medicina Familiar No. 37 del IMSS de la Cd. de Hermosillo, Sonora, durante el periodo de tiempo comprendido del 1º de marzo del 2005 al 28 de febrero del 2006.

Se calculó el tamaño de muestra mediante la fórmula usada para estudios con una proporción de una sola muestra. La formula fue la siguiente:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2} \sqrt{\pi^0 (1 - \pi^0)} + Z_{\beta} \sqrt{(\pi^0 (1 - \pi^0) / (0 - 1))^2})^2}{(0 - 1)^2}$$

Donde:

Z (es el valor Z de las dos colas (=0.05);

Z (es el valor Z de la hipótesis alternativa o la posibilidad de que el estudio dependa del azar (=0.20);

(0 es una estimación de la proporción (0 =20%);

(1 es la proporción que se espera encontrar en la población (1 =30%).

El tamaño de muestra recomendado fue n=136 pacientes, finalmente la muestra de estudio quedó constituida por la selección de 50 pacientes siendo éstos los que

cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión, los cuales se mencionan a continuación.

2.4. Criterios de inclusión

- Todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acudan a la consulta externa durante el periodo de estudio.
- Todo paciente deberá estar previamente agendados electrónicamente en el control e informe de consulta externa;
- En el expediente clínico deberá de encontrarse la nota médica de diagnóstico de diabetes mellitus.

2.5. Criterios de exclusión

- Pacientes que no acepten la entrevista;
- Pacientes con antecedentes de depresión;
- Pacientes en tratamiento por diagnóstico de depresión;
- Pacientes con antecedentes familiares de depresión;

2.6. Justificación

Si bien cualquier enfermedad crónica degenerativa incrementa el riesgo de depresión, la correlación con la diabetes es fuerte debido a las numerosas complicaciones, así como a los cambios de estilos de vida que tiene que hacer quienes la padecen. La importancia de conocer la frecuencia de la asociación de diabetes-depresión resulta relevante, ya que permitirá conocer su incidencia y con ello la elaboración o reajuste de los programas de intervención a nivel preventivo y curativo, evitando así riesgos y complicaciones al permitir un diagnóstico oportuno, así como brindar un adecuado manejo de la depresión en el paciente diabético, repercutiendo con ello las posibles complicaciones, así como incidir en las conductas de auto cuidado, en un mayor apego y seguimiento del tratamiento, un incremento en la función laboral y social, así como el acceso a mejores niveles en la calidad de vida.

2.7. Objetivos

Objetivo General

- Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus.

Objetivos Específicos

- Identificar características sociodemográficas del paciente con Diabetes Mellitus;
- Identificar presencia y sus características de síntomas depresivos;
- Identificar pacientes con diagnóstico clínico de depresión;
- Asociar las variables demográficas de los pacientes con la presencia de depresión.

2.8. Descripción general del estudio

Una vez identificados los pacientes que cumplían con ambos criterios, tras previo consentimiento informado de carácter verbal y respetando todas las consideraciones éticas, así como las normas y reglamentos de la institución, se procedió a la aplicación del Inventario para Depresión de Beck (IDB), el cual es un instrumento de auto informe para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, tanto en la práctica profesional como en la investigación. Éste inventario consta de 21 indicadores para evaluar la presencia de depresión y su intensidad, cada uno de los cuales cuenta con un conjunto de cuatro alternativas de respuestas, la cual se elige según sea la que se aproxime a su estado de ánimo durante la última semana, incluyendo el día de la aplicación. Cada indicador se evalúa de 0 a 3 puntos en función de las alternativas escogidas. La puntuación total de los 21 indicadores varía de 0 al 63. Por otra parte, la entrevista estructurada, permitió a través de sus indicadores conocer los datos sociodemográficos, así como las características de la enfermedad (patología) de los pacientes en estudio.

2.9. Especificación de las variables

- Variable Independiente: Diabetes Mellitus
- Variable Dependiente: Depresión.

Variable	Tipo de variable
Num. afiliación IMSS	Clasificación
Edad	Numérica continua
Género	Nominal
Escolaridad	Categórica
Estado civil	Categórica
Ocupación	Categórica
Ciudad de residencia	Categórica
Peso	Numérica
Talla	Numérica
IMC	Numérica continua
Puntaje total de Beck	Numérica continua
Diagnóstico según Escala de Beck	Categórica

2.10. Sistema de captación de la información y análisis estadístico

Los datos que se recabaron tanto del IDB y la Entrevista Estructurada, se capturaron en una hoja de cálculo (Excel), la cual posteriormente se importó para su análisis estadístico en el programa SPSS para su análisis estadístico descriptivo, los resultados posteriormente se graficaron utilizando el programa Harvard Graphics.

Con el objetivo de identificar las características sociodemográficas de la población con Diabetes Mellitus de este trabajo se usaron medidas de tendencia central, medidas de dispersión y gráficas para describir las variables de edad, peso, talla, tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y puntaje total de escala de Beck.

Se usaron frecuencias y porcentajes para la describir las variables categóricas y nominales como prevalencia de depresión, género escolaridad, estado civil, ocupación, religión, lugar de residencia y el diagnóstico de la escala Beck.

Para el análisis estadístico se usó el estimador de intervalos de confianza para una proporción para determinar un intervalo de confianza para la prevalencia de depresión; se usó la prueba del coeficiente de correlación de Pearson para correlacionar las variables numéricas como IDB con IMC y Escolaridad y la prueba de “t” para correlación; se usó la prueba “t de Student” para muestras independientes para comparar la edad promedio de los grupos con presencia-ausencia de depresión y para comparar el puntaje total promedio de IDB por género; su usó la prueba “Chi²” para establecer relaciones de homogeneidad entre las variables de IDB con ocupación y escolaridad.

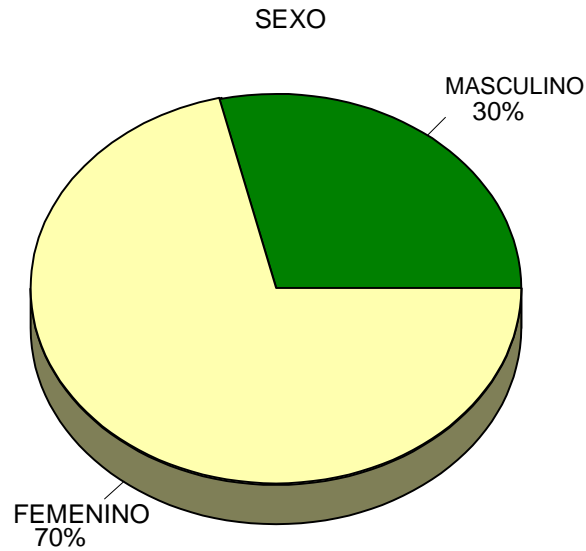
2.11. Resultados

Prevalencia de Depresión

Se encontró una prevalencia de depresión del 38.8% en los pacientes diabéticos que acudieron a la consulta externa de la unidad de medicina familiar No. 37 del IMSS durante el estudio en el periodo comprendido entre el 1º de marzo del 2005 al 28 de febrero del 2006.

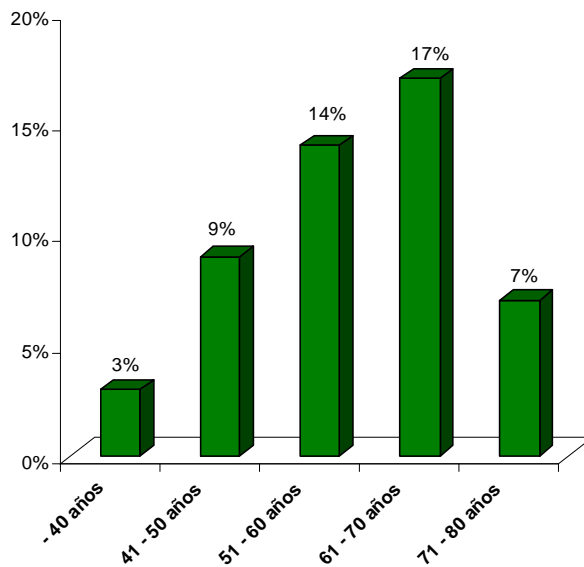
Se estimó un intervalo de confianza que mostrara la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos que acuden a esta unidad en el turno matutino, y es entre un 25.2% a 52.4% (con un 95% de confianza).

Se entrevistaron a un total del 50 pacientes de los cuales el 70% fueron mujeres y el 30% hombres (Graf. No.1).



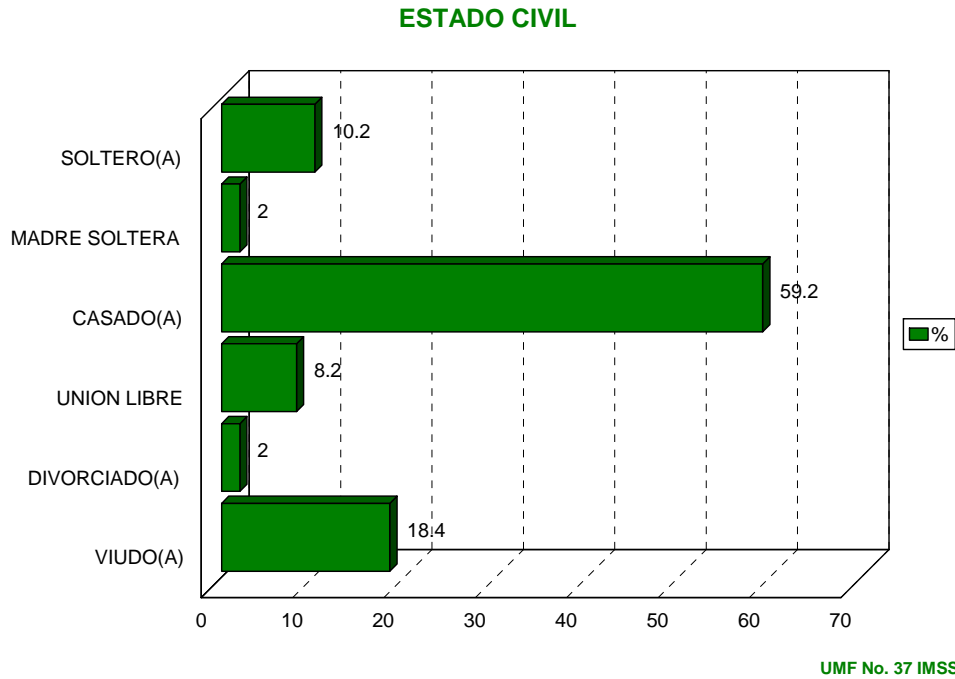
UMF No. 37 IMSS

En relación a la edad de los pacientes encuestados, la media fue de 58 con una desviación estándar de 10 años con una moda de 62, la edad mínima fue de 38 años y la edad máxima de 80 años, el grupo de edad más frecuente fue 61 a 70 años, (Graf. No.2).

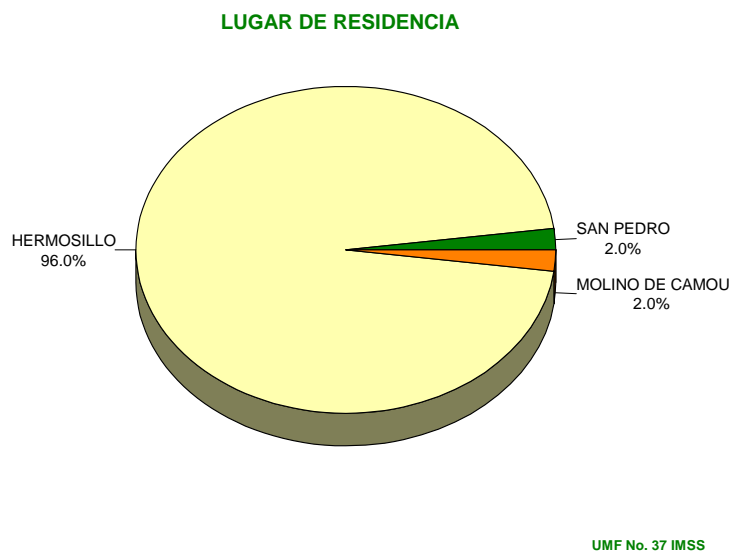


Rango de Edad	Frec.	Porcentaje
- 40 años	3	6%
41 - 50 años	9	18%
51 - 60 años	14	28%
61 - 70 años	17	34%
71 - 80 años	7	14%

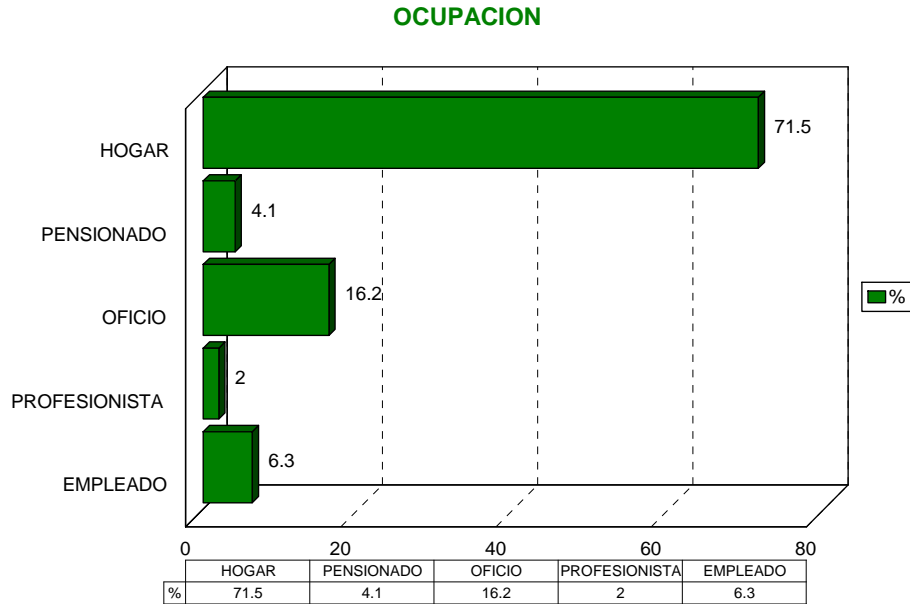
El estado civil de mayor frecuencia fue casado(a) 59.2%, seguido de viudo (a) 18.4% y soltero 10.2%. (Graf. No.3).



El 96.0% de los pacientes tiene su lugar de residencia en Hermosillo, Sonora y el restante en municipios aledaños como San Pedro y Molino de Camou, 2% respectivamente. (Graf. No 4).



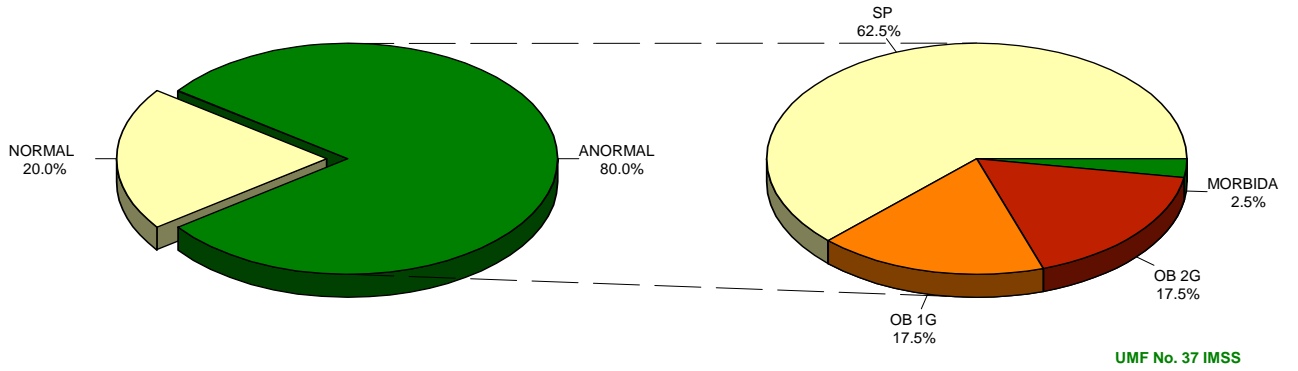
Referente a las actividades ocupacionales de los encuestados, el 71.5% se dedican a labores exclusivas del hogar, el 16.2% realizan un oficio, 6.3% son empleados, 4.1% pensionado y 2% profesionista. (Graf. No.5).



UMF No. 37 IMSS

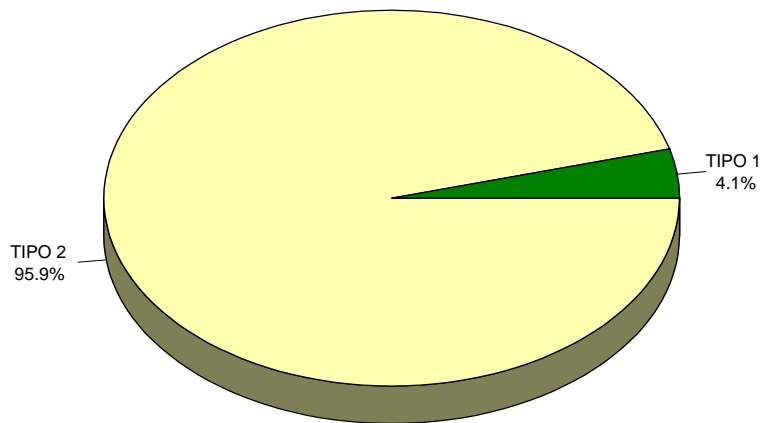
En relación al peso de los pacientes encuestados, el peso promedio fue de 78.5 kg, con una desviación estándar de 16 Kg. El peso máximo fue de 139 Kg. y el mínimo de 50 Kg. En cuanto al Índice de Masa Corporal (IMC) solo el 20% se encuentra entre los estándares normales de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana (1998 **) y el restante 80% presenta algún grado de obesidad; de éste grupo, el 62.5% presenta sobre peso, 17.5% obesidad grado I, 17.5% obesidad grado II y el 2.5% obesidad mórbida. (Graf. No.6).

INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS PACIENTES CON DM



El 95.1% de los pacientes tienen diabetes tipo 2 y el restante 4.9% del tipo 1. (Fig. No.7)

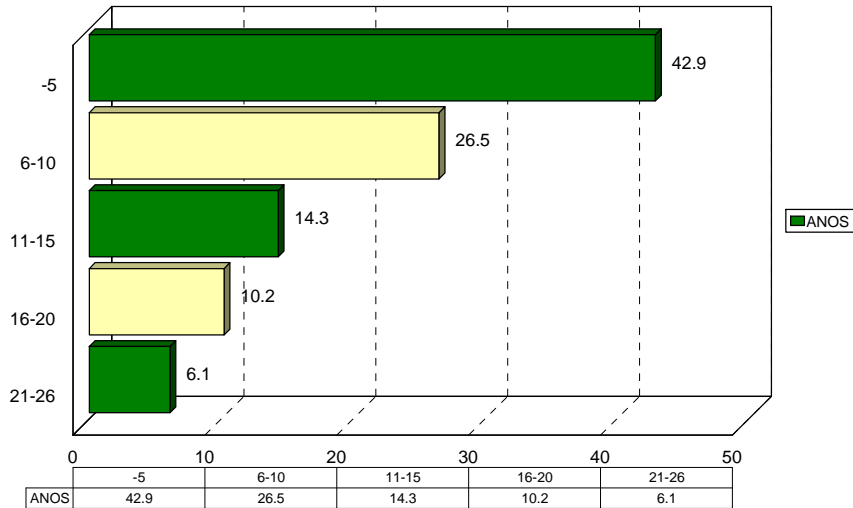
TIPO DM



En cuanto al tiempo que tienen los pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus, encontramos que el 42.9% tiene menos de 5 años de evolución, el 26.5% entre 6 y

10 años, un 14.3% entre 11 y 15 años, 10.2% entre 16 y 20 años y el 6.1% más de 21 años con dicho diagnóstico (Fig. No. 8).

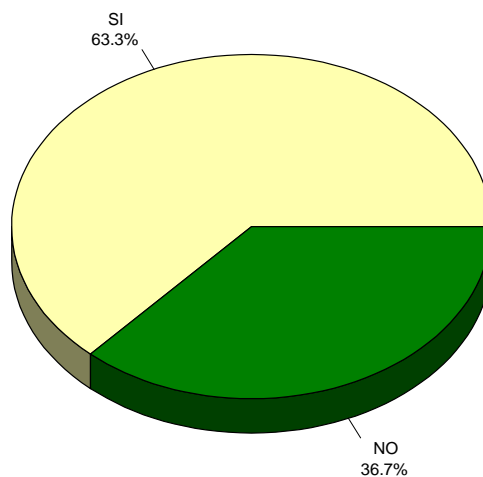
TIEMPO DE EVOLUCION DE DM



UMF No. 37 IMSS

El 63.3% de los encuestados cuentan con antecedentes familiares de Diabetes Mellitus, en los que menciona a diferentes miembros de la familia como: madre, padre, hermanos, tíos, abuelos, etc. (Fig. No.9)

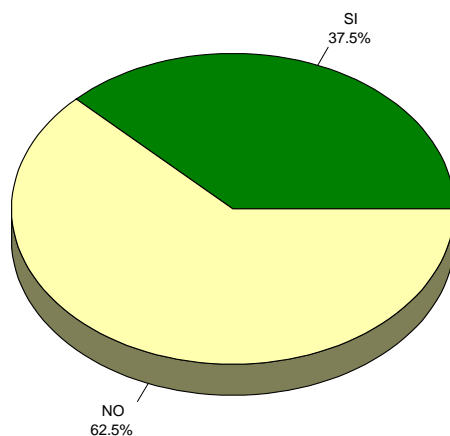
ANTECEDENTES FAMILIARES DE DM



UMF No. 37 IMSS

De igual forma, el 37.5% refiere el fallecimiento de un familiar en los últimos años a consecuencia de esta enfermedad la Diabetes Mellitus. (Fig. No. 10).

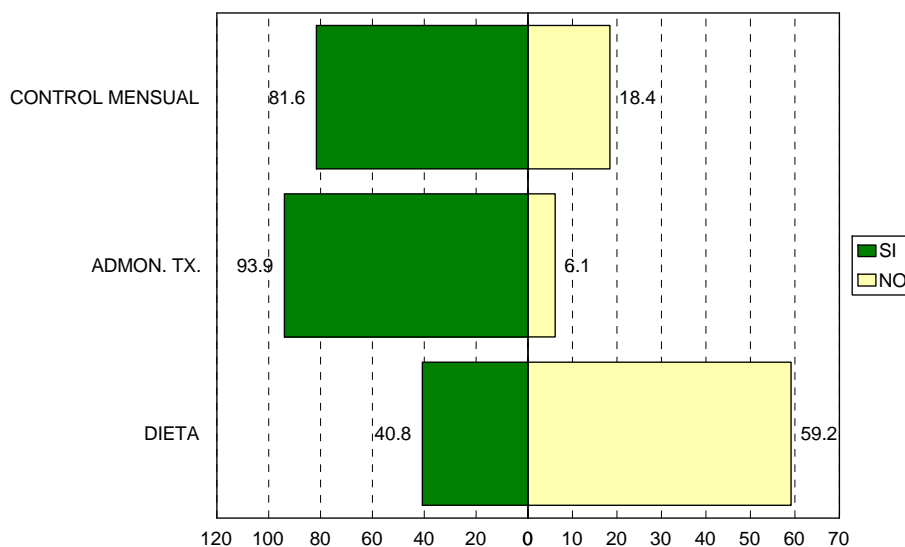
FALLECIMIENTOS EN LA FAMILIA POR DM



UMF No. 37 IMSS

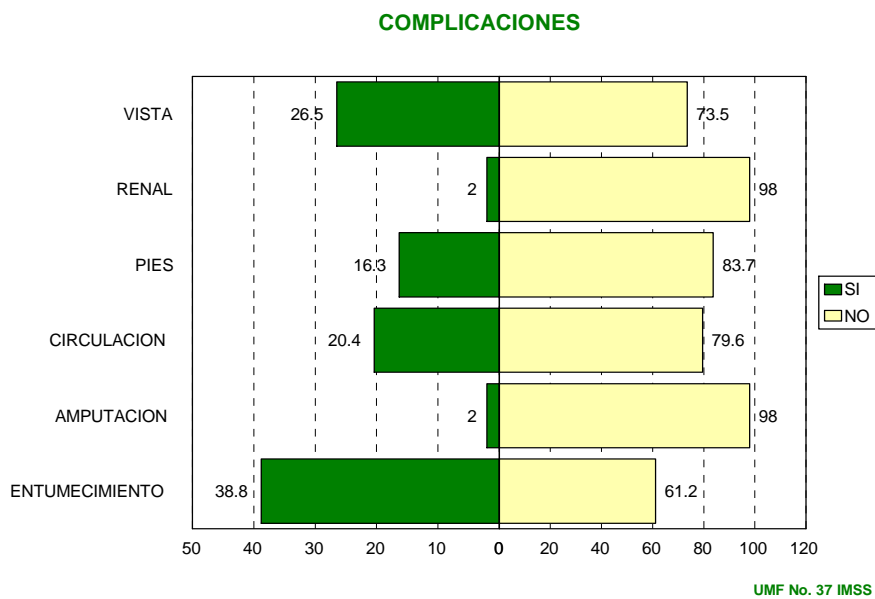
En lo que se refiere al indicadores de apego al tratamiento, el 81.6% menciona llevar un control médico mensual de su enfermedad, el 93.9% refiere cumplir con la administración adecuada del tratamiento indicado, pero en lo referente al seguimiento de instrucción de una dieta adecuada, sólo el 40.8% admite cumplir con ella. (Graf. No. 11).

APEGO AL TRATAMIENTO



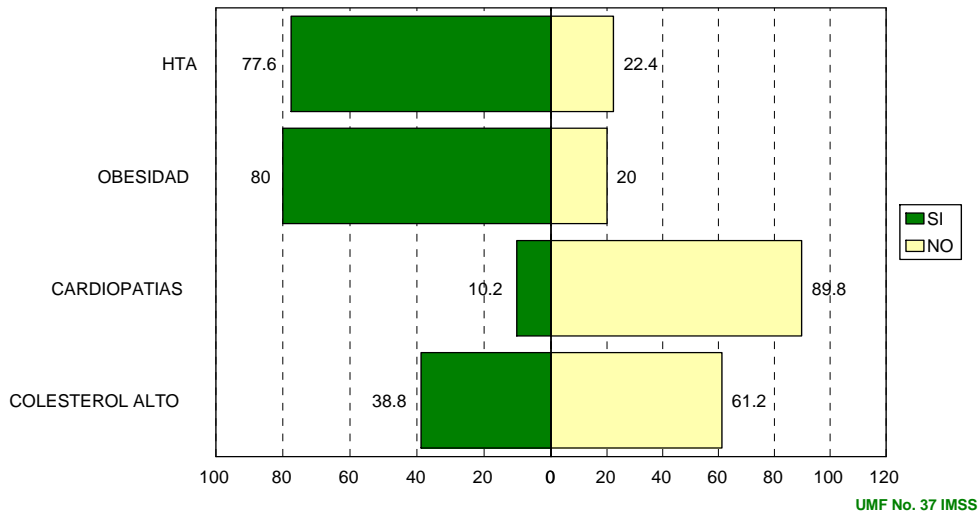
UMF No. 37 IMSS

Cuando se les preguntó sobre las complicaciones médicas asociadas a la enfermedad: el 38.8% refiere parestesias, 26.5% retinopatía diabética, 20.4% trastornos circulatorios (vasculopatías), 16.3% pie diabético, 2% neuropatía diabética (IR) y otro 2% menciona el haber sufrido amputación de algún miembro (Graf. No. 12).



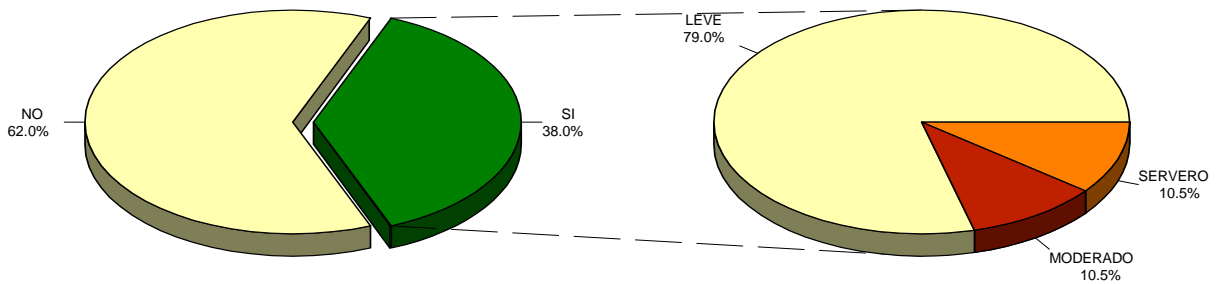
En cuanto a las comorbilidades el 77.6% refiere padecer de hipertensión arterial, 80% presentan problemas de obesidad, 38.8% maneja niveles altos de colesterol y 10.2% cursa con algún tipo de cardiopatía. (Graf. No. 13)

OTRAS ENFERMEDADES



Una vez aplicada la escala de Depresión de Beck (IDB), se encontró que el 38% de los pacientes dieron resultados positivos para depresión; estudiando este grupo en cuanto a los niveles de depresión que presentaban: el 79% mostraban indicadores para depresión leve, 10.5% para depresión moderada y 10.5% indicadores para depresión severa o grave. (Graf. No.14).

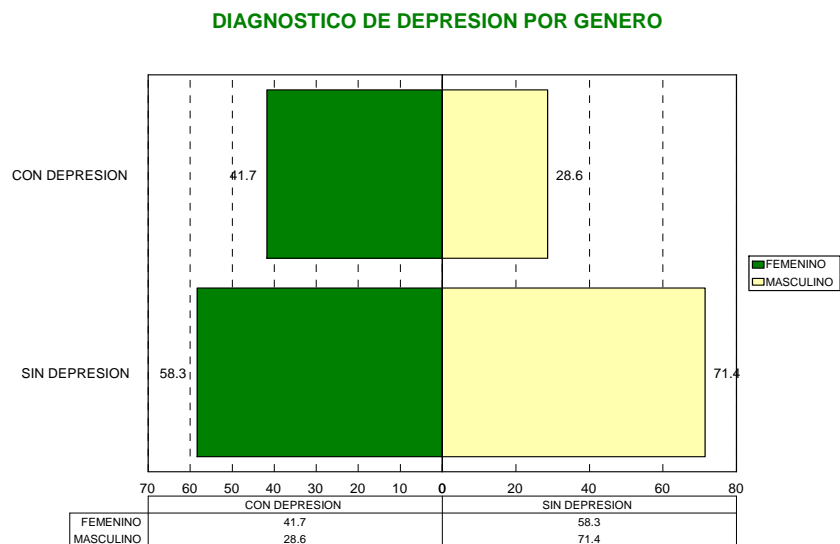
PACIENTES CON INDICADORES DE DEPRESION



UMF No. 37 IMSS

Se realizó un cruce entre las variables de IDB y género para observar que grupo presentaba indicadores positivos para depresión, encontrándose que del 38% de

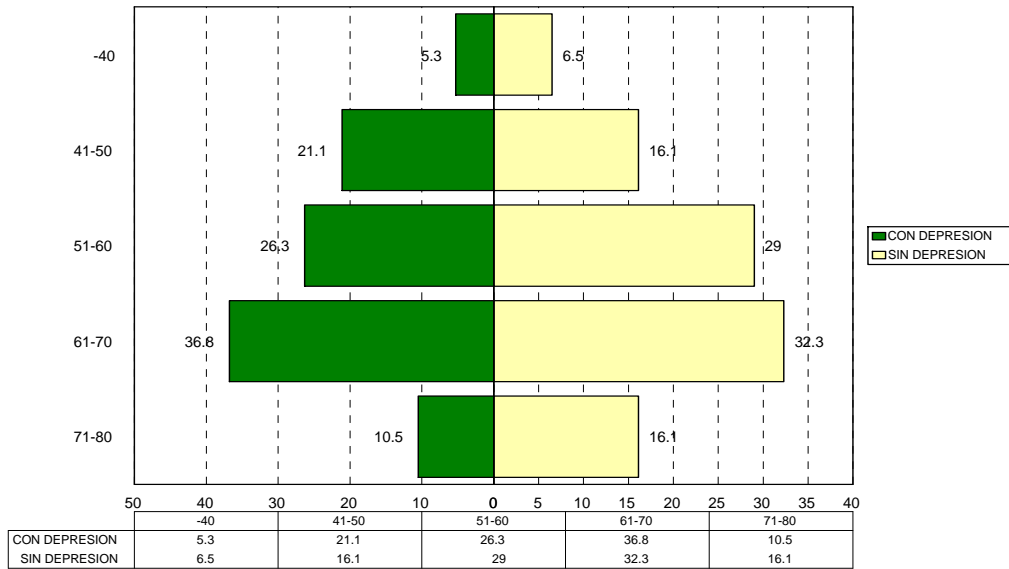
los pacientes positivos para depresión 30% son mujeres y 8% hombres (Graf. No. 15)



UMF No. 37 IMSS

En el cruce de la variable de grupo de edad y la de indicadores de depresión, el grupo de edad más vulnerable fue el del 61 a 70 años de edad con el 14%, seguido del grupo de 51 a 60 años con el 10% y 41 a 50 años con el 8%. (Graf. No. 16).

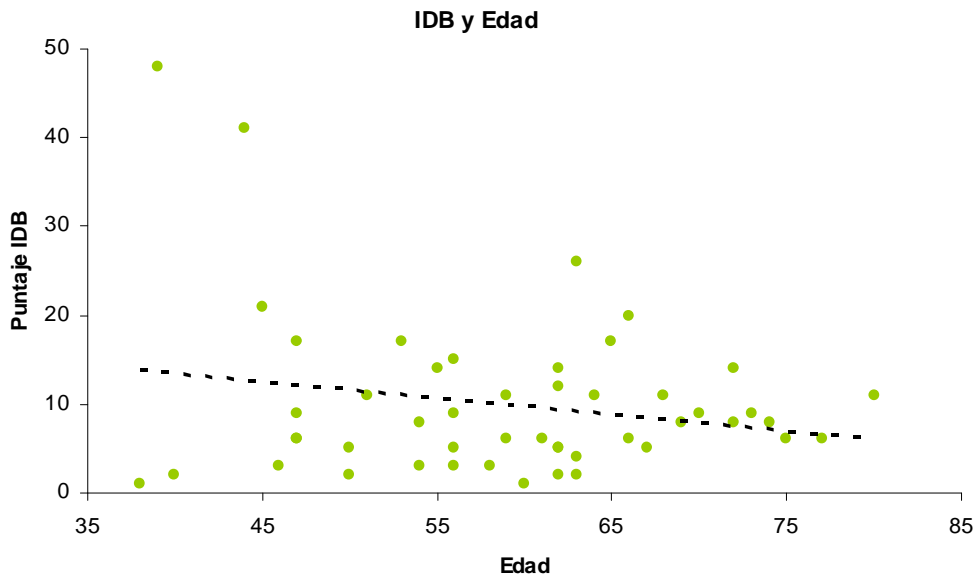
DIAGNOSTICO DE DEPRESION POR GRUPO DE EDAD



UMF No. 37 IMSS

Se correlacionó la edad de cada paciente con el puntaje del IDB y se encontró una correlación baja ($r = -0.208$, $p > 0.177$).

El puntaje de IDB es inverso a la edad (mayor edad, menos puntaje) en el 20% de los casos (Graf. No. 17).



Se compararon los puntajes promedio de IDB por sexo y no existen diferencias significativas entre los géneros ($p>0.05$) en la presencia o ausencia de depresión, el grupo de mujeres presentaron un 23% más puntaje y además un mayor nivel de depresión (moderada y severa) que el grupo de hombres. Debido al reducido tamaño de la muestra no fue posible comparar las proporciones de los diferentes tipos de depresión con relación al género.

En la siguiente tabla se muestra el puntaje promedio de la valoración de IDB por sexo.

Sexo	IDB (Puntaje promedio)
Hombres	6.5 \pm 10.1
Mujeres	11.4 \pm 4.6

Se correlacionó el IMC con el puntaje de IDB y se encontró una correlación muy baja ($r=0.05$, $p> 0.74$). Además se compararon los IMC de los grupos de pacientes sin depresión y con depresión, encontrándose que no existen diferencias significativas entre los dos grupos ($p>0.16$)

Al comparar las proporciones de los niveles de depresión presentes por cada nivel escolar no existieron diferencias significativas ($p>0.05$).

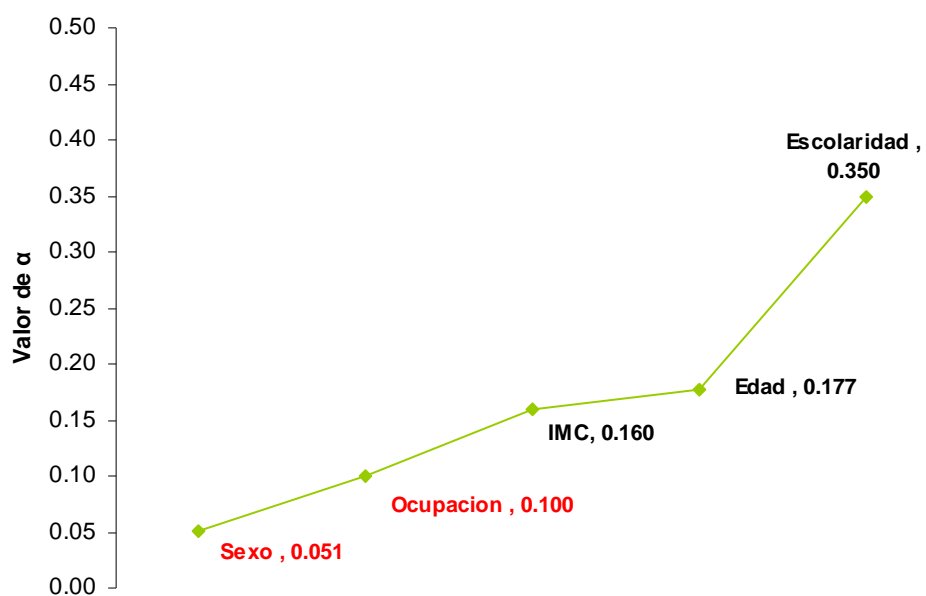
Se compararon las proporciones de presencia y ausencia de depresión entre las diferentes ocupaciones y no existen diferencias significativas entre los pacientes que se dedican al hogar y los demás pacientes que tienen otros tipos de empleos ($p>0.10$)

	Con depresión	Sin depresión
Hogar	83.3%	60.0%
Otros*	16.7%	40.0%

*Empleados (varios), maestros, profesionistas, técnicos, etc.

En la siguiente tabla se presentan las significancias de las variables estudiadas.

Variables demográficas	Significancia (p)
Sexo	0.051
Ocupación	0.100
IMC	0.160
Edad	0.177
Escolaridad	0.350



CAPÍTULO III. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

3.1. Discusión

Los resultados encontrados sugieren que la prevalencia de Depresión mayor en pacientes diabéticos es del 38%, en una proporción aproximada de 3 a 1 el grupo mas vulnerable con indicadores de depresión fue el de 61 a 70 años de edad con un 14% del total de la muestra seguido por el grupo de 51 a 60 años con un 10 % al igual como se menciona en su estudio Black S. ⁽⁷⁾.

Un porcentaje de 31.1% en pacientes diabéticos con mayor riesgo para presentar síntomas clínicos de depresión, son entre el de 50 a 70 años de edad.

Boscheti ⁽¹²⁾, en su estudio de depresión en medicina familiar menciona que las mujeres sufren depresión con el doble de frecuencia que los hombres en este estudio se encontró que el 30% eran mujeres y un 8% hombres con una frecuencia de 3 a 1.

En éste trabajo se presentan los resultados que se tomaron a partir de la sospecha de que los pacientes que padecen Diabetes Mellitus, pueden sufrir también un proceso de depresión, en el total de la muestra el 38% de los pacientes presentaron datos positivos para depresión, de este porcentaje el 79% presentó depresión grado leve, 10.5% moderado y 10.5% severa al igual que lo menciona Garduño ⁽¹³⁾ que el riesgo del paciente con Diabetes es tres veces más elevado de tener depresión. Lo anterior es importante ya que desde un punto de vista holístico, no se puede soslayar la visión de la medicina parcial, ya que una patología, necesariamente está asociada con otra u otras, esto es, la comorbilidad.

3.2. Conclusiones

La depresión en pacientes con diabetes mellitus se presenta entre un cuarto y la mitad de la población diabética que acude a consulta externa en la unidad de medicina familiar No. 37 del IMSS en el turno matutino.

Se observó que el grueso de la muestra estaba comprendida por mujeres que en su mayoría estaban casadas y que laboraban en el hogar.

Se observó un diagnóstico tardío de diabetes m. al relacionar las edades de los pacientes y el reducido tiempo de conocimiento del padecimiento de la enfermedad.

El tipo de depresión más común fue leve, la depresión moderada y severa se presentaron en muy pocos pacientes.

La variable edad no presentó significancia en la presencia o ausencia de depresión; los pacientes con depresión se encontraban en el mismo rango de edad, entre 50 y 70 años.

La variable clínica IMC no tuvo significancia estadística, se presentó en igual proporción en presencia o ausencia de depresión.

Con respecto a las variables demográficas como género, escolaridad, estado civil y ocupación, éstas no presentaron significancia estadística con la presencia de depresión. Pero de estos resultados podemos concluir que las mujeres mayores de 40 años, dedicadas al hogar y con diagnóstico de Diabetes mellitus tienen un mayor riesgo de presentar depresión mayor.

El presente estudio resalta la importancia de conocer la frecuencia de la asociación de diabetes-depresión en las unidades de medicina familiar, donde se maneja al paciente aun nivel preventivo.

Por un lado nos permite conocer las características de los pacientes con la enfermedad, y con ello proponer la elaboración de programas de intervención preventivos y curativos en base a un diagnóstico oportuno.

Y por otro la posibilidad de brindar un adecuado manejo de la depresión en el paciente diabético que puede repercutir beneficiosamente en su calidad de vida, desde un punto de vista de la salud, al inducir conductas de auto cuidado, mayor apego y seguimiento del tratamiento, así como incrementar su función laboral y social.

3.3. Recomendaciones

Después de haber accedido al estudio de la relación que existe entre la depresión y la Diabetes Mellitus, es necesario que se den algunas pautas a seguir en la detección de la comorbilidad, principalmente en los médicos de primer nivel, sin excluir a los médicos de otras especialidades, tales como internistas, psiquiatras, etc.

Esto ayudaría a un manejo integral del paciente, se sabe que la patología está íntimamente asociada con otras, y en este caso, con los procesos conductuales que impactan la vida social del paciente.

La calidad de vida de este tipo de pacientes es un aspecto inevitable de tomar en cuenta por el médico tratante, se recomienda que desde el inicio de la detección de la patología, se integre a un programa de apoyo grupal, y de rehabilitación en el que se puede suponer, los riesgos de padecer una depresión pueden ser significativamente disminuidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Celaya – Cota M.J. Frecuencias de las complicaciones crónicas de la Diabetes Mellitus en el Hospital General del Estado “Dr. Ernesto Ramos Bours” Febrero 2006 Tesis para obtener el grado de Especialista en Medicina Interna.
2. Pardo C. ¿Diabético? Conoce tu enfermedad. Tratamiento integral no farmacológico. Trillas Mex 2000: 144-151.
3. Téllez J, Morales L, Cardirí M. Frecuencia y Factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. Medicina interna de México 2001; 17 (2)
4. Tierney L.M, Mc Phee S.J Papadakis M.A. DM, Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 2005 Cuarta edición, Manual moderno.
5. De los Ríos J. Barrios P, Ávila T. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con neuropatía. Rev. Med IMSS 2004; 42(5): 379-385.
6. Velásquez O.,Lara A., Martínez M.Y., Marquez-Flores F. La Detección integrada como un instrumento para vincular la prevención primaria, el tratamiento temprano y la vigilancia epidemiológica en Diabetes e Hipertensión Arterial. Revista de Endocrinología y nutrición 2000; Vol. 8(4): 129-135.
7. Chávez-León E. Trastornos depresivos. PAC Psiquiatría-1. Asociación Psiquiátrica Mexicana A.C.
8. Vázquez-Estupiñán F. Sintiéndote bien con la diabetes. Roche. Ediciones intersistemas S.A de C.V: 40-50.
9. Boschetti-Fentanes B. La Depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2004; Vol.6 (3): 61-63.

10. Garduño-Espinoza J, Tellez-Zenteno J, Hernández-Ronquillo L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin* 1998; 50(4):287-91.
11. Lerma-Garber I. Aprenda a vivir con diabetes. Guía practica para el manejo de diabetes. Editorial Multicolor: 15-20.
12. Snoek F. Comprender el lado de la diabetes. *Diabetes Voice* 2002; 47(2): 37-40
13. Beaser R and the Staff of Joslin Diabetes Center. Aspectos psicológicos en el tratamiento de la diabetes. Roche: 23-25.
14. Gutiérrez I, Barrón-Urbe C, Pérez-Pasten E. Aspectos psicosociales en la Diabetes Mellitus En: Lerman-Garber J. Atención integral del paciente diabético Interamericana Mc Graw-Hill: 161-177.
15. Brown L, Majumdar S, Newman S, Johnson J. Type 2 Diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* 2006; 175(1): 42-46.
16. Black S. Increased health burden associated with comorbid depression in older diabetic mexican americans. Results from the Hispanic established population for the epidemiologic study of the elderly survey. *Diabetes Care* 2000; 23(9): 1443-1444.\
17. Vileikyte L, Leventhal H, Gonzalez J, Peyrot M, Rubin R, Ulbrecht J, Garrow A, Waterman C, Cavamagh P, Boulton A. Diabetic peripheral neuropathy and depressive symptoms. *Diabetes Care* 2005; 28: 2378-2383.
18. Luoman E, Katon W, Russo J, Von-Korff M, Simon G, Ciechanowski P, Lin E, Bush T. Depression and diabetes symptom burden. *Gen Hosp Psychiatry* 2004; 26(6): 430-436

19. Noh J, Park J, Lee H, Know S, Lees, Kok S, Rhee B, Lim K, Kim D. Depressive Symptoms of type 2 diabetics Treated with insulin compared to diabetics taking oral anti-diabetic drugs. A Korean study. *Diabetes Res Clin Pract* 2005; 69(3): 243-248
20. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema* 1998; 2 Madrid, España.
21. OMS. La Diabetes y los Trastornos Mentales 2004. World Mental Health Day, 2004.
22. Jovanovic L. Estar de humor: El sexo y la mujer con diabetes. *Diabetes Voice* 2002; 47 Número especial: 34-36
23. Mc Graw-Hill. Depresión asociada a enfermedades medicas. Cap 371 Trastornos mentales. Harrison online en español
24. Mc Graw-Hill. Consideraciones especiales en la diabetes mellitus. Aspectos psicosociales. Cap 323 Diabetes mellitus. Harrison online en español.
25. Wayne K, Jürgen U, Ming Y, John W, Michel S, H.B.E , Hunkeler E. Cost-effectiveness and Net Benefit of Enhanced Treatment of depression for older adults with Diabetes and Depression. *Diabetes Care* 2006; 29: 265-270.

ANEXOS:

ANEXOS 1

Numero de Consultorio: _____

Numero de filiación: _____

Turno: _____

Nombre: _____ Edad: _____

Genero: _____ Escolaridad: _____ Estado Civil: _____

Ocupación: _____ Religión: _____

Lugar de Residencia: _____ Nivel Socio Económico: _____

Signos Vitales:

Peso: _____ Talla: _____ Presión Arterial: _____

Frec. Cardiaca: _____ Frec. Respiratoria: _____ Temperatura: _____

1. Edad que tenia cuando le diagnosticaron la enfermedad: _____
2. Tipo de DM: () Insulinodependiente () No insulinodependiente
3. Antecedentes familiares de DM: si () no () Quien: _____?
4. Han fallecido familiares a consecuencia de la DM: si () no ()
5. Apego al Tratamiento: (marcar con X si lleva a cabo las siguientes actividades)

- Asistencia mensual a control
- Tomar medicamentos en horario y forma indicados
- Dieta adecuada

6. Que tipo de complicaciones tiene, como consecuencias de su enfermedad DM:

- De la vista de los pies amputación
- Del riñón de circulación entumecimiento de pies y manos

otras:

7. Otras enfermedades que tenga el paciente:

- Presión Alta Enfermedad del Corazón
- Obesidad Colesterol alto

Inventario de Beck

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

NOMBRE DEL MEDICO

Describa cómo se ha sentido desde la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

<p>A</p> <p>0 No me siento triste 1 Me siento triste 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar</p>	<p>I</p> <p>0 No tengo pensamientos de suicidarme 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría 2 Me gustaría matarme 3 Me mataría si pudiera</p>
<p>B</p> <p>0 No estoy particularmente desilusionado(a) del futuro 1 Estoy desilusionado(a) del futuro 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará</p>	<p>J</p> <p>0 No lloro más de lo usual 1 Lloro más que antes 2 Lloro ahora todo el tiempo 3 Podía llorar antes pero ahora, aunque quiera, no puedo</p>
<p>C</p> <p>0 No siento que fallé 1 Siento que fallo más que una persona normal 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado 3 Siento una falla completa como persona</p>	<p>K</p> <p>0 No soy más irritable de lo que era antes 1 Me siento molesto(a) o irritado(a) más fácil que antes 2 Me siento irritado(a) todo el tiempo 3 No me irrito ahora por las cosas que antes sí</p>
<p>D</p> <p>0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre 1 No disfruto de las cosas como antes 2 No encuentro satisfacción real de nada 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo</p>	<p>L</p> <p>0 No he perdido el interés en otra gente 1 Estoy menos interesado(a) en otra gente que antes 2 He perdido mi interés en otra gente 3 He perdido todo mi interés en otra gente</p>
<p>E</p> <p>0 No me siento particularmente culpable 1 Me siento culpable buena parte del tiempo 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo</p>	<p>M</p> <p>0 Tomo decisiones igual que siempre 1 Evito tomar más decisiones que antes 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora 3 No puedo tomar decisiones por completo</p>
<p>F</p> <p>0 No siento que he sido castigado(a) 1 Siento que podría ser castigado(a) 2 Espero ser castigado(a) 3 Siento que he sido castigado(a)</p>	<p>N</p> <p>0 No siento que me vea peor que antes 1 Me preocupa verme viejo(a) o poco atractivo(a) 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo(a) 3 Creo que me veo feo(a)</p>
<p>G</p> <p>0 No me siento desilusionado(a) de mí 1 Estoy desilusionado(a) de mí 2 Estoy disgustado(a) conmigo 3 Me odio</p>	<p>O</p> <p>0 Puedo trabajar tan bien como antes 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo 3 No puedo hacer nada</p>
<p>H</p> <p>0 No me siento peor que nadie 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas 3 Me culpo por todo lo malo que sucede</p>	<p>P</p> <p>0 Puedo dormir tan bien como siempre 1 No puedo dormir tan bien como antes 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir</p>

Este es un servicio educativo apoyado por:



Q	0 No me canso más de lo usual 1 Me canso más fácil que antes 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa 3 Me siento muy cansado(a) de hacer cualquier cosa	T	0 No estoy más preocupado(a) por mi salud que antes 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como dolores y molestias 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas 3 Estoy tan preocupado(a) con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más
R	0 Mi apetito es igual que lo usual 1 Mi apetito no es tan bueno como antes 2 Mi apetito no es mucho más peor ahora 3 No tengo nada de apetito	U	0 No he notado cambios en mi interés por el sexo 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo que antes 2 Estoy mucho menos interesado(a) en el sexo ahora 3 He perdido completamente el interés en el sexo
S	0 No he perdido peso 1 He perdido más de 2.5 Kg 2 He perdido más de 5 Kg 3 He perdido más de 7.5 Kg He intentado perder peso comiendo menos SI <input type="checkbox"/> ó NO <input type="checkbox"/>		

Registros totales de niveles de depresión

- 5 - 9 = Estos altibajos se consideran normales
- 10 - 18 = Depresión leve a moderada
- 19 - 29 = Depresión moderada a severa
- 30 - 63 = Depresión severa

- Menos de 4 = Posible negación de la depresión
- Más de 40 = Esto es significativamente más alto aún que en personas seriamente deprimidas, sugiriendo una posible exageración de la depresión

Resultados

INCISOS	PUNTOS	INCISOS	PUNTOS	DIAGNOSTICO
A		L		OBSERVACIONES
B		M		
C		N		
D		O		
E		P		
F		Q		
G		R		
H		S		
I		T		
J		U		
K		TOTAL		

Sertralina 4484

Este es un servicio educativo apoyado por:



Código de Atención: ALES0317M