



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE MEDICINA

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

TÍTULO:

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD NO
DIAGNOSTICADAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE UN
HOSPITAL GENERAL DE LIMA, PERÚ**

ALUMNOS:

**FRANCESCO ADOLFO PANTANI ROMERO
JOHAN DAVID ROSAS MATÍAS
ALEXANDER JULIAN VILLANUEVA BEJARANO**

ASESORES:

**DR. RAY WILLY TICSE AGUIRRE
DR. EDWARD ANTONIO LOZANO VARGAS**

2019

PERÚ

JURADOS:

Coordinador: Dr. Martín Arévalo Flores

Jurado Calificador: Dra. Rosa Neira Sánchez

Jurado Calificador: Dra. Cynthia Cabrejos Novoa

ASESORES DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Ray Willy Ticse Aguirre

Dr. Edward Antonio Lozano Vargas

DEDICATORIA

A nuestros padres quienes nos guiaron y apoyaron afectiva y económicamente de manera incondicional para poder lograr nuestros objetivos.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros docentes por los conocimientos brindados a lo largo de nuestra etapa universitaria. A nuestros asesores, por motivarnos y apoyarnos en el desarrollo del presente trabajo. A nuestros pacientes, por ser la principal razón de nuestra labor, y a todos aquellos quienes participaron de este estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El siguiente trabajo de investigación ha sido financiado por los investigadores.

DECLARACIÓN DE LOS AUTORES

El presente trabajo de investigación es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente. Los investigadores declaran no presentar conflictos de interés de ninguna índole.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	1
MATERIAL Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	7
DISCUSIÓN.....	9
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	13
TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	17

RESUMEN

Antecedentes. Los pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes, comparados con la población general, tienen dos veces más riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad. Se ha realizado estudios clínicos y epidemiológicos sobre la asociación entre diabetes, ansiedad y depresión, siendo estos de gran importancia en la toma de decisiones terapéuticas por sus efectos negativos en el control metabólico y en la respuesta al tratamiento. **Objetivos.** Identificar la frecuencia de pacientes con depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima. **Material y métodos.** Se realizó un estudio transversal, descriptivo, donde se incluyeron 337 pacientes con diagnóstico DM2 y se determinó la presencia de depresión y ansiedad de acuerdo a la Escala de Psicopatología Depresiva y la Escala de Ansiedad de Lima. Así mismo se determinó la relación que existe entre estas variables y las características sociodemográficas. **Resultados.** De los 327 pacientes estudiados, la frecuencia de depresión fue de 23.85%, de ansiedad 32.72% y de suicidalidad 7.95%. Las mujeres tuvieron mayor frecuencia de ansiedad, representando 39.39% y hallándose asociación estadística. **Conclusiones.** La frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con DM2 fue alta. Además, el sexo y la ocupación están relacionados a la ansiedad; así como también lo están la edad y la depresión. No se reportó relación entre estado civil, grado de instrucción o tiempo de diagnóstico con depresión y/o ansiedad.

Palabras Clave. Depresión, ansiedad, diabetes mellitus

ABSTRACT

Background. Patients with chronic diseases such as diabetes, compared with the general population, have twice the risk of developing psychiatric disorders like depression and anxiety. Clinical and epidemiological studies have been carried out about the association between diabetes, anxiety and depression, which is of great importance in therapeutic decision due to its negative effects on metabolic control and response to treatment.

Objectives. To find the frequency of not diagnosed depression and anxiety in diabetic patients who attend the outpatient clinic of a general hospital in Lima. **Material and**

methods. A cross-sectional, descriptive study was carried out in which 337 patients with DM2 diagnosis were included and the presence of depression and anxiety was determined according to the “Escala de Psicopatología Depresiva” and the “Escala de Ansiedad de

Lima”. Likewise, the relationship between these variables and the sociodemographic characteristics was determined. **Results.** The frequency of depression was 23.85%,

anxiety 32.72% and suicidality 7.95%. Women had a higher frequency of anxiety, representing 39.39%. Statistical association was found. **Conclusions.** The frequency of

depression and anxiety in patients with DM2, is high. In addition, it was also found that the sex and occupation are related with anxiety; same as age and depression are. No

relation has been reported between marital status, educational level or time of diagnosis with depression and/or anxiety.

Keywords. Depression, Anxiety, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus está catalogada como una de las enfermedades no transmisibles más frecuentes a nivel mundial con un aumento en su prevalencia de 4.7% a 8.5% en los últimos 40 años, siendo la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) la más frecuente (1).

En el Perú, Seclén y colaboradores reportaron una prevalencia de DM2 de 7% en pacientes mayores de 25 años (2); a pesar de ello, hasta el día de hoy no existen políticas en salud en nuestro país que intenten controlar el avance de la enfermedad o reducir sus factores de riesgo (3).

Por otro lado, la depresión afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. En casos de mayor severidad puede llevar al suicidio(1). En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre los años 2014 y 2015, la prevalencia estimada de depresión fue de 14%, utilizando como instrumento de tamizaje el Patient Health Questionary (PHQ) (4).

Así mismo, se ha estimado que aproximadamente el 10% de la población mundial padece de algún trastorno de ansiedad, de los cuales solo el 27.6% recibieron tratamiento (5). En el Perú este trastorno psiquiátrico tiene una prevalencia actual de 1.9%, sin embargo, no es diagnosticado oportunamente y el tratamiento es muchas veces postergado (6).

Los pacientes con DM2 no sólo son afectados físicamente, sino que también desarrollan trastornos del ánimo y de ansiedad. Estos trastornos psiquiátricos conllevan a un estrés psicológico crónico, activando el eje hipotálamo – pituitario – suprarrenal, que genera incremento de cortisol; y por otro lado, el sistema nervioso simpático aumenta la agregación plaquetaria y respuesta inflamatoria, teniendo efectos a nivel del páncreas disminuyendo la sensibilidad de la insulina y exacerbando intolerancia a la glucosa (7). Es así, que los pacientes con DM2 y estos trastornos psiquiátricos, cumplen con menor

frecuencia las recomendaciones relacionadas a la actividad física y la dieta; ello contribuye a una peor calidad de vida (20).

Existen estudios internacionales que muestran una frecuencia muy variable de estos trastornos psiquiátricos en la población con DM2, encontrando prevalencias desde 30% - 65% para depresión (7, 8) y entre 14%, - 80% en lo correspondiente a ansiedad (9). A pesar de ello, concuerdan en que la presencia de trastornos psiquiátricos en la población con DM2, es mayor que en la población general. En un estudio realizado en Lima Metropolitana en el 2015, la prevalencia de depresión en pacientes con DM2 fue de 5.77% (10). Dichos estudios difieren según la población estudiada, criterios de diagnóstico, herramienta utilizada para la medición y clasificación, etc. (11).

En una revisión sistemática de tipo metaanálisis se incluyeron 28 estudios analíticos observacionales de cohortes y se concluyó que el riesgo de suicidio incrementa significativamente en pacientes con DM2 en general (12).

Para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos se tiene como estándar de oro la entrevista clínica basada en la *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID). A partir de ella, se ha elaborado diferentes instrumentos auto - aplicables que han demostrado ser de utilidad (13). Para el tamizaje de depresión, fueron desarrollados el inventario de depresión de Beck, la Escala del Centro Epidemiológico de la Depresión (CES-D), la Escala Auto aplicable de Depresión de Zung (ZSDS) y la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD). Sin embargo, la aplicabilidad de estas es limitada dependiendo de las características de cada una de ellas (14).

En un estudio en el Perú se elaboró versiones cortas de la EPD buscando disminuir el tiempo de aplicación de esta escala sin perder su eficacia en la detección de la presencia de depresión, obteniéndose la EPD-6, la cual demostró cumplir con estos requisitos (15).

De la misma manera, también en el Perú, se desarrolló la Escala de Ansiedad de Lima de 130 ítems (EAL-130) (16). Y en un estudio posterior, los autores validaron una versión más corta seleccionando 20 ítems (EAL-20); las cuales lograron predecir adecuadamente los resultados obtenidos por la escala inicial (17).

La suicidalidad, según la Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA) incluye términos que hacen referencia a la conducta suicida (pensamiento, ideación, intento suicida) e ideas pasivas de muerte (18). Si bien aún es controversial su uso en estudios psiquiátricos, nos brinda información acerca de los factores de riesgo en las personas para presentar conducta suicida e ideas pasivas de muerte..

El presente estudio tiene como objetivo determinar la frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con DM2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima; y a su vez determinar la presencia de suicidalidad y describir las características de la población estudiada.

MATERIAL Y MÉTODOS

El diseño del presente estudio es transversal, descriptivo, tipo serie de casos en una población de pacientes con diagnóstico de DM2 que acuden al consultorio externo de endocrinología del Hospital Cayetano Heredia (HCH).

Se consideró los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de DM2
- Pacientes con primaria completa.
- Pacientes que hayan aceptado participar del estudio, mediante la firma en el consentimiento informado.

Se consideró los siguientes criterios de exclusión:

- Pacientes con alguna complicación crónica grave diagnosticada tales como cardiopatías, amputaciones, enfermedad renal crónica, y similares.
- Pacientes con diagnóstico previo de depresión y/o ansiedad.

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia. Se acudió al consultorio externo del servicio de endocrinología, de lunes a sábados en dos turnos (mañana y tarde), durante el mes de febrero del 2019. Previa firma de consentimiento informado, fueron entrevistados 337 pacientes con diagnósticos de DM2 verificados en sus historias clínicas. Del total de encuestas completadas, 10 presentaron incongruencias en el llenado tales como datos faltantes, marcar 2 alternativas a la vez, y similares; por lo que fueron descartadas, con lo que se evaluaron 327, siendo esta la muestra total.

Las variables principales del estudio fueron:

1. Depresión: Puntaje mayor o igual a 8 al aplicar la EPD – 6.

2. Ansiedad: Puntaje mayor o igual a 10 al aplicar la EAL – 20.
3. Suicidalidad: Corresponde a una alternativa diferente a la “a” del ítem 20 de la EPD – 20.

Se aplicó las siguientes escalas de medición:

- a) Escala breve para la evaluación de síntomas depresivos: EPD - 6

Escala auto - aplicable que consta de 6 ítems de la EPD – 20. La puntuación es numérica, siendo “a” =0; “b” =1; “c” =2; “d” =3; a excepción de la pregunta 3 en la cual “a” =3; “b” =2; “c” =1; “d” =0. El punto de corte para predecir presencia de sintomatología depresiva es de 8. Este punto de corte fue establecido por los autores teniendo en cuenta que presentaba el mayor índice de Youden (0.5387) consiguiendo una sensibilidad de 80% y especificidad de 73%.

- b) Escala breve para la evaluación de síntomas ansiosos: EAL – 20

Escala auto – aplicable que consta de 20 ítems de la EAL – 130. La puntuación es numérica, siendo “Sí” = 1; “No” = 0; a excepción de la pregunta 18 en la cual “Sí” = 0; “No” = 1. El punto de corte para predecir presencia de sintomatología ansiosa es de 10. Este punto de corte fue establecido por los autores teniendo en cuenta que presentaba el mayor índice de Youden (0.369) consiguiendo una sensibilidad de 69% y especificidad de 67%.

- c) Ítem 20 de la EPD-20 sobre suicidalidad:

Es la pregunta 20 de la EPD – 20, que explora la presencia de suicidalidad. La puntuación es nominal, siendo “a” = No presencia de suicidalidad; “b”, “c”, “d”, “e” = Presencia de suicidalidad.

Los datos finales fueron recolectados y analizados mediante los programas Microsoft Excel 2016 ® y STATA v.14 ®.

Para buscar relación entre sexo, ocupación, nivel académico y estado civil; con depresión, ansiedad y suicidalidad, se utilizó la prueba de chi cuadrado. Mientras que para el análisis estadístico entre edad y tiempo de diagnóstico; con depresión, ansiedad y suicidalidad, se utilizó la prueba de U de Mann-Whitney. La distribución de las variables cuantitativas no fue normal, lo cual fue demostrado mediante la prueba de Shapiro-Wilk.

El presente estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Cabe resaltar que los aquellos pacientes que dieron positivo para la variable suicidalidad, fueron derivados y acompañados por uno de los investigadores al consultorio de Psiquiatría para recibir atención especializada de forma inmediata.

RESULTADOS

Las características socio-demográficas de la población estudiada se pueden apreciar en la Tabla 1.

De la muestra estudiada se encontró que el 23.85% presentaron depresión, el 32.72% ansiedad y el 7.95% suicidalidad (Tabla 2). Así mismo, el 5.5% presentaron síntomas de depresión y de ansiedad (Tabla 5).

En el Gráfico 2 se observa a los pacientes con depresión (N = 78) y con ansiedad (N = 107) según si presentaron o no suicidalidad. Se puede observar que el 17.94% de pacientes con depresión y el 16.82% de pacientes con ansiedad presentaron suicidalidad. Al buscar la relación entre estas variables se encontró que la presencia depresión y/o la ansiedad se encuentran relacionadas a la suicidalidad ($p < 0.001$ en todos los casos).

En relación al sexo, se encontró que los pacientes de sexo femenino presentaron mayor frecuencia de ansiedad, llegando al 39% al compararse la frecuencia de mujeres ansiosas sobre el total de mujeres, esto con la finalidad de homogenizar los grupos, evitando sesgos de volumen. Al aplicar la prueba de chi cuadrado se obtuvo un valor de $p < 0.01$ (Tabla 3).

En cuanto a la ocupación, se determinó que los trabajadores dependientes presentaron más ansiedad, la que correspondía al 43.47%, obteniéndose un valor de $p < 0.01$ (Tabla 4). Cabe resaltar que se utilizó el mismo método que para la variable anterior para evitar sesgos de volumen.

Por otro lado, se encontró que la mediana de edad de los pacientes con depresión fue menor que la de los pacientes con ansiedad. Al aplicar la prueba de U de Mann-Whitney se demostró que existe relación entre ellas ($p = 0.0038$) (Gráfico 1).

Se encontró que el grupo con tiempo de diagnóstico de 11 a 20 años fue el que presentó mayor frecuencia de depresión; sin embargo, el grupo de 31 años a más presentaron mayor frecuencia de ansiedad y suicidalidad (Gráfico 3).

No se encontró relación entre las variables nivel académico, estado civil y tiempo de diagnóstico y las variables principales ($p > 0.05$).

DISCUSIÓN

Existen estudios donde se ha descrito que los pacientes con DM2, comparados con la población general, tienen dos veces más riesgo de desarrollar trastornos del ánimo y de ansiedad (19). Bajo esa premisa, se ha realizado muchos estudios clínicos y epidemiológicos donde se ha observado una clara asociación entre DM2, ansiedad y depresión, siendo estos de gran importancia en la toma de decisiones terapéuticas por sus efectos negativos en el control metabólico y adherencia al tratamiento (19).

La alta frecuencia (23,85%) de depresión en pacientes con DM2 en el presente trabajo concuerda con la prevalencia a nivel nacional que es del 20%, reportada por el Instituto Nacional de Salud (20); sin embargo, es menor que la observada en otros estudios nacionales de depresión y DM2, quienes señalan frecuencias de 31% - 45% (21,22), y que en estudios internacionales quienes encontraron frecuencias que varían entre 24% - 82% (6, 23). Esta diferencia puede deberse a que en dichos estudios se emplearon otras escalas de medición, tales como la escala de Zung, el inventario de depresión de Beck y el test MINI.

Otros estudios, señalan que el impacto de estos trastornos psiquiátricos se puede ver reflejado en la respuesta al tratamiento a través de los valores de hemoglobina glicosilada, glicemia, medidas antropométricas entre otros (19, 21, 23); las cuales no fueron utilizadas en el presente estudio debido al registro incompleto de resultados de laboratorio en las historias clínicas.

En lo que respecta a ansiedad, el 32.72% obtenido se encuentra dentro del rango descrito en la bibliografía nacional e internacional revisada, en las que se evidencian frecuencias muy variables que van desde 14% hasta 80% (21, 24 – 26).

La frecuencia de pacientes con DM2 con suicidalidad fue 7.9%. No se encontró estudios previos que analicen la relación entre estas, por lo que su hallazgo representa un dato importante que debe tomarse a consideración por parte de los médicos tratantes del servicio de Endocrinología, ya que el diagnóstico de DM2 tiene un impacto emocional significativo en el individuo, produciendo muchas veces pensamientos negativos y hasta el suicidio (12, 18, 27).

Se ha demostrado que aquellas personas con DM2 tienen más probabilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos debido a factores como el estrés, cronicidad de la enfermedad, el autocuidado y el tratamiento a seguir (7). Además, en el presente estudio se encontró que los factores relacionados al desarrollo de depresión y ansiedad son el sexo, la ocupación y edad.

En este estudio, se halló que el sexo femenino presenta más frecuencia de ansiedad. Esto puede deberse a las diferencias en el estilo de vida, ya que las mujeres pasan mayor tiempo en el hogar, lo que conlleva a una menor actividad física y malos hábitos alimenticios (28). Las mujeres presentan también un factor hormonal, puesto que después de los 50 años, el estrógeno disminuye gradualmente en las mujeres, lo cual conlleva a cambios en su bienestar general (28).

En cuanto a ocupación, la mayor frecuencia de ansiedad se dio en los trabajadores dependientes, hallándose que estas variables están relacionadas. Las investigaciones indican que la pobreza, la dificultad financiera y otros problemas económicos, pueden aumentar el riesgo de desarrollar ansiedad (29).

En cuanto a la edad, se encontró que está relacionada con la presencia de depresión, hallándose que los más jóvenes presentan mayor frecuencia de este trastorno; sin embargo, estos resultados no coinciden con otros estudios donde señalan que la depresión

es más prevalente con el aumento de la edad (30,31). Probablemente se deba a que el impacto emocional en pacientes jóvenes tenga mayor repercusión que en los pacientes adultos (7).

En vista de los resultados obtenidos, es preocupante la alta frecuencia del sub-diagnóstico de los trastornos psiquiátricos en los pacientes con DM2, por ello, se recomienda el uso de escalas de tamizaje como las empleadas en el presente estudio (EPD-6, EAL-20) para mejorar los objetivos de tratamiento en estos pacientes y a su vez en su calidad de vida.

Dentro de las limitaciones de este estudio se pueden tener en cuenta la omisión del control de la DM2 por medio de la hemoglobina glicosilada, mediciones antropométricas, el mal llenado de las historias clínicas y el pobre conocimiento de los mismos pacientes acerca de su condición de salud. Otra limitación a tomar en cuenta es el momento de aplicación de las encuestas, el cual generaba un grado de estrés en el paciente por encontrarse a la espera de ingresar al consultorio para ser atendido.

CONCLUSIÓN

La frecuencia de depresión, ansiedad y suicidalidad, en la población estudiada, es alta.

Tanto el sexo como la ocupación están relacionados a una mayor frecuencia de ansiedad, y la edad, a mayor frecuencia de depresión.

RECOMENDACIONES

Debido a la mayor frecuencia de pacientes con DM2 que no tienen diagnóstico de depresión y ansiedad, se recomienda el uso de escalas de tamizaje breves como las utilizadas en este estudio y así poder derivar al paciente al médico especialista como parte de la atención integral al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la salud. Depresión centro de prensa [Internet] [Consultado el 11 de enero del 2019]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Seclén 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 Research & Care*. octubre de 2015;3(1): e000110.
3. Organización Mundial de la Salud. Perfiles de los países para la diabetes, 2016. [Internet]. Disponible en : https://www.who.int/diabetes/country-profiles/per_es.pdf?ua=1
4. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscocoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac med*. 2017;78(4):393-7
5. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 18 de enero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29356216>.
6. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013;29: 1–392.
7. Antúnez M, Bettioli AA, Cristóbal S. Depression in patients with type 2 diabetes who attend an outpatient clinic of internal medicine. 2016; 41:9.
8. Van Dijk SEM, Adriaanse MC, van der Zwaan L, Bosmans JE, van Marwijk HWJ, van Tulder MW, et al. Measurement properties of depression questionnaires in patients with diabetes: a systematic review. *Qual Life Res*. 2018;27(6):1415-30.

9. Udovichenko OV, Maximova NV, Amosova MV, Yuniaynen OA, Berseneva EA, Starostina EG. Prevalence and Prognostic Value of Depression and Anxiety in Patients with Diabetic Foot Ulcers and Possibilities of their Treatment. *Curr Diabetes Rev.* 2017;13(1):97-106.
10. Arias Chipana. Prevalencia de depresión y sus factores asociados en pacientes con diabetes mellitus que acuden a consulta externa de hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana y el Callao –2015. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú. 2018
11. Rivas-Acuña V. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *17(1):7.*
12. Wang B, An X, Shi X, Zhang JA. Suicide risk in patients with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2017 May 16.
13. Dunstan DA, Scott N, Todd AK. Screening for anxiety and depression: reassessing the utility of the Zung scales. *BMC Psychiatry [Internet].* 8 de septiembre de 2017 [citado 15 de enero de 2019];17. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5591521/>
14. Ruiz-Grosso P, Loret de Mola C, Vega-Dienstmaier JM, Arévalo JM, Chavez K, Vilela A, et al. Validation of the Spanish Center for Epidemiological Studies Depression and Zung Self-Rating Depression Scales: a comparative validation study. *PLoS ONE.* 2012;7(10): e45413.
15. Vega-Dienstmaier JM. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Revista de Neuro-Psiquiatría.* julio de 2018;81(3):154-64.
16. Vega-Dienstmaier JM. Construcción de una nueva escala en español para medir ansiedad. *Rev Neuropsiquiatr.* 2011;74: 230–241.

17. Lozano-Vargas A, Vega-Dienstmaier JM. Construcción y propiedades psicométricas de la escala de ansiedad de lima de 20 ítems (EAL-20). *Rev Neuropsiquiatr.*
18. Posner K, et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *Am J Psychiatry.* 2007; 164:1035-1043.
19. Miguel MGFS, F MCGS, Abreu CC. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Med Int Mex.* 2010;26(2):100-8.
20. Instituto Nacional de Salud. Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades Crónicas en la Población Peruana. Lima: INS, Unidad de Análisis y Generación de Evidencias; 2016. Serie Análisis Secundario de Datos N.º 01-2016.
21. Constantino-Cerna A, et al. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Rev Med Hered.* 2014; 24:196-203.
22. Huamán E. Depresión como factor asociado a control metabólico basado en hemoglobina glicosilada en pacientes diabéticos en el Hospital Regional Docente de Cajamarca noviembre 2016- enero 2017. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca, Perú. 2017.
23. Wang L, et al. Prevalence of depressive symptoms and factors associated with it in type 2 diabetic patients: a cross-sectional study in China. *BMC Public Health.* 2015; 15:188.

24. Grigsby AB, Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1053–60.
25. Tovilla-Zárate C, Juárez-Rojop I, Peralta Jimenez Y, Jiménez MA, Vázquez S, Bermúdez-Ocaña D, Ramón-Frías T, Genis Mendoza AD, García SP, Narváez LL. Prevalence of anxiety and depression among outpatients with type 2 diabetes in the Mexican population. *PloS One* 2012; 7: e36887–e36887.
26. Mikaliukstiene A, et al. Prevalence and determinants of anxiety and depression symptoms in patients with type 2 diabetes in Lithuania. *Med Sci Monit.* 2014; 20:182-90.
27. Ávila V, Apolinar G. Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de salud del IMSS de Ciudad del Carmen, Campeche. *Temas de Ciencia y Tecnología.* 2016; 20(58): 37-44.
28. Sun N, Lou P, Shang Y, et al. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ Open* 2016.
29. Organización mundial de la salud. suicidio [Internet] [Consultado el 7 de marzo del 2019].
30. Urrutia D, Segura R. Sintomatología depresiva y diabetes mellitus tipo 2 en una muestra ambulatoria de un hospital de las Fuerzas Armadas en Lima, Perú, 2012: estudio transversal. *Medwave* 2016 Abr;16(3): e6435.
31. Rodríguez J, Zapatero G, Martín R. Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2 Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2. *Rev Clin Esp*; 215(25):156-164.

TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra estudiada. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

	Características	N	%
Sexo	Femenino	231	70.64
	Masculino	96	29.36
Edad	21 – 31 años	6	1.83
	32 – 42 años	15	4.59
	43 – 53 años	64	19.57
	54 – 64 años	120	36.70
	65 – 75 años	100	30.58
	76 años a más	22	6.73
Estado Civil	Soltero	84	25.69
	Conviviente	53	16.21
	Casado	125	38.23
	Divorciado/Separado	22	6.73
	Viudo	43	13.15
Nivel Académico	Primaria Completa	120	36.70
	Secundaria Incompleta	47	14.37
	Secundaria Completa	106	32.30
	Superior Incompleta	15	4.59
	Superior Completa	39	11.93
Ocupación	Ama de Casa	179	54.74
	Trabajador Dependiente	23	7.03
	Trabajador Independiente	93	28.44
	Desocupado	32	9.79
Tiempo de diagnóstico	Menos de 10 años	220	67.28
	11 – 20 años	72	22.02
	21 – 30 años	28	8.56
	31 – 40 años	7	2.14

Tabla 2. Frecuencias de depresión, ansiedad y suicidalidad. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

		N	%
Depresión	No	249	76.15
	Sí	78	23.85
Ansiedad	No	220	67.28
	Sí	107	32.72
Suicidalidad	No	301	92.05
	Sí	26	7.95

Tabla 3. Frecuencias de ansiedad y depresión según sexo. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

		Con ansiedad (p < 0.001)	Con depresión (p = 0.267)
Sexo	Masculino N = 96 (100%)	16 (16.7%)	19 (19.8%)
	Femenino N = 231 (100%)	91 (39.9%)	59 (25.6%)

Tabla 4. Frecuencias de ansiedad y depresión según ocupación. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

	Con ansiedad (p < 0.001)	Con depresión (p = 0.730)
Ocupación Ama de casa N = 179 (100%)	74 (41.4%)	47 (26.2%)
Trabajador dependiente N = 23 (100%)	10 (43.5%)	5 (21.7%)
Trabajador independiente N = 93 (100%)	19 (20.5%)	19 (20.5%)
Desocupado N = 32 (100%)	4 (12.5%)	7 (21.8%)

Tabla 5. Frecuencias de ansiedad según depresión. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

		Sin Depresión	Con Depresión
Ansiedad (p < 0.001)	No	212 (64.8%)	8 (2.4%)
	Si	89 (27.2%)	18 (5.5%)

Gráfico 1. Valores obtenidos del análisis estadístico al relacionar las variables edad, depresión y ansiedad. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

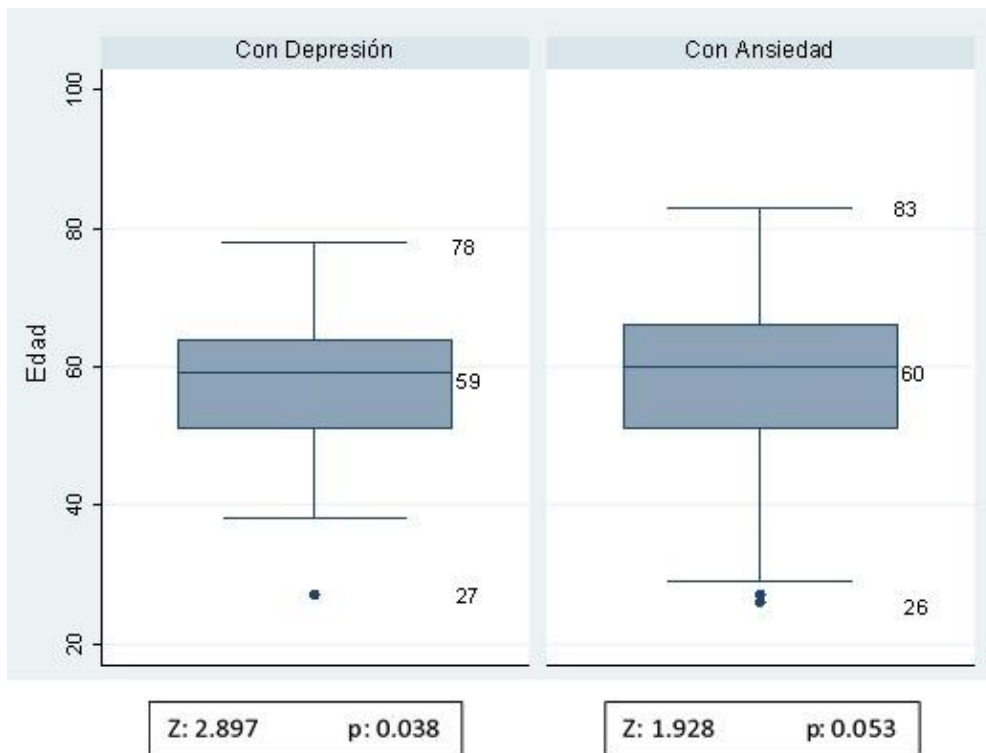


Gráfico 2. Frecuencias de suicidalidad según depresión y ansiedad. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.

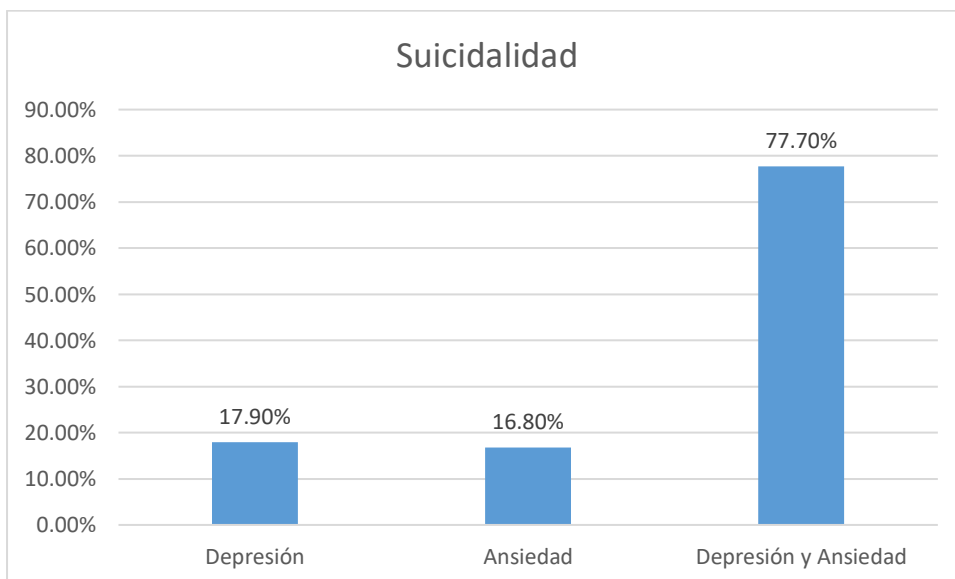
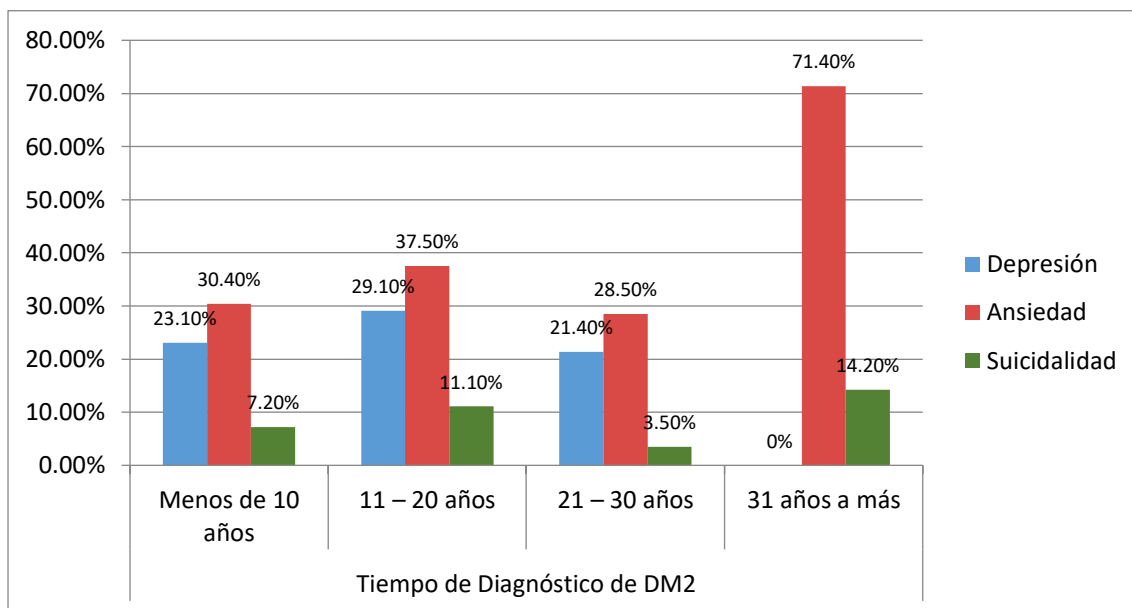


Gráfico 3. Frecuencias de depresión, ansiedad y suicidalidad según el tiempo de diagnóstico de DM2. Consultorio de Endocrinología, HCH. 2019.



ANEXOS

Anexo 1:

Instrumento de evaluación N° 1

Responda a las siguientes preguntas con la mayor sinceridad en relación a cómo se ha sentido en las 2 últimas semanas. "Marque una letra".

1. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?
 - a. Casi nunca.
 - b. A veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi todo el tiempo.
2. ¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?
 - a. Sí, generalmente.
 - b. Algunas veces.
 - c. Rara vez.
 - d. No, en ningún momento.
3. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?
 - a. No, en ningún momento.
 - b. Rara vez.
 - c. Algunas veces.
 - d. Sí, generalmente.
4. ¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?
 - a. Casi nunca.
 - b. Algunas veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi todo el tiempo.
5. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?
 - a. Nunca.
 - b. Algunas veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi todos los días.
6. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?
 - a. No, en ningún momento.
 - b. A veces.
 - c. Frecuentemente.
 - d. Casi siempre.
7. ¿Ha pensado en hacerse daño durante las últimas 2 semanas?
 - a. No, en ningún momento.
 - b. Quizás sería mejor morirme.
 - c. Deseo morirme.
 - d. He planeado cómo suicidarme.
 - e. He intentado suicidarme.

Anexo 2:

Instrumento de evaluación N° 2

En relación a cómo se ha sentido en la última semana. Marque "Sí o No".

N°	Ítem		
1	Me da miedo alejarme de mi casa.	Sí	No
2	Me he sentido aturdido o confundido.	Sí	No
3	Tengo miedo de conocer gente nueva.	Sí	No
4	He sentido que me falta el aire o me ahogo.	Sí	No
5	Tengo miedo de hacer el ridículo y sentirme humillado o avergonzado.	Sí	No
6	He sentido miedo sin motivo.	Sí	No
7	Me da miedo estar en lugares altos.	Sí	No
8	He sentido dolor o presión en el pecho.	Sí	No
9	Me incomodaría entrar o salir de un lugar lleno de gente.	Sí	No
10	Tiendo a sentirme nervioso.	Sí	No
11	Tengo miedo de dar exámenes o tener una entrevista de trabajo.	Sí	No
12	Me he sentido agitado o alterado.	Sí	No
13	Con facilidad me siento asustado, con temor o miedo.	Sí	No
14	Me he sentido angustiado, con los nervios de punta.	Sí	No
15	Me es difícil hablar con otras personas, tengo temor, me cuesta iniciar una conversación o no se me ocurre qué decir.	Sí	No
16	Me siento inseguro, como si me fuera a caer.	Sí	No
17	Tengo escalofríos frecuentemente.	Sí	No
18	Generalmente me siento cómodo, sosegado y apacible.	Sí	No
19	Me incomoda que me observen cuando trabajo, escribo, camino o tengo algún objeto que se me puede caer.	Sí	No
20	Tengo sensaciones de adormecimiento u hormigueo en el cuerpo.	Sí	No