



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO  
DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. 2019**

**PRESENTADO POR  
MARCO GABRIEL RODRÍGUEZ RAMOS  
ANA MARÍA RODRÍGUEZ VIAMONTE**

**ASESORA  
MARÍA CRISTINA MEDINA PFLUKER**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA- PERÚ  
2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO DEL  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA. 2019**

**TESIS**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR**

**MARCO GABRIEL RODRÍGUEZ RAMOS**

**ANA MARÍA RODRÍGUEZ VIAMONTE**

**ASESOR**

**MEDINA PFLUKER, MARÍA CRISTINA**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

## **JURADOS**

**Presidente:** Dr. Dagoberto Carlos Manco Luján

**Miembro:** Dr. Henry Nelson Mormontoy Calvo

**Miembro:** Dra. Lilian Rosana Pantoja Sanchez

## DEDICATORIA

A nuestras familias,  
por su comprensión y apoyo incondicional  
durante toda la carrera universitaria,  
por ser nuestra motivación  
y ejemplo a seguir.

## **AGRADECIMIENTOS**

A los médicos endocrinólogos y personal de enfermería de la Unidad de Pie Diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza por apoyarnos durante la elaboración de esta investigación y brindarnos sus conocimientos sobre esta patología.

## INDICE

PORTADA.....	i
JURADOS.....	ii
DEDICATORIA .....	iii
AGRADECIMIENTOS .....	iv
INDICE .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
I. MATERIALES Y MÉTODOS .....	4
II. RESULTADOS .....	7
III. DISCUSIÓN .....	10
IV. CONCLUSIONES .....	13
V. RECOMENDACIONES .....	14
FUENTES DE INFORMACION .....	15
ANEXOS .....	19

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el grado de depresión en pacientes con pie diabético y la relación entre ambas patologías en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los últimos tres meses del año 2019.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal con una muestra de 100 pacientes mayores de 18 años con historia clínica de pie diabético atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). El instrumento utilizado para determinar el grado de depresión fue el Inventario de Beck (BDI-II) a manera de cuestionario autoadministrado, y para determinar el grado de pie diabético se utilizó la clasificación de la Universidad de Texas y de Meggitt – Wagner. Se empleó la prueba estadística de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher dependiendo del cumplimiento de los valores esperados en el análisis bivariado para determinar la asociación entre el grado de depresión y el grado de pie diabético.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue 60,5 años, siendo la mayoría de sexo masculino (66%) y el 50% presentó un tiempo con pie diabético menor o igual a 24 meses. Se evidenció con mayor frecuencia el grado de pie diabético 0A, IA y IIA, según la clasificación de Texas (52%), y los grados I y II según la clasificación de Meggitt – Wagner (60%). El 44% de los pacientes presentó depresión mínima; 25 %, depresión moderada y; 9%, depresión grave. Se encontró asociación significativa entre el grado de depresión y el grado de pie diabético según la clasificación de Wagner ( $p= 0,045$ ); sin embargo, según la clasificación de Texas no se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,078$ ).

**Conclusión:** Todos los pacientes con pie diabético presentaron algún grado de depresión previamente no reconocida, siendo el de mayor prevalencia el grado de depresión mínimo – leve (66%). Asimismo, se encontró una asociación entre el grado de depresión y el grado de pie diabético según la clasificación de Wagner.

**Palabras clave:** depresión; pie diabético; diabetes mellitus; neuropatías diabéticas; endocrinología

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the degree of depression in patients with diabetic foot and the relationship between pathological pathogens at the Hospital Nacional Arzobispo Loayza during the last three months of 2019.

**Materials and methods:** Descriptive, observational and transversal study with a sample of 100 patients older than 18 years with clinical history of diabetic foot attended in the Diabetic Foot Unit of the Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL). The instrument used to determine the degree of depression was the Beck Inventory (BDI-II) as a self-administered questionnaire, and to determine the degree of diabetic foot was used The University of Texas and Meggitt – Wagner classification. The Chi-square statistical test and Fisher's exact test were used, depending on compliance with the expected values in the bivariate analysis to determine the association between the degree of depression and the degree of diabetic foot.

**Results:** The mean age of the patients was 60.5 years, the majority being male (66%) and 50% had a time with diabetic foot less than or equal to 24 months. Diabetic foot grade 0A, IA and IIA, according to the Texas classification (52%), and grades I and II according to the Meggitt-Wagner classification (60%) were more frequently found. 44% of the patients presented minimal depression; 25%, moderate depression and 9%, severe depression. A significant association was found between the degree of depression and the degree of diabetic foot according to Wagner's classification ( $p= 0.045$ ); however, according to Texas classification, no statistically significant association was found ( $p= 0.078$ ).

**Conclusion:** All patients with diabetic foot presented some degree of previously unrecognized depression, the most prevalent being the degree of minimal-mild depression (66%). In addition to this, an association was found between the degree of depression and the degree of diabetic foot according to Wagner's classification.

**Keywords:** depression; diabetic foot; diabetes mellitus; diabetic neuropathies; endocrinology

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es considerada como un problema de salud pública de carácter prioritario y una de las mayores emergencias sanitarias mundiales del siglo XXI, ya que reduce la capacidad y esperanza de vida de las personas mayores; no respeta fronteras y afecta a todos sin distinción alguna, siendo responsable de 1,6 millones de muertes al año a nivel mundial, ocupando así el cuarto lugar a nivel de las enfermedades no transmisibles <sup>(1,2)</sup>.

Según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en el 2017, aproximadamente 425 millones de adultos entre 20 y 79 años vivían con esta enfermedad, proyectándose a 629 millones para el año 2045 <sup>(1)</sup>. A nivel nacional, según el reporte de PERUDIAB (2015) la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 es de 7% <sup>(3)</sup>, en donde menos del 30% de pacientes presentan una hemoglobina glicosilada menor al 7% (valor ideal para un diabético) <sup>(4)</sup>, lo que nos indica que existe un mal control de su enfermedad llevando a un alto riesgo de complicaciones agudas y crónicas. La principal complicación crónica de la diabetes mellitus tipo 2, tanto por su frecuencia como por la consecuente discapacidad que genera, es el pie diabético <sup>(5)</sup>, el cual se asocia a enfermedad vascular periférica (EVP) y neuropatía.

La prevalencia de la úlcera de pie diabético en la población diabética es 4 – 10% <sup>(6)</sup>. Además se reporta que hasta el 50% de las personas con diabetes mellitus tipo 2 pueden desarrollar durante su vida una úlcera en los pies, dentro de los cuales el 20% sufrirán una amputación del miembro inferior afectado <sup>(5)</sup>.

Por otro lado, éstos pacientes tienden a presentar trastornos psiquiátricos, particularmente, cuadros depresivos debido a múltiples factores como el estrés implicado en la aceptación de su enfermedad, cambios de hábitos, cumplimiento estricto del tratamiento, complicaciones asociadas, entre otros, los cuales conllevan a largo plazo a tener un manejo inadecuado de la enfermedad alterando sus estilos de vida y medidas de autocuidado <sup>(7)</sup>.

En nuestro país, la diabetes y la depresión forman parte de las 10 primeras causas de los años de vida saludable perdidos (AVISA) <sup>(8)</sup>. La depresión es un trastorno mental considerada como la principal causa de discapacidad en el mundo; siendo en el 2015, la prevalencia mundial de 4,4% <sup>(9,10)</sup>.

En el año 2017, Solórzano S <sup>(11)</sup>, en el Hospital Goyeneche, Arequipa - Perú, usando un diseño observacional, retrospectivo y transversal con 50 pacientes, con el objetivo de establecer la influencia de la severidad del pie diabético en la presencia y severidad del nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, se encontró un  $P < 0,05$  según la prueba de chi cuadrado ( $X^2=74,82$ ) cuando se evaluó la relación entre el grado del pie diabético y la depresión, concluyendo que presentan una relación estadísticamente significativa, por lo que mientras mayor sea el grado de pie diabético, la depresión es más severa. No se encontraron debilidades en el estudio.

Asimismo, en el año 2017, Ahmedani MY <sup>(12)</sup>, en el Instituto Baqai de Diabetes y Endocrinología (BIDE), Karachi – Pakistán, desarrolló una investigación de tipo observacional, descriptivo y prospectivo con 105 participantes, cuyo objetivo consistió en evaluar síntomas de depresión en los pacientes con pie diabético ulcerado y comparar el desarrollo de la úlcera en pacientes con y sin síntomas depresivos. La investigación halló en casi la mitad de los participantes (53 participantes) la presencia de síntomas depresivos; además que posterior a 3 meses de tratamiento antidepresivo al grupo con depresión ( $PHQ-9 \geq 9$ ) tuvieron una mejora significativa en la puntuación media de depresión ( $P \leq 0,05$ ); del mismo modo, la tasa de amputaciones menores y mayores y el tiempo de cicatrización de úlceras fueron similares en ambos grupos; concluyendo que de dos pacientes con pie diabético ulcerado, uno de ellos presenta síntomas depresivos y seguido del tratamiento con antidepresivos durante tres meses se consiguió mejorar los síntomas depresivos así como una evolución favorable de la úlcera de pie, siendo este similar al de los pacientes sin depresión.

Otro estudio realizado en el 2017 por Ahmad A. et al. <sup>(13)</sup>, en el Centro Nacional de Diabetes, Endocrinología y Genética, Amán – Jordania, usando un diseño observacional, transversal con 260 pacientes, con el objetivo de determinar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con pie diabético; y también examinar los factores de riesgo asociados, encontraron una prevalencia de 39,6% de depresión y que ésta se asocia significativamente con el grupo de pacientes  $< 50$  años de edad ( $p = 0,03$ ), de sexo femenino ( $p = 0,01$ ), fumadores actuales ( $p = 0,01$ ), con una duración de úlcera de pie  $\geq 7$  meses ( $p = 0,00$ ) y con tres o más comorbilidades ( $p = 0,00$ ). El riesgo de tener depresión en el grupo de  $< 50$  años

fue 2,79 veces comparado con el grupo de > 60 años y el riesgo de ansiedad en pacientes con una duración de DM < 10 años es 2,69 veces mayor comparado con los de duración de DM  $\geq$  10 años. Concluyendo que el estado de salud mental de los pacientes con pie diabético empeora entre los que padecen otras comorbilidades, lo que requiere de una especial atención en su manejo.

En el año 2015, Cornejo A <sup>(14)</sup>, en el Hospital Lazarte, Trujillo - Perú, usando un diseño analítico de cohortes con 162 pacientes, con el objetivo de determinar si existe una relación entre los trastornos de ansiedad y depresión con la úlcera del pie diabético, encontró un RR 3,50 IC 95% [1,99 – 6,14] ( $p < 0,001$ ) para ansiedad y RR 3,33 IC 95% [1,41 – 7,87] ( $p < 0,01$ ) para depresión, en pacientes con úlcera y sin úlcera en el pie diabético; concluyendo que aquellos que presentaban úlceras tuvieron 3,50 veces la probabilidad de sufrir de ansiedad y 3,33 veces de depresión en comparación a los que no presentaban úlceras. No se encontraron debilidades en el estudio.

Por lo mencionado anteriormente, es recomendable estimar la magnitud de la gravedad de los síntomas depresivos en estos pacientes que nos permita realizar un enfoque multidisciplinario, asegurando un manejo en el ámbito clínico y de salud mental, y así lograr una calidad de vida adecuada.

Actualmente no existen muchos estudios nacionales con el objetivo de determinar el grado de depresión en pacientes con pie diabético. Por otro lado, teniendo en cuenta que ambas son patologías discapacitantes y que los síntomas depresivos tienen un gran impacto en el tratamiento como en el pronóstico de la enfermedad de fondo, nos encamina a realizar esta investigación con el objetivo de determinar la relación entre el grado de depresión según el grado de pie diabético en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los últimos tres meses del año 2019.

## I. MATERIALES Y MÉTODOS

### 1.1. Diseño metodológico

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal.

### 2.2. Diseño muestral

#### 2.2.1 Población universo

Pacientes con pie diabético atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).

#### 2.2.2 Población de estudio

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de pie diabético atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de octubre – diciembre del año 2019.

#### 2.2.3 Tamaño de la muestra

Considerando que en promedio durante los últimos 3 meses previo al estudio se atendieron 45 pacientes al mes en una sola oportunidad, se obtuvo una población de 135 pacientes para los últimos 3 meses del año 2019. Se utilizó el programa Open Epi para determinar el tamaño muestral con un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% ( $p < 0.05$ ) y al no tener en los antecedentes una proporción esperada de depresión en pacientes con pie diabético se usó el valor de  $p = 0.5$  tomando como referencia a Hernández – Sampieri <sup>(15)</sup>, obteniendo como resultado una muestra de 100 pacientes con pie diabético. Agregando una proporción esperada de pérdidas del 10% se obtuvo una muestra ajustada final de 111 pacientes.

#### 2.2.4 Muestreo

La muestra se realizó mediante muestreo aleatorio simple. Se obtuvo una lista de toda la población de pacientes programados para atención en la Unidad de Pie Diabético, se les asignó un número secuencial, posteriormente se generó 111 números aleatorios y se revisó el día en el que iban a acudir para poder ser entrevistados.

### 2.2.5 Criterios de elegibilidad

#### Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 y de pie diabético atendidos en la Unidad de Pie Diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante el periodo de octubre – diciembre del año 2019, mayores de edad y que hayan firmado el consentimiento informado.

#### Criterios de exclusión

Pacientes con diagnóstico y tratamiento previo de depresión que podría influir en los síntomas depresivos al momento del estudio, pacientes con diagnóstico de trastornos psicóticos; con deterioro de conciencia; atendidos por segunda vez; cuestionarios incompletos o mal llenados.

## 2.3 Técnicas y procedimientos de recolección con datos

### 2.3.1. Instrumentos de recolección de datos

Para determinar el grado de depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), validada en su versión en castellano por un estudio realizado en el Centro Médico Naval del Perú, con una alta confiabilidad (coeficiente alfa de Cronbach = 0,889) <sup>(16)</sup>. Este cuestionario consta de 21 ítems tipo Likert, cada ítem se calificó en una escala de 4 puntos que va desde 0 hasta 3, dando un puntaje total entre 0 – 63 y teniendo como puntos de corte: 0 – 13 depresión mínima; 14 – 19 depresión leve; 20 – 28 depresión moderada y 29 – 63 depresión grave. Además, se utilizó una ficha de recolección de datos que contaba con las siguientes variables: edad, sexo, estado civil, lugar de procedencia, grado de instrucción, ocupación, apoyo familiar, persona con quién vive, tiempo de diagnóstico de la enfermedad, clasificación del pie diabético según Texas y Meggitt – Wagner y el valor de hemoglobina glicosilada.

### 2.3.2. Técnica de Recolección de Datos

La recolección de datos fue realizada por ambos investigadores entre los meses de octubre y diciembre del año 2019 en la Unidad de Pie Diabético del servicio de Endocrinología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL), donde se brindó

conocimiento sobre la investigación a los pacientes y se hizo entrega del consentimiento informado para su participación en el estudio. Asimismo, se les indicó rellenar el inventario de Depresión de Beck de forma individual. Se procedió a llenar la ficha de recolección de datos diseñada para determinar las características epidemiológicas de la población en estudio y el tiempo de diagnóstico de la enfermedad (diabetes mellitus tipo 2 y pie diabético). Para determinar el valor de hemoglobina glicosilada se revisó las historias clínicas durante la atención del paciente. Finalmente, para clasificar al pie diabético según Texas y Meggitt – Wagner se consultó al médico asistente durante la atención de cada paciente. Cabe mencionar que se descartaron 11 cuestionarios incompletos o mal llenados.

#### **2.4 Análisis Estadístico**

Se empleó el programa estadístico SPSS versión 25.0 y Microsoft Office Excel 2013 para obtener la media, mediana y desviación estándar de las variables cuantitativas. Asimismo, se realizó estadística descriptiva de las variables cualitativas con las que se obtuvo la frecuencia y el porcentaje. En la estadística analítica, se utilizó la prueba de Chi cuadrado y la prueba exacta de Fisher dependiendo del cumplimiento de los valores esperados en el análisis bivariado, para determinar la asociación entre el grado de depresión y el grado de pie diabético. Se consideró un nivel de significancia menor al 5% ( $p \leq 0.05$ ).

#### **2.5 Consideraciones éticas**

Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes. Los datos fueron codificados, garantizando la confidencialidad de los mismos. El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres.

## II. RESULTADOS

Se estudiaron a 100 pacientes con pie diabético, teniendo una edad promedio de  $60,5 \pm 9,7$  años, con un rango de edad entre 35 – 85 años. El grupo etario entre 55 – 64 años fue el más resaltante con un 36%. El sexo predominante fue masculino (66%) con un estado civil casado (42%) y procedente de Lima Centro (35%).

Según el grado de instrucción, el 50% cursó secundaria, mientras que el 26% tienen estudios superiores. La mayoría de pacientes se dedica a trabajar de manera independiente (38%). Asimismo, un 45% de pacientes viven con su pareja e hijos y perciben un alto nivel de apoyo familiar para el cuidado de su enfermedad (72%).

Dentro de las características clínicas se observa que la media de tiempo con diabetes mellitus en los pacientes fue de  $14,8 \pm 8,6$  años y el 50% de pacientes tiene un tiempo con pie diabético menor o igual a 24 meses. Además, se pudo obtener el resultado de hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 60 pacientes según lo registrado en las historias clínicas, con una media de  $8,9 \pm 2,1\%$ . Las características epidemiológicas y clínicas de la población en estudio se resumen en la tabla 1 y 2.

**Tabla 1.** Características epidemiológicas de los pacientes con pie diabético atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima 2019.

<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>	<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Edad</b>			<b>Grado de instrucción</b>		
35 – 44 años	5	(5,0)	Primaria	24	(24,0)
45 - 54 años	23	(23,0)	Secundaria	50	(50,0)
55 - 64 años	36	(36,0)	Superior	26	(26,0)
65 - 74 años	29	(29,0)	<b>Ocupación</b>		
75 - 85 años	7	(7,0)	Ama de casa	25	(25,0)
<b>Sexo</b>			Empleado	16	(16,0)
Femenino	34	(34,0)	Independiente	38	(38,0)
Masculino	66	(66,0)	Jubilado	5	(5,0)
<b>Estado civil</b>			Desempleado	16	(16,0)
Soltero(a)	13	(13,0)	<b>Apoyo familiar</b>		
Casado(a)	42	(42,0)	Sí	72	(72,0)
Conviviente	24	(24,0)	No	28	(28,0)
Divorciado(a)	12	(12,0)	<b>Con quién vive</b>		
Viudo(a)	9	(9,0)	Padres	3	(3,0)
<b>Lugar de procedencia</b>			Cónyuge	13	(13,0)
Lima Norte	31	(31,0)	Cónyuge e hijos	45	(45,0)
Lima Centro	35	(35,0)	Padres, conyugue e hijos	1	(1,0)
Lima Sur	7	(7,0)	Solo	7	(7,0)

Lima Este	26 (26,0)	Otros	31 (31,0)
Callao	1 (1,0)		

**Tabla 2.** Características clínicas de los pacientes con pie diabético atendidos en el Hospital Nacional arzobispo Loayza, Lima 2019.

Características	$\bar{x} \pm DS$	Me
Edad (años)	60,5 $\pm$ 9,7	
Tiempo con Diabetes Mellitus (años)	14,8 $\pm$ 8,6	
Tiempo con Pie Diabético (meses)		24
Hemoglobina glicosilada (%)	8,9 $\pm$ 2,1	

$\bar{x}$ : Media DS: Desviación Estándar Me: Mediana

El grado de pie diabético predominante en los pacientes evaluados fueron los grados 0A, IA y IIA según la clasificación de Texas (52%); y los grados I y II según la clasificación de Meggitt – Wagner (60%). Por otro lado, se evidenció que los pacientes presentaron con mayor frecuencia un grado de depresión mínimo (44%) seguido de depresión moderada (25%) y con un menor porcentaje (9%), depresión grave. Tabla 3 y 4.

**Tabla 3.** Grado de pie diabético según la Clasificación de la Universidad de Texas y la Clasificación de Meggitt-Wagner. HNAL, Lima 2019.

Clasificación	Grado de pie diabético	N	%
Clasificación de Texas	0A	16	(16,0)
	IA	20	(20,0)
	IB	5	(5,0)
	IC	2	(2,0)
	IIA	16	(16,0)
	IIB	14	(14,0)
	IIC	2	(2,0)
	IID	2	(2,0)
	IIIB	7	(7,0)
	IIIC	3	(3,0)
	IIID	13	(13,0)
Clasificación de Meggitt-Wagner	0	16	(16,0)
	I	24	(24,0)
	II	36	(36,0)
	III	21	(21,0)
	IV	3	(3,0)
	Total	100	(100,0)

**Tabla 4.** Grado de depresión en pacientes con pie diabético según el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II). HNAL, Lima 2019.

Grado	N	%
Mínimo	44	(44,0)
Leve	22	(22,0)
Moderado	25	(25,0)
Grave	9	(9,0)
Total	100	(100,0)

En la tabla 5 se encontró que existe asociación entre el grado de depresión y el grado de pie diabético según la clasificación de Wagner ( $p= 0,045$ ); sin embargo, según la clasificación de Texas no se encontró asociación estadísticamente significativa ( $p= 0,078$ ).

Se agrupó el grado de depresión en mínimo – leve y moderado – grave, así como los grados I, II, III de la clasificación de Texas debido a que las frecuencias esperadas de los resultados eran bajas. Se observa que el 40% de pacientes con grado I (IA, IB, IC) y II (IIA, IIB, IIC, IID) de pie diabético según la clasificación de Texas y el 40% con grado I y II según la clasificación de Wagner, presentaron depresión mínima – leve. Por otro lado, los pacientes con depresión moderada – grave presentaron en su mayoría un grado II de pie diabético según la clasificación de Texas (14%) y de Meggitt – Wagner (15%).

**Tabla 5.** Asociación entre el grado de depresión y el grado de pie diabético en los pacientes atendidos en el Hospital Nacional arzobispo Loayza. 2019.

		Grado de depresión					
		Mínimo - Leve		Moderado - Grave		Total	
		N	%	N	%	N	%
Clasificación de Texas	0A	14	(14,0)	2	(2,0)	16	(16,0)
	IA, IB, IC	20	(20,0)	7	(7,0)	27	(27,0)
	IIA, IIB, IIC, IID	20	(20,0)	14	(14,0)	34	(34,0)
	IIIB, IIIC, IIID	12	(12,0)	11	(11,0)	23	(23,0)
	Total	66	(66,0)	34	(34,0)	100	(100)
Clasificación de Meggitt – Wagner	0	14	(14,0)	2	(2,0)	16	(16,0)
	I	19	(19,0)	5	(5,0)	24	(24,0)
	II	21	(21,0)	15	(15,0)	36	(36,0)
	III	11	(11,0)	10	(10,0)	21	(21,0)
	IV	1	(1,0)	2	(2,0)	3	(3,0)
	Total	66	(66,0)	34	(34,0)	100	(100)

Clasificación de Texas: prueba exacta de Fisher;  $p= 0,078$

Clasificación de Wagner: prueba exacta de Fisher;  $p= 0,045$

### III. DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue determinar el grado de depresión en pacientes con pie diabético y la relación entre ambas patologías en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza durante los últimos tres meses del año 2019, encontrándose asociación entre estas dos variables; es decir, entre el grado de depresión y el grado de pie diabético según la clasificación de Meggitt – Wagner ( $p=0,045$ ). Sin embargo, al utilizar la escala de Texas no hubo resultados estadísticamente significativos ( $p= 0,078$ ). Este último resultado se encuentra cercano al valor significativo el cual pudo verse afectado por el tamaño muestral de nuestro estudio.

Estos hallazgos se asemejan con los resultados de los estudios realizados por Solórzano <sup>(11)</sup> y Ocampo et al <sup>(17)</sup>, donde se encontró que, a mayor grado de pie diabético, mayor será el grado de depresión. En este aspecto, diferentes estudios con otras metodologías han buscado la asociación de estas variables con resultados inconsistentes. Pearson et al <sup>(18)</sup>, realizó un estudio en el cual no encontró asociación entre los síntomas depresivos y los resultados de las úlceras a los seis meses de seguimiento, esta diferencia con el presente estudio podría ser explicado debido a la diferente metodología empleada ya que este fue un estudio de cohortes.

Entre los trastornos psiquiátricos que se pueden presentar con mayor frecuencia en los pacientes diabéticos se encuentra la depresión, que es la principal causa de discapacidad a nivel mundial, conllevando a un manejo inadecuado de su enfermedad debido a medidas de autocuidado deficiente y ocasionando un agravamiento de la salud en el paciente diabético <sup>(7-9)</sup>. En esa misma línea, en un estudio se pudo concluir que los pacientes con antecedente de úlcera de pie diabético tienen una mala percepción sobre su salud y bienestar psicológico en comparación con pacientes no diabéticos <sup>(19)</sup>.

En el presente trabajo de investigación se pudo determinar que el grado de depresión predominante, según el Inventario de Beck (BDI – II) era mínimo – leve (66%), encontrándose similitud con el estudio realizado por Ocampo et al <sup>(17)</sup>, donde predominó el grado de depresión leve (58,3 %). Sin embargo, difiere de Solórzano

S<sup>(11)</sup> y Salomé et al<sup>(20)</sup>, donde predominó la depresión moderada – grave (68% y 74% respectivamente), esto podría explicarse a que el tamaño de muestra fue inferior al del presente estudio y a que todos nuestros participantes tenían depresión previamente no diagnosticada, los cuales tendrían una clínica menos evidente de los síntomas depresivos.

En cuanto a las variables sociodemográficas en el presente estudio, se observó que predominó el sexo masculino (66%) posiblemente debido a que, a pesar del cambio observado en las últimas décadas respecto al sostenimiento económico en las familias, los varones estarían más expuestos a factores ambientales y al trauma<sup>(12)</sup>. La edad promedio encontrada fue  $60,5 \pm 9,7$  años, estado civil casado (42%) y grado de instrucción secundaria (50%), datos que coinciden parcialmente con la investigación realizada por Salomé et al<sup>(20)</sup>, donde el 50% de pacientes tenía un rango de edad entre 60 – 69 años y eran casados; sin embargo, la mayoría eran del sexo femenino (60%).

Asimismo, se reportaron hallazgos similares con el estudio de Polikandrioti et al<sup>(21)</sup>, donde predominó el sexo masculino (59,4%), eran casados (63,9%) y tenían un alto nivel de apoyo social; no obstante, la mayoría de pacientes eran jubilados (49,4%) y mayores de 70 años (34,4%). En ambos estudios se encontró que la edad promedio de los pacientes fue mayor de 60 años, esto podría deberse a que los pacientes adultos mayores tienden a presentar otros factores de riesgo como el deterioro de la agudeza visual, problemas de equilibrio y limitaciones en la movilidad que pueden predisponer al desarrollo de una úlcera en el pie ya que los hace más propensos a sufrir traumatismos<sup>(22)</sup>.

Otros estudios difieren de nuestros resultados como los presentados por Solórzano S<sup>(11)</sup>, quien da a conocer que predomina el rango de edad entre 42 – 52 años (44%), estado civil conviviente (30%) y un grado de instrucción primaria (44%). De la misma manera, existe diferencia con el estudio realizado por Ocampo et al<sup>(17)</sup>, donde predominó el sexo femenino (53,33%), con una edad promedio de  $63,23 \pm 9,1$  años, estado civil casado (73,33%) y un grado de instrucción primaria (58,33%). En estos 2 últimos estudios, se encontró que el mayor porcentaje de pacientes con pie diabético tenía un tiempo de evolución de diabetes mellitus tipo 2 entre el rango de 4 – 13 años y de 6 – 15 años, respectivamente, confirmándose que el pie

diabético es una complicación crónica que se da en un periodo de tiempo prolongado y no suele presentarse al inicio del diagnóstico de la enfermedad.

Una de las complicaciones más importantes de la diabetes mellitus es la úlcera de pie diabético, debido al impacto y repercusión que genera en la calidad de vida del paciente. Asimismo, es una de las complicaciones que mayor repercusión económica trae consigo, así como una gran carga asistencial debido al largo tiempo de curación y a un mal resultado del tratamiento <sup>(12,23,24)</sup>.

Con respecto a los resultados obtenidos del grado de pie diabético en el presente trabajo, se asemejan a los encontrados por Polikandrioti et al <sup>(21)</sup> y Solórzano S <sup>(11)</sup>, donde se observó con mayor prevalencia las úlceras superficiales (grado I) y profundas (grado II) y en menor porcentaje, gangrena limitada (grado IV).

Por otro lado, respecto al valor de la HbA1c en estos pacientes, se encontró en un estudio realizado por Ahmad et al <sup>(13)</sup>, que la mayoría de pacientes presentaban un valor de HbA1c no controlada  $\geq 7\%$ , hallazgos que fueron consistentes con los datos obtenidos de 60 pacientes de nuestro estudio. Lo mencionado anteriormente es un factor de riesgo para la formación de la úlcera en los pacientes con pie diabético <sup>(25)</sup>; así como ser indicador de una evolución desfavorable en la cicatrización de la úlcera.

Una de las principales limitaciones del estudio es que la recolección de datos se dio a partir de las historias clínicas durante la atención de cada paciente, por lo que se encontraron datos incompletos con respecto al valor de la hemoglobina glicosilada. Asimismo, otra limitación fue la presencia de comorbilidades en los pacientes, tal como disminución de la agudeza visual, las cuales en algunos casos impedían el llenado de los cuestionarios adecuadamente. A pesar de las limitaciones mencionadas, esta muestra es representativa de una población de pacientes diabéticos cuyos hallazgos son relevantes en el campo de la evaluación psiquiátrica integral.

#### IV. CONCLUSIONES

En este estudio se encontró una asociación entre el grado de pie diabético según la clasificación de Wagner y el grado de depresión, no obstante, con la escala de Texas no hubo resultados estadísticamente significativos ( $p= 0,078$ ).

Asimismo, todos los pacientes con pie diabético del presente estudio presentaron algún grado de depresión previamente no reconocida, siendo el de mayor prevalencia el grado de depresión mínimo – leve (66%).

El promedio de edad de los pacientes con pie diabético fue de  $60,5 \pm 9,7$  años con una media de tiempo con diabetes mellitus de  $14,8 \pm 8,6$  años. El grupo etario entre 55 – 64 años fue el más numeroso con un 36%, siendo predominante el sexo masculino (66%) y el 38% trabajaba de forma independiente.

El grado de pie diabético predominante en los pacientes evaluados fueron los grados 0A (lesiones pre ulcerosas), IA (úlceras superficiales) y IIA (úlceras profundas que afectan a tendón y cápsula) según la clasificación de Texas (52%); y los grados I y II (úlceras superficiales y profundas sin afectación ósea respectivamente) según la clasificación de Meggitt – Wagner (60%).

## **V. RECOMENDACIONES**

Debido a los resultados obtenidos en el presente estudio sería conveniente que los pacientes con pie diabético tengan una consulta inicial con el psicólogo y/o psiquiatra, donde sean orientados acerca de signos y síntomas de alarma del trastorno depresivo, para que puedan recibir un tratamiento oportuno de ser requerido.

Se recomienda realizar estudios a futuro que puedan ampliar el tamaño de la muestra y tomen en cuenta otros factores de riesgo, así como algunas comorbilidades que podrían verse involucrados con la severidad de cuadro depresivo, para que desde un enfoque de salud pública se oriente hacia una atención integral de salud del paciente, brindando un tratamiento farmacológico y psicoafectivo con la finalidad de lograr una calidad de vida adecuada.

## FUENTES DE INFORMACION

1. Federación Internacional de Diabetes. IDF Diabetes Atlas [Internet]. 8ª edición. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes; 2017 [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.diabetesatlas.org>
2. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades No Transmisibles [Internet]. 2018 [citado 23 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
3. Seclen SN, Rosas ME, Arias AJ, Huayta E, Medina CA. Prevalence of diabetes and impaired fasting glucose in Peru: report from PERUDIAB, a national urban population-based longitudinal study. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2015;3(1):e000110.
4. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico, Manejo y Control de Dislipidemia, Complicaciones Renales y Oculares en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 [Internet]. 2017 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4186.pdf>
5. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control del Pie Diabético [Internet]. 2017 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3971.pdf>
6. Alexiadou K, Doupis J. Management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Ther*. 2012;3(1):4.
7. Antúñez M, Bettioli AA, Cristóbal S. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta Med Colomb*. 2016;41(2):9.
8. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención [Internet]. 2016 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3466.pdf>

9. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2018 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
10. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. 2017 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
11. Solórzano Cáceres SI. SEVERIDAD DEL PIE DIABÉTICO Y SU INFLUENCIA EN EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2017 [Internet]. [AREQUIPA-PERU]: Universidad Católica de Santa María; 2017. Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/8136/70.2402.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Ahmedani MY, Ahsan S, Ul Haque MS, Fawwad A, Basit A. Association of Depression and its Treatment on the Outcome of Diabetic Foot Ulcer. *J Diabetol.* 2017;8(2):27-31.
13. Ahmad A, Abujbara M, Jaddou H, Younes NA, Ajlouni K. Anxiety and Depression Among Adult Patients With Diabetic Foot: Prevalence and Associated Factors. *J Clin Med Res.* 2018;10(5):411-8.
14. Cornejo Morales AR. "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ÚLCERA DE PIE DIABÉTICO EN HOSPITAL LAZARTE ESSALUD TRUJILLO 2015" [Internet]. [TRUJILLO-PERU]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2015. Disponible en: [http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2082/1/RE\\_MED.HUM\\_ALBERTO.CORNEJO\\_ANSIEDAD.Y.DEPRESION.ULCERA.DE.PIEDIABETICO\\_DATOS.PDF](http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2082/1/RE_MED.HUM_ALBERTO.CORNEJO_ANSIEDAD.Y.DEPRESION.ULCERA.DE.PIEDIABETICO_DATOS.PDF)
15. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M del P. Metodología de la Investigación. Sexta edición. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.

16. Vega-Dienstmaier JM, Coronado-Molina O, Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuro-Psiquiatr.* 2014;77(2):95-103.
17. Ocampo-Barrio P, Landeros-González D, Méndez Rojas LR. Frecuencia de depresión en pacientes con y sin pie diabético. *SEMERGEN - Med Fam.* 1 de noviembre de 2010;36(9):491-6.
18. Pearson S, Nash T, Ireland V. Depression symptoms in people with diabetes attending outpatient podiatry clinics for the treatment of foot ulcers. *Journal of Foot and Ankle Research.* 2014;(7):8.
19. Iversen MM, Midthjell K, Tell GS, Moum T, Østbye T, Nortvedt MW, et al. The association between history of diabetic foot ulcer, perceived health and psychological distress: the Nord-Trøndelag Health Study. *BMC Endocr Disord.* 25 de agosto de 2009;9:18.
20. Salomé GM, Blanes L, Ferreira LM. Assessment of depressive symptoms in people with diabetes mellitus and foot ulcers. *Rev Colégio Bras Cir.* octubre de 2011;38(5):327-33.
21. Polikandrioti M, Vasilopoulos G, Koutelekos I, Panoutsopoulos G, Gerogianni G, Alikari V, et al. Depression in diabetic foot ulcer: Associated factors and the impact of perceived social support and anxiety on depression. *Int Wound J.* 26 de marzo de 2020;17(4):900-9.
22. Gershater MA, Apelqvist J. Elderly individuals with diabetes and foot ulcer have a probability for healing despite extensive comorbidity and dependency. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res.* 4 de marzo de 2021;21(2):277-84.
23. López-Casanova P. Consenso sobre Úlceras Vasculares y Pie Diabético de la Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas (AEEVH) [Internet]. GNEAUPP. 2017 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <https://gneaupp.info/consenso-sobre-ulceras-vasculares-y-pie-diabetico-de-la-asociacion-espanola-de-enfermeria-vascular-y-heridas-aeevh/>

24. Del Castillo Tirado RA, Fernández López JA, Del Castillo Tirado FJ. Guía de práctica clínica en el pie diabético. ARCHIVOS DE MEDICINA [Internet]. 2014 [citado 18 de mayo de 2019];10(2). Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/gua-de-prctica-clnica-en-el-pie-diabtico.pdf?fbclid=IwAR1Ppfgq2noIANDJGIbvPLMy5Gb6RhQhM5H-QcQImQdhG5R567Nwm0akUyI>
25. Espinoza YA, Muñoz CL. Factores de riesgo asociados a pie diabético en el hospital PNP Luis N. Saenz, año 2017: Risk factors associated to diabetic foot at Luis N. Saenz PNP hospital, year 2017. Rev Fac Med Humana. 11 de abril de 2019;19(2):7-7.

## ANEXOS

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación es conducida por Ana Rodríguez y Marco Rodríguez, alumnos de quinto año de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres. El objetivo general de este estudio es: Determinar el grado de depresión en pacientes con pie diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Si accede a participar en este estudio, se le pedirá responder las preguntas del cuestionario de Depresión de Beck (BDI-II), el cual consta de 21 ítems, las puntuaciones varían de un mínimo de 0 hasta 63. Clasificando como una depresión mínima, leve, moderada o grave. Por cada ítem se evalúa una escala de 0 a 3 puntos por cada pregunta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. El estudio no conlleva ningún riesgo ni recibe ningún beneficio. No recibirá una compensación por participar.

Su participación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas los cuestionarios, éstos se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede negarse a participar o retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo(a) perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Ana Rodríguez y Marco Rodríguez. He sido informado (a) de que el objetivo de este estudio es Determinar el grado de depresión en pacientes con pie diabético del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Me han indicado también que tendré que responder un cuestionario el cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Marco Rodríguez al teléfono 913002144.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Marco Rodríguez al teléfono anteriormente mencionado.

Información del investigador:

Marco Gabriel Rodríguez Ramos. Nro. De contacto: 913002144

Correo de contacto: marco\_rodriguez4@usmp.pe

Dirección: Urb. San Francisco Mz C Lt 4, La Molina

Si desea contactar al Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana - USMP, se le brindan los siguientes datos:

- Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad de San Martín de Porres.

- Nombre del Presidente del CIEI: El Dr. Amador Vargas Guerra (Celular 999-098514)
- Dirección: Av. Alameda del Corregidor 1531, Urbanización Los Sirius III Etapa- La Molina, Lima
- Número de teléfono: 365-2300, Anexo 160
- Dirección de correo electrónico: [etica\\_fmh@usmp.pe](mailto:etica_fmh@usmp.pe)

.....  
Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

(En letras de imprenta)

.....  
Nombre del Investigador

Firma del Investigador

Fecha

(En letras de imprenta)

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad: \_\_\_\_\_ años
2. Sexo: Femenino ( ) Masculino ( )
3. Estado civil: Soltero(a) ( ) Casado(a) ( ) Conviviente ( )  
Divorciado(a) ( ) Viudo(a) ( )
4. Lugar de procedencia: \_\_\_\_\_
5. Grado de instrucción: Ninguno ( ) Primaria incompleta ( ) Primaria completa ( )  
Secundaria incompleta ( ) Secundaria completa ( ) Superior ( )
6. Ocupación: Ama de casa ( ) Empleado ( ) Independiente ( )  
Jubilado ( ) Desempleado ( )
7. ¿Cuenta con apoyo familiar? SI ( ) NO ( )
8. ¿Con quién vive? Padres ( ) Cónyuge ( ) Cónyuge e hijos ( )  
Padres, cónyuge e hijos ( ) Solo ( ) Otros ( )
9. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:  
Diabetes: \_\_\_\_\_ años  
Pie diabético: \_\_\_\_\_ meses
10. Clasificación del pie diabético:  
Clasificación de Texas: Grado \_\_\_\_\_ Estadio \_\_\_\_\_  
Clasificación de Meggitt – Wagner: Grado \_\_\_\_\_
11. Hemoglobina Glicosilada: \_\_\_\_\_ %

## INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 preguntas. Por favor, lea con atención cada una de ellas. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

### 1. Tristeza

- (0) No me siento triste.
- (1) Me siento triste gran parte del tiempo
- (2) Me siento triste todo el tiempo.
- (3) Me siento tan triste o tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

- (0) No me siento desalentado respecto de mi futuro.
- (1) Me siento desalentado respecto de mi futuro.
- (2) Siento que no puedo esperar nada del futuro
- (3) Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### 3. Fracaso

- (0) No me siento como un fracasado.
- (1) Siento que he fracasado más que una persona normal
- (2) Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida son muchos fracasos.
- (3) Siento que como persona soy un fracaso total.

### 4. Pérdida de Placer

- (0) Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes
- (1) No disfruto de las cosas como solía hacerlo.

- (2) Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- (3) No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### 5. Sentimientos de Culpa

- (0) No siento ninguna culpa en particular
- (1) Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- (2) Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- (3) Me siento culpable todo el tiempo.

### 6. Sentimientos de Castigo

- (0) No siento que este siendo castigado
- (1) Siento que tal vez pueda estar castigado.
- (2) Espero ser castigado.
- (3) Siento que estoy siendo castigado.

### 7. Disconformidad con uno mismo

- (0) No me siento decepcionado de mí mismo
- (1) He perdido la confianza en mí mismo
- (2) Estoy decepcionado conmigo mismo
- (3) Me odio a mí mismo

## **8. Autocrítica**

- (0) No me siento peor que otros
- (1) Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- (2) Me critico por todos mis errores
- (3) Me culpo por todas las cosas malas que suceden

## **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- (0) No tengo ningún pensamiento suicida
- (1) He tenido pensamientos suicidas, pero no lo haría
- (2) Me gustaría matarme
- (3) Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

## **10. Llanto**

- (0) No lloro más de lo que solía hacerlo.
- (1) Lloro más que antes
- (2) Lloro por cualquier insignificancia
- (3) Antes era capaz de llorar, ahora no puedo llorar aunque quisiera

## **11. Agitación**

- (0) No me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- (1) Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- (2) Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme quieto
- (3) Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

## **12. Pérdida de Interés**

- (0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- (1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- (2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- (3) Me es difícil interesarme por algo

## **13. Indecisión**

- (0) Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- (1) Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- (2) Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones
- (3) Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

## **14. Desvalorización**

- (0) No creo que yo sea inútil
- (1) No me considero tan valioso y útil como solía considerarme
- (2) Me siento más inútil en comparación con otras personas
- (3) Siento que no valgo nada.

## **15. Pérdida de Energía**

- (0) Tengo tanta energía como siempre.
- (1) Tengo menos energía de la que solía tener.
- (2) Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa
- (3) No tengo energía suficiente para hacer nada.

## **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- (0) No he notado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- (1) Duermo algo más o algo menos que de costumbre
- (2) Duermo mucho más o mucho menos que de costumbre
- (3) Duermo la mayor parte del día o me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

- (0) No estoy más irritable que de costumbre
- (1) Estoy más irritable que de costumbre
- (2) Estoy mucho más irritable que de costumbre
- (3) Estoy irritable todo el tiempo

### **18. Cambios en el Apetito**

- (0) No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- (1) Mi apetito es algo menor o algo mayor que de costumbre
- (2) Mi apetito es mucho menor que antes o mucho mayor que de costumbre
- (3) No tengo nada de apetito o tengo un ansia constante de comer

### **19. Dificultad de Concentración**

- (0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- (1) No puedo concentrarme tan bien como de costumbre

- (2) Me cuesta concentrarme en algo por mucho tiempo.
- (3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada

### **20. Cansancio o fatiga**

- (0) No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- (1) Me fatigo o me canso más fácilmente que de costumbre
- (2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- (3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- (0) No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- (1) Estoy menos interesado/a en el sexo que de costumbre.
- (2) Ahora estoy mucho menos interesado/a por el sexo.
- (3) He perdido por completo el interés en el sexo