



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

11226
80

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION No. 02 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

"FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS
TIPO 2 EN LA UMF 94".

TESIS RECEPCIONAL
PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
DR. ANDRES RIVERA LIZARRAGA

TESIS CON
NOTA BUENA
PALLA DEL CUIBEN

ASESORES: DRA. JUANA NAJERA SOTO.
DR. RODOLFO MARTINEZ



MEXICO, D. F.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas
UNAM a difundir en formato electrónico e imp
contenido de mi tesis recepcional
NOMBRE: ANDRES RIVERA LIZARRAGA 2003
FECHA: 6/10/03
FIRMA: [Firma]

A



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

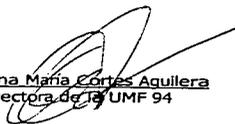
AUTORIZACIONES



Dra. Patricia Leonor Pérez Sánchez
Coord. Delegacional de Investigación en Salud



Dra. María Guadalupe Garfias Garnica
Coord. Delegacional de Educación Médica



Dra. Ana María Cortés Aguilera
Directora de IPUMF 94

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B

AUTORIZACIONES



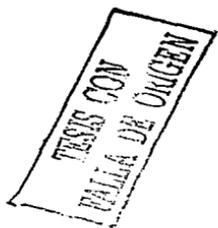
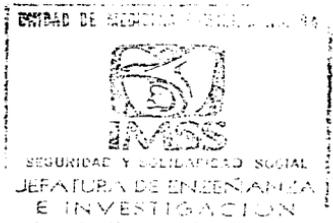
Dra. Patricia Ocampo Barrio
Jefe de Educación e Investigación



Dra. Lidia Bautista Samperio
Profa. Titular del curso



Dra. Juana Najera Soto
Asesor de Tesis



C

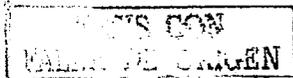
CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Dra. Lidia Bautista Samperio

A mis asesores

Dra. Juana Najera Soto
Dr. Rodolfo Martinez

Por su ayuda invaluable en la elaboración del presente trabajo.



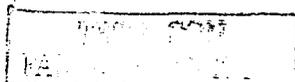
D

AGRADECIMIENTOS

**A mi esposa Elizabeth:
Por su apoyo incondicional en todas mis empresas.**

**A mi hija Andrea:
Quien es fuente de amor e inspiración y la verdad de mi razón.**

**A mis padres:
Quienes me enseñaron el arte de ser feliz a pesar de los contratiempos.**



ÍNDICE

| | |
|--|----|
| ANTECEDENTES CIENTÍFICOS | 1 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 6 |
| HIPÓTESIS | 7 |
| OBJETIVO GENERAL | |
| METODOLOGÍA | 8 |
| CRITERIOS DE SELECCIÓN | |
| DEFINICIÓN DE VARIABLES..... | 9 |
| PROCEDIMIENTOS PARA OBTENER LA MUESTRA..... | 11 |
| DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN..... | 12 |
| RECURSOS | 13 |
| CONSIDERACIONES ETICAS..... | 14 |
| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES..... | 15 |
| RESULTADOS | 16 |
| CUADROS Y GRAFICAS..... | 17 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 26 |
| CONCLUSIONES..... | 27 |
| SUGERENCIAS..... | 28 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 29 |
| CONSENTIMIENTO INFORMADO..... | 32 |
| CUESTIONARIO..... | 33 |
| INVENTARIO PARA DEPRESIÓN DE BECK..... | 35 |

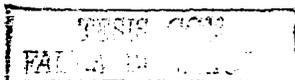
TESIS CON
FALTA DE PAGOS EN

F

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

DIABETES MELLITUS

La diabetes es una enfermedad de la cual se tiene referencia desde tiempos antiguos, la primera referencia por escrito, se encuentra en el papiro de Ebers en 1873, fechada en 1550 a.c. Diez siglos después en el libro de Ayur Veda Suruta se describe la "madhumeha" (orina de miel). El término "diabetes" se atribuye a DEMETRIUS DE APAMAIA (SIGLO II a.c.). La palabra deriva del griego diabeinen (que significa algo así como "pasar a través"). La primera descripción corresponde a ARETAEUS DE CAPADOCIA (81-131 a.c.) "misteriosa... rara enfermedad en humanos. en la cual las carnes se funden por la orina..." PARACELSO (1493-1541) destacó el carácter sistémico de la enfermedad. En 1679 Tomás Willis estableció los términos de Diabetes Mellitus y Diabetes Insípida. CLAUDE BERNARD en 1859 muestra la conexión entre el Sistema Nervioso Central y la diabetes. En 1889 Mering y Minkowsky al extirpar el páncreas se produce la diabetes. En 1921, Bantín y Best descubren la insulina. Dunbar (1954) estudia la personalidad diabética relacionada con la depresión(1,2). El inadecuado control del paciente diabético y el desconocimiento de su depresión precipitan sus complicaciones, las de tipo social y relaciones interpersonales(3). El paciente diabético se enfrenta a una enfermedad de tipo crónico con alteraciones de tipo bio-psicosocial promoviendo la aparición de un cuadro depresivo que puede manifestarse en cualquier momento de su vida(4). Los pacientes con la dosificación apropiada de insulina, dieta y ejercicio adecuado evolucionaran mejor que quienes atribuyen sus síntomas a la mala suerte o a médicos, familiares o cónyuges (5). En las personas con antecedentes familiares de depresión aumenta 3 veces la posibilidad de padecerla, 3 de cada 4 personas que sufren la enfermedad depresiva tienen en promedio 5 crisis depresivas a lo largo de su vida. Los trastornos emocionales afectan el equilibrio metabólico, a menudo hacia la hiperglucemia, ya que las hormonas del estrés contrarrestan la acción metabólica de la insulina(6). La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública de enormes proporciones. El estudio de Bundo Vidiella (1996) dice que no hay una relación estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad asociados a DM2(7). En el mundo occidental actualmente se estima una prevalencia de DM2 sin diagnosticar en un 2-6% de la población, la cual aumenta con la edad de la población; se estima que alcanza el 10-15% en la población mayor de 65 años y el 20% si se considera sólo a los mayores de 80 años. Existe alrededor de 15



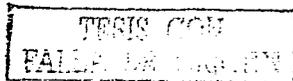
millones de personas con DM2 en Latinoamérica y esta cifra llegará a 20 millones en 10 años. De la población de Centro América la prevalencia en zonas urbanas oscila entre 7-8%, mientras en las zonas rurales es apenas del 1 al 2%. México se encuentra en el 9º lugar a nivel mundial en población diabética y se considera que para el año 2025 ascenderemos al 7º sitio(8). La diabetes mellitus ha ido en aumento en los años 60's en el D.F., la prevalencia global por cada 100 habitantes era aproximadamente de 2.3; en los años 70's era de 4.6; en los 80's de 5.1; y en los 90's en la población rural de México aproximadamente era de 1.9 y con una estimación de 5.6 para la población urbana(9). En nuestro país, los últimos estudios realizados indican que la de DM se encuentra entre el 2.8-3.9%. En México, 8.2% de la población mexicana entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Otro aspecto fundamental de la epidemiología de la diabetes en México es la proporción de individuos (alrededor del 10%) que desarrollan diabetes tipo 2 (10). La diabetes mellitus se manifiesta como un síndrome metabólico, vascular y neuropático(11). ARIMAC utiliza códigos para nombrar las distintas patologías utilizando como fuente las hojas 4-30-6 y TP-02 de esta UMF 94, Las cifras reportadas desde enero hasta diciembre en 1999 indican solo 4 casos nuevos de DM. 2, en el año 2000 indicaron solo 4 casos nuevos de DM. 2, en el año 2000 se otorgaron 10188 consulta a pacientes con DM. 2 en la consulta externa, respecto al sexo las cifras nos indican que en el año 2000 se otorgaron 10188 consulta a pacientes con DM. 2 en la consulta externa con una tendencia mas alta para las personas mayores de 70 años. El Ultimo reporte menciona 4250 pacientes con DM. 2 en la UMF 94 que representa 85 pacientes por consultorio durante el año 2000(12).

TESIS CON
FALLA DE CUBRIL

LA DEPRESIÓN.

La depresión ha estado con la humanidad desde el principio de la misma, a lo largo de la historia del ser humano. HIPÓCRATES utilizó la palabra melancolía para describir la depresión en el siglo V a.c. ARETEO DE COPADOCIA le llama la bilis negra, Galeno lo reafirma. PARACELSO en el siglo XIV habla de la depresión endógeno como exógeno. EMIL KRAEPELIN en el siglo XIX habla de la melancolía atónica KALHBAUM utiliza el termino distimia. En 1911 Freud contribuyo mucho al entendimiento del origen psicológico, emocional de la depresión fundamentándolo en la presencia de perdidas de objeto (13). Mazze (1984) demostró la relación entre el estado psicológico y el control metabólico (a mejor control metabólico menor depresión) (14,15). El estudio de Eaton WW (1996) menciona (16) a mayor descontrol de la depresión se incrementa el riesgo de producirse DM2.

La combinación de terapia de comportamiento cognitivo y el soporte educativo sobre diabetes en los pacientes con DM2 es un efectivo tratamiento no farmacológico para mejorar la depresión. Estudios controlados desde 1990 a 1997 sugieren (17,15) que la depresión es mas prevalente en paciente diabéticos que en el resto de la población y que esta se asocia a un mal control glicémico. Se requieren estudios adicionales para establecer la relación del efecto del tratamiento antidepressivo sobre el control glicémico (18). Así mismo La investigación comparativa del perfil fenomenológico de la depresión en ejemplos clínicos de la población general en Norteamérica y Latinoamérica (Escobar et al, 1983; Mezzich & Raab, 1980) ha demostrado que los latinoamericanos presentan un índice más elevado de síntomas somáticos, mientras que los norteamericanos presentan más altos índices de suicidio y sentimientos de insuficiencia personal(19). Es importante que el facultativo detecte trastornos afectivos (TA) y cognitivos para que tome las acciones necesarias, para la detección de los TA, los cuestionarios o escalas de depresión de Yesavage, Beck, Halminton pueden servirle, la eficacia de tales escalas han sido suficientemente comprobadas en innumerables trabajos(20,21). Se calcula que en nuestro país una de cada 20 personas se deprime cada año y 1 de cada 5 la confronta en el curso de existencia. El índice para los trastornos afectivos en la ciudad de México es de 9% en la población adulta entre los 18 y los 65 años de edad, con un 7.8% correspondiente a episodios depresivos mayores y 2.5 mujeres por hombre, distimia 1.5% con un rango similar entre mujeres y hombres (2.6:1). Los porcentajes de prevalencia de trastornos de

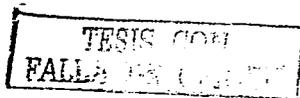


ansiedad resultó un poco menor afectando al 8.3% de la población (19). Conforme aumenta la severidad de la depresión, las personas experimentan mas limitaciones físicas, sociales y laborales, que pueden agudizar los síntomas de la Diabetes Mellitus tipo 2. provocando descontrol metabólico(22). Las alteraciones mentales inciden de manera significativa en los resultados del tratamiento(23,24). En un metanálisis publicado en 1995 por Hazell P. Y Cols. se concluyó(25) que la utilización de antidepressivos tricíclicos no son más afectivos que el placebo en el tratamiento de la depresión de niños y adolescentes.

La depresión es una enfermedad recurrente crónica que puede estar presente toda la vida. El estudio de Lustman PJ (1997) demostró que la persistencia o recurrencia de la depresión ocurre con frecuencia en pacientes diabéticos (en su estudio en 92%) y que los antidepressivos pueden ayudar para prevenir las mismas(26). El DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), clasifica a la depresión en distimia, depresión mayor, y depresión doble. El 79% de los pacientes con distimia llegan a experimentar un cuadro de depresión mayor estableciéndose el diagnóstico de depresión doble(27). Los trastornos depresivos en los jóvenes se manifiestan por alteraciones de conducta de inicio incidiioso con un restablecimiento en la mayoría de las ocasiones después de 2 años, los cuales pueden modificarse abrumadoramente con un programa de ejercicios, la relación mujer a hombre es de 2:1 (13).

En otros estudios se ha demostrado el efecto antidepressivo con todos los tipos de ejercicio de regular intensidad independientemente del sexo y la edad y duración del ejercicio, demostrándose que es tan eficaz como la psicoterapia(28).

Los estudios de Brown y Harris realizados en diferentes estados de la unión americana durante la década de los 80 's, demuestran que la depresión se encuentra en más mujeres que en hombres, de clase media y en zonas urbanas, económicamente activas y casadas y que este al igual que la diabetes mellitus ha ido en aumento en los últimos años (29). Es importante reunir a la familia para que conozca la patología, de esta manera se facilitaría el apoyo emocional que la persona con depresión requiere(30). Se estima que la prevalencia de la depresión en el IMSS es del 6% y en los pacientes diabéticos el porcentaje se eleva en un 18% y sin embargo este suele detectarse solo en 37.5% de las personas que lo padecen. Estudio realizado en el Hospital General "La Raza". Es sabido que la depresión en el anciano tiene una prevalencia del 15-25% y se manifiesta por un



sin número de síntomas por lo que pocas veces se detecta produciendo una depresión más profunda (31).

En la UMF 94 el servicio de ARIMAC utiliza códigos para nombrar las distintas patologías utilizando como fuente las hojas 4-30-6 y TP-02. Respecto a la depresión se otorgaron 284 consultas durante el año 2000 de las cuales 84 de ellas (29.5%) se enviaron al 2º nivel (12).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En esta unidad de medicina familiar se presta especial atención a los pacientes con enfermedad crónica degenerativa, tal es el caso de la Diabetes Mellitus 2 (DM2) de quien se toman los criterios actuales para su diagnóstico(32,33). Actualmente existen más de 4200 pacientes con esta patología en esta Unidad de Medicina Familiar (UMF) 94 y solo el 25% se considera controlado. Múltiples literaturas(34) mencionan el carácter depresivo que todo paciente con una enfermedad crónica degenerativa presenta, se estima que la prevalencia de depresión en el IMSS para pacientes diabéticos es de un 18%, hemos estimado que en nuestra UMF 94 detectamos esta última patología solo en 1.8%, considerando que nuestra población de diabéticos es de 17,950 pacientes (12) hasta finales del año 2000.

No podemos especificar la relación ni la frecuencia real con la que se presenta esta ambivalencia en esta U.M.F 94 ya que hasta el momento no se utiliza ninguna escala de depresión para detectar en pacientes diabéticos su presencia. Es menester considerar que a mejor control del evento depresivo menor descontrol metabólico(14,15,22). Aplicar escalas de depresión en los pacientes diabéticos nos permitiría complementar el estudio del paciente, corroborar nuestro diagnóstico clínico y conocer el grado de depresión que presenta nuestro paciente.

¿Cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 94?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo la hipótesis no es necesaria

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 en la UMF 94.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO: Descriptivo, transversal, prolectivo.

UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 .

POBLACIÓN DE ESTUDIO: Diabéticos tipo2, usuarios de la UMF 94.

FECHA DE ESTUDIO: Agosto-Septiembre 2001.

LUGAR: UMF 94

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todo paciente con diabetes mellitus tipo 2

- De cualquier sexo
- De cualquier tiempo de evolución de la diabetes
- Que acepten cooperar voluntariamente con el estudio.
- Que sepan leer y escribir.
- Sin patologías como ceguera, depresión previamente diagnosticada, enfermedad de Alzheimer, amputación de miembros torácicos y/o pélvicos, con retraso mental previamente diagnosticado.
- Del turno matutino y vespertino
- Que conteste en forma completa el cuestionario.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.No aplica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DEFINICIÓN DE VARIABLES

DIABETES MELLITUS 2

DEFINICIÓN CONCEPTUAL : Trastorno primario heterogéneo del metabolismo de los carbohidratos, con múltiples factores etiológicos que ocurre en pacientes que conservan una capacidad significativa de secreción de insulina endógena.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Todo paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 establecido en su expediente de acuerdo a los siguientes parámetros: Glucosa plasmática casual de 200mg/dl ó Glucosa en ayuno de 126mg/dl en más de una ocasión, Glucosa a las 2 horas del postprandio de 200mg/dl.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: NOMINAL.

DEPRESIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Estado psicopatológico de tristeza, el cual produce en el individuo síntomas específicos con cambios en el patrón de sueño, de apetito y de peso, así como en los hábitos intestinales, la libido y la actividad, generalmente en el individuo unido a una sensación de tristeza con dificultad para concentrarse incluyendo ideas suicidas.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Estado emocional de tristeza y alteración psicológico, medido a través del cuestionario de Beck.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: ORDINAL. Con categorías: sin depresión de 0-10, depresión leve de 11-17, moderada de 18-24 y grave mas de 25 puntos.

EDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento hasta el momento actual.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Años cumplidos que el paciente refiera en el rubro correspondiente.

TIPO DE VARIABLE: CUANTITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: DISCRETA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEXO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Constitución orgánica que distingue macho y hembra.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: El referido por el paciente durante el desarrollo del cuestionario.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: NOMINAL.

ESCOLARIDAD

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Periodo de tiempo durante el cual se asiste ó se asistió a un centro de enseñanza.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Ultimo año de educación que el paciente refiera haber cursado de forma completa.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: ORDINAL CATEGÓRICA. (primaria, secundaria, bachillerato, profesional)

ESTADO CIVIL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Condición de cada persona en relación a los derechos y obligaciones civiles en cuanto a matrimonio se refiere.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Situación civil que el paciente seleccione en el rubro correspondiente.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA.

ESCALA DE MEDICIÓN: CATEGÓRICA.

OCUPACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Trabajo oficio ó actividad en que se emplea el tiempo el cual puede estar remunerado económicamente ó no.

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Situación del estado laboral en el que se encuentre el paciente en el momento en que conteste el cuestionario.

TIPO DE VARIABLE: CUALITATIVA

ESCALA DE MEDICIÓN: NOMINAL

TESIS CON
FALLA DE CARGEN

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

TIPO DE MUESTREO

Por conveniencia, no aleatorio.

TAMAÑO DE LA MUESTRA: Se calculó de acuerdo a la formula para muestras simples, STATV1.1 tomando en cuenta una población de 4250 diabéticos tipo 2, con un nivel de confianza del 5% y un 80% del poder de la muestra con una prevalencia de depresión en pacientes diabéticos de 18%, se tiene una muestra de 232 diabéticos

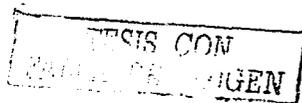
MANEJO ESTADÍSTICO

Se analizó los resultados con estadística descriptiva, con media, mediana y porcentajes

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Acudí a los consultorios médicos del turno matutino y vespertino y solicité al medico familiar a cargo su ayuda para que capturase a seis de sus pacientes diabéticos tomando en cuenta los criterios de inclusión que este protocolo determina, los cuales le fueron proporcionados con anterioridad a fin de evitar sesgos en la realización de este estudio. Los pacientes que no se capturaron de forma inmediata a través de su medico familiar se les pidió acudieran a la brevedad a las aulas que se encuentran en la planta alta de esta unidad para que personalmente les aplicara el inventario para depresión de Beck en los siguientes horarios de 13:00-14:00 horas y de 16:30-18:30 horas, los días lunes, miércoles y viernes hasta que se capturo el numero establecido de pacientes para la muestra. Se les pidió que contestaran de forma completa los cuestionarios aclarándoles que cada pregunta tiene una sola opción de respuesta, y por supuesto, estas deberían ser contestadas exclusivamente de forma personal.

Se capturo la información en una base de datos y se realizó el análisis estadístico con el programa Spss, los resultados se presentaron en sesión general en la unidad.



DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Se utilizó el inventario de depresión de Beck, el cual es un instrumento auto aplicable y de acuerdo con el puntaje obtenido presenta los siguientes rasgos: 0 a 10 puntos, depresión ausente; 11 a 17 puntos, depresión leve; 18 a 24 puntos, depresión moderada; 25 o más, depresión grave.

El cuestionario esta compuesto por 22 preguntas las cuales miden la severidad de la sintomatología depresiva sin distinguir diagnósticos nosológicos, 21 apartados que evalúan categorías sintomático-conductuales observadas en pacientes con depresión; cada apartado contiene cuatro aseveraciones que describen el espectro de severidad de la categoría evaluada. El primer enunciado tiene valor de cero, el segundo de un punto, el tercero de dos y el cuarto de tres, que constituye la severidad máxima.

El cuestionario evalúa los síntomas depresivos a partir de los siguientes rubros: AFECTO-COGNITIVO en los primeros 14 apartados y síntomas VEGETATIVOS-SOMÁTICOS en los 7 restantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RECURSOS

FÍSICO

Área de medicina externa

Papelería, lápiz y goma

Una computadora

Una calculadora

Cuestionario de Beck que se aplicara a los pacientes

HUMANO

Un solo investigador

Personal de trabajo social

Pacientes de la consulta externa

PRESUPUESTO

Propios del investigador

TESIS CON
FALLA DE CIEGEN

CONSIDERACIONES ÉTICAS

- Se considera un estudio con riesgo mínimo.
- El estudio respeta las normas éticas internacionales de acuerdo a la declaración de Helsinki modificada en Tokio.
- Se apega a la ley general de salud y la normatividad del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- El presente estudio guardara la confidencialidad necesaria.
- Los resultados serán publicados siempre y cuando las autoridades competentes estén de acuerdo y lo soliciten.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEPT | OCT | NOV | DIC |
|--------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|-----|
| ELABORACIÓN DE PROTOCOLO | | | | | | | | | | |
| REVISIÓN BIBLIOGRAFICA | | | | | | | | | | |
| ASESORIA DE COORDINACION | | | | | | | | | | |
| ANALISIS DE DATOS AVANCES Y REPORTES | | | | | | | | | | |
| AUTORIZACIÓN DE PROTOCOLO | | | | | | | | | | |
| RECOLECCION DE DATOS | | | | | | | | | | |
| ANALISIS PRELIMINAR | | | | | | | | | | |
| PROCESAMIENTO DE DATOS | | | | | | | | | | |
| PRESENTACIÓN DE RESULTADOS | | | | | | | | | | |

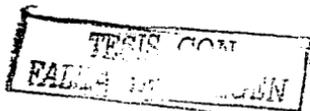
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESULTADOS

Se aplicaron 232 cuestionarios, eliminándose 17 por encontrarse incompletos ó mal contestados la población estudiada fue de 215 pacientes diabéticos.

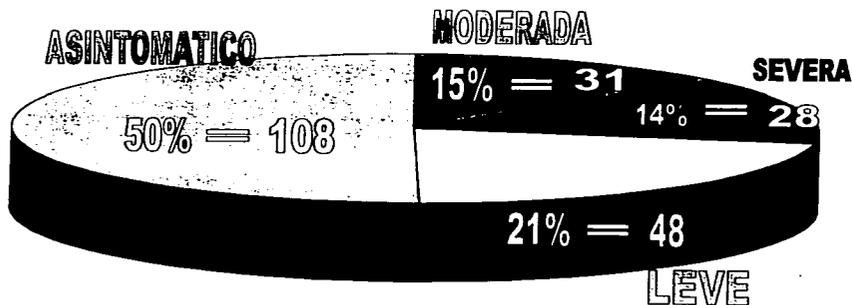
En cuanto a la depresión , 108 individuos (50%) se encontraron con algún grado de depresión. el 21% presentó depresión leve.(**Grafica 1**)

Predomino el sexo femenino 139 (64.65%) respecto al masculino 76 (35.34%), su relación 1:1.8.(**Cuadro 1 y Grafica 2**). El estado civil que predomina es el casado 152 pacientes (70.69%) (**Cuadro 1 y Grafica 3**). La mayoría de diabéticos tienen la escolaridad primaria 156 (72.55%) (**Cuadro 1 y Grafica 4**). La diferencia entre el numero de empleados 60 (27.90%) y desempleados 155 (72.09%) es de 1:2.5 respectivamente (**Cuadro 1 y Grafica 5**). Por tiempo de evolución , 124 diabéticos(57.67%), la mayoría, tienen mas de 5 años con su enfermedad. (**Cuadro 2 y Grafica 6**). La mayoría de los diabéticos tienen cifras de glucosa elevada 147 (68.37%) (**Cuadro 3 y Grafica 7**).



GRAFICA 1

FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN LA UMF 94



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 1**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 94 EN EL 2001
N =215**

| VARIABLES | TOTAL | |
|-----------------------|-------|-------|
| | N | % |
| SEXO | | |
| Masculino | 76 | 35.34 |
| Femenino | 139 | 64.65 |
| ESTADO CIVIL | | |
| Soltero (a) | 15 | 06.97 |
| Casado (a) | 152 | 70.69 |
| Viudo (a) | 41 | 19.06 |
| Divorciado (a) | 07 | 03.25 |
| ESCOLARIDAD | | |
| Primaria | 156 | 72.55 |
| Secundaria | 44 | 20.46 |
| Bachillerato | 08 | 03.72 |
| Profesional | 07 | 03.25 |
| ESTADO LABORAL | | |
| Empleado | 60 | 27.90 |
| Desempleado | 155 | 72.09 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 2**NUMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCION EN LA UMF 94 EN EL 2001**

| VARIABLE | TOTAL | |
|----------------------------|-------|-------|
| | N | % |
| TIEMPO DE EVOLUCION | | |
| <5 AÑOS | 91 | 42.32 |
| >5 AÑOS | 124 | 57.67 |

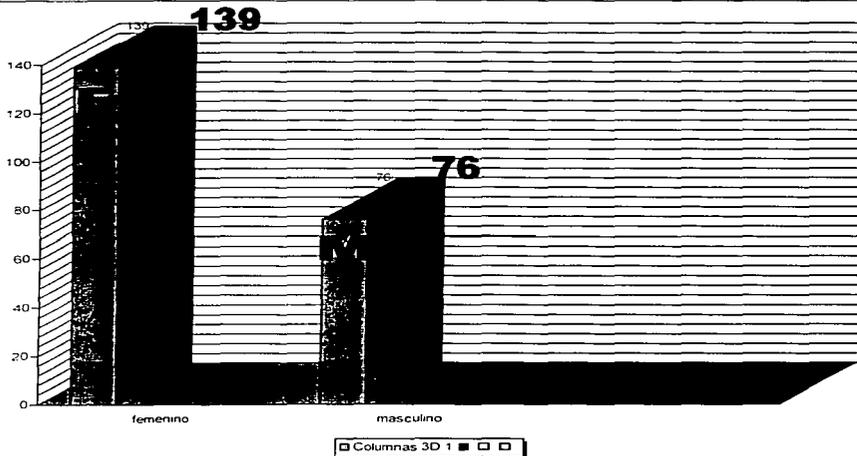
CUADRO 3**NUMERO DE PACIENTES DIABÉTICOS DE ACUERDO AL NIVEL DE GLUCOSA SERICA EN AYUNO EN LA UMF 94 EN EL 2001**

| VARIABLE | TOTAL | |
|---|-------|-------|
| | N | % |
| NIVEL DE GLUCOSA SERICA EN AYUNO | | |
| < DE 126 mg/dl | 68 | 31.62 |
| > DE 126 mg/dl | 147 | 68.37 |

TESIS CON
FALLA DE REGISTRO

GRAFICA 2

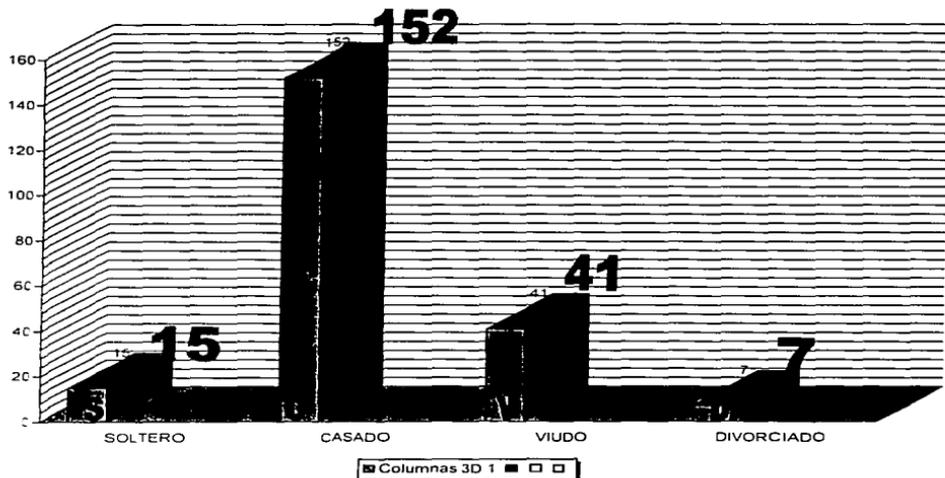
DISTRIBUCION POR SEXO EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 94



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 3

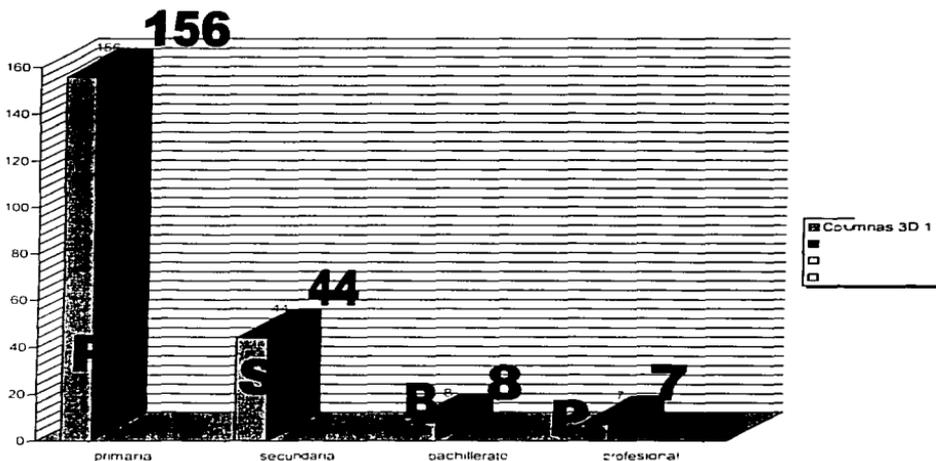
ESTADO CIVIL EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 94



TESIS CON
FALLA EN EL ORIGEN

GRAFICA 4

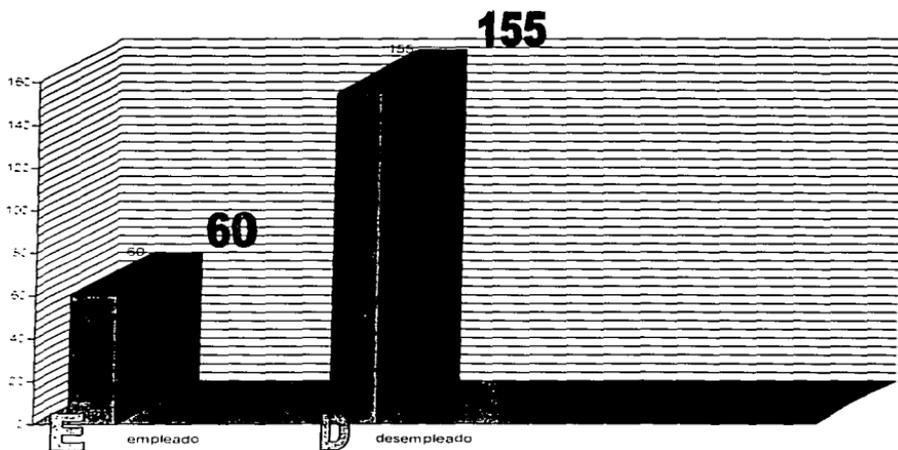
ESCOLARIDAD EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 94



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 5

ESTADO LABORAL EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 94



TESIS CON
FALTA DE PAGAR

GRAFICA 6

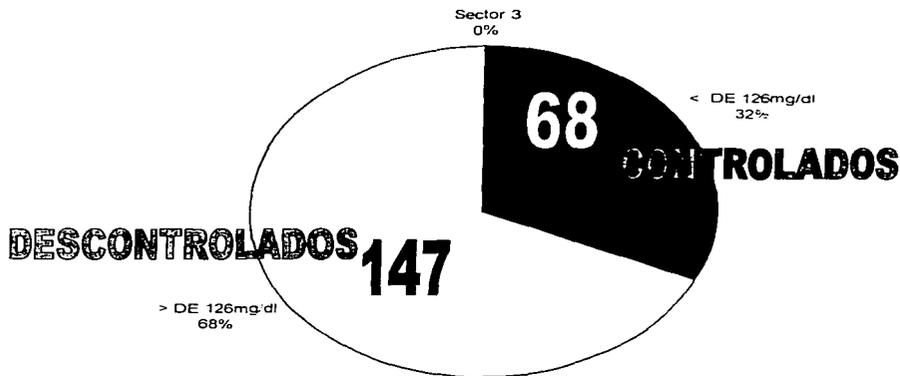
TIEMPO DE EVOLUCION DE LA DIABETES EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA UMF 94



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 7

CIFRA DE GLUCOSA PLASMÁTICA EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DE LA UMF 94



TESIS CON
TABLA DE ORIGEN

ANÁLISIS DE RESULTADOS

En cuanto al promedio de edad, no se encontraron resultados diferentes a los mencionados por otros estudios (1)(14)(20)(31)
Por sexo, la depresión predomina en el sexo femenino en una relación 1.8 a 1 relación observada en las revisiones bibliográficas (7) (11) (13)
La frecuencia de depresión es mayor en los pacientes desempleados 155 (72.09%), también en aquellos con más de 5 años de evolución de su D.M 2 en todos los grupos de edad. De la misma forma se menciona en la bibliografía (18)
Se encontró depresión con mayor frecuencia en los pacientes con descontrol de su glucosa en ayuno , también se observó en las bibliografías (15)(18).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

El promedio de edad de la muestra fue de 58 años
Predomina el sexo femenino
Hay predominio de casados, con escolaridad primaria
La mayoría de los pacientes encuestados son desempleados
Hay predominio de depresión leve en un 21%

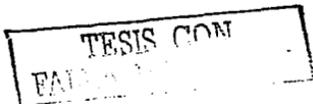
TESIS CON
FALLA DE ... EN

SUGERENCIAS

Difundir los resultados en el personal de salud, para que se de importancia a la salud mental del diabético.

Utilizar el cuestionario de Beck como herramienta para determinar depresión en el diabético, y dar un tratamiento en la salud mental.

Realizar un estudio analítico con muestreo aleatorio o de intervención donde se diagnostique y trate la depresión, y tomando como resultado si se controla o no la glucosa.

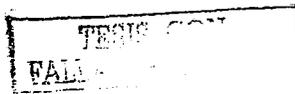


BIBLIOGRAFÍA

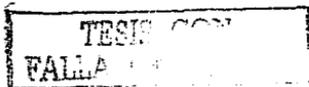
1. Enrique Rodrigo Jiménez, Luis A. García Ramírez, José J. López Núñez, Macías Belman, Manuel de J. Utrilla Ávila, Jaime Madariaga Márquez. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. *Med Int Méx* 1999; 15 (Enero-Febrero): 11-5.
2. <http://www.diabetesymas.com/BreveHistoria/BreveHistoria.html> (programa computarizado). Versión Internet yahoo. Medicina. 2001
3. Surwitt RS, Scovern AW. The tole of behavior in diabetes care. *Diabetes Care* 1982; 5: 337-40.
4. Carol S. Saunders, William C. Duckworth, Lois Jovanovic, David S. Schade. Tratamiento de la diabetes inestable. *Rev Aten Méd*,1999; (Noviembre): 27-35.
5. <http://www.mentalhealth.com/dis/p20-md01.html> (programa computarizado). Versión Internet yahoo. Medicina. 2001
6. <http://www.geocities.com/Athens/Forum/7845/DEPRE190W.html> (programa computarizado). Versión Internet yahoo. Medicina. 2001
7. Bundo Vidiella M, Auba Llambrich J, Massons Cirera J, Trilla Soler MC, Pérez Villegas R, Pérez del Campo AM. Anxiety and depresión in type II diabetics. *Aten Primar* 1996; 17(january):58-62.
8. <http://www.easp.es/cadime/monograf%EDas/asp/plantmono.asp?Numero=15>. (programa computarizado). Versión Internet yahoo. Medicina. 2001
9. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Lerman; Atención integral del paciente diabético: Epidemiología de la diabetes mellitus. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998: 15-27.
10. <http://www.alad.org/guiasalad/guiacapl.html> (programa computarizado). Version Internet yahoo. Medicina. 2001
11. Wyngaarden Smith. Cecil Tratado de Medicina Interna: depresión. 17ª ed. México: interamericana,1998: Vol. 2: 2253-55
12. Estadísticas del año 2000, fuente, servicio ARIMAC. UMF 94.
13. Jaime Jonathan Cevallos Rivera, Josefina Ochoa Muñoz, Elizabeth Cortés Pérez, Depresión en la adolescencia. *Rev. Méd IMSS*, 2000; (julio): 371-79.

TESIS CON
RESERVA DE
DIPLOMA

14. Melchor Alpizar Salazar, José Armando Pizaña Barba. Depresión en el anciano y manejo farmacológico del adulto mayor con diabetes mellitus. Rev. Gerontología y Geriatria IMSS, 1999; (octubre):12-35.
15. Juan Garduño Espinosa, José Francisco Téllez Centeno, Lizbeth Hernández Ronquillo. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Invest Clin, 1998; (jul-ago): 287-91.
16. Eaton WW, Armenian H, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depresión and risk for onset of type II diabetes. A prospective population-based study. Diabetes Care, 1996; (octubre):1097-102
17. Patrick J. Lustman, Linda S. Griffith, Kenneth E. Freedland, Sarah S. Kissel, Ray E. Clouse. Cognitive behavior therapy for depression in type 2 diabetes mellitus. Ann Intern Med 1998;129:613-21
18. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. Department of psychiatry, Washington University of Medicine. Diabetes Care 2000 23(july):934-42.
19. [http://www.ssa.gob.mx/unidades conadic/epidsm.html](http://www.ssa.gob.mx/unidades/conadic/epidsm.html) (programa computarizado). Version Internet yahoo. Medicina. 2001
20. Adriana Alfano, Mercedes M. Acuña. Depresión en la atención primaria en adultos añosos. Rev. Gerontología y Geriatria, 2000,(Enero):18-21.
21. Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Semin Clin Neuropsychiatry, 1997.(January): 2: 15-23.
22. David S. H. Bell, Fernando Ova. e. Avances en la terapéutica para la diabetes mellitus tipo 2. Rev. Aten Méd, 2000;(mayo): 38-46.
23. Bellak I, Small L. Manual de terapéutica médica y procedimientos de urgencia: Psicoterapia breve y de emergencia. 1ª ed. México: comité editorial,1990: 339-42.
24. Luis Miguel Gutiérrez Robledo. Lerman: Atención integral del paciente diabético: diabetes mellitus en el anciano. 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998: 303-9.
25. Beverly D. Lucas, Scott Bea, Michael Liebowitz, Mark A. Zamorski. Tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Rev. Aten Méd, 2000; (septiembre): 43-56.
26. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. Gen Hosp Psych Washington, 1997; 19 (March):138-43.



27. Nancy Walsh D'epiro, Robert H. Howland, Richard C. Shelton, Madhukar H. Trivedi. Depresión crónica: Ahora se puede tratar. Rev. Aten Méd, 2000; (junio): 22-31.
28. Nancy Walsh D'epiro, Richard C. Shelton, Gregory E. Simon, Stephen M. Stahl, Glenn J. Treisman, John W. Williams. Tratamiento de la depresión. Rev. Aten Méd, 2000; (marzo): 51-60.
29. Imelda Hermida Gutiérrez, Consuelo Barrón Uribe, Enrique Pérez Pastén L. Lerman: Atención integral del paciente diabético: Aspectos psicosociales en la diabetes mellitus, 2ª ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 1998: 311-25
30. Depresión. Enciclopedia de Medicina y Enfermería Mosby. 1ª ed. México: Editorial Océano, 1990; 1: s/pag.
31. Jorge Abenámar Suárez. Vejez y Autoestima. Rev. Gerontología y Geriatria, 1999;2 (octubre): 32-5.
32. Melchor Alpizar Salazar, José Armando Pizaña. Criterios actuales para el diagnóstico de la diabetes mellitus. Rev. Gerontología y Geriatria, 2000; 2 (enero): 29-32.
33. Melchor Alpizar Salazar, José Armando Pizaña Barba, Angel Zárate Aguilar. La diabetes mellitus en el adulto mayor. Rev. Med IMSS, 1999; 37: 117-125
34. Matthew J. Orland. Manual Washington de Terapéutica Médica: Diabetes Mellitus y Trastornos Relacionados. 10ª ed. México: Serie manuales espiral, 1999: 459-83.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estoy totalmente de acuerdo y no tengo objeción para que me sea aplicado el cuestionario y el inventario de depresión de Beck.

Previamente se me ha informado que las respuestas proporcionadas por mi persona serán confidenciales y se utilizarán solo para efecto de estudio en esta Unidad de Medicina Familiar 94.

Sabiendo que seré parte importante de un estudio y que de ninguna manera se compromete mi integridad física ni económica doy mi consentimiento.

FIRMA

TESIS 001

CUESTIONARIO

NOMBRE: _____
CONSULTORIO: _____ **EDAD:** _____ **SEXO:** _____

I. MARQUE CON UNA X LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

¿Tiempo de evolución de su enfermedad?
Menos de 5 años _____ Mas de 5 años _____

¿Su ultima cifra de glucosa plasmática?
Menor a 126mg/dl _____ Mayor a 126mg/dl _____

¿Indique su estado civil?

Soltero(a) _____ Casado(a) _____

Viudo(a) _____ Divorciado(a) _____

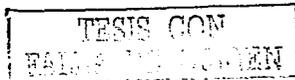
¿Qué escolaridad tiene usted?

Primaria _____ Secundaria _____

Bachillerato _____ Profesional _____

¿ tiene usted empleo actualmente?

Sí _____ No _____



INVENTARIO PARA DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario hay diversos enunciados, por favor lee cada uno y escoge de cada grupo el que mejor describa como te has sentido en esta última semana, incluyendo este día. Marca con una X el que hayas elegido, aunque algunas ocasiones parezcan aplicarse a tu caso, marca sólo una. Asegúrate de leer todas las aseveraciones de cada grupo antes de contestar.

| | | |
|----|-------|---|
| 1. | _____ | No me siento triste |
| | _____ | Me siento triste |
| | _____ | Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme |
| | _____ | Me siento tan triste o infeliz que ya no lo soporto |
| 2. | _____ | No me siento desanimado (a) acerca del futuro |
| | _____ | Me siento desanimado (a) acerca del futuro |
| | _____ | Siento que ya no tengo para qué pensar en el porvenir |
| | _____ | Siento que ya no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar |
| 3. | _____ | No me siento como un fracasado (a) |
| | _____ | Siento que he fracasado más que otras personas |
| | _____ | Conforme veo hacia atrás, en mi vida tolo lo que puedo ver son muchos fracasos |
| | _____ | Siento que como persona soy un completo fracaso |
| 4. | _____ | Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre |
| | _____ | No disfruto las cosas como antes |
| | _____ | Ya no obtengo satisfacción de nada |
| | _____ | Estoy insatisfecho (a) y molesto (a) con todo |

TESIS CON
 PALMA DE MANGOCEN

| | | |
|----|-------|--|
| 5. | _____ | No se siento culpable |
| | _____ | En algunos momentos me siento culpable |
| | _____ | La mayor parte del tiempo me siento culpable |
| | _____ | Me siento culpable todo el tiempo |
| 6. | _____ | No siento que seré castigado (a) |
| | _____ | Siento que puedo ser castigado (a) |
| | _____ | Creo que seré castigado (a) |
| | _____ | Siento que estoy siendo castigado (a) |
| 7. | _____ | No me siento descontento (a) conmigo mismo |
| | _____ | Me siento descontento (a) conmigo mismo |
| | _____ | Me siento a disgusto conmigo mismo |
| | _____ | Me odio a mí mismo |
| 8. | _____ | No siento que sea peor que otros |
| | _____ | Me critico a mí mismo por mi debilidad y mis errores |
| | _____ | Me culpo todo el tiempo por mis errores |
| | _____ | Me culpo por todo lo malo que sucede |
| 9. | _____ | No tengo ninguna idea acerca de suicidarme |
| | _____ | Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría |
| | _____ | Quisiera suicidarme |
| | _____ | Me suicidaría si tuviera la oportunidad |

TESIS CON
FALLA DE CALIFICACION

| | | |
|-----|--------------------------|--|
| 10. | <input type="checkbox"/> | No lloro más que de costumbre |
| | <input type="checkbox"/> | Lloro más que antes |
| | <input type="checkbox"/> | Lloro todo el tiempo |
| | <input type="checkbox"/> | Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera |
| 11. | <input type="checkbox"/> | Ahora no estoy más irritable que antes |
| | <input type="checkbox"/> | Me molesto o irrito más fácilmente que antes |
| | <input type="checkbox"/> | Me siento irritado (a) todo el tiempo |
| | <input type="checkbox"/> | No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaban |
| 12. | <input type="checkbox"/> | No he perdido el interés en la gente |
| | <input type="checkbox"/> | No me interesa la gente como antes |
| | <input type="checkbox"/> | He perdido la mayor parte de mi interés en la gente |
| | <input type="checkbox"/> | He perdido todo el interés en la gente |
| 13. | <input type="checkbox"/> | Tomo decisiones tan bien como siempre |
| | <input type="checkbox"/> | Pospongo decisiones con más frecuencia que antes |
| | <input type="checkbox"/> | Se me dificulta tomar decisiones |
| | <input type="checkbox"/> | No puedo tomar decisiones en nada |
| 14. | <input type="checkbox"/> | No siento que me vea más feo (a) que antes |
| | <input type="checkbox"/> | Me preocupa que me vea viejo (a) y feo (a) |
| | <input type="checkbox"/> | Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo (a) |
| | <input type="checkbox"/> | Creo que me veo horrible |

TESIS CON
FALLA DE CUMPLIMIENTO

| | | |
|-----|--------------------------|---|
| 15. | <input type="checkbox"/> | Puedo trabajar tan bien como antes |
| | <input type="checkbox"/> | Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo |
| | <input type="checkbox"/> | Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa |
| | <input type="checkbox"/> | No puedo trabajar para nada |
| 16. | <input type="checkbox"/> | Duermo tan bien como antes |
| | <input type="checkbox"/> | No duermo tan bien como antes |
| | <input type="checkbox"/> | Me despierto una o dos horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormir |
| | <input type="checkbox"/> | Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme |
| 17. | <input type="checkbox"/> | No me canso más de lo habitual |
| | <input type="checkbox"/> | Me canso más fácilmente que antes |
| | <input type="checkbox"/> | Me canso de hacer casi cualquier cosa |
| | <input type="checkbox"/> | Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa |
| 18. | <input type="checkbox"/> | Mi apetito es igual que siempre |
| | <input type="checkbox"/> | Mi apetito no es tan bueno como antes |
| | <input type="checkbox"/> | Casi no tengo apetito |
| | <input type="checkbox"/> | No tengo apetito en lo absoluto |
| 19. | <input type="checkbox"/> | No he perdido peso o casi nada |
| | <input type="checkbox"/> | He perdido más de 2.5 kilos |
| | <input type="checkbox"/> | He perdido más de 5 kilos |
| | <input type="checkbox"/> | He perdido más de 7.5 kilos (Estoy a dieta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>) |

TESIS CON
FALSA PROMISIÓN

| | | |
|-----|-------|--|
| 20. | _____ | Mi salud no me preocupa más que antes |
| | _____ | Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal o estreñimiento |
| | _____ | Estoy tan preocupado (a) por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa |
| | _____ | Estoy tan preocupado (a) por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa |
| 21. | _____ | Mi interés por el sexo es igual que antes |
| | _____ | Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes |
| | _____ | Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo que antes |
| | _____ | He perdido completamente el interés en el sexo |
| 22. | _____ | Al momento de contestar este cuestionario, tiene alguna molestia física, como dolor de cabeza, dolor abdominal, dolor de muela ó dolor relacionado con la menstruación? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____ |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN