



11226  
13

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 21  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

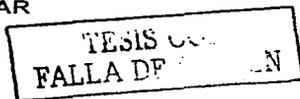
**DEPRESIÓN Y CONTROL GLUCEMICO  
EN DIABETICOS  
TIPO 2**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE :  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A :  
DRA. ROCIO ANGELICA CHAVEZ GARDUÑO**

**ASESOR:  
DRA. BERTHA LOPEZ CASTILLEJOS  
MEDICO FAMILIAR**



MÉXICO, D.F.

2003



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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**

## AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A :

**DIOS** por haberme dado tanto, gracias por dejarme vivir para disfrutar, amar y respetar mi profesión, haberme concedido el privilegio de ser hija, madre, esposa y profesional .Y haberme permitido culminar una de mis metas junto con a mi familia.

**A DAVID.** Agradezco al hombre, paciente, tranquilo que me apoyo en todos los momentos, que compartió horas de desvelo, quien estuvo al cuidado de mis hijas realizando papel de papá y mama a la vez, quien me hablo con inteligencia, sencillez y claridad, para darme seguridad siempre. GRACIAS POR TODO AMOR

**A MIS HIJAS, MARIANA Y PAULINA** Por haber sacrificado caricias, horas de convivencia, eventos familiares y escolares junto a ellas. "Las amo".Esto es de ustedes pequeñas.

**A MIS PADRES** .Por hacerme una persona de fe y de principios, por su apoyo moral incondicional, por todo su amor y comprensión .

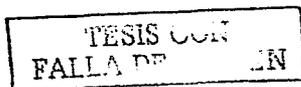
**A MI HERMANA LETY Y DANY.** Quienes con su amor y nobleza me han apoyado, permaneciendo a mi lado, viéndolos siempre como un ejemplo de superación que no me permitían jamás rendirme.

**A MIS ABUELITOS, TIOS, PRIMASY PRIMOS.** Que confiaron en mi en todo momento.

**A MIS MAESTROS Y DOCTORES** Por su enseñanza comprensión y consejos en momento preciso , además de ayudarme a ser una especialista.

**A MIS AMIGOS,** A cada uno de ellos, con los que compartí, momentos de alegrías , tristeza, disgustos y enojos, pero al final logramos llegar a la misma meta, formando una gran familia.

**ABUELITA MATY.** Me enseñaste a no darme por vencida y ser toda una mujer en cada momento de la vida a pesar de que ya no estes conmigo, te dedico este logro.



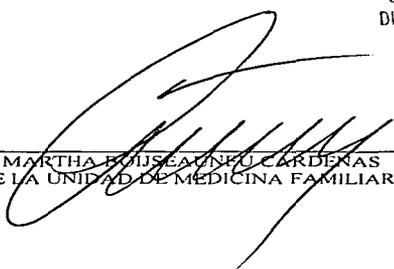
**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

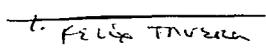
**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.21**

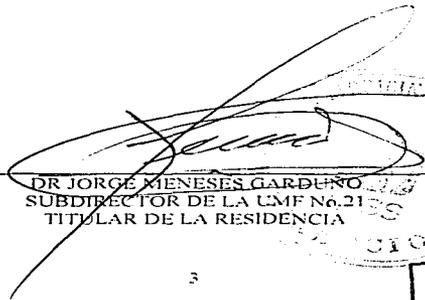
**TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR**

**AUTORIZACIÓN**

SUBDIVISION DE AUTORIZACIÓN  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

  
\_\_\_\_\_  
DRA. MARTHA RUIZ-MATEO Cárdenas  
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 21 IMSS

  
\_\_\_\_\_  
DR. FELIX ROBERTO TAVERA GONZALEZ  
JEFE DE EDUCACIÓN MEDICA DE LA UMF No. 21

  
\_\_\_\_\_  
DR. JORGE MENESES GARDUÑO  
SUBDIRECTOR DE LA UMF No.21  
TITULAR DE LA RESIDENCIA

TESIS CON  
FALLA DE EN

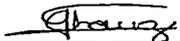
ASESOR DE TESIS



---

DRA. BERTHA LOPEZ CASTILLEJOS  
MEDICO FAMILIAR DE LA UMF 21

TESISTA



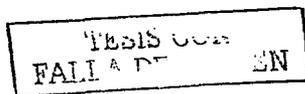
---

DRA. ROCIO ANGELICA CHAVEZ GARDUÑO  
MEDICO RESIDENTE

TESIS CON  
FALTA DE  
CEN

## INDICE

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN .....	6
II. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA .....	17
III. HIPÓTESIS .....	18
IV. OBJETIVOS .....	19
V. MATERIAL Y METODOS .....	20
VI. DISEÑO ESTADÍSTICO .....	21
VII. RESULTADOS .....	23
VIII. CONCLUSIONES .....	34
IX. SUGERENCIAS .....	36
X. BIBLIOGRAFÍA .....	37
XI. ANEXO.....	40



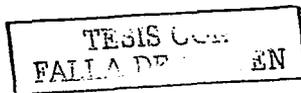
## I. INTRODUCCIÓN

### MARCO TEORICO

La medicina de familia se esfuerza por poner en practica un modelo psicosocial y para ello sigue confrontando los aspectos educativos, y prácticos con el fin de conocer de que manera influyen las familias en la salud y en la enfermedad.

Las familias funcionan como sistemas interactivos y en gran parte autorreguladores, al igual que los sistemas orgánicos del cuerpo humano. Presentan un ciclo vital con cambios y retos predecibles que exigen adaptación. Con la evolución de cada fase de este ciclo vital se producen cambios en las tareas familiares, en los recursos, en el numero de miembros y en las ganancias y pérdidas potenciales en el sentido de la realización y de autoestima (1)

En donde se encuentra mayor susceptibilidad a estos cambios es en la edad media y tercera Edad. De los individuos Erikson menciona que la edad media se caracteriza por un conflicto entre productividad y estancamiento, en esta fase a menudo se produce la consolidación del papel social y ocupacional del individuo ademas de experimentar aumento significativo de problemas médicos. (2,3)



## DIABETES MELLITUS

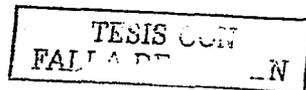
La diabetes mellitus se describe como un desorden metabólico de múltiples etiologías caracterizado por disturbios en el metabolismo de los carbohidratos, grasas, y proteínas que resulta de defectos en la secreción y/o en la acción de la insulina. (4)

En julio de 1997 es aprobada la clasificación vigente, la cual identifica a la población con riesgo y la divide en:

- o intolerancia a la glucosa (obtención de resultados iguales o mayores de 140mg/dl en la prueba de tolerancia a la glucosa con carga oral con medición a las dos horas)
- o alteración a la glucosa en ayuno (glucosa plasmática entre 110 y 125 mg/dl)  
(5)

### *Epidemiología*

Latinoamérica que incluye a 21 países con casi 500 millones de habitantes reporta alrededor de 15 millones de personas con DM (14%) cifra que se elevara a 20 millones en los próximos 10 años por el incremento poblacional. Este comportamiento epidémico se debe a factores como la raza, cambio en los hábitos de vida y el envejecimiento de la población (4-8)



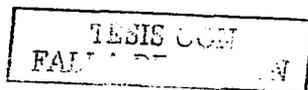
La prevalencia de DM se incrementa con la edad y casi uno de cada 5 sujetos mayores de 55 años la padecen y solo un 5% de 35 a 40 años. En relación con la distribución regional se observa que los estados del norte de la republica tienen mayor prevalencia ( 9% ) que el D. F. y el área metropolitana ( 6.4% ) ( 6)

Actualmente la DM es considerada como una pandemia con tendencia ascendente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social ( IMSS), la DM se sitúa en el segundo lugar de la consulta de medicina familiar y en el primer lugar de la consulta de especialidades, siendo una de las principales causas de internamiento en donde la repercusión económica durante el quinquenio 1991 - 1996 en gasto promedio a anual de la atención de los enfermos con DM supero los 1,650 millones de pesos.(7)

Por lo anterior el IMSS a considerado la atención a la DM como una prioridad Institucional en la que es necesario acciones específicas anticipatorias de la manifestación de la enfermedad.(7)

#### ***Diagnostico de DM Tipo2***

1. Sintomas de diabetes (poliuria, polidipsia, polifagia, perdida de peso y prurito vaginal) mas glucemia causal igual o mayor de 200mg/dl.
2. Glucemia en ayunas igual o mayor a 126mg/dl en 2 ocasiones.



3. Glucemia igual o mayor a 200mg/dl dos horas después de una carga de glucosa durante una prueba de tolerancia oral a la glucosa (4-9).

### *Control clínico metabólico de la DM T2*

Para alcanzar un buen control de DMT2 se deben establecer metas para cada uno de los parámetros clínicos y bioquímicas los cuales se enumeran en la siguiente tabla:

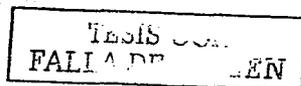
Nivel	normal	adecuado	admisible	inadecuado
Riesgo complicaciones crónicas		bajo	moderado	alto
Glucemia ayunas	< 110	< 126	126 - 140	> 140
Glucemia de 1 a 2 horas posprandial	< 140	< 180	< 180	> 180
HbA1c (%)	< 6	< 7	7 - 8	> 8

(4)

### DEPRESION

Es la alteración del estado de animo que varia de un día a otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque pueden presentar variaciones circadianas características, estos pueden ser enmascarados por otros síntomas tales como la irritabilidad, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas(10).

Beck, sugiere que el estado depresivo surge de distorsiones cognitivas basadas en un conjunto de pensamientos negativos respecto a la visión del individuo de sí mismo, del mundo y del futuro.



La terapia se dirige a la variedad creciente de actividades del paciente, identificando los pensamientos automáticos que siguen a la percepción de una dificultad, generando pensamientos alternativos (no depresivos) de índole más realista y adaptable, poniendo a prueba la credibilidad de estas alternativas y modificando los supuestos inadaptados que parecen caracterizar los pensamientos automáticos que conducen a las respuestas depresivas.(11)

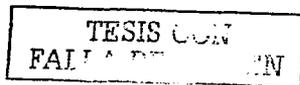
### *Epidemiología*

Se ha observado que el 50% de las visitas realizadas en una consulta y que dan lugar a un diagnóstico de trastorno mental las hacen los médicos no psiquiatras del IMSS, en su mayoría de atención primaria.. los pacientes visitados en este contexto pueden encontrarse en estadio mas temprano y menos organizado de la enfermedad.(10)

Los datos epidemiológicos recientes calculan alrededor del 15% de la población general presentara por lo menos un episodio depresivo a lo largo de su vida.(11)

### *Prevalencia*

La prevalencia en México de la depresión mayor es de 3-6%. de la distimia 1% y del trastorno bipolar menor de 0.5%.(10)



### ***Etiología***

Se debe a tres mecanismos principales.

1. Anomalías de la neuro transmisión
2. Anomalías neurofisiológicas
3. Anomalías en la función endocrina

### ***Tipos de estados depresivos***

Consideraremos tres tipos de depresión agrupadas bajo la categoría de *trastornos afectivos*

- Depresión reactiva o neurótica
- Depresión endógena
- Depresión orgánica

Las tres tienen en común los siguientes factores:

- Humor depresivo, Pérdida de placer e interés, Inutilidad y culpabilidad
- Baja autoestima, Incapacidad, Pensamientos suicidas
- Ansiedad, Dificultades para pensar, Obsesiones y paranoia
- Perturbación del sentido del tiempo
- Despersonalización (en casos más graves pueden llegar a sentirse apartados de la realidad, como si simplemente fueran observadores sin participar emocionalmente)
- Pérdida de energía, Lentitud y agitación, Trastornos del apetito y el peso
- Problemas de sueño, Reducción de la libido (falta de deseo en las mujeres)
- Síntomas corporales (jaquecas, náuseas, dolores varios, calambres etc...)(12)

### *Depresión reactiva*

Las depresiones reactivas son las más comunes. No presentan ciclos temporales regulares, no responden a las terapias físicas (fármacos) no se hallan genéticamente predispuestas y sí responden a la terapia cognitivo-conductual.

Este tipo de depresión normalmente parece coincidir con un acontecimiento adverso de la vida, tal como la muerte de un ser querido, el divorcio, las desavenencias conyugales, los problemas económicos o los problemas de desempleo.

El inicio de la depresión no tiene porqué ocurrir inmediatamente después del acontecimiento, sino, a veces al cabo de unas semanas o meses. La primera aparición se produce, normalmente en la vida adulta temprana y está caracterizada por sintomatología física y psicológica variada. Es un estado más benigno y no psicótico, aunque, hasta cierto punto, la recuperación se ve influida por factores de personalidad(11)

### *Depresión endógena*

Este tipo de depresiones son una respuesta a algún proceso endógeno o interno desconocido.

Estas depresiones no son desencadenadas por ningún acontecimiento externo.

Por lo general, presentan ciclos temporales regulares y pueden ser bipolares o unipolares. La bipolar recibe el nombre de maniaco-depresiva (el individuo pasa repetidamente de la desesperación a un estado de ánimo neutro, de aquí a un estado pasando por el estado neutro).

La unipolar consiste en una alternancia regular de desesperación y neutralidad, sin aparición de manía.

Las depresiones endógenas responden a menudo al tratamiento con fármacos y pueden tener un origen hormonal. (11)

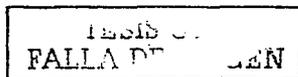
### ***Depresión orgánica***

Cuando se hace un diagnóstico de depresión es importante descartar las bases orgánicas, puesto que el efecto y la conducta depresiva están asociadas muchas veces a una lesión cerebral o a la acción de ciertos fármacos. (11)

### ***Ciclotimia***

Es un trastorno caracterizado por la inestabilidad persistente del estado de ánimo que implica la existencia de muchos periodos de depresión y de euforia leve.

Aparece, por lo general al inicio de la edad adulta y sigue su curso crónico. (13)



### *Distimia*

Se denomina así a la depresión crónica del estado de ánimo que no corresponde con la descripción o las pautas para el diagnóstico de un trastorno depresivo recurrente., episodio actual leve o moderado, por su gravedad o por la duración de los episodios. (13)

### *Diagnostico*

Debe de empezarse con una buena realización de historia clínica, detallada para concluir la seguridad del paciente. Continuando con examen del estado mental, estudios de laboratorio, para descartar cualquier alteración orgánica. (13)

Para el examen del estado mental existen diferentes escalas de medición, una de las más aceptada, es la escala de Depresión de Beck, la cual se utiliza en adolescentes y adultos. .

Incluye 21 reactivos de síntomas de la depresión y cada reactivo consiste en un grupo de cuatro afirmaciones, de las cuales una tiene que ser seleccionada, estas afirmaciones reflejan severidad del malestar producido por los síntomas depresivos y se califican de 1 a 4. (14)

0-9 = ausencia de depresión

10 a 16 = depresión media

17 a 29 refleja depresión moderada

30 a 63 depresión severa.(14)

### **Tratamiento**

Es a base de antidepressivos triciclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina, inhibidores de la monooxidasa, y terapia electroconvulsiva.(10)

### **Asociación de Depresión y Diabetes Mellitus Tipo 2**

La DM2 afecta al paciente como unidad biosicosocial, en el que influyen factores como educación, conocimiento y aceptación dela enfermedad, repercusiones familiares y el impacto de este síndrome metabólico y sus complicaciones (15).

El porcentaje de depresión en paciente con diferentes enfermedades es el siguiente:

➤ Enfermedad de Parkinson	25-70%
➤ Accidente cerebrovascular	23-29%
➤ Enfermedad coronaria	18-23%
➤ Infarto al miocardio	18-19%
➤ Artritis reumatoide	12-28%
➤ DIABETES MELLITUS	9-27%
➤ Sida	4-18%
➤ Cáncer (16-17)	6-25%

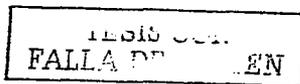
Se considera que la DM 2, presenta reacción ante una causa determinada. Los factores asociados que se han encontrado son:

- a) complicaciones relacionadas con la enfermedad por sí sola
- b) alteraciones en el ámbito familiar y sus relaciones interpersonales
- c) la educación
- d) el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente (15-18)

Las probabilidades de la depresión son similares en la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2, son más perceptibles las mujeres que los hombres, se ha estudiado que influye en los procesos propioceptivos y se piensa que esta hace menos tolerancia al dolor y a los síntomas físicos.(19-20).

Solo en 62%, de los paciente con descontrol glucémico presentan variación en la calidad de vida.(21)

Se ha demostrado la eficacia de un numero de terapias psicosociales que pueden mejorar. la adherencia al régimen. control glucémico y calidad de vida.(22)



## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿ Existe depresión en el paciente diabético y esta influye en su control glucémico?

### **III. HIPÓTESIS:**

**El paciente diabético tipo 2 con depresión presenta mayor descontrol glucémico en comparación con el paciente diabético sin depresión.**

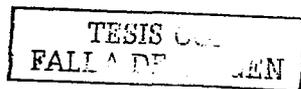
#### IV. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

##### *OBJETIVO GENERAL:*

Verificar si la depresión influye en el control glucémico del paciente diabético

##### *OBJETIVOS ESPECIFICOS:*

- 1.- Identificar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos.
- 2.- Identificar si la depresión se asocia al descontrol glucémico en el paciente diabético
3. Determinar grado de depresión en paciente diabéticos.
4. Identificar el grado de descontrol en los paciente diabéticos en relación al grado de depresión.



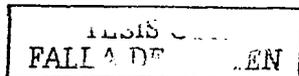
## V. MATERIAL Y METODO

Se realizo un cuestionario, un estudio transversal ,observacional , descriptivo y retrospectivo, en la UMF No 21 del IMSS Del 4 Sureste , en un lapso de 6 meses ( junio a diciembre del 2002). Se tomo como universo de trabajo a la poblaci3n de pacientes diab3ticos tipo 2, de 30 a 64 a1os de edad, que hasta junio del 2002 eran de 800 pacientes, en ambos turnos integr3ndose una muestra representativa de 220 pacientes como m3nimo, la cual se formo con una selecci3n homog3nea eligiendo los pacientes por aleatorizaci3n , de los consultorios. que cumplieran los criterios:

Pacientes con diabetes mellitus tipo dos de 30 a 64 a1os de edad, con evoluci3n de la enfermedad menor de cinco a1os, sin presencia de enfermedad asociada, y que estuvieran los expedientes completos anotando los datos en una hoja de registro. ( ANEXO )

En este estudio se cont3 con dos variables , la primera siendo control gluc3mico que es una variable dependiente cualitativa nominal y la depresi3n como variable independiente cualitativa nominal.

Para determinar un adecuado control gluc3mico se utilizaron tres tomas previas de glucemia en los expedientes. adem3s de la escala de depresi3n de Beck. (ANEXO ) para evaluar el grado de depresi3n que exist3a en los pacientes .



## VI. DISEÑO ESTADÍSTICO

El tamaño de la muestra fue aleatoria de 220 pacientes, de tipo voluntaria, calculada con 99% de confianza, 0.05 % de error y 0.5% de variabilidad, obtenida de una población de 800 diabéticos de la U.M.F. No 21 con la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ pq}{d (N - 1) + Z pq}$$

n = Tamaño de muestra mínimo necesaria desde el punto de vista estadístico

N = Universo de trabajo (800 personas diabéticas)

Z = Nivel de significancia 0.05 = 1.96 en ambas colas de la curva de distribución normal

p = proporción máxima en la que se encuentra la variable = 0.5

q = probabilidad complementaria 0.5 %

d = nivel de precisión, el grado de error dispuesto a aceptar 0.05

SUSTITUYENDO:

$$\frac{800 (1.96) (0.5) (0.5)}{(0.05) (800 - 1) + (1.96) (0.5) (0.5)}$$

$$\frac{800 (3.83) (0.25)}{(.0025) (800) + (3.84) (0.25)}$$

652

-----  
2+ 0.96

652

-----  
2.96

n = 220 . tamaño de la muestra de la  
población de estudio

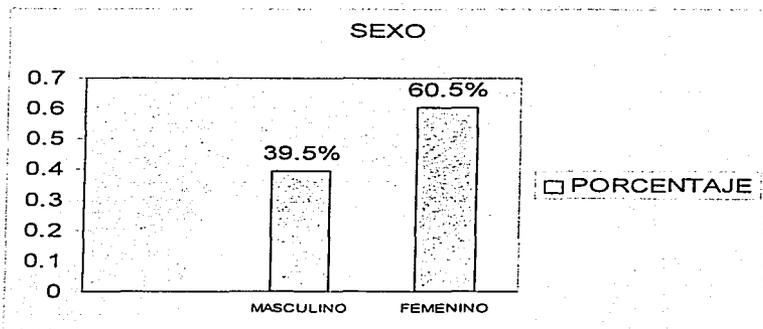
El análisis estadístico fue univariado con medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo con la unidad de medición y frecuencias . Llevando el procedimiento con el paquete software estadístico SPSS 10.0.

## VII.- RESULTADOS

El estudio se realizo en un total de población de 220 pacientes con diabetes mellitus tipo 2. en la Unidad de Medicina Familiar No. 21, de las cuáles 87 fueron hombres (39.5%) y 133 mujeres (60.5%), de 30 a 64 años de edad.

### Grafica No. 1

Frecuencia de sexo en paciente diabéticos tipo 2, de la UMF No.21, del periodo Junio a Diciembre del 2002.



n= 220

Fuente. Cuestionario aplicado a los paciente de la UMF 21

El porcentaje de turno de los pacientes correspondió al 65.5% turno matutino y el 34.5% al turno vespertino.

**Tabla No. 1**

Frecuencia de turno en paciente diabéticos tipo 2, de la UMF No. 21, del periodo de Junio a Diciembre de 2002.

TURNO	FRECUENCIA	%
MATUTINO	144	65.5
VESPERTINO	76	34.5
TOTAL	220	100

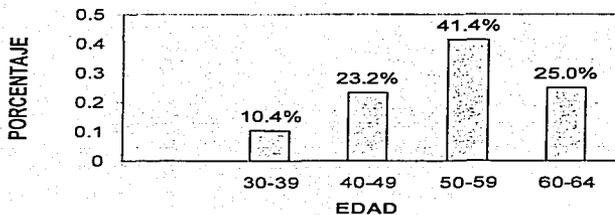
n= 220

Fuente: Cuestionario aplicado a pacientes de la UMF No.21

El mayor porcentaje encontrado en los grupos de edad. fue entre los 50 y 59 años con un 41.4%, una media del grupo de edad (51.5 años) y mediana de 53 años para los hombres y para las mujeres fue casi igual (52 años) con una mediana de 53 años, tal y como de muestra en la Grafica No. 2

## GRAFICA No. 2

Frecuencia de edad, en pacientes diabéticos tipo 2 estudiados, de la UMF No. 21 del periodo de Junio a Diciembre de 2002.



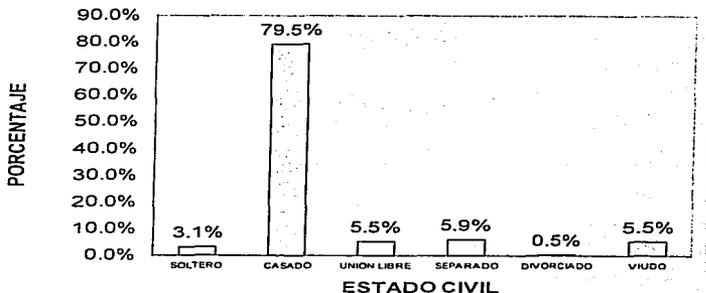
n=220

Fuente : Cuestionario aplicado en pacientes de la UMF No. 21

Respecto al estado civil, 174 (79.5%) pacientes casados, 13 (5.9%) separados, 13 (5.5%) viudos, 12 (5.5%) en Unión Libre, 7 (3.1%) solteros y 1 (.5%) divorciado.  
( Grafica No.3)

### Grafica No. 3

Estado civil en paciente diabéticos tipo 2 de la UMF No.21 del periodo de Junio a Diciembre de 2002.



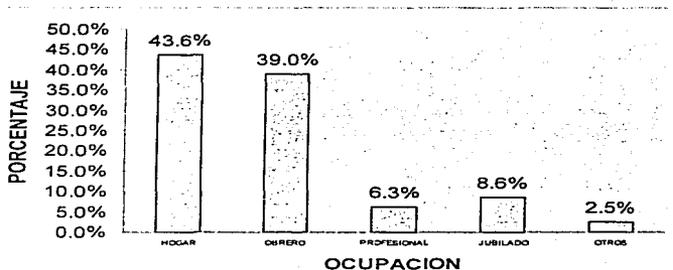
n= 220

Fuente cuestionario aplicado en paciente de la UMF No. 21

De acuerdo a la ocupación de los pacientes, el 43.6% de estos pertenecieron al hogar seguido de obreros con un 39%, jubilado 8.6% y solo 6.3% profesionales. Grafica No. 4

**Grafica N. 4**

Frecuencia de ocupación en los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 21 del periodo de Junio a Diciembre de 2002.



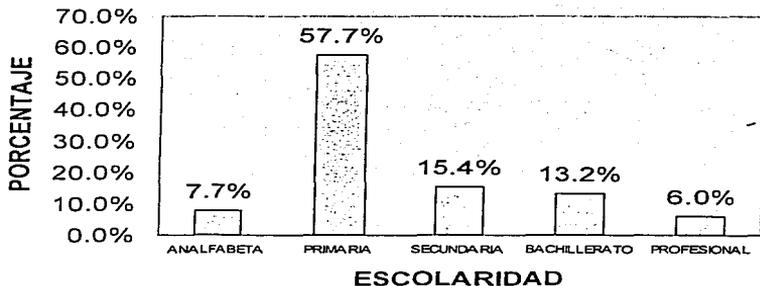
n=220

Fuente: Cuestionario aplicado en paciente de la UMF No. 21

La escolaridad en el grupo de estudio se distribuyó de la siguiente manera el 57.7% nivel primaria, el 15.4% secundaria, 13.2 % nivel bachillerato , 7.7% ningún tipo de estudio, y solo 6% profesional como se demuestra en la siguientes grafica.

Grafica No. 5

Frecuencia de escolaridad en paciente diabéticos tipo 2 de la UMF No. 21 del periodo de Junio a Diciembre de 2002.



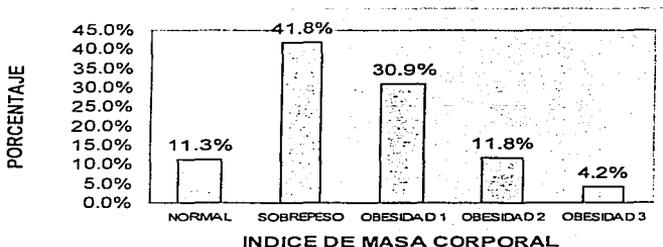
n=220

Fuente: Cuestionario aplicado en pacientes de la UMF No. 21

El índice de masa corporal según la norma oficial, en lo pacientes diabéticos demostró que existe predominantemente sobrepeso, con un porcentaje de 41.8%(92 pacientes), obesidad grado I . 30.9%, (68 pacientes), obesidad grado II 11.8%(26 pacientes), peso normal 11.3(25 pacientes), y obesidad grado III 4.2%(9 pacientes). Grafica No. 6

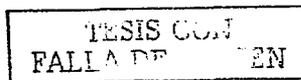
**Grafica No. 6**

Frecuencia de Índice de masa corporal en paciente diabético tipo 2 en la UMF No. 21 del periodo de Junio a Diciembre del 2002.



n:220

Fuente. Cuestionario aplicado paciente de la UMF No. 21



De acuerdo a los controles de la glucemia el primer resultado mostró una media de 170 mg/dl, en la segunda medición con una media de 164 mg/dl y el último control con una media de 162 mg/dl, observándose que en promedio los pacientes diabéticos se encontraban descontrolados con un valor mínimo y máximo en el primer control con valores de 110 a 360 mg/dl, para el segundo control con valores de 80 a 250 mg/dl y para el tercer control de 106 a 300 mg/dl. (Tabla No. 2 y Grafica No.7.)

**Tabla N. 2**

Frecuencia de control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 21 del periodo de Junio a Diciembre de 2002.

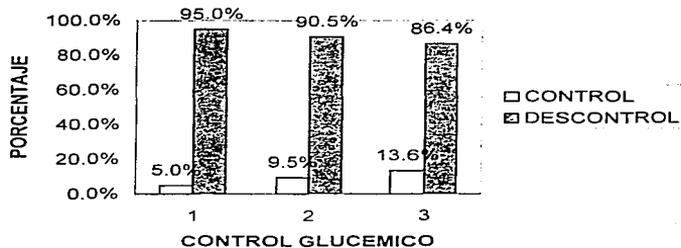
CONTROL GLUCEMICO	PORCENTAJE		
	GLUCEMIA 1	GLUCEMIA 2	GLUCEMIA 3
CONTROL	5%	9.5%	13.6%
DESCONTROL	95%	90.5%	86.4%
TOTAL	100%	100%	100%

n:220

Fuente. Cuestionario aplicado paciente de la UMF No. 21

**Grafica No. 7**

Frecuencia de control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 21 del periodo de Junio a Diciembre de 2002.



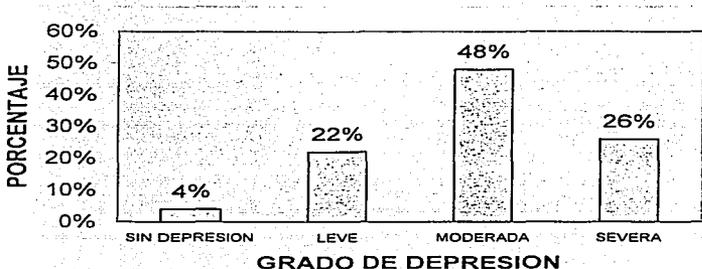
n:220

Fuente. Cuestionario aplicado paciente de la UMF No. 21

En la escala de depresión de Beck se apreció que la depresión moderada en los pacientes con diabetes mellitus fue en 106 pacientes(48%), con depresión severa 57 pacientes (26%), para depresión leve 49 pacientes (22%) y pacientes sin depresión solo 8 (4%) (Grafica No. 8)

**Grafica No. 8**

Frecuencia de Depresión en paciente diabéticos tipo 2 de la UMF No.21 del periodo de Junio a Diciembre del 2002.



n:220

Fuente. Cuestionario aplicado paciente de la UMF No. 21

Por otra parte de los 106 pacientes con depresión moderada se encontraban con un valor de glicemia con una media de 166 mg/dl (DE= 34.89) lo cual refleja que el control de la diabetes mellitus en estos pacientes se encuentran asociada con el estado de depresión moderada. Así mismo se encontró que en los 57 pacientes con depresión severa también tenían descontrol glicémico ligeramente mayor que los anteriores con una media de 170 mg/dl (DE= 33.99). Los 8 (4%)pacientes estudios que no presentaba grado de depresion, se encontraban dentro de parámetros normales de glucemia, con un promedio de 116mg/dl.

## VIII .CONCLUSIONES

- ❖ La mayor parte de los pacientes diabéticos estudiados pertenecen al turno matutino
- ❖ El sexo predominante es el femenino por consiguiente la ocupación principal es el hogar
- ❖ La mayoría de los pacientes son de 53 años, el 93% de ellos se encuentran descontrolados y el 7% dentro del control metabólico
- ❖ En la escala de depresión de beck, se aprecia que la mayor parte de los diabéticos descontrolados tienen depresión moderada
- ❖ Se observo que los pacientes con depresión moderada presentaban niveles de glucosa altos, con una media de 160 mg/dl

## IX. SUGERENCIAS

La medicina de familia se esfuerza por poner en practica un modelo psicossocial y para ello sigue confrontando los aspectos educativo, y practico con el fin de conocer de que manera influyen las familias en la salud y en la enfermedad.

Las familias funcionan como sistemas interactivos y en gran parte autorreguladores, en el ciclo vital se producen cambios en las tareas familiares, en los recursos, en el numero de miembros y en las ganancias y perdidas potenciales en el sentido de la realización y de autoestima.

El medico familiar como el profesional responsable debe proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia medica, atendiendo al individuo en el contexto de la familia , por lo que es necesario su actualización, mediante la elaboración, realización e implantación de talleres, platicas, programas y cursos sobre el adecuado ajuste de tratamiento.

## X. BIBLIOGRAFÍA

1. Macaran A.- Baird -William D. .Familias y Salud, Med Fam Principios y Practica Roberto B. Taylor, et al 2000, Quinta Edición: 10-15.
- 2 Kenneth-Brummel. Desarrollo y envejecimiento en los humanos. Med Fam Principios y Practica .Roberto B. Taylor, et al. 2000 Quinta Edición:5-9
- 3 Christopher Krogh y col .Influencias socioculturales en la salud y en la atención sanitaria. Med Fam Principios y Practica .Roberto B. Taylor, et al 2000 Quinta Edición:16-21.
4. Revista de la Asociación Latinoamericana de Diabetes,Epidemiología de la diabetes tipo 2 en Latinoamérica. Edición Extraordinaria, 2000 (1): 116-37
5. Melchor – Alpizar- Salazar y col Acciones Anticipadas ante Diabetes Mellitus, Revista Med. IMSS, 1998 36 (1) : 3-5
- 6.Gloria Lazeano-Martha Rodríguez, Eficacia de la educación en el control de la glucemia de pacientes con diabetes tipo 2. Rev Med IMSS 1999, 37 (1) : 39-44.
- 7.Jesús Guerrero- Martha Rodríguez. Complicaciones relacionadas con la mortalidad por diabetes mellitus: análisis de mortalidad por causa múltiple. Med Int de Méx 1998 13 (6): 263 – 67.

8. María del Carmen García Peña-Juan Garduño. La calidad de vida en el paciente diabético tipo 2 y factores relacionados. Rev Med IMSS 1995 33 (3) :293-11.
9. Raúl Araiza- Alberto Frati, Diabetes Mellitus No dependiente de insulina, Med Int 1999 (6):2-12
10. Rupert R.- Gotees- Scott A. Depresión, , Med Fam. Principios y Practica. Roberto B. Taylor, et al 2000 Quinta Edición: 301 - 7.
11. Carlos Berlanga, La evaluación del trastorno depresivo, Atención Medica , Abril, 1999: 53-64.
- 12.. M. Dieguez Porres. -B. Rodríguez. Psicoterapia en Atención Primaria: consejo interpersonal para la depresión. Med. Fam. 2001(11): 156-62.
13. Guía Diagnostico Terapéutica de las entidades mas frecuentes a la clasificación internacional , CIE 10.2000.
14. Donald W- Schafer - Leland B. Depresión. La conducta Humana en la Medicina Familiar 1999: 315-325.
15. Enrique Rodrigo Jiménez- Luis A. García. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de Medicina Interna. Med. Int. Mex. 1999 15 (1) : 11-15

16. Enrique Baca Baldomero-Jerónimo Saiz , Alberto Porras, Detección de trastornos mentales por médicos no psiquiatras: Utilidad del cuestionario PRIME – MD. Med Clín. 2001 116 (13) :504-9.

17. Ryan J- Anderson Ba. Et al. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care. 2001 24 (6) : 1069- 78.

18. José Francisco Téllez-Zenteno. Risk Factors associated with depresión in patients with type 2 diabetes mellitus, Arch of med reserch, 2002 (33 ) :53-60.

19. Patrick J- Lustman PH. D. Et al. Depression in adults with diabetes. Psychiatric Times, 2002 January 19 (3) :60-73.

20. Patrick J- Lustman PH.D. Et al. Depression and poor glycemic control. Diabetes Care 23 July 2000 (79):934 – 42.

21. Mathias Rose MD - Herbert Fliege, The network of psychological variables in patients with diabetes and their importance for quality of life and metabolic control. Diabetes Mellitus. January 2002 (25) 1:35 –42.

22 R. Apiquián- A. Fresan H- Nicollini. Evaluación de la psicopatología escalas en español. 51 – 52.

# XI. A N E X O S

## INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21 FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS DEPRESION Y CONTROL GLUCEMICO DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

NOMBRE \_\_\_\_\_ AFILIACIÓN \_\_\_\_\_ CONSULTORIO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

AÑOS CUMPLIDOS \_\_\_\_\_  
SEXO MASCULINO \_\_\_\_\_ FEMENINO \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

SOLTERO \_\_\_\_\_ CASADO \_\_\_\_\_ UNION LIBRE \_\_\_\_\_ SEPARADO \_\_\_\_\_  
DIVORCIADO \_\_\_\_\_ VIUDO \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN \_\_\_\_\_

HOGAR OBRERO \_\_\_\_\_ PROFESIONAL \_\_\_\_\_ JUBILADO \_\_\_\_\_ OTROS \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_

ANALFABETA \_\_\_\_\_ PRIMARIA \_\_\_\_\_ SECUNDARIA \_\_\_\_\_ BACHILLERATO \_\_\_\_\_ PROFESIONAL \_\_\_\_\_

TALLA \_\_\_\_\_

PESO \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_

NIVELES DE GLUCEMIA

1°. \_\_\_\_\_ 2°. \_\_\_\_\_ 3°. \_\_\_\_\_

### ESCALA DE BECK

- 1) 0 = No me siento triste.  
1 = Me siento triste  
2 = Me siento triste todo el tiempo  
3 = Me siento tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
- 2) 0 = No me encuentro particularmente desanimado con respecto a mi futuro  
1 = Me siento mas desanimado que antes con respecto a mi futuro  
2 = No espero que las cosas me resulten bien  
3 = Siento que mi futuro no tiene esperanza y que seguirá empeorando
- 3) 0 = No me siento como un fracasado  
1 = Siento que he fracasado mas de lo que debería  
2 = Cuando veo mi vida hacia atrás, lo único que puedo ver son muchos fracasos  
3 = Siento que como persona soy un fracaso total
- 4) 0 = Obtengo como placer como siempre de las cosas que me gustan.  
1 = No disfruto tanto de las cosas como antes  
2 = Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar  
3 = Siento que como persona soy un fracaso total

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

- 5) 0 = No me siento particularmente culpable  
 1 = Me siento culpable con respecto a muchas cosas que he hecho o debía hacer  
 2 = Me siento bastante culpable casi todo el tiempo  
 3 = Me siento culpable todo el tiempo
- 6) 0 = No siento que este castigado  
 1 = Siento que tal vez seré castigado  
 2 = espero ser castigado  
 3 = Siento que estoy siendo castigado
- 6) 0 = Me siento igual que siempre acerca de mí  
 1 = He perdido confianza en mí mismo  
 2 = Estoy desilusionado de mí  
 3 = No me agrado
- 8) 0 = No me critico ni me culpo mas de lo usual  
 1 = Soy mas critico de mí mismo de lo que solía ser.  
 2 = Me critico por todas mis fallas y errores  
 3 = Me culpo por todo lo malo que sucede
- 9) 0 = No tengo ningún pensamiento acerca de matarme  
 1 = Tengo pensamientos acerca de matarme, pero no los llevaría a cabo  
 2 = Me gustaria matarme  
 3 = Me mataria si tuviera la oportunidad
- 10) 0 = No lloro mas de lo usual  
 1 = Ahora lloro mas que antes  
 2 = Ahora lloro por cualquier cosa  
 3 = Siento ganas de llorar pero no puedo
- 11) 0 = No me siento mas tenso que lo usual  
 1 = Me siento mas inquieto o tenso que lo usual  
 2 = Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta trabajo quedarme quieto  
 3 = Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar moviéndome o haciendo algo constantemente
- 12) 0 = No he perdido interes en otras personas o actividades  
 1 = Ahora me encuentro menos interesado que antes en otras personas o actividades  
 2 = He perdido la mayor parte de mi interes en otras personas o actividades  
 3 = Me resulta difícil interesarme en cualquier cosa
- 13) 0 = Puedo tomar decisiones casi tan bien como siempre  
 1 = Me resulta mas difícil tomar decisiones ahora que antes  
 2 = Ahora tengo mucha mayor dificultad para tomar decisiones que antes  
 3 = Me cuesta trabajo tomar cualquier decisión

- 1 = No me siento tan valioso o útil como antes
- 2 = Me siento menos valioso comparado con otros
- 3 = Me siento francamente devaluado

- 15) 0 = Tengo tanta energía como antes  
1 = Tengo menos energía de la que solía tener  
2 = No tengo suficiente energía para hacer gran cosa  
3 = No tengo suficiente energía para hacer nada
- 16) 0 = No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño  
1a = Duermo más de lo usual  
1b = Duermo menos de lo usual  
2a = Duermo mucho más de lo usual  
2b = Duermo mucho menos de lo usual  
3a = Duermo la mayor parte del día  
3b = Me despierto una o dos horas más temprano o no me puedo volver a dormir
- 17) 0 = No estoy más irritable de lo usual  
1 = Estoy más irritable de lo usual  
2 = Estoy mucho más irritable de lo usual  
3 = Estoy irritable todo el tiempo
- 18) 0 = No he sentido ningún cambio en mi apetito  
1a = Mi apetito es menor que lo usual  
1b = Mi apetito es mayor que lo usual  
2a = Mi apetito es mucho menor que antes  
2b = Mi apetito es mucho mayor que antes  
3a = No tengo nada de apetito  
3b = Tengo ganas de comer todo el tiempo
- 19) 0 = Puedo concentrarme tan bien como siempre  
1 = No puedo concentrarme tan bien como siempre  
2 = Me resulta difícil concentrarme en algo durante mucho tiempo  
3 = No puedo concentrarme en nada
- 20) 0 = No estoy más cansado o fatigado que lo usual  
1 = Me canso o fatigo más fácilmente que antes  
2 = Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer cosas que solía hacer  
3 = Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayor parte de las cosas que solía hacer
- 21) 0 = No he notado ningún cambio reciente en mi interés en el sexo  
1 = Me encuentro menos interesado en el sexo que antes  
2 = Me encuentro mucho menos interesado en el sexo ahora  
3 = He perdido completamente el interés en el sexo

TOTAL

( \_\_\_\_\_ )

