

16
2ef.
11227



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES
DIABETICOS INGRESADOS POR
DESCOMPENSACION METABOLICA Y EN
DIABETICOS AMBULATORIOS COMPENSADOS"

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
E S P E C I A L I S T A E N
M E D I C I N A I N T E R N A
P R E S E N T A :
DR. VICTOR MANUEL CEDILLO CONTRERAS



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2657-63



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.

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS
POR DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA Y EN DIABÉTICOS
AMBULATORIOS COMPENSADOS**

DR. RENATO ILLESCAS RICO

Jefe del Departamento de Psiquiatría y Psicología del H. E. C. M. N. "La Raza", I.M.S.S.
Asesor de Tesis

DR. VICTOR MANUEL CEDILLO CONTRERAS

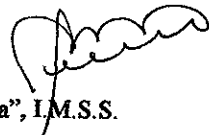
Residente de 4o. año de la Especialidad de Medicina Interna del H. E. C. M. N. "La Raza",
I.M.S.S.

DRA. GRISELDA GOMEZ ORTEGA

Coordinadora Delegacional de Investigación Médica Delegación I, I.M.S.S.

DR. C. RAÚL ARIZA ANDRACA

Jefe del Departamento de Medicina Interna del H. E. C. M. N. "La Raza", I.M.S.S.



DRA. MARISELA JIMENEZ SANCHEZ

Médico del Departamento de Endocrinología del H. E. C. M. N. "La Raza", I.M.S.S.

**Hospital de Especialidades, Centro Médico “La Raza”, Instituto Mexicano del Seguro Social
Seris y Zaachila, Col. La Raza, Azcapotzalco, D.F.**

Título Abreviado

Ansiedad, Depresión en Diabetes Mellitus Compensada y Descompensada

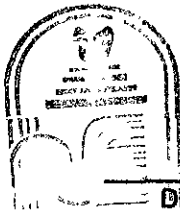
TITULO

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS INGRESADOS
POR DESCOMPENSACIÓN METABÓLICA Y EN DIABÉTICOS
AMBULATORIOS COMPENSADOS


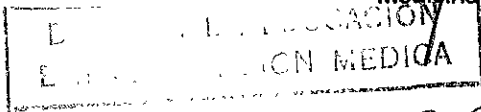
No DE REGISTRO DE PROTOCOLO: 97 690 0057



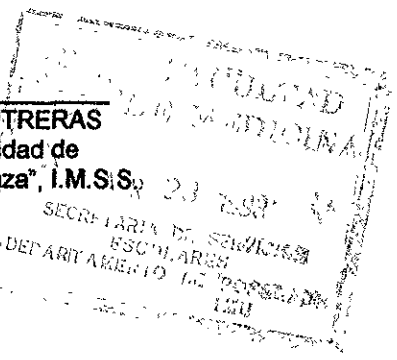
DR. ARTURO ROBLES PARAMO
Jefe de la División de Educación e
Investigación Médicas



DR. ALBERTO FRATI MUNARI
Profesor Titular del Curso de
Medicina Interna



DR. VICTOR MANUEL CEDILLO CONTRERAS
Residente de 4o. año de la Especialidad de
Medicina Interna del H. E. C. M. N. "La Raza", I.M.S.S.



RESUMEN

El objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes ingresados por diabetes mellitus descompensada y compararla con la que presentan los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus compensada. Se estudiaron a 100 pacientes diabéticos tipo I y II divididos en dos grupos utilizando el inventario de Beck y la escala de Hamilton. El primero comprendió a diabéticos descompensados hospitalizados y el segundo, a diabéticos ambulatorios compensados. La depresión se encontró asociada a pacientes diabéticos hospitalizados con descontrol metabólico en un nivel estadísticamente significativo con $\chi^2 = 7.81$ ($p=0.0051$), lo cual no ocurrió en los pacientes diabéticos con ansiedad con $\chi^2 = 0.37$ ($p=0.5405$). Conclusión: La prevalencia de depresión se asoció más a pacientes ingresados con diabetes mellitus descompensada que en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus compensada. La prevalencia de ansiedad no mostró asociación significativa.

Palabras clave: Depresión, Ansiedad, Diabetes Mellitus compensada y descompensada

SUMMARY

The objective was to evaluate the prevalence of anxiety and depression in hospitalized diabetic patients without metabolic control and compare it with the one presented by diabetic outpatients with metabolic control. In two groups, one hundred diabetic patients type I and II, were interviewed using the Beck inventory and Hamilton scale. The first group included hospitalized diabetic patients without metabolic control and the second group included diabetic outpatients with metabolic control. Depression was associated to hospitalized diabetic patients without metabolic control, with a statistically significant level with $\chi^2 = 7.81$ ($p=0.0051$). This was not the case with diabetic patients with anxiety where $\chi^2 = 0.37$ ($p=0.5405$). Conclusion: Prevalence of depression was associated more to hospitalized diabetic patients without metabolic control than to diabetic outpatients with metabolic control. Prevalence of anxiety don't show a significant association.

Keywords: Depression, Anxiety, Diabetes Mellitus with and without metabolic control

INTRODUCCION

La influencia de los factores psicosociales en la diabetes mellitus se conoce desde hace años. Thomas Willis, en 1679, especuló acerca de "una pena prolongada" en la etiología de la diabetes. Posteriormente, Menninger afirmó que "la ansiedad y la depresión son características del patrón de personalidad del diabético". (1)

Actualmente, se sabe que la ansiedad y depresión son factores posiblemente implicados en la etiología de la diabetes mellitus; siendo determinantes de fluctuaciones en el control metabólico del paciente diabético; además de ser consecuencias de la diabetes, producto del desajuste agudo o crónico del paciente frente a la enfermedad. (2)

El papel del estrés en la hiperglucemia ha sido mejor justificado en la diabetes tipo II que en la tipo I. Los pacientes con diabetes mellitus tipo II cursan con niveles circulantes mayores de catecolaminas que los individuos normales, así como de péptidos opioides capaces de bloquear la respuesta cardiovascular durante el estrés. Es conocida la hipersensibilidad del receptor alfa 2 del páncreas del paciente diabético. La diabetes tipo II puede ser vista como un problema de homeostasis regulada neuralmente, en la que el estrés actúa mediante el sistema nervioso autónomo influyendo en el curso de la enfermedad. Las fuentes de estrés para el paciente diabético son múltiples: el diagnóstico, la restricción dietética y la presencia de complicaciones agudas o crónicas. (3)

La depresión puede ser un factor de riesgo para el progreso de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, como lo son las neuropatía y la microangiopatía. La evolución de la depresión en estos pacientes es por lo tanto crónica, severa y existe evidencia de que se relaciona con el descontrol metabólico del padecimiento. (4)

Desde el punto de vista bioquímico, la depresión mayor se caracteriza por el aumento de las concentraciones séricas de hormonas contrarreguladoras, principalmente del cortisol, que no se

suprime con la administración de dexametasona y varios investigadores han sugerido anomalías en el eje común hipotálamo-hipófisis en la asociación entre depresión y diabetes mellitus. (3)

Por otro lado, los síntomas de ansiedad son frecuentes en los pacientes con enfermedades médicas. Del 5 al 20% de los pacientes hospitalizados y del 4 al 14% de los pacientes ambulatorios, cursan con algún grado de ansiedad. (5)

Hasta 1983 la prevalencia de la depresión en poblaciones diabéticas era desconocida. Posteriormente se determinó que ésta es mayor en adultos con diabetes mellitus insulino-dependiente. (6)

Gevard y colaboradores, en 1993, determinaron la prevalencia de depresión en adultos con diabetes mellitus, encontrando un riesgo de prevalencia común de depresión en muestras de diabéticos en estudios controlados de entre un 8.5 a un 27.3%. En dicho estudio, el rango de significancia clínica de sintomatología de depresión en pacientes diabéticos fue de entre 21.8 a 60% en los estudios controlados. (6)

Un estudio de 114 pacientes diabéticos tipo I y II, reportó que el 71% tenían algún padecimiento psiquiátrico. El trastorno depresivo mayor representó un 33% de los casos, el trastorno de ansiedad generalizada un 41% y un 14% sufrió un episodio depresivo al momento del estudio. (2)

En otros estudios se ha informado que la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo I y II es más alta que en la población general (20% vs. 3 a 10%), con mayor prevalencia en los diabéticos tipo II; la edad de aparición de la depresión en la población general está entre los 27 y los 35 años, la cual es similar a la edad de aparición de la diabetes tipo II; en donde la depresión precede al inicio de la diabetes y en la diabetes tipo I se presenta posterior al comienzo de la enfermedad. (7)

Por estos antecedentes se ha demostrado que la presencia de padecimientos psiquiátricos en pacientes diabéticos influye en su control o descontrol metabólico. Por lo que, una identificación oportuna y un buen manejo de la sintomatología psiquiátrica ayudará a los diabéticos a tener un mejor control metabólico. Nuestro objetivo fue evaluar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes ingresados por diabetes mellitus descompensada y compararla con la que presentan los pacientes ambulatorios con diabetes mellitus compensada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mediante un *Estudio de Casos y Control*, se estudiaron en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza", en México, D.F., entre junio y agosto de 1997, a 51 pacientes diabéticos tipo I y II, de ambos sexos, que ingresaron a hospitalización por descontrol metabólico, considerándose como pacientes diabéticos descontrolados a los que presentaron hiperglicemia mayor de 140 mg/dl. No se incluyó a pacientes diabéticos con secuelas de EVC, neuropatía periférica avanzada, enfermedad terminal asociada (cáncer o insuficiencia renal terminal), o que cursaran con otro trastorno psiquiátrico (delirium o demencia). Se excluyó a pacientes diabéticos que fallecieron durante su internamiento. El grupo control comprendió a 51 pacientes diabéticos ambulatorios (tipo I y II), de ambos sexos, vistos en la consulta externa, que se encontraron sin descontrol metabólico, aplicándose los mismos criterios de no inclusión.

La *variable dependiente* comprendió a la ansiedad y depresión, y la *variable independiente* a los pacientes diabéticos con descontrol metabólico para el grupo de estudio, y aquellos sin descontrol metabólico, para el grupo control.

Para identificar el grado de ansiedad o de depresión en ambos grupos, se emplearon la escala de Hamilton para ansiedad (8) y el inventario para depresión de Beck (9). Dichos cuestionarios se aplicaron por el tesista a los pacientes diabéticos descontrolados hospitalizados en los servicios de Endocrinología y Medicina Interna, así como a los pacientes diabéticos metabólicamente controlados de la consulta externa de Endocrinología, previa autorización por escrito de los pacientes.

La escala de Hamilton constó de 14 ítems, los cuales evaluaron síntomas psíquicos y físicos, así también se incluyeron dos variables que consistieron en la actitud que tomó el paciente durante el estudio y la causa de descontrol metabólico. El sistema de calificación se basó en el siguiente código: 0= Ausente, 1= Intensidad leve, 2= Intensidad media, 3= Intensidad severa y 4= Incapacitante.

La puntuación para valorar el grado de intensidad de la ansiedad fue: 0 a 6 puntos = Ausente, 7 a 20 puntos = Leve, 21 a 34 puntos = Moderada, 35 a 48 puntos = Severa y mayor a 49 puntos = Muy severa.

Por otro lado el inventario para depresión de Beck comprendió un cuestionario con 21 ítems, el cual midió los diferentes estados de ánimo con el que se detectó depresión, siendo exacto en el grado de intensidad de la misma. Cada pregunta contiene cuatro posibles respuestas, con una puntuación que va de 0 para la primer respuesta hasta 3 puntos para la cuarta, con un máximo de 63 puntos. El sistema de calificación de los totales fue el siguiente: 1 a 10 puntos = Ausente, 11 a 16 puntos = Leve perturbación de estado de ánimo, 17 a 20 puntos = Estados de depresión intermitentes, 21 a 30 puntos = Depresión moderada, 31 a 40 puntos = Depresión grave y mayor a 40 puntos = Depresión extrema.

El desarrollo de esta investigación no violó las *normas éticas* institucionales nacionales e internacionales en materia de investigación.

Para el *análisis estadístico*, en este estudio se empleó el Teorema de Bayes (10) (probabilidad condicional), así como medidas de tendencia central y dispersión.

RESULTADOS

De un total de 101 diabéticos, se estudió una población de 100 pacientes en dos grupos, excluyéndose a una paciente por defunción secundaria a cardiopatía isquémica.

El primer grupo (casos) comprendió a 50 pacientes diabéticos hospitalizados por descontrol metabólico, 18 masculinos (36%) y 32 femeninos (64%); con un rango de edad de 17 a 87 años, con una media de 40.02 años, con varianza de 358 y desviación estándar de 18.92; 32 pacientes fueron diabéticos tipo I (64%) y 18 tipo II (36%).

El segundo grupo (controles) comprendió a 50 diabéticos sin descontrol metabólico ambulatorios, 18 masculinos (36%) y 32 femeninos (64%); con rango de edad de 17 a 88 años, con una media de 32.9 años, con varianza de 327.5 y una desviación estándar de 18.09; 39 pacientes fueron diabéticos tipo I (78%) y 11 tipo II (22%).

En cuanto a la prevalencia de la depresión (T. Bayes), ésta se encontró presente en el primer grupo en 30 pacientes (60%) y ausente en 20 (40%) y en el segundo grupo se encontró en 16 (32%) y ausente en 34 (68%); con Chi cuadrada (χ^2) de 7.81, OR=3.19 (1.30<OR<7.90), 95% de intervalo de confianza y un valor de $p=0.0051$. El grado de depresión comprendió, según el inventario de Beck: para el primer grupo: leve perturbación del estado de ánimo 4 pacientes (13.33%); estados de depresión intermitente 8 (26.66%); depresión moderada 14 (46.66%); depresión grave 2 (6.66%) y depresión extrema 2 (6.66%). Para el segundo grupo: leve perturbación del estado de ánimo 12 pacientes (75%); estados de depresión intermitente 2 (12.5%) y depresión moderada 2 (12.5%). (Ver Tabla I y Gráficas 1 y 2).

La prevalencia de ansiedad (T. Bayes), se encontró presente en el primer grupo en 32 pacientes (64%) y ausente en 18 (36%) y en el segundo grupo se encontró en 29 pacientes (58%) y ausente en 21 (42%); con Chi cuadrada (χ^2) de 0.37, OR=1.29 (0.53<OR<3.12), 95% de intervalo de

confianza y un valor de $p=0.5405$. El grado de intensidad de ansiedad correspondió, según la escala de Hamilton de la siguiente forma: Primer grupo: Ansiedad leve 26 paciente (81.25%); moderada 5 (15.62%) y severa 1 (3.1%). El segundo grupo: Ansiedad leve 25 (86.20%) y moderada 4 (13.79%). (Ver Tabla II y Gráficas 3 y 4).

Por otro lado, dentro de los factores desencadenantes de descompensación metabólica tenemos que el factor psiquiátrico comprendió a 25 pacientes (50%); procesos infecciosos 17 (34%) y factor mixto 8 (16%). (Ver Gráfica 5).

Finalmente, de los procesos infecciosos 15 fueron infección de vías urinarias; 4 infección de tejidos blandos; 2 de infecciones de vías respiratorias; 1 infección gastrointestinal; 1 vaginal y 2 infecciones combinadas. De los factores psiquiátricos, 14 correspondieron a estrés y 11 a transgresión dietética.

DISCUSION

La atención integral del paciente diabético plantea un gran reto al trabajo interdisciplinario. La consideración de la patología psiquiátrica asociada que influye en el curso de la diabetes mellitus, es fundamental. La ansiedad o depresión pueden asociarse a un mal control metabólico. Se cree que un pobre control metabólico sea un factor para el desarrollo de la depresión, así como que la presencia de ansiedad o de depresión también contribuyan al incumplimiento de una terapéutica integral y por ende, un peor control en los niveles de glucemia.

Los resultados de nuestro estudio mostraron una prevalencia mayor de ansiedad y depresión en pacientes diabéticos tipo I y de sexo predominantemente femenino. La literatura reporta un predominio de depresión en diabéticos tipo II (7), lo cual no fue el caso de nuestra investigación.

En base al Teorema de Bayes, los pacientes diabéticos que ingresan a nuestro hospital por descontrol, comparados con los ambulatorios, tienen un riesgo de 3.19 de probabilidad de cursar con depresión, contándose con una razón de momios adecuada (de productos cruzados), con un buen grado de confianza y valores de p estadísticamente significativos, por lo que se corrobora nuestra hipótesis general para la prevalencia de la depresión.

Por otro lado, no se obtuvieron los mismos resultados en cuanto a la ansiedad, ya que a pesar de una razón de momios y una confianza adecuadas, los valores de p no son estadísticamente significativos, sin embargo, si comparamos la prevalencia de la ansiedad con respecto a la depresión, notamos que existe una prevalencia mayor de ansiedad en los diabéticos ambulatorios no descompensados (58%), con respecto a la prevalencia de depresión en este mismo grupo, que representó solo un 32%, lo cual nos puede explicar lo poco sensible del Teorema de Bayes para la prevalencia de ansiedad en nuestro estudio, por lo que nos obliga a desechar nuestra hipótesis general para la prevalencia de ansiedad y utilizar nuestra hipótesis nula.

Gevard y colaboradores, determinaron la prevalencia de depresión en adultos con diabetes mellitus, encontrando un riesgo de prevalencia común de depresión en muestras de diabéticos en estudios controlados de entre un 8.5 a un 27.3%. En dicho estudio, el rango de significancia clínica de sintomatología de depresión en pacientes diabéticos fue de entre 21.8 a 60% en los estudios controlados (6). Nuestro estudio fué un estudio de casos y control donde la prevalencia para pacientes diabéticos que ingresaron por descontrol metabólico, correspondió a un 60%. En otros estudios (7) se ha reportado que la prevalencia de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo I y II es más alta que en la población general (20% vs. 3 a 10%).

Finalmente, hacemos notar que dentro de los factores desencadenantes de descompensación metabólica, el factor psiquiátrico englobó a la mitad de los pacientes. Los procesos infecciosos solo correspondieron a una tercera parte de los casos, y un factor mixto, al resto.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

CONCLUSIÓN

La prevalencia de depresión se asoció más a pacientes ingresados por diabetes mellitus descompensada, que en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus compensada, del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional “La Raza”, de junio a agosto de 1997. La prevalencia de ansiedad no mostró asociación significativa para algún grupo.

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien fue mi principal aliciente en los momentos más difíciles; a mis padres y familiares, por su amor e incentivo; a mis maestros y pacientes, por los conocimientos que me transmitieron; a mis amigos y colegas, por el estímulo que recibí en su compañía y a la Medicina Interna, la especialidad que me brindó un enfoque integral para ver la Medicina. “Con relación a todo, den gracias”. 1Te5:28

REFERENCIAS

1. Menninger WC. Psychological factors in the etiology of diabetes. *J Nerv Ment Dis* 1935;81:1-13.
2. Vázquez F., Arreola F., Castro G., Escobedo J., Fiorelli S. y Cols. Aspectos Psicosociales de la diabetes mellitus. *Rev. Méd. Seg. Sol.* 1994;32:267-270
3. Surwit R. Schneiber M. Role of Stress in the Etiology and Treatment of Diabetes Mellitus. *Psychos. Med* 1993;55:380-393.
4. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 1992;15:1631-1639
5. Lewis L. J., Tatcher B., David B. Trastornos mentales, 13a. edición, Principios de Medicina Interna. de Harrison, 1994: 2722-2734
6. Gavard J., Lustman P., Clause R., Prevalence of Depression in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 1993;16:1167-1779.
7. Jacobson A. M. MD. Depression and Diabetes. *Diabetes Care* 1993;16:1621-1623.
8. Hamilton M. The Assessment of Anxiety States by Rating. *Brit Jour Med Psych* 1959; 32:50-55.
9. Beck A. T. MD. An Inventory for Measuring Depression. *Arch or Gen Psych.* 1961; 4:54-63.
10. Elstorn R., Johnson W. Pricipios de Bioestadística. El Manual Moderno. 1990;4:61

ANEXOS

TABLA I

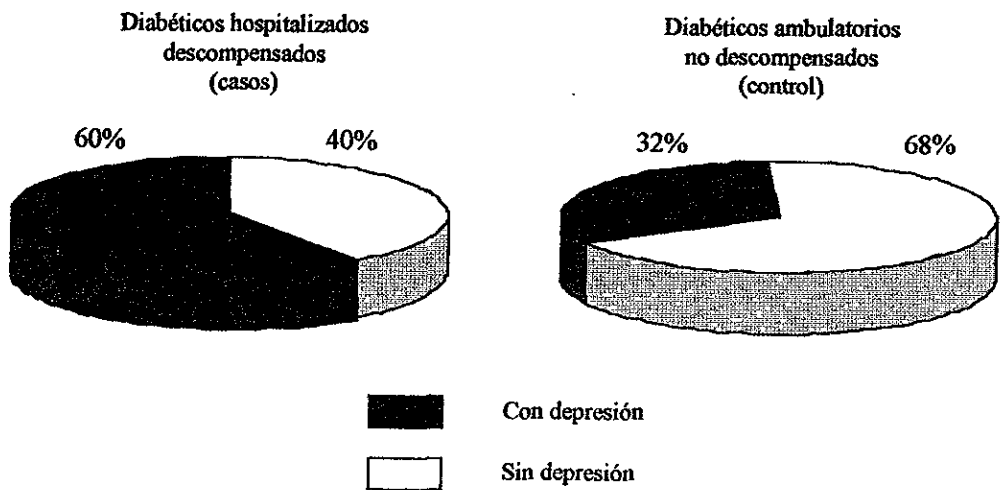
PREVALENCIA DE DEPRESION
 En diabéticos hospitalizados y ambulatorios
 del H.E.C.M.N. "La Raza" de junio a agosto de 1997

DEPRESION	PACIENTES DIABETICOS			
	HOSPITALIZADOS DESCOMPENSADOS (CASOS)		AMBULATORIOS COMPENSADOS (CONTROL)	
	No.	%	No.	%
PRESENTE	30	60	16	32
AUSENTE	20	40	34	68
TOTAL	50	100	50	100

$\chi^2 = 7.81$ OR = 3.19 (1.30 < OR < 7.90)
 Intervalo de confianza = 95% p = 0.0051

PREVALENCIA DE DEPRESION

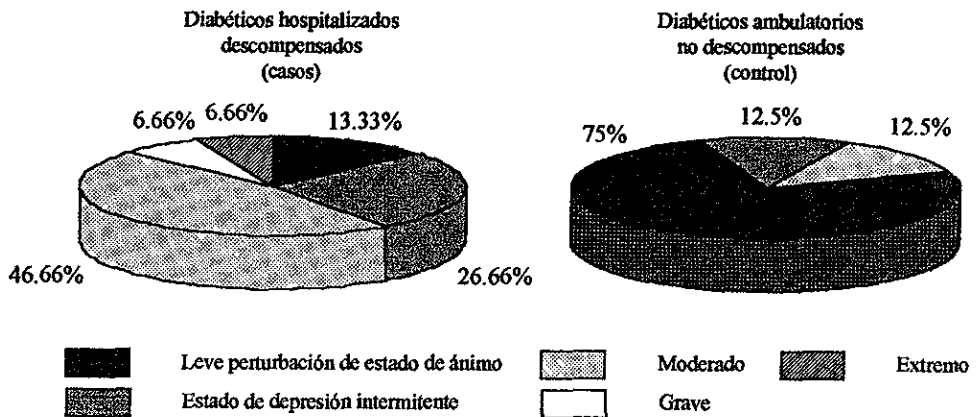
En diabéticos hospitalizados y ambulatorios del H.E.C.M.N. "La Raza" de junio a agosto de 1997



Gráfica 1

GRADO DE DEPRESION

En diabéticos hospitalizados y ambulatorios
del H.E.C.M.N. "La Raza" de junio a agosto de 1997



Gráfica 2

TABLA II

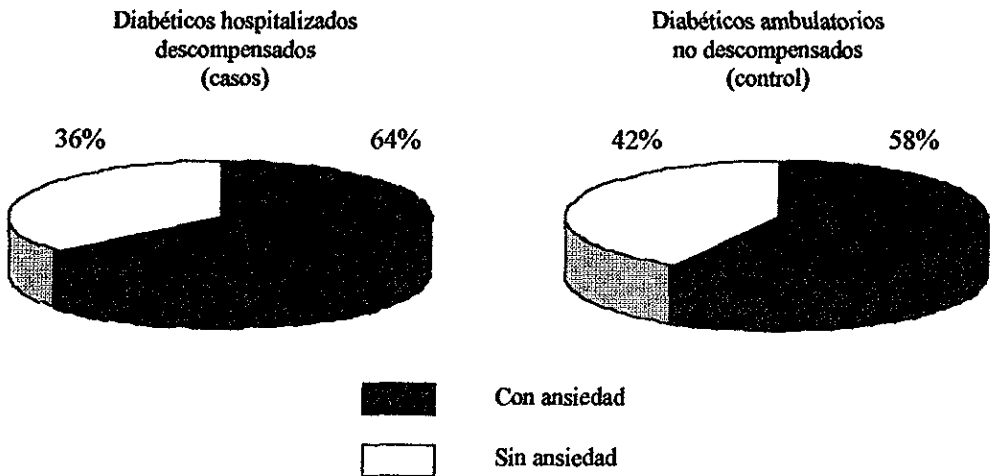
PREVALENCIA DE ANSIEDAD
En diabéticos hospitalizados y ambulatorios
del H.E.C.M.N. "La Raza" de junio a agosto de 1997

ANSIEDAD	PACIENTES DIABETICOS			
	HOSPITALIZADOS DESCOMPENSADOS (CASOS)		AMBULATORIOS COMPENSADOS (CONTROL)	
	No.	%	No.	%
PRESENTE	32	64	29	58
AUSENTE	18	36	21	42
TOTAL	50	100	50	100

$\chi^2 = 0.37$ OR = 1.29 (0.53 < OR < 3.12)
Intervalo de confianza = 95% p = 0.5405

PREVALENCIA DE ANSIEDAD

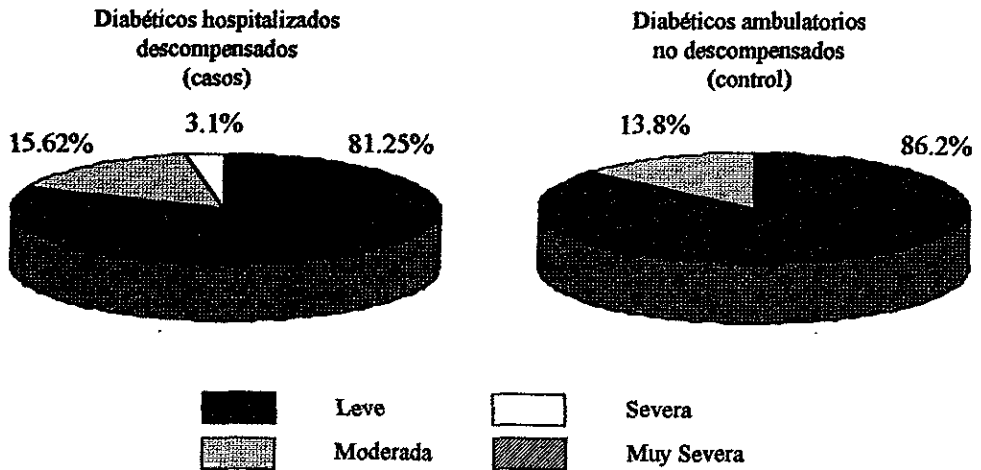
En diabéticos hospitalizados y ambulatorios
del H.E.C.M.N. "La Raza" de junio a agosto de 1997



Gráfica 3

GRADO DE ANSIEDAD

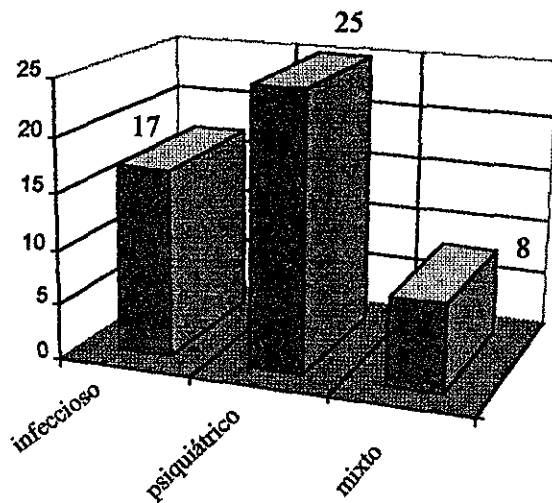
En diabéticos hospitalizados y ambulatorios del H.E.C.M.N. "La Raza" de junio a agosto de 1997



Gráfica 4

FACTORES DESENCADENANTES DE DESCOMPENSACION METABOLICA

En diabéticos hospitalizados del H.E.C.M.N. "La Raza"
de junio a agosto de 1997



Gráfica 5

ESCALA DE HAMILTON PARA ANSIEDAD

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
NUMERO DE AFILIACION: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO: _____
FECHA: _____ PUNTUACION: _____ GLUCOSA: _____
ENTREVISTADOR: _____

CODIGO: 0 = AUSENTE 1 = INTENSIDAD LEVE 2 = INTENSIDAD MODERADA
 3 = INTENSIDAD SEVERA 4 = INCAPACITANTE

1. ___ ESTADO ANSIOSO: Preocupaciones, temor a que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.
2. ___ TENSION: Sensación de tensión, fatiga, sobresalto al responder, llanto fácil, temblor, sensación de inquietud y no poder estar en un solo lugar, imposibilidad para relajarse.
3. ___ TEMORES: A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud.
4. ___ INSOMNIO: Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio con cansancio al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.
5. ___ FUNCIONES INTELECTUALES: Dificultad de concentración, mala memoria.
6. ___ HUMOR DEPRESIVO: Falta de interés, falta de placer en los pasatiempos, depresión, despertar anticipado, variaciones del humor durante el día.
7. ___ SINTOMAS SOMATICOS: Dolores y cansancio muscular, espasmos musculares o calambres, rigidez, tics, rechinar los dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado.
8. ___ SINTOMAS SOMATICOS GENERALES: Zumbido de oídos, visión borrosa, escalofríos, sensación de debilidad, hormigueo, bochornos.
9. ___ SINTOMAS CARDIOVASCULARES: Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo, arritmias.
10. ___ SINTOMAS RESPIRATORIOS: Opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.
11. ___ SINTOMAS GASTROINTESTINALES: Dificultad para deglutir, flatulencias, dolor abdominal, sensación de ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, estreñimiento.
12. ___ SINTOMAS GENITOURINARIOS: Urgencia para orinar, micciones frecuentes, amenorrea, menstruación dolorosa, eyaculación precoz, baja del deseo sexual, impotencia.
13. ___ SISTEMA VEGETATIVO: Boca seca, rubor de mejillas, palidez, vértigo, transpiración excesiva, cefalea, piel de gallina.
14. ___ COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA: Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensas, suspiros o respiración rápida, palidez, tragar saliva, eructos, tics.
15. ___ ¿PRESENTA PROCESO INFECCIOSO AGREGADO?
 Sí (¿cuál?) _____ No _____
16. ___ ¿EXISTE FACTOR PSIQUIATRICO COMO DESENCADENANTE DE
DESCONTROL METABOLICO? Sí _____ No _____

INVENTARIO DE BECK

NOMBRE: _____ SEXO: _____ EDAD: _____
NUMERO DE AFILIACION: _____
DIRECCION: _____ TELEFONO: _____
FECHA: _____ PUNTUACION: _____ GLUCOSA: _____
ENTREVISTADOR: _____

LEA CUIDADOSAMENTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS Y MARQUE CON UNA **X** LA RESPUESTA QUE MEJOR DESCRIBA SU ESTADO DE ANIMO, EN LAS ULTIMAS DOS SEMANAS.

1. ¿SE HA SENTIDO TRISTE?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

2. ¿SE HA SENTIDO DESANIMADO?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

3. ¿SE HA SENTIDO FRACASADO?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

4. ¿SE SIENTE INSATISFECHO Y NO OBTIENE SATISFACCION?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

5. ¿SE SIENTE CULPABLE?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

6. ¿SIENTE QUE ESTA SIENDO CASTIGADO?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

7. ¿SE SIENTE DECEPCIONADO DE USTED MISMO?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

8. ¿SIENTE QUE ES PEOR QUE OTRAS PERSONAS Y SE CRITICA POR SUS DEBILIDADES Y ERRORES?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

9. ¿HA TENIDO IDEAS O PENSAMIENTOS DE QUITARSE LA VIDA?

- no
- las tiene pero no las lleva a cabo
- juega continuamente con la idea de estar muerto
- las tiene actualmente y sí las llevaría a cabo

10. ¿HA LLORADO MAS DE LO USUAL?

- no
- hora más de lo que acostumbra
- hora todo el tiempo y no puede evitarlo
- no puede llorar aunque quiera

11. ¿SE HA SENTIDO MAS IRRITABLE DE LO HABITUAL?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

12. ¿HA PERDIDO EL INTERES EN OTRAS PERSONAS?

- no
- no más que antes
- más que antes
- ha perdido totalmente el interés por los demás

13. ¿HA TOMADO DECISIONES TAN BIEN COMO SIEMPRE?

- no
- evita tomar decisiones
- tiene dificultades para tomar decisiones
- no puede tomar ninguna decisión

14. ¿SIENTE QUE HA HABIDO CAMBIOS EN LA IMAGEN DE SU CUERPO?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes

15. ¿PUEDE CONCENTRARSE PARA REALIZAR ALGUNA ACTIVIDAD COMO HABITUALMENTE?

- sí
- realiza algún esfuerzo especial para concentrarse
- tiene que tener mucho ánimo para hacerlo
- no puede hacer ningún trabajo

16. ¿PUEDE DORMIR TAN BIEN COMO SIEMPRE?

- sí
- no tan bien como antes
- despierta y le cuesta trabajo dormir
- no puede dormir más de 6 horas

17. ¿SE CANSA MAS DE LO NORMAL AL HACER ALGUNA ACTIVIDAD?

- no
- no más que antes
- se cansa de hacer cualquier cosa
- se cansa tanto que no puede hacer nada

18. ¿HA TENIDO LAS MISMAS GANAS DE COMER QUE ANTES?

- sí
- el apetito no es tan bueno como siempre
- el apetito es deficiente
- no tiene apetito

19. ¿HA PERDIDO PESO ESTOS ULTIMOS DIAS?

- no
- ha perdido más de 2 y medio kilos
- ha perdido más de 5 kilos
- ha perdido más de 7 kilos

20. ¿SU SALUD LE INTERESA IGUAL QUE ANTES?

- sí
- no más que antes
- más de lo usual
- mucho más de lo usual

21. ¿HA PERDIDO INTERES EN EL SEXO?

- no
- no más que antes
- más que antes
- mucho más que antes