

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION



DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 27
TIJUANA BAJA CALIFORNIA.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF
No. 33, DE LA CIUDAD DE TIJUANA, B.C.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

MARTHA AMELIA SANCHEZ VELASCO

TIJUANA BC

2006



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.

AGRADECIMIENTOS:

A Miguel Ángel, mi esposo y fiel compañero, quien siempre me ha alentado y apoyado a alcanzar las metas que me propongo, ya que sin su comprensión, paciencia y amor no hubiera sido posible alcanzar esta meta.

A Jessica y Omar, mis hijos, quienes son el motor principal que me impulsa a superarme cada día para ser una mejor persona, profesionista y madre.

A la Dra. María de los Ángeles Colín, quien tuvo el valor de aceptar este gran reto de ser la coordinadora de la residencia semipresencial, ya que sin ella no hubiera sido posible que hoy estuviera saliendo la segunda generación en el estado de Baja California, gracias por su comprensión y apoyo incondicional.

A mi madre de quien aprendí que todo es posible si uno se lo propone con trabajo constante y fe.

A mis compañeros de residencia, con quienes a través de la convivencia durante 3 años aprendí a considerarlos como parte de mi familia.

Gracias a la vida que me ha dado tanto.

INDICE GENERAL

ANTECEDENTES.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVOS.....	10
METODOLOGÍA.....	11
RESULTADOS.....	14
DISCUSIÓN.....	21
CONCLUSIONES.....	23
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	27

RESUMEN

Objetivo: Debido a que la depresión es común en los pacientes diabéticos, así como el incremento de riesgo de complicaciones diabéticas, se pretende establecer el nivel de depresión en relación con el nivel de hemoglobina glucosilada, de menos de 6 meses, ya que se ha visto en la literatura, que la depresión está directamente relacionada con el pobre control glucémico. Para así poder iniciar el diagnóstico y tratamiento de la misma oportunamente, para mejorar la calidad de vida del paciente diabético.

METODOLOGIA:

Se estudiaron 328 pacientes diabéticos tipo 2, de la consulta externa de Medicina Familiar, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, de la ciudad de Tijuana, B.C., de ambos turnos, sin diagnóstico de depresión, a los cuales se les aplicó la escala de Beck, para valorar el grado de depresión, esta escala consta de 21 reactivos, los cuales miden características, actitudes y síntomas de depresión, se autoaplica durante 10 minutos, aunado a un cuestionario sociodemográfico y previa firma de consentimiento informado, durante el período del 15 de noviembre al 15 de diciembre del 2005. los pacientes deberán tener control de hemoglobina glucosilada, colesterol y triglicéridos de menos de 6 meses, se tomará en cuenta su peso, talla e índice de masa corporal (IMC). Dentro de las variables sociodemográficas se consideraran: edad, estado civil, sedentarismo, tiempo de evolución de la diabetes, tipo de tratamiento y ocupación.

Los criterios de inclusión: pacientes diabéticos tipo 2 con hemoglobina glucosilada de menos de 6 meses, sexo femenino o masculino y que acepten contestar el cuestionario.

Los criterios de exclusión fueron pacientes diabéticos con diagnóstico de enfermedad mental o depresión y no aceptación del cuestionario.

Los criterios de eliminación fueron cuestionarios mal contestados o incompletos.

ANTECEDENTES

El incremento de la expectativa de vida en muchos países, ha provocado que las enfermedades crónicas ocupen actualmente un lugar importante en el perfil epidemiológico, este cambio se ha denominado transición epidemiológica. La diabetes mellitus ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, especialmente en el continente Americano y sus complicaciones se asocian al aumento de la morbi-mortalidad.¹

La diabetes mellitus es la enfermedad endocrina más frecuente en todo el mundo, caracterizada por la alteración del metabolismo de la glucosa, originado por diversas causas. Consiste en una hiperglucemia secundaria a la deficiencia de la acción o de la cantidad de insulina, que si no se trata de manera apropiada puede causar alteraciones metabólicas agudas y trastornos crónicos que deterioran la función y la estructura de diversos órganos.^{1,2}

En Estados Unidos la prevalencia de diabetes mellitus es de 40%. Es 10 veces más frecuente en personas mayores de 65 años. Los hispanos, afro-americanos y nativos americanos son afectados 2 a 4 veces más que los americanos blancos.²

Esta prevalencia de padecer diabetes mellitus tipo 2, también se ha incrementado en niños y adolescentes.²

En un estudio realizado en el 2002 se estimó que el riesgo de desarrollar diabetes mellitus en individuos nacidos en Estados Unidos era de un 33% en hombres y de 39% en mujeres. En las mujeres hispanas en riesgo es de 53%. La diabetes esta asociada a una reducción importante en la expectativa de vida de 11 años, en mujeres con diagnostico de

esta enfermedad a los 40 años. En el 2002 se estimaba que en Estados Unidos había 18.2 millones de personas con Diabetes mellitus.

En el mundo afecta aproximadamente a 151 millones de personas y para el 2025 se calcula que se incrementarán a 324 millones de afectados por esta enfermedad a nivel mundial. ²

La carga económica de la diabetes mellitus en Estados Unidos para el 2002 fue de \$132 billones de dólares, se calcula que para el año 2020 la carga económica será de \$192 billones de dólares, aproximadamente. De cada \$ 5 dólares destinados para la Salud \$1 dólar es para pacientes con diabetes mellitus. ²

La prevalencia mundial de diabetes de cualquier tipo es de alrededor de 5%, ligeramente mayor en el sexo femenino que en el masculino (1.2:1), aumenta con la edad, es más elevada en algunos países y en el mismo puede variar según el área geográfica o los grupos étnicos. La prevalencia en México fue ligeramente superior en los estados del norte del país y menor en el centro. ³

También varió según el índice de masa corporal (IMC), los individuos con IMC<25 tuvieron baja prevalencia (3.8%), en tanto que 12.1% de aquellos con IMC>35 presentaron la enfermedad. La prevalencia también varió con la edad: 0.6% en menores de 25 años, 7% en el grupo de 40-44 años, 19% en sujetos de 60 a 64 años y 22% en individuos de 64 a 69 años. ²

La mortalidad directa o indirecta por diabetes mellitus es elevada. La causa de muerte más común en los diabéticos es la enfermedad cardiovascular se incrementa en forma progresiva y continua conforme aumenta la glucemia en ayunas o dos horas después de la ingestión de glucosa a partir de 6 mmol/L (108mg/100ml). ³

La diabetes mellitus tipo 2 es la forma más frecuente de ésta enfermedad y comprende más del 90% de los diabéticos en México, afecta a todas las clases sociales, principalmente a la población de bajos recursos económicos asentadas en las áreas urbanas. La Encuesta Nacional de Salud reportó una prevalencia que aumenta con la edad y el sobrepeso y que se ubica en 10.9% La influencia de éstos factores y de los cambios del estilo de vida, es significativa en la tendencia mundial de aumento progresivo de la prevalencia, además se estima que de cada dos sujetos diagnosticados existe por lo menos uno que desconoce padecer la enfermedad.⁴

El incremento constante en la incidencia de la diabetes en la población mexicana, sobre todo a partir de 1985, se ha asociado a tasa crecientes de muerte directa e indirecta. Esta última principalmente por cardiopatía isquémica y enfermedad vascular cerebral, cuya tasa de mortalidad se ha elevado de 0.3% en 1950 a 5.1% en 1985.⁴

Los factores de riesgo para presentar Diabetes, de acuerdo a los criterios de la OMS son: edad mayor de 40 años, hipertensión arterial, antecedentes familiares de diabetes e índice de masa corporal (especialmente acumulación de grasa central). Encontrando un aumento en la prevalencia de diabetes desde 0.3% en los sujetos sin factores de riesgo hasta 7.9% en aquellos con cuatro factores.⁴

En un estudio realizado en el 2002 en la ciudad de México se encontró una incidencia de Diabetes Mellitus 2 del 1% anual, la cual es alarmante, aunque la cohorte de este estudio es de un estrato socioeconómico bajo, por lo que no se puede generalizar al resto de la población.⁴

El diagnóstico de diabetes mellitus se establece según cualquiera de las siguientes condiciones:

- 1.- síntomas clásicos: polidipsia, polifagia, poliuria y pérdida de peso
- 2.- glucemia en ayunas mayor de 110mg en más de una ocasión
- 3.- prueba de tolerancia a la glucosa con cualquier cifra diagnóstica en más de una ocasión
- 4.- la hemoglobina glucosilada sólo sirve para el control metabólico.

Hemoglobina Glucosilada:

La hemoglobina (Hb) de los seres humanos adultos, está constituida principalmente por Hb A (97%), Hb A2 (2.5%) y Hb F (0-5%). La Hb está constituida por 4 cadenas polipeptídicas: 2 de tipo globínico y 2 de tipo globina beta. El análisis cromatográfico de la Hb A permite identificar además, algunas hemoglobinas minoritarias, como la Hb A1a, la HbA1b y HbA1c, que se denominan colectivamente como HbA1 “hemoglobina rápida”, “hemoglobina glucosilada” o “glucohemoglobina”.

La HbA1, es el resultado de la glucosilación de la Hb normal (HbA) como consecuencia de la reacción, no enzimática entre la glucosa presente en el plasma y los grupos amino de la hemoglobina, concretamente la unión de glucosa a la valina n terminal de las cadenas beta de la Hb A, da lugar a la HbA1c que es la más abundante de las HbA (80%).

2

La cantidad de Hb glucosilada es proporcional a la concentración de glucosa en sangre por lo que en la diabetes hay mayor proporción de HbA1c de lo normal. La determinación de Hb glucosilada constituye un índice de la concentración media de la glucosa en sangre a lo largo de un período de 3 meses (vida media de la Hb), por lo que esta prueba resulta útil en el control del paciente diabético, aunque no en el diagnóstico

de la enfermedad, ni sustituye la glucemia en ayunas o postprandial sobre todo en pacientes insulino dependientes para regular la dosis de insulina.

Los valores de HbA1c no están influenciados por las fluctuaciones diarias de glucosa sanguínea, ni tampoco por el ejercicio, ni por la ingesta de alimentos.²

La Depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tiene un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad, se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá un episodio de depresión que requiera tratamiento médico. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social), también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con el tratamiento adecuado. Existen numerosas sustancias implicadas en la teoría de la génesis de la depresión, tales como la norepinefrina, la serotonina, la dopamina y la acetilcolina.⁵

La hipótesis catecolaminérgica de los trastornos afectivos en 1960 abrió una puerta a la investigación en psiquiatría. En ella se habla de que la depleción de estas sustancias genera síntomas depresivos.⁵

En los países industrializados la incidencia de los trastornos depresivos va en aumento. En cuanto al género se observa como una constante la proporción de dos mujeres por un varón (2:1), es importante señalar que es mayor el número de mujeres que solicitan atención médica y también que tienen una mayor facilidad para expresar conflictos emocionales, lo cual puede incidir en que se diagnostique más en ellas que en los

varones. La depresión puede presentarse en cualquier época de la vida, incluyendo la niñez, aunque el promedio de edad para el inicio de la depresión mayor es a los 20 años.⁵ Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza, de esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. Dio refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol; la feminidad misma- tal como está concebida en nuestra cultura- sería el factor de mayor riesgo para la depresión.⁶

El informe Mundial sobre Salud del 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo en hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. Se estima que para el año 2020 será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral a escala mundial y la primera en países desarrollados.⁶

En México J. Frenk y colaboradores estimaron que la Depresión ocupa el 2do. Lugar dentro de las enfermedades neuropsiquiátricas como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad.⁶

Los síntomas prodrómicos incluyen ansiedad generalizada, crisis de angustia, fobias y muy frecuentemente, trastornos del sueño como el insomnio o la hiperinsomnia.⁶

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda, disminución grave del estado de ánimo, pérdida del interés y de la capacidad de disfrutar de las cosas y de las actividades que antes le importaban. Además hay síntomas tanto en el área cognoscitiva como en la vegetativa, como en la incapacidad para concentrarse, ideas autodevaluativas, de culpa ó de muerte, pensamiento suicidas, pérdidas del apetito, de

peso o de la libido, insomnio y fatiga. Con una mayor incidencia entre los 35 a 45 años de edad.⁶

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en el 2002 entre la población urbana de 18 a 65 años de edad concluyó en que la depresión ocupa el 3er lugar con una prevalencia de 9.1%. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.⁶

En México la prevalencia fue en mujeres menores de 40 años del 4% y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años. Entre los hombres la prevalencia fue de 1.6% en los menores de 40 años de edad y de 5% en los adultos mayores de 60 años. Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, entre los individuos sin educación formal, la prevalencia fue de 8% disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor.⁶

Tiene un efecto negativo en la enfermedad somática. La frecuencia y la gravedad de la depresión se relaciona directamente con la gravedad de la enfermedad física subyacente alrededor del 61% de los pacientes con enfermedades graves y 21% de los que padecen enfermedades leves.^{5,6}

Está demostrado que existe una mayor frecuencia de Depresión en pacientes diabéticos; sin embargo no se ha identificado con claridad los factores que contribuyen a su desarrollo.⁷

Se encuentra una mayor frecuencia de depresión en pacientes diabéticos, lo que tiene varias implicaciones: la depresión repercute de manera profunda en la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, independientemente de las complicaciones

propias del padecimiento, ésta asociación se relaciona con un pobre control glucémico. Se encontró una prevalencia del 30% de depresión y diabetes.^{7, 8}

Los pacientes hispanos tiene un alto nivel de glucemia y pobre control de la misma, por lo que es común en adultos diabéticos la relación entre depresión severa y el pobre control de la glucemia.⁹

Se encontró una asociación significativa entre depresión y la hiperglucemia la cual incrementa el riesgo de las complicaciones diabéticas, como retinopatía, nefropatía, neuropatía, complicaciones macrovasculares y disfunción eréctil.^{10, 11}

La depresión y la diabetes afecta más al sexo femenino en un 28%. La depresión fue dos veces más frecuente en pacientes con diabetes, que en los no diabéticos.¹⁰ La hiperglucemia crónica está bien establecida como predictor para el comienzo y exacerbación de las complicaciones de la diabetes y la depresión está asociada con hiperglucemia y la hiperglicemia esta asociada con las complicaciones diabéticas.¹⁰

La depresión tal vez sea un factor importante en la desproporcionada prevalencia de diabetes mellitus en mujeres.^{10, 11 12}

La asociación de depresión y diabetes mellitus influye en la disminución de la calidad de vida de éstos pacientes, independientemente de la severidad de la enfermedad.^{12, 13, 14}

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que los pacientes con enfermedades crónicas, son más susceptibles de depresión, especialmente los pacientes diabéticos, ya que la mayoría de éstos no aceptan su enfermedad y por lo tanto la depresión se relaciona directamente con la gravedad de la enfermedad ⁶

Razón por la cual yo me pregunto ¿Cuál será la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la UMF # 33, de la Ciudad de Tijuana, B. C.?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es un problema de salud trascendente en nuestro país, con repercusiones médicas, sociales y económicas, que se asocia frecuentemente a la depresión, con una prevalencia del 30%, por lo que se debe de abordar el problema de la depresión en personas diabéticas en la población mexicana.

Se debe tener como meta en los pacientes diabéticos un buen control de la glucemia, ya que se ha confirmado tanto en la literatura internacional como en la nacional, que la hiperglucemia está asociada a la depresión y al inicio y exacerbación de las complicaciones diabéticas.¹⁰

Esta comorbilidad de diabetes y depresión, conlleva a una falta de motivación para el cuidado y manejo de la enfermedad, teniendo como consecuencia una mala calidad de vida, debido a las múltiples complicaciones, propias de la diabetes, razón por la cual ha aumentado la utilización de los recursos tanto materiales como humanos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en las últimas dos décadas, por lo que es de suma importancia realizar la detección oportuna de la depresión en los pacientes diabéticos ya que se disminuiría la demanda de éstos servicios.⁴

Otro de los propósitos de éste estudio es que los médicos de primer contacto diagnostiquen oportunamente la depresión en el paciente diabético, ya que el espectro de la depresión en Medicina Familiar difiere de lo encontrado en Psiquiatría.

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos de atención.

OBJETIVO GENERAL:

Conocer la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 33, de la Ciudad de Tijuana, B.C.

OBJETIVO ESPECIFICO:

Conocer el grado de depresión en pacientes diabéticos tipo 2, de la UMF No. 33, de la Ciudad de Tijuana, B.C.

METODOLOGÍA

Tipo de estudio Descriptivo y transversal

Se integró una muestra de 328 pacientes con diabetes mellitus tipo 2, de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, ubicada en el Fraccionamiento El Soler, de ambos turnos, la cual se encuentra ubicada en el noroeste de la Ciudad de Tijuana, B.C., con una población adscrita de 109, 024 derechohabientes, de los cuales 2,940 son pacientes diabéticos.

Durante el período del 1º. De Septiembre al 30 de noviembre del 2005, se seleccionó dicha muestra de pacientes diabéticos tipo 2 de ambos sexos, que acudieron regularmente a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 33. Los pacientes fueron captados en la sala de espera previa revisión del expediente medico en el cual se contó con estudios de laboratorio recientes, se les explicó acerca del estudio a realizar y se les aplicó un cuestionario que incluye ficha de identificación con datos sociodemográficos y la escala de Beck que evalúa grado de Depresión.

El cuestionario de Beck, consta de 21 preguntas, las cuales miden características, actitudes, síntomas y grado de depresión, éste se autoaplicó, durante un tiempo aproximado de 10 minutos ¹⁵, cada reactivo se califica de 0-3 y al finalizar se sumó la puntuación y se clasifico de la siguiente forma:

Puntuación de la escala de Beck

0-9 Normal

10- 18 Depresión leve

19-29 Depresión moderada

30- 63 Depresión severa

El tamaño de la muestra se determinó en base a la siguiente fórmula: $\frac{Z^2 \times P(1-P)}{M^2}$

N = tamaño de la muestra

Z = nivel de confiabilidad del 95%

P = prevalencia estimada

M = margen de error del 5%, valor estándar 0.05%.

La prevalencia de diabetes mellitus y depresión fue de 33% y el resultado del tamaño de la muestra obtenido con la fórmula anterior fue de 328 pacientes.

A través de la asistente médica de cada consultorio de ambos turnos, se obtuvo la cantidad de pacientes diabéticos, ya que ellas manejan un tarjetero para los pacientes diabéticos tipo 2 en control, con el nombre y número de afiliación de cada paciente, se localizaron y revisaron los expedientes y sólo se tomó en cuenta para este estudio los que tenían exámenes de laboratorio (Hb. glucosilada, colesterol y triglicéridos) de menos de 6 meses.

Se contactaron a los pacientes el día de su cita de control y otros cuando acudieron a la consulta por cualquier otro motivo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN: Todo paciente diabético tipo 2, con hemoglobina glucosilada de 6 meses a la fecha, sexo masculino y femenino y que acepte contestar el cuestionario.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN: Pacientes diabéticos con enfermedad mental o diagnóstico de depresión en tratamiento. Que no acepten participar en la investigación.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN: Cuestionarios incompletos o mal contestados.

RESULTADOS

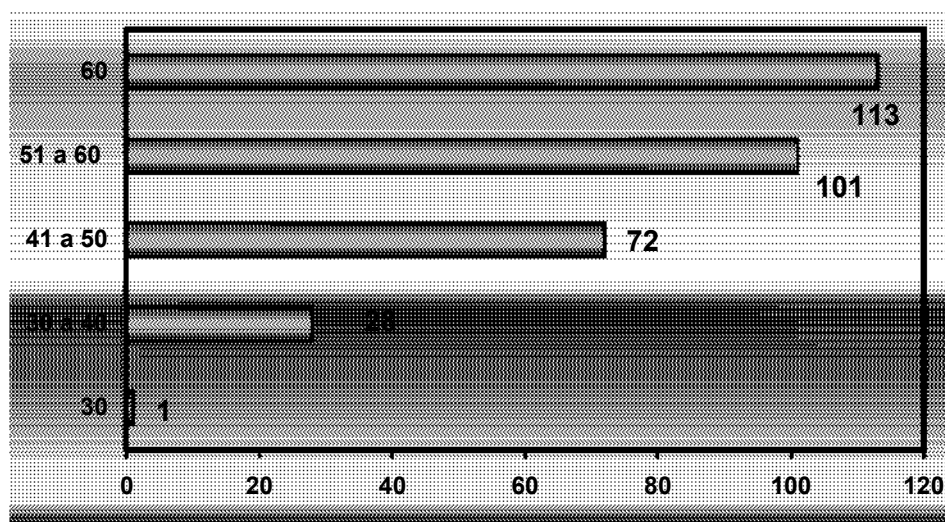
El análisis estadístico se llevo a cabo con el programa SPSS, con los siguientes resultados:

Se estudiaron 315 pacientes diabéticos tipo 2 con una edad promedio, de 51 años, se clasificaron por grupos de edad en décadas encontrando la mayor cantidad en el grupo de más de 61 años (113) seguidos por el grupo de 51 a 60 años.

Tabla 1.- grupos de edad de los pacientes estudiados

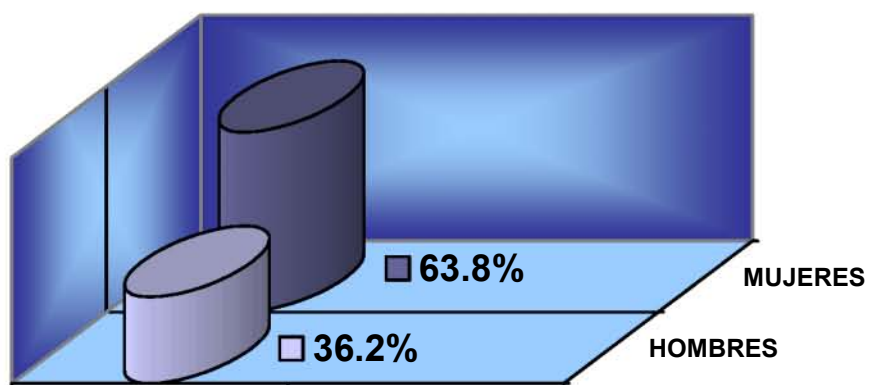
Edad	30 años	30 a 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	60años
No. Pacientes	1	28	72	101	113

Gráfica 1.- Edad de los pacientes entrevistados



Con respecto al sexo se encontró que la mayor cantidad de pacientes pertenecían al sexo femenino 63.8% y el 36.2 % para el sexo masculino.

Gráfica 2.- porcentaje y sexo de los entrevistados



En relación al estado civil el mas frecuente fue casado con 218 pacientes (69.2%) y el menos común fue el de unión libre con 14 pacientes.

Tabla 2.- estado civil de los entrevistados

Estado civil	frecuencia	Porcentaje %
Soltero	16	5.1
Casado	218	69.2
Divorciado	19	6.0
Viudo	48	15.2
Unión libre	14	4.4
Total	315	100

El nivel de estudios que predominó fue Primaria en (73.7%), seguido de secundaria completa y en menor porcentaje preparatoria ó más.

Tabla 3.- Escolaridad de los entrevistados

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje %
Primaria o menos	232	73.7
Secundaria completa	40	12.7
Secundaria incompleta	20	6.3
Preparatoria o más	23	7.3
Total	315	100.0

Con respecto a la ocupación la que predominó fue el hogar, seguida de trabajadores

Tabla 4.- Ocupación de los encuestados

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje %
Hogar	157	49.8
empleado	108	34.3
jubilado	47	14.9
desempleado	3	1.0
total	315	100.0

En éste estudio 196 pacientes el 62.2% no realizan actividad física, contra 119 (37.8%) de los pacientes que si realizan actividad física. De acuerdo a los años de evolución de la enfermedad la mayoría de los pacientes se encontró en el grupo de cero a 5 años de evolución con 109 pacientes que equivale al 34%, seguido del grupo de 10 a 20 años de evolución con 97 pacientes (30.79%), en 3er lugar quedo el grupo de 6 a 10 años con 82 pacientes (26%) y por último el de más de 20 años con 27 pacientes (8.57%). El tipo de tratamiento más común fue el oral (71.7%), seguido del uso de insulina (12.7%), la dieta fue el tratamiento menos utilizado, confirmando con esto que el paciente diabético normalmente no se apega a este tipo de tratamiento, siendo esta la piedra angular de esta enfermedad. El índice de masa corporal (IMC) fue normal en 47 pacientes (14.9%), se encontraron 84 pacientes con sobrepeso (26.7%), con obesidad grado I a 85 pacientes, con obesidad grado II a 41 pacientes (13%) y con obesidad grado III a 14 pacientes (4.4%).

En el control metabólico se encontró que la mayoría de los pacientes cursan con hemoglobina glucosilada normal con 155 pacientes que equivale al 49.2% y 119 pacientes (37.8%), en el control del colesterol se encontraron 144 pacientes con mal control en 45.7% y dentro de límites normales a 116 pacientes, el 36.8%. Los triglicéridos fueron los que se encontraron más alterados con 188 pacientes, el 59.7% fuera de rango y 84 pacientes, el 26.7% en límites normales.

Tabla 6.- Resultados del control metabólico

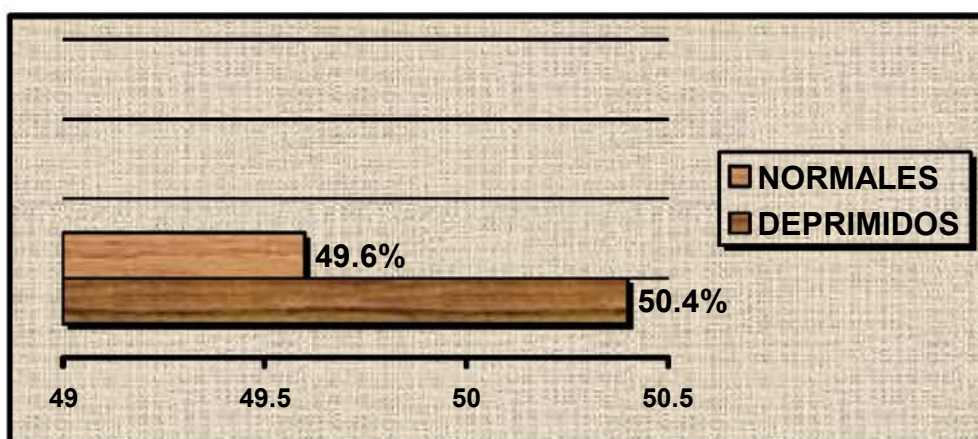
Resultados de laboratorio	Hb normal	Hb buen control	Hb mal control	Colesterol normal	Colesterol Buen control	Colesterol mal control	TGS normales	TGS con buen control	TGS con mal control
No. de pacientes	155	34	119	116	55	144	84	44	188
Porcentaje	49.2%	10.8%	37.8%	36.8%	17.5%	45.7%	26.7%	14.0%	59.7%

En este estudio se encontró una prevalencia de Depresión del 50.4% con 159 pacientes deprimidos y 156 normales con una prevalencia de 49.6%.

Tabla 7.- Prevalencia de Depresión

	Pacientes normales	Pacientes con Depresión	Total
No. pacientes	156	159	315
Porcentaje	49.6%	50.4%	100%

Grafica 4.- Prevalencia de Depresión.

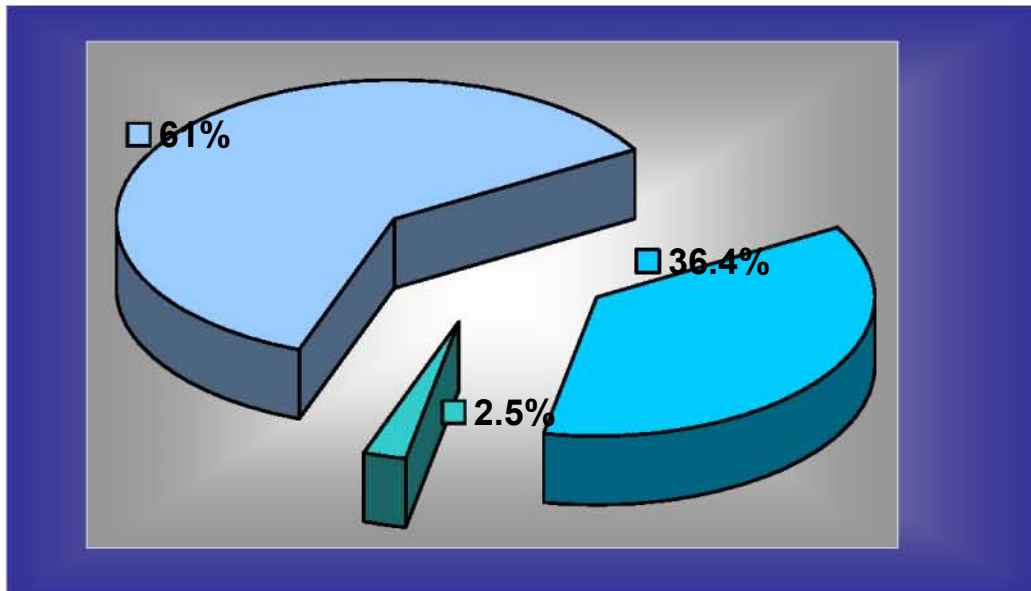


De acuerdo a los resultados de la escala de Beck para medir grados de depresión se encontró lo siguiente:

Tabla 8.- Grados de Depresión

	Leve	Moderada	Severa	total
No. pacientes	97	58	4	159
Porcentaje	61%	36.4%	2.5%	100%

Grafica 4.- Grados de Depresión de los pacientes entrevistados.



Se realizó correlación entre grados de Depresión y nivel de Hb glucosilada encontrando solamente relación significativa de .009 entre hemoglobina glucosilada normal y depresión moderada

CONCLUSIONES

La frecuencia de depresión y diabetes encontrados en este estudio fue del 50.4%, mucho más elevada que la encontrada en otros estudios, como el realizado en la Ciudad de México, en el que la frecuencia fue del 39%, esta incidencia es considerablemente alta, y al parecer, la mayor parte de las veces no se diagnostica, como en la que se evaluó que la frecuencia de depresión en pacientes en general, que acudían a una unidad de primer nivel de atención era del 36%.

En este estudio exploramos algunas características propias del paciente y las derivadas de la enfermedad como potencialmente relacionadas con la depresión.

Consideramos estadísticamente significativa la asociación del sexo femenino con la depresión, relación que ya ha sido reportada por Lustman y col.¹²

Las razones de esto deberán examinarse en investigaciones diseñadas para tal propósito, en virtud de que esta diferencia genérica se observa también en otras enfermedades.

Con respecto a las complicaciones de la diabetes mellitus y su relación con la depresión, se corroboró nuevamente que disminuye la calidad de vida de los pacientes, ya que es preciso tomar más medicamentos y visitar con frecuencia al médico.¹⁰

Tuvo implicaciones importantes el control metabólico, debido a que los pacientes con hemoglobinas glucosiladas elevadas, mostraron cualquier grado de depresión. La observación de que los pacientes con hiperglucemia tienden una mayor tendencia a deprimirse ya ha sido demostrada por otros autores.¹⁰

La depresión se vinculó de manera significativa al descontrol metabólico, esta observación es interesante, ya que tanto la depresión como la hiperglucemia son variables

íntimamente vinculadas y en especial por las características de este estudio, que es de tipo transversal, no es posible determinar con claridad una dirección de causalidad.

La incidencia tan elevada de depresión encontrada en este estudio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es de particular importancia, debido a que se supone que su diagnóstico no es considerado siempre por el clínico y por lo tanto la frecuencia con que esta afección es tratada no corresponde a la real.

Con este estudio concluimos la importancia de diagnosticar veraz y oportunamente la depresión en pacientes diabéticos, en el primer nivel de atención.

FORTALEZAS.

Este es el primer estudio que se realiza en nuestra localidad con la finalidad de obtener la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2, debido que en México existen muy pocos estudios acerca de este tópico, los resultados incrementan su valor. Además de ser de gran utilidad para evaluar y diagnosticar la depresión en pacientes diabéticos tipo 2 en el primer nivel de atención.

DEBILIDADES.

La poca cooperación de algunos pacientes para realizar la entrevista, debido a la falta de tiempo les hacía contestarlo rápidamente.

Debido al bajo nivel de escolaridad de los encuestados y en otras ocasiones por la presencia de retinopatía diabética, fue necesario que el investigador aplicara al paciente la encuesta, lo cual puede sesgar el estudio.

RECOMENDACIONES.

Diseñar un estudio para detectar la frecuencia de depresión en el paciente diabético tipo 2

Que todos los médicos familiares, realicen el diagnóstico y el tratamiento de la diabetes y depresión, de acuerdo a las guías clínicas, ya que se encontraron cifras alarmantes de mal control y ausencia de control metabólico.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Castro S C, Cimé A O, Pérez H S, González LM. Características clínico-epidemiológicas de las complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus. Medicina Interna México 2005; 21: 259-65.
- 2.- Permutt M., Wasson J, Cox N. Genetic Epidemiology of Diabetes. The American Society for Clinical Investigation, Inc. 2005; 115: 1431-39.
- 3.- Ramiro H M, Halabe J, El Internista, 2º ed. México: Ediciones McGraw-Hill Interamericana 2002.p. 31-32
- 4.- Rodríguez R, López J, Rodríguez J, Jiménez J. Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México. Rev Med IMSS 2003; 41: 383-92
- 5.- Boschetti B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2004; 6: 61-63
- 6.- Belló M, Puente E, Medina M, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública de México: 2005; 47: 4-11
- 7.- Téllez J, Morales L, Cardiel M. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. Med Int Mex 2001; 17: 54-6
- 8.-Al D, Schiriger V, Hasselblad. A Clinical approach for the diagnosis of diabetes mellitus: an analysis using glycosylated hemoglobin levels. Journal of the American Medical Association 1996; 276: 1246-5
- 9.- Gross R, Olfson M, Gameraff M, Carasquillo O, Shea S, Feder, A, et al: Depression and Glycemic Control in Hispanic Primary Care patients with Diabetes. Journal of General Internal Medicine. 2005;20:460-466.

- 10.- De Groot, M, Anderson R, Freedland K, Clouse R , Lustman P. Association of depression and diabetes Complications: A Meta-Analysis. American Psychosomatic Society 2001; 63: 619-630.
- 11.- Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P. The Prevalence of Comorbid Depression in Adults with Diabetes: A meta-analysis. The American Diabetes Association, Inc 2001; 24: 1069-1078-408.
- 12.- De Groot M, Lustman P. Depression Among African-Americans with Diabetes: A dearth of studies. American Diabetes Association, Inc. 2001; 24: 407-408
- 13.- Lustman P, Freedland K, G, Barnes L, Miller C, Anderson K, McGill J, Rubin E, Clouse R. Effects of Major Depression on Health-related Quality of Life in Type 2 Diabetes: A Controlled Analysis. American Diabetes Association, Inc 1999; 48: 73-74
- 14.- Lustman P, Anderson R, Freedland K, De Groot M, Carney R, Clouse R. Depression and poor Glycemic Control: A meta-analytic review of the literature. American Diabetes Association, Inc. 2000; 23: 934-42.
- 15.- Lustman P, Clouse R, Griffith L, Carney R, Freedland K. Screening for Depression in Diabetes Using the Beck Depression Society 2000; 27: 934-42

ESCA DE BECK

Nombre _____

Folio _____

Edad _____

Fecha _____

Estado Civil _____

Escolaridad _____

Describa como se ha sentido ya sea la semana pasada, incluso hoy. Lea todas las frases en cada grupo antes de hacer su elección y marque una.

1 () 0 No me siento triste

() 1 Me siento triste

() 2 Estoy triste todo el tiempo y no me puedo reponer

() 3 Estoy tan triste o infeliz que no lo puedo soportar

2 () 0 No estoy particularmente desilusionado del futuro

() 1 Estoy desilusionado del futuro

() 2 Siento que no tengo perspectiva del futuro

() 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que nada cambiará

3 () 0 No siento que fallé

() 1 Siento que fallo más que una persona normal

() 2 Siento que existen muchas fallas en mi pasado

() 3 Siento una falla completa como persona

4 () 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como siempre

() 1 No disfruto de las cosas como antes

() 2 No encuentro ya satisfacción real de nada

() 3 Estoy insatisfecho, aburrido de todo

5 () 0 No me siento particularmente culpable

() 1 Me siento culpable buena parte del tiempo

() 2 Me siento muy culpable la mayor parte del tiempo

() 3 Me siento culpable todo el tiempo

6 () 0 No siento que he sido castigado

() 1 Siento que podría ser castigado

() 2 Espero ser castigado

() 3 Siento que he sido castigado

7 () 0 No me siento desilusionado de mí

() 1 Estoy desilusionado de mí

() 2 Estoy disgustado conmigo

() 3 Me odio

8 () 0 No me siento pero que nadie

() 1 Me critico por mi debilidad o por mis errores

() 2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas

() 3 Me culpo por todo lo malo que sucede

9 () 0 No tengo pensamientos de suicidarme

() 1 Tengo pensamientos de muerte, pero no los realizaría

() 2 Me gustaría matarme

() 3 Me mataría si pudiera

10 () 0 No lloro más de lo usual

() 1 Lloro más que antes

() 2 Lloro ahora todo el tiempo

() 3 Podía llorar antes, pero ahora aunque quiera no puedo

11 () 0 No soy más irritable de lo que era antes

() 1 Me siento molesto, irritado más fácil que antes

() 2 Me siento irritado todo el tiempo

() 3 No me irrito por las cosas que antes sí

12 () 0 No he perdido el interés en otra gente

() 1 Estoy menos interesado en otra gente que antes

() 2 He perdido mi interés en otra gente

() 3 He perdido todo mi interés en otra gente

13 () 0 Tomo decisiones igual que siempre

() 1 Evito tomar más decisiones que antes

() 2 Tengo mayores dificultades para tomar decisiones ahora

() 3 No puedo tomar decisiones por completo

14 () 0 No siento que me vea peor que antes

() 1 me preocupa verme viejo, poco atractivo

() 2 Siento que existen cambios permanentes en mí que me hacen lucir feo

() 3 Creo que me veo feo

15 () 0 Puedo trabajar tan bien como antes

() 1 Me cuesta un esfuerzo extra empezar a hacer algo

() 2 Tengo que impulsarme muy fuerte para hacer algo

() 3 No puedo hacer nada

16 () 0 Puedo dormir tan bien como siempre

() 1 No puedo dormir tan bien como antes

() 2 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano que lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir

() 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir

17 () 0 No me canso más de lo usual

() 1 Me canso más fácil que antes

() 2 Me canso de hacer casi cualquier cosa

() 3 Me siento muy cansado de hacer cualquier cosa

18 () 0 Mi apetito es igual que lo usual

() 1 Mi apetito no es tan bueno como antes

() 2 Mi apetito es mucho peor ahora

() 3 No tengo nada de apetito

19 () 0 No he perdido peso

() 1 He perdido más de 2.5 Kg.

() 2 He perdido más de 5 Kg.

() 3 He perdido más de 7.5 Kg.

He intentado perder peso comiendo menos: sí _____ no _____

20 () 0 No estoy más preocupado por mi salud que antes

() 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores y molestias

() 2 Estoy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otras cosas

() 3 Estoy tan preocupado con mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más

21 () 0 No he notado cambios en mi interés por el sexo

() 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes

() 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora

() 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Ocupación _____ Actividad Física _____

Tiempo de evolución de la diabetes _____ Tratamiento _____

Peso _____ Talla _____ IMC _____

Colesterol _____ Triglicéridos _____ Hb glucosilada _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Folio No. _____

En la UMF No. 33 se esta llevando a cabo un estudio acerca de la prevalencia de Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, de la población derechohabiente que acude a la consulta externa. La información que usted nos proporcione será utilizada en forma anónima y confidencial para fines exclusivos de este estudio.

Acepto participar en forma voluntaria contestando el cuestionario para este estudio, autorizo para que utilicen los datos obtenidos de dicho cuestionario.

Lugar y fecha _____

Firma _____

Testigo _____

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

El estado civil se valoró en rangos	1) soltero, 2) casado, 3) Divorciado, 4) Viudo, 5) Unión libre
El sexo se valoró	1) hombre, 2) mujer
La escolaridad se valoró	1) Primaria o menos, 2) Secundaria completa, 3) secundaria incompleta, 4) preparatoria ó mas
La ocupación se valoro	1) hogar, 2) empleado, 3) jubilado, 4) desempleado
La actividad física se valoró	1) sí la realiza y 2) no la realiza
El tratamiento se valoró	1) Dieta, 2) Hipoglucemiantes orales, 3) Insulina, 4) Hipoglucemiantes orales más insulina.
Los rangos del colesterol se valoraron:	normal < 200mg; aceptable 201 a 220 y mal control >220mg
Los rangos de los triglicéridos	normal <150mg, aceptable 151 a 175 y mal control >176
Los rangos de la Hemoglobina glucosilada se valoraron	Normal <7%. Aceptable 7 a 7.9 y > de 8% mal control