



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA C/MEDICINA FAMILIAR # 2  
SALTILLO, COAHUILA

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS DE TIPO 2, COMPARADA CON DEPRESIÓN EN PACIENTES EN  
GENERAL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. JESÚS ÁNGEL GONZÁLEZ CANTÚ

GENERACION 2003-2006

SALTILLO, COAHUILA

2006



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.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2,  
COMPARADA CON DEPRESIÓN EN PACIENTES EN GENERAL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Jesús Ángel González Cantú

AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACION  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE TIPO 2,  
COMPARADA CON DEPRESIÓN EN PACIENTES EN GENERAL

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Jesús Ángel González Cantú

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MANUEL REYES HERNÁNDEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN SEDE

DRA. ANA SILVIA LEMINI BARRIENTOS  
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

DR. DOMINGO SORIA ANGUIANO  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DRA. HILDA LUNA CASTILLO  
COORDINADORA CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA

**SALTILLO, COAHUILA**

**2006**

## AGRADECIMIENTOS

En muchas ocasiones es difícil agradecer a todas y cada una de las personas que apoyaron grandemente a llevar a cabo el proceso y culminación de una labor como esta, en que se termina una etapa de la vida profesional, personal y también familiar.

El haber culminado la especialización a estas alturas de la vida, es necesario agradecer primeramente

### **A MI ESPOSA NIDIA:**

Que fue la primera en animarme a iniciar la especialidad, sabiendo de antemano que nuestra vida matrimonial y familiar tendría algunos cambios significativos, los cuales fueron superados durante estos tres años.

### **A MIS HIJOS JESSICA Y ADOLFO:**

Que me apoyaron inmensamente, y comprendieron que el sacrificio de no poder convivir como familia en muchas ocasiones, se vio recompensada al ver que su padre tenía el ánimo de superarse, y haber culminado la especialidad, demostrándoles así, que no hay edad para seguir estudiando.

### **A MIS PADRES:**

Los cuales primeramente me enseñaron que en la vida tenemos que superarnos continuamente, que me dieron la oportunidad de estudiar medicina y que al saber de la empresa que iniciaría con esta especialidad, me desearon éxito y fuerza para culminarla.

### **A LAS AUTORIDADES DEL IMSS, SNTSS y de la UNAM**

Que hicieron posible llevar a cabo el convenio para realizar la especialidad de Medicina Familiar los médicos generales de base del IMSS.

### **A LOS MEDICOS TUTORES Y DE BASE:**

Les agradezco enormemente ya que me orientaron y asesoraron en la capacitación al pasar por los diferentes servicios y especialidades, y que me guiaron para poder culminar con éxito el programa académico, igualmente a las enfermeras, y demás personal que de una u otra forma fueron parte de este proceso educativo.

### **AL DR. MANUEL REYES:**

Tutor del curso, y el cual, durante estos tres años de la especialidad, fue el guía, el maestro, el consejero, y el motor que me hizo estar activo durante este proceso.

### **A LA DRA. ANA SILVIA LEMINI:**

Mi vecina, a la cual le agradezco en forma especial, la paciencia que me tuvo al asesorarme sobre la metodología de la investigación, la cual no tenía forma de entenderla claramente hasta que ella me disipo todas las dudas.

### **AL DR. DOMINGO SORIA:**

Al que por poco y lo vuelo loco de tanta información que le solicite con el fin de comprender mas sobre la depresión tan común en nuestro medio.

# INDICE GENERAL

CONTENIDO	Página
<b>1. – MARCO TEORICO</b>	
1.1.- Antecedentes	6
1.2.- Planteamiento del problema	14
1.3.- Justificación	15
1.4.- Objetivos	16
1.4.1.- Objetivo General	
1.4.2.- Objetivos Específicos	
<b>2.- MATERIAL Y METODOS</b>	
2.1.-Tipo de Estudio - Criterios de Selección	17
2.2.- Población, lugar y tiempo de estudio.	17
2.3.-Tipo de muestra y tamaño de la muestra	17
2.4.-Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	18
2.5.-Información a recolectar. Variables	19
2.6.- Método o procedimiento para captar la información	23
2.7.- Consideraciones Éticas	25
2.8.- Control de calidad	26
2.9.- Plan de procesamiento de datos y análisis	27
2.10.- Recursos humanos físicos y financieros	28
2.11.- Dirección del Proyecto, Plan de Trabajo	29
2.12.- Cronograma de actividades	30
2.13.- Plan para la Administración y Supervisión del proyecto	31
2.14.- Presupuesto	32

<b>3. - RESULTADOS.</b>	33
3.1.- Tablas y Gráficas	35
<b>4. - DISCUSIÓN</b>	43
<b>5. – CONCLUSION Y RECOMENDACIONES</b>	45
<b>6. - REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	46
<b>ANEXOS</b>	

# 1- MARCO TEORICO

## 1.1.-ANTECEDENTES

La depresión, descrita por Hipócrates desde el siglo IV A. C. como melancolía, es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia. En la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diversos países, con prevalencia de 5.8 a 10 % como suceden México. La presencia de ésta es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia gama de manifestaciones. La depresión oscila desde las formas leves y moderadas, hasta los cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicida. La depresión es multifactorial con participación orgánica y psicosocial.

Ahora bien, la diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica degenerativa que afecta a gran parte de la población, constituye un problema de salud pública por la magnitud de sus repercusiones en las áreas biológica, psicológica y social del individuo que la padece. En México esta enfermedad es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad, y su prevalencia es de 8 a 10 individuos mayores de 50 años.

Durante los últimos años se ha puesto mayor atención en el paciente diabético y la relación que existe con la depresión; en estudios previos se ha valorado esta asociación, habiéndose reportado una serie de factores que acompañan a la depresión, con una prevalencia hasta del 76.6 %.

Se considera que la diabetes es un proceso que afecta al ser humano como una unidad bio-psico- social y presenta así una reacción ante una causa determinada.

El inadecuado control del paciente diabético y el desconocimiento de su depresión precipitarán sus complicaciones, tales como la nefropatía diabética, micro y macroangiopatía, disminución en su función sexual y en las de tipo social, así como de relaciones interpersonales.

La depresión se encuentra estrechamente relacionada con la diabetes, afectando físicamente el estado general del paciente. En estudios anteriores se ha investigado que los síntomas de depresión pueden influir en el control de la glucosa y precipitar las complicaciones de esta enfermedad, mismas que pueden agravar el cuadro de depresión, lo que se revierte nuevamente en el comportamiento clínico del paciente<sup>3</sup>.

Existen reportes desde 1975 encaminados a determinar si existe una personalidad típica del paciente diabético; Menninger propone que la depresión es característica consistente en estos pacientes. En un trabajo realizado por Dunn y Turtle, se reporta que existe una prevalencia aumentada de depresión en pacientes diabéticos. La frecuencia elevada de depresión tiene varias implicaciones. En primer lugar la depresión tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de las complicaciones propias de la enfermedad.

No es fácil identificar a los pacientes con depresión y DM porque los síntomas como pérdida de peso, ataque al estado general, insomnio y disminución de la libido se comparten en ambas entidades, la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 se ha reportado alta hasta de 46 % y de depresión en pacientes en general de un 36%<sup>4</sup>.

La depresión afecta al 10% de los hombres y 20 % de las mujeres en algún momento de sus vidas. Los datos de prevalencia en México de acuerdo con la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, señalan que alguna vez en la vida el 9.1% de la población cursa con cualquier trastorno afectivo, siendo el 11.2% para mujeres y 6.7% para hombres.

Al considerar la existencia de depresión en pacientes que cursan al mismo tiempo con padecimientos médicos, se observa que hasta 36% de ellos reportan síntomas depresivos significativos. Por ejemplo con EVC, demencia, diabetes, enfermedad cardiaca y deterioro en la función renal tienen tasas especialmente elevadas de depresión comórbida. Un reporte nacional señala una frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de 39 %.

Así Mismo, las personas deprimidas cursan con más padecimientos físicos que personas sin depresión, y usan los servicios de salud con mayor frecuencia. El pronóstico de muchas enfermedades es peor entre pacientes deprimidos.

Las personas con un trastorno depresivo frecuentemente buscan ayuda de su medico de primer nivel con síntomas diversos que raramente incluyen depresión<sup>5</sup>.

En el episodio depresivo la sintomatología más común es irritabilidad, insomnio, agitación o letargo psicomotor, fatiga o perdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución del interés, de la capacidad para experimentar placer, para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte e ideación suicida. De acuerdo con la intensidad de la sintomatología, ésta se clasifica en leve, moderada y grave, con una duración mínima de dos semanas<sup>6</sup>.

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia.

Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social, cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución.

Algunos autores mencionan que la depresión es mas frecuente en mujeres que en hombres; otros la describen como un problema grave de salud pública, se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral.

Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares, así como su oportuna intervención, son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por lo tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención<sup>7</sup>.

El diagnóstico de depresión en los pacientes con diabetes resulta difícil, ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de

diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucemia se han normalizado, suele ser decisiva.

La Depresión, según el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés), cada año, el 9.5 por ciento de la población estadounidense (aproximadamente 18.8 millones de adultos americanos) padece de enfermedades depresivas. Desgraciadamente, muchas personas no saben que la depresión es una enfermedad tratable.

El Instituto Nacional de la Salud Mental dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente.

Estudios recientes han demostrado que las personas con diabetes presentan el doble de casos de depresión que las personas sin diabetes de la misma edad (la depresión no se manifiesta siempre después del diagnóstico de la diabetes). Incluso hay científicos que piensan que podría haber una base hereditaria común para la depresión y la diabetes y eso explicaría porque ocurren tantas veces juntas. La depresión también ocurre con la misma frecuencia en personas que padecen otras enfermedades crónicas.

Muchas clases de depresión ocurren en fases o episodios después de los cuales el estado de ánimo mejora, los episodios pueden repetirse una y otra vez. En otro tipo de depresión la gente puede tener el ánimo deprimido durante años, pero los síntomas son menos graves (se conoce como Distimia).

La depresión generalmente aparece en personas con una edad superior a los 20 años, la depresión antes de esta edad es muy rara. A partir de los 45 años en adelante hay un aumento de la frecuencia de los cuadros depresivos asociados con los cambios de la edad (muerte del compañero, divorcios, enfermedades físicas). La frecuencia de la depresión es la misma para personas con diabetes del tipo 1 que del tipo 2 en personas de la misma edad. Pero por el aumento de depresión según la edad la depresión es más frecuente en personas con diabetes tipo 2.

El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de la pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económicos.

Las investigaciones recientes han mostrado que las personas con diabetes tienen el doble de tasa de depresión que las personas sin diabetes. De hecho, tanto como una de cada tres personas con diabetes también tienen síntomas de depresión. La depresión está asociada a un mal control de la diabetes debido a que cuando esta se padece, no se lleva adecuadamente el plan nutricional y hay poco cumplimiento en la toma de los medicamentos.

El estrés emocional está asociado con la elevación del azúcar en la sangre y mayores riesgos de complicaciones para la diabetes. En estos pacientes se vio que la mejoría de la depresión se tradujo en mejor control de la diabetes y mejor calidad de vida. También se observó que las personas con diabetes tienen dos veces más posibilidades de tener depresión comparadas con la población general. De los participantes en este estudio se encontró que el 11% tenía depresión mayor y el 31% tenía síntomas de depresión. Las mujeres con diabetes tenían más depresión que los hombres con diabetes, un patrón que refleja la depresión femenina en la población general. Esto quiere decir que cerca de una de cada tres mujeres tenía depresión.

Este estudio, en réplica a otras investigaciones, no deja duda de que la depresión está asociada a la diabetes. Lo que no queda claro es de qué manera la interacción compleja de los factores genéticos, físicos y psicológicos afectan a esta asociación. La depresión puede ocurrir debido al impacto emocional del avance de la diabetes o las anomalías de los neuro químicos o función de los neurotransmisores.

En las personas con diabetes preexistente, la depresión es un factor de riesgo independiente para sufrir una enfermedad coronaria cardiaca. Los autores de este estudio concluyen que se necesitan más investigaciones para identificar los mecanismos fisiológicos y conductuales que cuentan para estos hallazgos.

De acuerdo con el instituto de Salud mental, la gran mayoría de los enfermos con depresión, incluidos aquellos cuyo padecimiento es severo, no reciben ayuda oportuna y adecuada. Sin tratamiento, los síntomas de depresión pueden durar semanas, meses o hasta años, pero si reciben una medicación adecuada, los pacientes sienten alivio y pueden llevar una vida normal y saludable<sup>10</sup>.

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud mental se estima que el 15% de los casos de depresión terminan en suicidio y que es más frecuente en las mujeres, en una proporción de dos a uno<sup>11</sup>.

### **Formas de medir la depresión**

Existen varias formas de medir la depresión, entre ellas esta la Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”, en otras se hace referencia a “su situación actual”, o a la semana previa, el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

Se ha cuestionado su validez de contenido, por el escaso peso que en la puntuación total tienen los síntomas psicológicos indicativos de alteración del estado de ánimo, y por la in-especificidad y el elevado peso relativo de los ítems de contenido somático. Se ha señalado también su escasa sensibilidad al cambio en relación al tratamiento instaurado, así como su inadecuación para valorar cuadros depresivos cuando la intensidad de los síntomas es alta, ya que sólo tiene en cuenta la frecuencia y no la intensidad de los mismos. No se considera una escala adecuada para detección de casos en población geriátrica, en la que la escala de Yesavage (GDS) ofrece mejores índices psicométricos. El elevado peso que tienen los síntomas somáticos en su puntuación total puede disminuir su capacidad discriminante en pacientes con enfermedad física. Tampoco valora adecuadamente algunos síntomas presentes en depresiones atípicas, como la hiperfagia o la hipersomnía.

La existencia de un doble sistema de puntuación, y sobre todo, la falta de estandarización de los puntos de corte dificulta la comparabilidad de resultados y limita su utilidad tanto en la tipificación de intensidad / gravedad, como para la detección de casos.

La Escala de Auto aplicación de Zung tiene las siguientes propiedades psicométricas:

Fiabilidad: Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92).

Validez: Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico. La puntuación total no correlaciona significativamente con edad, sexo, estado civil, nivel educacional, económico ni inteligencia.

Si bien esta escala no fue diseñada para cribaje, si muestra unos aceptables índices de sensibilidad (85 %) y especificidad (75%) cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general, y ha sido ampliamente utilizada con esta finalidad.

En población geriátrica disminuye su validez, tanto para cuantificar la intensidad/ gravedad de la depresión, como a efectos de cribado o detección de casos, debido al elevado peso relativo que tienen los síntomas somáticos en el puntaje total. Orientadas

más hacia el paciente geriátrico, se han desarrollado versiones abreviadas, con menor peso de los síntomas somáticos, que han tenido una difusión muy limitada.

## **ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG**

### DESCRIPCION

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.

Estos datos serán utilizados únicamente con éste propósito, sin ser facilitados a ninguna otra entidad ni utilizados para el envío de ningún otro tipo de información ajena a lo solicitado

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre). El marco temporal no está claramente establecido, y así en unas versiones se le pide al paciente que evalúe la frecuencia de los síntomas de modo indeterminado o con una expresión tal como “recientemente”, en otras se hace referencia a “su situación actual”, o a la semana previa.

## **1. 2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

- ❖ La diabetes mellitus afecta al paciente en su unidad biopsicosocial, influyendo factores como la educación, el conocimiento y la aceptación de la enfermedad, además de las repercusiones familiares y el impacto de este síndrome metabólico con todo y sus complicaciones, esta en una esfera que no ha sido bien estudiada; la psicología y la depresión
- ❖ Es una realidad que cada día se diagnostican más casos de diabetes, cada vez en personas más jóvenes, y eso, aunado al ritmo de vida tan acelerado, la mala alimentación, el sedentarismo, y otros factores, provoca que los pacientes presenten estados de depresión, haciendo que su padecimiento sea llevado como pesado lastre durante su vida y por ende se presenten complicaciones más fácilmente.
- ❖ Es necesario informar a los pacientes que existe tratamiento a base de psicoterapia, la cual, si es iniciada a tiempo, se revertirá el estado depresivo y verán los beneficios a corto plazo reduciendo de esa forma las disfunciones familiares, sociales y laborales, y por ende, se verán beneficiados los pacientes y sus familiares.

### **1.2.1.- PREGUNTA DE INVESTIGACION:**

¿Cuál es la prevalencia de Depresión en las personas con Diabetes Mellitus tipo 2, comparada con la depresión en la población general?

### 1.3.- JUSTIFICACION

- ❖ La depresión se encuentra estrechamente relacionada con la diabetes, y esa relación afecta físicamente el estado general del paciente, haciendo un círculo vicioso, ya que el paciente una vez diagnosticado entra en depresión y a su vez la depresión hace que sufra descompensación de su diabetes.
- ❖ En estudios anteriores se ha investigado que los síntomas de depresión pueden influir en el control de la glucosa y precipitar las complicaciones de esta enfermedad, mismas que pueden agravar el cuadro de depresión, por ello la importancia de seguir investigando que tan frecuente es la depresión en los pacientes con diabetes en nuestro medio.
- ❖ La frecuencia de la diabetes y la depresión han ido aumentando, cada día se diagnostican más casos de los dos padecimientos, es fácil imaginar que el saberse diabético pueda ocasionar que el paciente se deprima.
- ❖ La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública.
- ❖ Por ello y dada la magnitud de la enfermedad y los pocos estudios reportados en la literatura considero importante conocer la prevalencia de esta enfermedad en el paciente con diabetes tipo 2 en el hospital general de zona con medicina familiar #2 de saltillo Coahuila, en comparación con la población general para de esa forma proporcionarle una atención integral, mejorando así su calidad de vida y la de su familia.

## **1.4.- OBJETIVOS**

### **1.4.1.- OBJETIVO GENERAL**

1.- Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, comparada con la de la población en general.

### **1.4.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1.- Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

2.- Determinar la prevalencia de depresión en la población general

3.- Comparar la prevalencia de depresión entre los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la de la población en general.

## **2. MATERIAL Y METODOS**

### **2.1.- Tipo de estudio:**

- ❖ Descriptivo, transversal, prospectivo y comparativo.

### **2.2.- Población, lugar y tiempo de estudio:**

- ❖ Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. del Hospital General de Zona con Medicina Familiar # 2 Saltillo Coahuila, de Octubre del 2004 a Noviembre del 2005.

### **2.3.- Tipo y tamaño de la muestra.**

- ❖ No probabilística. Por conveniencia.
- ❖ Un grupo de 50 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, adscritos a consultorio de medicina familiar del hospital general de zona #2 de saltillo, Coahuila.
- ❖ Grupo de 50 pacientes que fueron elegidos de la Consulta Externa de Medicina Familiar, en número y con características similares para fungir como grupo control, que no padezcan diabetes mellitus tipo 2

## **2.4.- Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación**

### **2.4.1.- Criterios de Inclusión**

- ❖ Pacientes adscritos a la consulta de medicina familiar turno matutino del H.G.Z. #2 de Saltillo Coahuila.
- ❖ Personas entre los 30 y 65 años de edad, independientemente de su genero
- ❖ Personas con diabetes mellitus tipo 2, diagnosticados por un medico, adscritos al hospital general de zona con medicina familiar #2, de saltillo, Coahuila, para formar un grupo de 50 personas.
- ❖ Pacientes seleccionados de la consulta de medicina familiar, para formar un grupo con características similares y de igual número, que no tengan diabetes mellitus, para formar un grupo de control.
- ❖ Personas que desconozcan padecer depresión
- ❖ Personas que acepten participar voluntariamente en el estudio

### **2.4.2.- CRITERIOS DE EXCLUSION**

- ❖ Pacientes que no estén adscritos a la consulta de medicina familiar turno matutino del H.G.Z. #2 de Saltillo, Coahuila
- ❖ Personas que no tengan diagnostico de diabetes mellitas tipo 2, excepto en los casos de los pacientes del grupo control.
- ❖ Personas con menos de 30 años y más de 65 años de edad
- ❖ No saber leer ni escribir
- ❖ Que no acepten participar en el estudio
- ❖ Personas que tengan ya diagnostico de depresión

### **2.4.3.- CRITERIOS DE ELIMINACION**

- ❖ Llenado incorrecto del cuestionario, o incompleto.
- ❖ Personas en las cuales no sea posible la aplicación del cuestionario.

## 2.5.- INFORMACION A RECOLECTAR.

### 2.5.1.- VARIABLE DEPENDIENTE

- ◆ Depresión

### 2.5.2.- VARIABLE INDEPENDIENTE

- ◆ Diabetes
- ◆ Edad
- ◆ Sexo
- ◆ Estado civil

#### Información a recolectar:

Variable	Tipo de variable	Escala de medición	Valores que toma La variable.
Edad	Cuantitativa	Ordinal	Números enteros
Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino 2. Masculino
Depresión	Cualitativa	Nominal	1.- No depresión 2.- Depresión Leve 3.- Depresión Moderada 4.- Depresión Grave
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
DEPRESION	CUALITATIVA	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 animo; 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).	Se determinará después de haber aplicado el cuestionario, Escala de Auto evaluación de Zung, y en base a la calificación, se determinará si existe o no Depresión en el paciente encuestado.	Nominal
DIABETES	CUALITATIVA	Diabetes.- La diabetes es un trastorno metabólico, producto de defectos en la secreción de la insulina, una acción	Se interrogará al paciente que si es diabético, interrogando	Nominal.

		defectuosa de la hormona, o bien coexistencia de las dos condiciones anteriores.	si toma algún medicamento para la diabetes para confirmar que en realidad lo sea, también se preguntara su edad, y si esta en control con su medico familiar, de esa forma se incluirá en el estudio al paciente diabético para aplicarle el cuestionario, previa autorización del paciente.	
--	--	--	--	--

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
EDAD	CUANTITATIVA	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Se le preguntara al paciente su edad en años cumplidos sin meses	Razòn o Proporción
SEXO	CUALITATIVA	Órganos, conformaciones comportamientos que distinguen al hombre y a la mujer, el macho y la hembra, y les confieren un papel específico durante el apareamiento	Se le preguntara sobre su género, hombre o mujer.	Nominal
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Se le preguntara su estado civil, soltero, casado, viudo, divorciado.	Nominal

## **2.6.- MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:**

- 1.- Se solicitó la autorización del Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona con medicina Familiar # 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, para informar de la importancia de realizar el proyecto.
- 2.- Se determinó la factibilidad del proyecto de investigación en cuanto a costos.
- 3.- Se registró el proyecto de investigación ante el Comité Local de investigación del hospital general de zona con medicina familiar #2, de saltillo, Coahuila.
- 4.- Se dio a conocer el Proyecto de Investigación a la Jefe del Departamento Clínico y a los Médicos Familiares del turno matutino del hospital general de zona con medicina familiar #2, de saltillo, Coahuila.
- 5.- Se informó a Trabajo Social del turno matutino, que se iba a realizar el estudio de investigación para solicitar su apoyo con los pacientes con diabetes que fueran enviados al departamento de trabajo social y anexados al grupo de ayuda y autoayuda SODHI, del hospital general de zona con medicina familiar #2, de saltillo, Coahuila.
- 6.- A los pacientes seleccionados se les explicó que se trataba de un proyecto de investigación con el fin de contar con su autorización para integrarlos al estudio.
- 7.- Se procedió a aplicarles el cuestionario Encuesta Escala Autoaplicada para la Depresión, elaborada por Zung, para valorar la presencia de depresión. (Ver anexo).
- 8.- Se les programó de 5 a 10 minutos a cada uno para contestar el cuestionario.
- 9.- Se interpretaron los resultados.
- 10.- Captados los datos, se procedió a clasificar y organizar la información para la elaboración de cuadros y gráficas, realizando la discusión y conclusión necesaria.

11.- Se presentaron esquemáticamente los resultados.

12.- Se elaboró el informe final y resultado.

13.- Se presentó los resultados a las autoridades, personal de la unidad médica.

14.- Redacción del escrito médico.

15.- Enviar a las autoridades necesarias para su publicación en Revistas Médicas Nacionales e Internacionales.

## **2.7.- CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente estudio se apegó a la Ley General de Salud, a las normas éticas de investigación del Comité sobre experimentación en seres humanos de la institución en la que se efectuó el estudio, además en la Declaración de Helsinki de 1975 y realizada en 1983, la cual constituye uno de los principales códigos éticos de la investigación biomédica con seres humanos, se basó en el Artículo 13, 14, 15 y otros del Capítulo I, de la Ley General de Salud del cual en el Artículo 13 a la letra dice: “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección a sus derechos y bienestar.”

Esta investigación clínica no implicó riesgo de lesiones físicas o morales para los pacientes que participaron en este estudio, contando con la aprobación del Comité Local de Investigación en Salud del Hospital General de Zona No. 2, por lo que se pudo llevar a cabo este estudio.

## **2.8.- CONTROL DE CALIDAD**

El control de Calidad fué dado por el cuestionario validado autoaplicado de Zung, el cual esta elaborado para determinar depresión, utilizando estadística no para métrica y tasas de prevalencia.

El análisis estadístico se realizó estructurando una base de datos en paquete EPI-INFO 6.0 y se analizó para determinar frecuencias simples, proporciones, medidas de tendencia central y de dispersión y probabilidad estadística con un nivel de confiabilidad del 95%.

## **2.9.- PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANALISIS**

### **Procedimiento estadístico**

Se calcularon frecuencias simples y proporcionales: medidas de tendencia central.

Se utilizó estadística descriptiva, con un nivel de significancia estadística de 95%

## **2.10.- RECURSOS HUMANOS FISICOS Y FINANCIEROS UTILIZADOS**

### **RECURSOS MATERIALES O FISICOS.**

- ❖ Departamento clínico de Medicina Familiar
- ❖ Departamento archivo clínico
- ❖ Departamento de Trabajo Social
- ❖ 150 copias tamaño carta para elaborar las encuestas.
- ❖ Lápices y plumas para el llenado de los cuestionarios

### **RECURSOS FINANCIEROS**

#### **GASTOS DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.**

- ❖ Fotocopiado del formato para aplicar las 150 encuestas 50.00 pesos m/n.
- ❖ Gastos para el pago de 2 trabajadoras sociales 750.00
- ❖ 1 paquete de hojas de maquina tamaño carta 40.00
- ❖ Cartucho de tinta para impresora 150.00 (recargable)
- ❖ 1 caja de lápiz para llenado de encuestas \$20.00
- ❖ 1 caja con plumas tinta azul \$25.00

## 2.11.- DIRECCION DEL PROYECTO

### PLAN DE TRABAJO QUE SE UTILIZÓ

ACTIVIDADES A DESARROLLAR	FECHA	PERSONAL ASIGNADO	DIAS PERSONA REQUERIDO
1) Recuperación, revisión y selección bibliográfica	Del 01 de Octubre del 2004 al 31 de Enero del 2005	Investigador Responsable	1 X 120 = 120
2) Terminar el Proyecto de Investigación.	Del 01 de Octubre del 2004 al 31 de Enero del 2005	Investigador Responsable	1 X 120 = 120
3) Registro y aprobación proyecto por el Comité de Investigación.	25 de Enero del 2005	Representante Comité de Investigación.	
4) Presentación del Proyecto ante las Autoridades del HGZ C/MF #2 Saltillo Coah.	1 30 de Enero del 2005	Investigador responsable	
5) Aplicación de la Encuesta.	Del 01 de Febrero al 31 de Marzo del 2005	Investigador Responsable Trabajadora social	2 x 60 = 120
6) Recolección de la información	01 de Abril al 30 de Junio del 2005	Investigador responsable	1 x 90 = 90
7) Captura de datos	01 de Julio al 31 de Agosto del 2005	Investigador responsable	1 x 60 = 60
8) Análisis de datos e interpretación de resultados	01 de Julio al 31 de Agosto del 2005	Investigador responsable	1 x 60 = 60
9) Escritura del documento informes	1º al 30 de Octubre del 2005	Investigador responsable	1 x 30 = 30

## 2.12.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE OCT DEL 2004 A NOV DEL 2005

		OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
1	Revisión Bibliográfica	X	X	X	X										
2	Terminación del Proyecto	X	X	X	X										
3	Registro y Aprobación del Proyecto				X										
4	Presentación del Proyecto ante las autoridades				X										
5	Aplicación de Entrevistas					X	X								
6	Recolección de Información							X	X	X					
7	Captura de datos										X	X			
8	Análisis de resultados										X	X			
9	Escritura del documento informes y difusión												X	X	
10	Preparación del manuscrito para su publicidad														X

## **2.13.- PLAN PARA LA ADMINISTRACIÓN Y SUPERVISIÓN DEL PROYECTO DIFUSIÓN Y UTILIZACIÓN DE RESULTADOS**

### **Administración del Proyecto de Investigación**

- ❖ Se solicitó una reunión con las Autoridades directivas médicas y de educación de la Unidad para dar a conocer los propósitos y la importancia de realizar el Proyecto de Investigación.
- ❖ Se solicitó a la administración de la Unidad los requerimientos materiales, físicos, humanos y fondo financiero necesarios para el desarrollo del Proyecto de Investigación sobre la base del presupuesto establecido.
- ❖ Se Monitorearon y administraron los fondos destinados al proyecto.

### **Supervisión del Proyecto.**

- ❖ Se realizó una evaluación diaria de la aplicación de los cuestionarios considerando el desempeño de la trabajadora social en la recolección de la información, la logística y la utilización de los recursos materiales y del fondo financiero.
- ❖ Se vigiló el desarrollo del proceso de la búsqueda y captura de la información para la detección de posibles problemas, con el objeto de establecer soluciones.

### **Plan para la difusión y utilización de los resultados de la investigación.**

- ❖ Se proponen soluciones de acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio.
- ❖ Se realizó la difusión de los resultados a través de carteles en reuniones de investigación a nivel nacional y mediante sesión general en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar involucradas.
- ❖ Se llevara a cabo la publicación de resultados en revistas prestigiadas y reconocidas a nivel Nacional.

## **2.14.- PRESUPUESTO**

Financiado por el investigador

### 3.- RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 150 pacientes formándose dos grupos; el GRUPO 1 lo integraron 75 pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, y el GRUPO 2 fue integrado como grupo control por 75 pacientes sin diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, en ambos grupos se les aplicó el cuestionario auto aplicable de Zung para detectar depresión.

Se llevó a cabo la revisión de los cuestionarios, contestados por los pacientes de los GRUPOS 1 y 2, realizándose la evaluación y aplicando el puntaje a cada una de las respuestas en cada columna.

En el **GRUPO 1** la prevalencia de depresión encontrada fue 68 de los 75 pacientes encuestados (90.70%), con un promedio de edad de 50 años, de ellos, 59 presentaron depresión leve (78.70 %) con un promedio de edad de 51 años, y con depresión moderada 9 pacientes (12 %) con un promedio de edad de 51 años. No encontramos pacientes con depresión severa. Y solo 7 de los 75 pacientes no presentaron depresión, (9.30%). (Cuadro 1, Gráfica 1)

En el **GRUPO 2**, la prevalencia de depresión encontrada fue 63 de los 75 pacientes encuestados (84%), con un promedio de edad de 48 años; de ellos, 43 presentaron depresión leve (57.3%), con un promedio de edad de 49 años, y 20 pacientes presentaron depresión moderada (26.7%), con un promedio de edad de 45 años. En este grupo tampoco encontramos pacientes con depresión severa. No se encontró depresión en 12 de los pacientes (16%). (Cuadro 2, Gráfica 2)

Para la comparación de la prevalencia de depresión en 68 pacientes del GRUPO 1 y de 63 pacientes en el GRUPO 2, obtuvimos RR 1.08, P 0.21, X<sup>2</sup> 1.51

Para la comparación entre depresión leve del GRUPO 1 de 59 pacientes y en el GRUPO 2 de 43 pacientes, obtuvimos RR 1.27, P 0.01, X<sup>2</sup> 6.50

Para la comparación en cuanto a la depresión moderada de 9 pacientes en el GRUPO 1 y de 20 pacientes en el GRUPO 2 se encontró RR 0.42, P 0.01, X<sup>2</sup> 6.50

En el **GRUPO 1** la Variable Edad mostró el siguiente comportamiento: Edad mínima de 31 años, máxima de 63 años, un rango de 32, una media de 49.71, una Mediana de 50, una Moda de 50, una Desviación Standard de  $\pm 8.638$ , una Varianza de 74.615 (Cuadro 7) En cuanto al genero encontramos: femenino 40 (53.30%) y masculino 35 (46.70%), (Cuadro 3, Gráfica 3); el estado civil fue soltero 1 (1.30%), casados 67 (89.30%), divorciado 3, (4%), viudo 2 (2.7%), unión libre 2 (2.70%). (Cuadro 5, Gráfica 5)

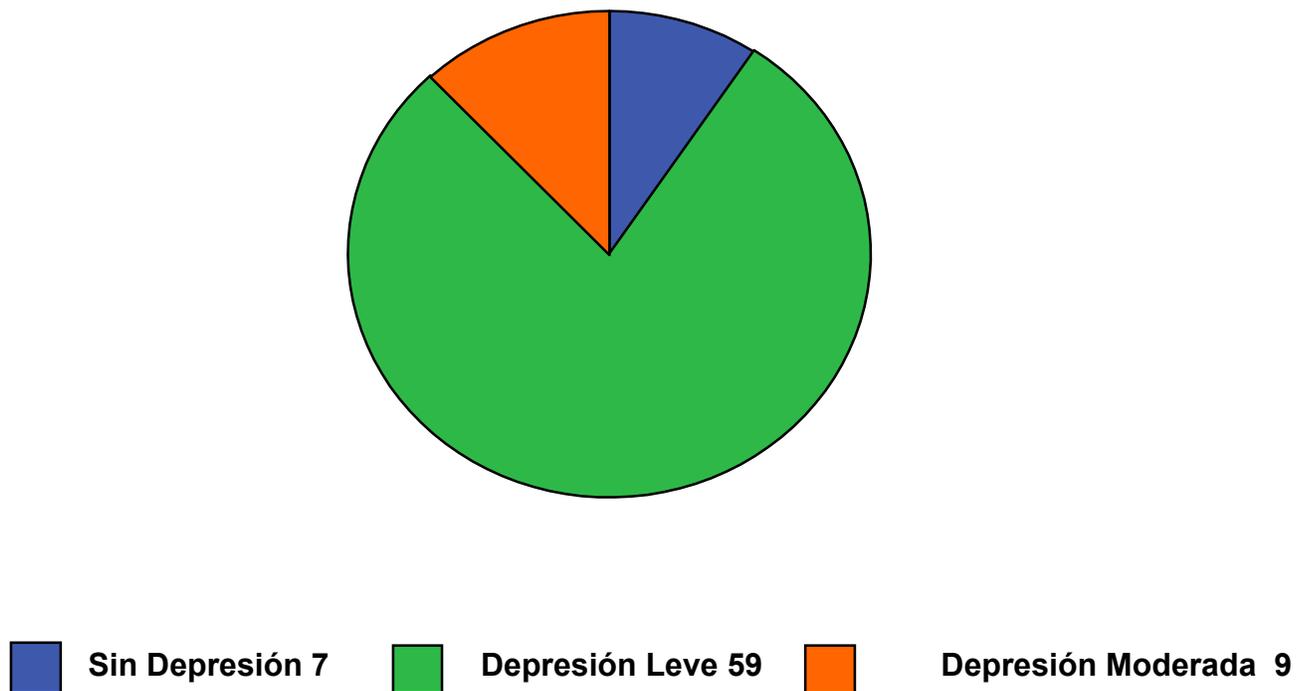
En el **GRUPO 2** la Variable Edad mostró el siguiente comportamiento: Edad mínima de 30 años, máxima de 65 años, un rango de 35, una media de 47.28, una Mediana de 48, una Moda de 42, una Desviación Standard de  $\pm 9.488$ , una Varianza de 90.015. (Cuadro 8). En cuanto al genero encontramos: femenino 38 (53.30%) y masculino 37 (49.30%), (Cuadro 4, Gráfica 4), el estado civil fue soltero 5 (6.7%), casados 63 (84.0%), divorciados 4 (5.3%), viudos 2 (2.7%), unión libre 1 (1.30%) (Cuadro 6, Gráfica 6).

### 3.2.- TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1.- Prevalencia de Depresión en pacientes con diabetes mellitus 2

Prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes mellitus 2					
Depresión	Frecuencia	Porcentaje	P	X2	RR
Sin Depresión	7	9.30%			
Depresión Leve	59	78.70%	0.01	6.5	1.27
Depresión Moderada	9	12.00%	0.01	6.5	0.42
	75	100%			

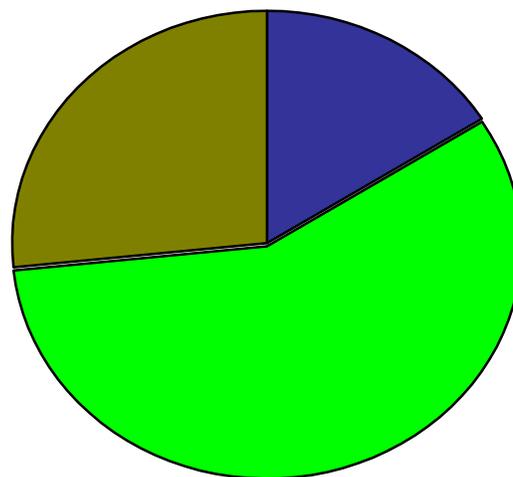
Grafica 1.- Prevalencia de Depresión en pacientes con diabetes mellitus 2



**Tabla 2.- Prevalencia de Depresión en pacientes sin diabetes mellitus 2**

<b>Prevalencia de Depresión en pacientes sin Diabetes Mellitus 2</b>					
<b>Depresión</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>P</b>	<b>X2</b>	<b>RR</b>
<b>Sin Depresión</b>	<b>12</b>	<b>16.00%</b>			
<b>Depresión Leve</b>	<b>43</b>	<b>57.30%</b>	<b>0.1</b>	<b>6.5</b>	<b>0.79</b>
<b>Depresión moderada</b>	<b>20</b>	<b>26.70%</b>	<b>0.01</b>	<b>6.5</b>	<b>2.4</b>
	<b>75</b>	<b>100%</b>			

**Gráfica 2.- Prevalencia de Depresión en pacientes Sin Diabetes Mellitus 2**

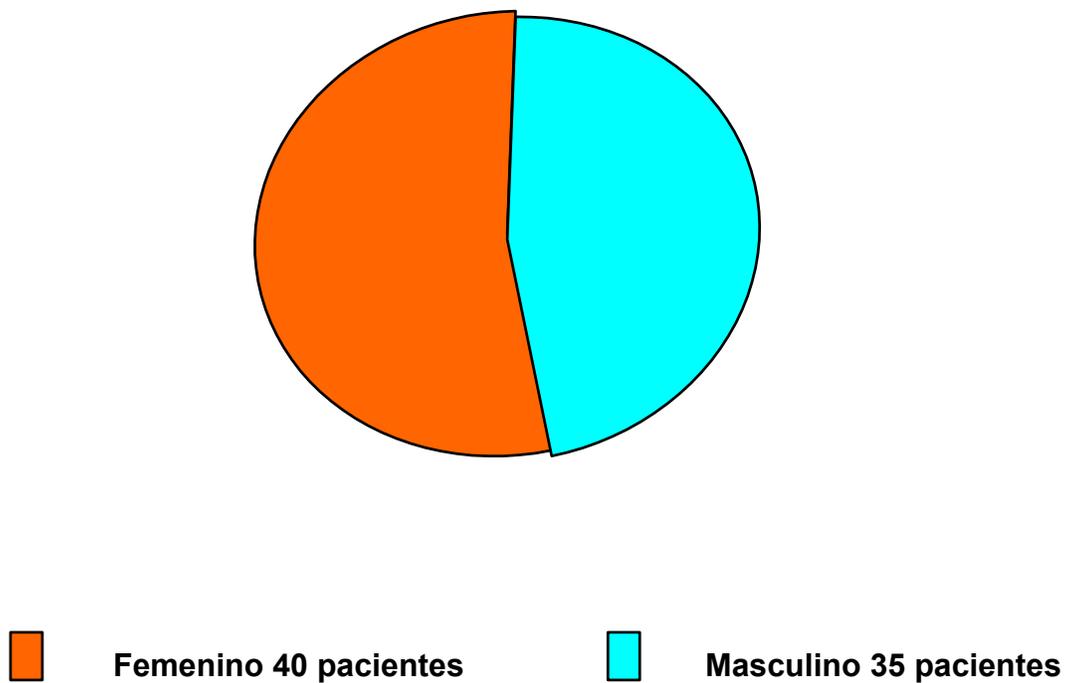


**■ Sin Depresión 12    ■ Depresión Leve 43    ■ Depresión Moderada 20**

**Tabla 3.- Frecuencia por Género de pacientes Con Diabetes mellitus**

<b>Frecuencia por genero de pacientes Con Diabetes Mellitus 2</b>			
<b>Genero</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Femenino</b>	<b>40</b>	<b>53.30%</b>	
<b>Masculino</b>	<b>35</b>	<b>46.70%</b>	
	<b>75</b>	<b>100%</b>	

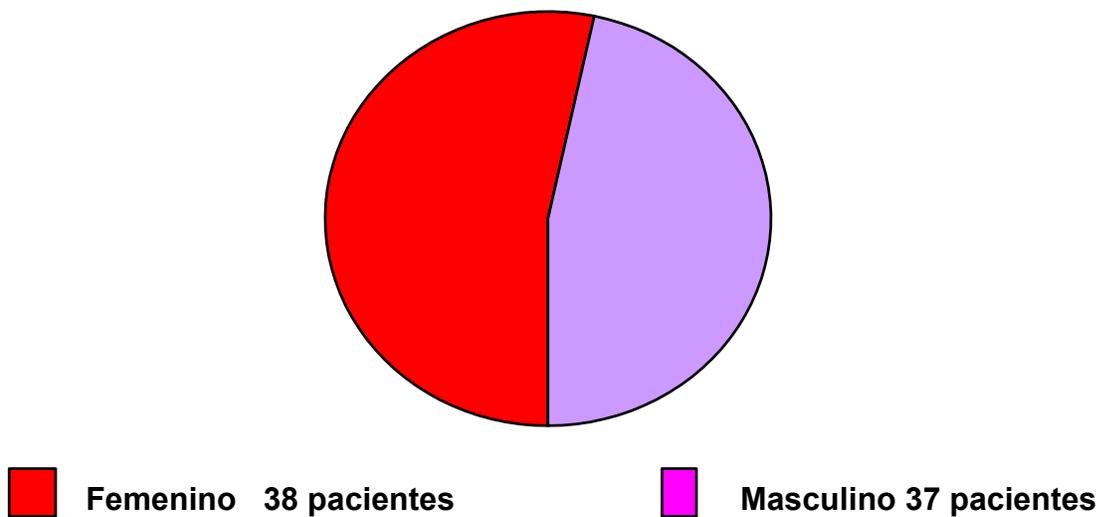
**Gráfica 3.- Frecuencia por Género de pacientes con DM2**



**Tabla 4.- Frecuencia por género de pacientes sin diabetes mellitus 2**

<b>Frecuencia por genero en el grupo de pacientes Sin Diabetes Mellitus 2</b>			
<b>Genero</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	
<b>Femenino</b>	<b>38</b>	<b>50.70%</b>	
<b>Masculino</b>	<b>37</b>	<b>49.30%</b>	
	<b>75</b>	<b>100%</b>	

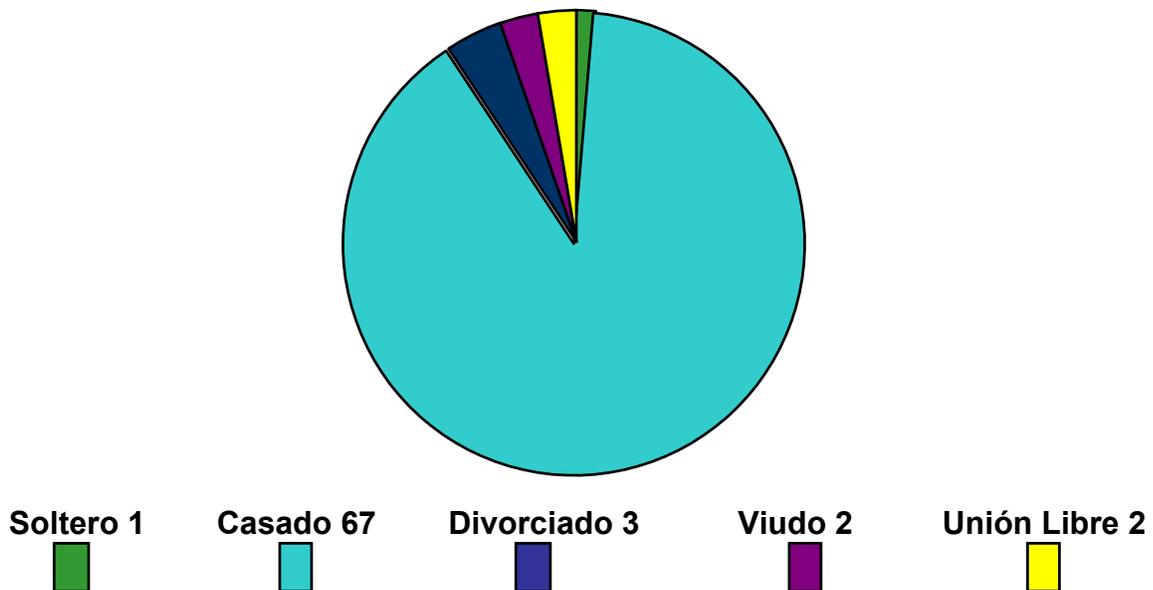
**Gráfica 4.- Frecuencia por género en pacientes sin diabetes mellitus 2**



**Tabla 5.- Frecuencia del estado civil en pacientes con diabetes mellitus 2**

Frecuencia por estado civil en pacientes Con Diabetes Mellitus 2				
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje		
Soltero	1	1.30%		
Casado	67	89.30%		
Divorciado	3	4.00%		
Viudo	2	2.70%		
Unión Libre	2	2.70%		
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100%</b>		

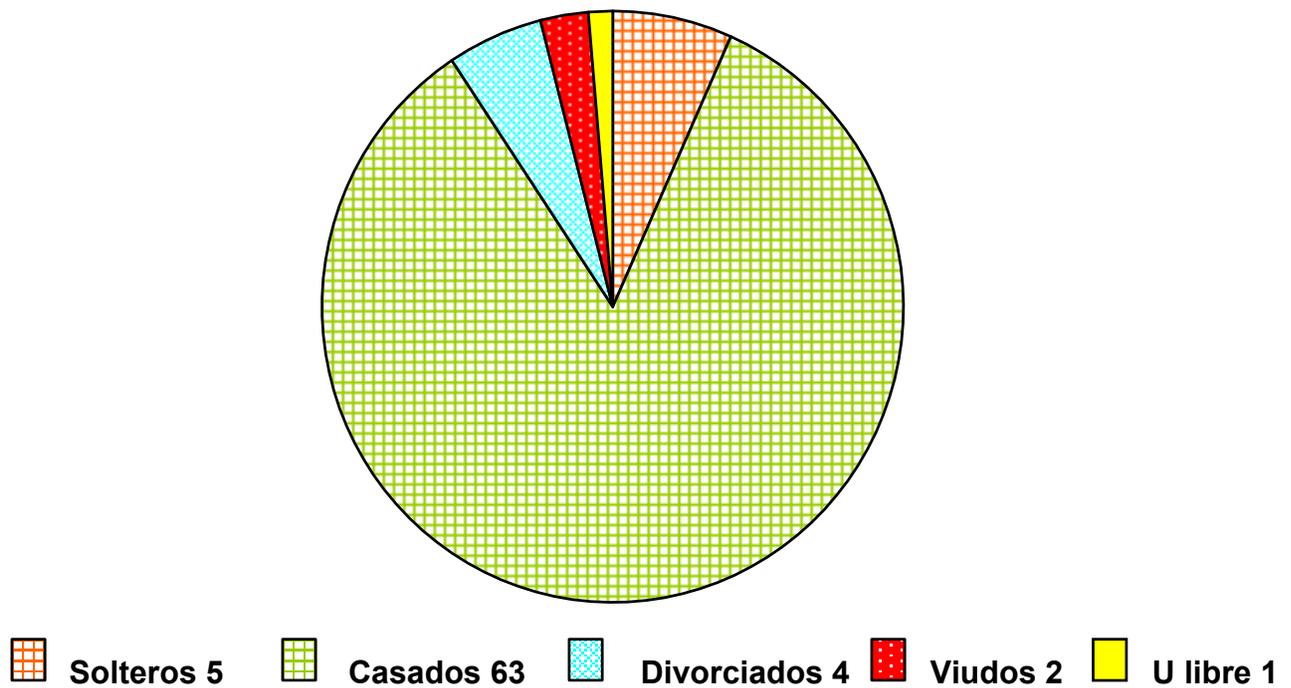
**Gráfica 5.- Frecuencia del estado civil en pacientes con DM2**



**Tabla 6.- Frecuencia del estado civil en pacientes sin diabetes mellitus 2**

Frecuencia por estado civil en pacientes sin Diabetes Mellitus2			
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	
Soltero	5	6.70%	
casado	63	84.00%	
Divorciado	4	5.30%	
Viudo	2	2.70%	
Unión Libre	1	1.30%	
	75	100%	

**Grafica 6.- Frecuencia del estado civil en pacientes sin diabetes mellitus 2**



**Cuadro 7.- Frecuencia de edades en el grupo de pacientes con diabetes mellitus.**

<b>Frecuencia de Edades en pacientes con diabetes mellitus</b>		
<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
31	1	1.3
32	1	1.3
33	2	2.7
34	1	1.3
35	2	2.7
36	2	2.7
38	2	2.7
39	1	1.3
40	1	1.3
41	1	1.3
42	3	4
44	1	1.3
45	4	5.3
46	5	6.7
48	2	2.7
49	3	4
50	6	8
51	1	1.3
52	5	6.7
53	3	4
54	2	2.7
55	1	1.3
56	3	4
57	4	5.3
58	6	8
59	2	2.7
60	6	8
61	1	1.3
62	1	1.3
63	2	2.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>99.9</b>

Media	49.71
Mediana	50.00
Moda	50
Desviación Standard	8.638
Varianza	74.615
Rango	32
Edad Mínima	31
Edad máxima	63
Total pacientes	75

**Tabla 8.- Frecuencia de edades en el grupo de pacientes sin diabetes mellitus.**

<b>Frecuencia de edades en pacientes sin diabetes mellitus</b>		
<b>Edad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
30	1	1.3
32	4	5.3
33	1	1.3
35	4	5.3
36	2	2.7
37	1	1.3
38	1	1.3
39	4	5.3
40	4	5.3
42	8	10.7
45	4	5.3
46	3	4.0
48	5	6.7
49	4	5.3
51	1	1.3
52	5	6.7
53	1	1.3
54	2	2.7
55	2	2.7
56	3	4.0
57	1	1.3
58	1	1.3
59	4	5.3
60	3	4.0
62	1	1.3
63	3	4.0
65	2	2.7
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100.0</b>

Media	47.28
Mediana	48
Moda	42
Desviación Standard	9.488
Varianza	90.015
Rango	35
Edad Mínima	30
Edad máxima	65
Total pacientes	75

#### 4.- DISCUSION

Algunos estudios han revelado la importancia de determinar la prevalencia de depresión en las personas con diabetes, encontrándose pocos artículos reportados en la literatura mundial. En este estudio se documentó una prevalencia de depresión del 90.7 % en pacientes con diabetes mellitus 2 la cual resulta ser elevada en comparación con lo reportado por Rodrigo-Jiménez de 76.6% y por otro lado con lo reportado por Garduño-Espinosa con un 46%<sup>3,4</sup>.

La prevalencia de depresión encontrada en pacientes sin diabetes es del 84%, resultado que difiere con lo reportado por Garduño-Espinosa del 36%<sup>4</sup>.

En este estudio la frecuencia de depresión fue mayor en comparación con otras investigaciones similares, tanto en el grupo de personas con diabetes como en el grupo sin diabetes.

Menor cantidad de información se encontró en la literatura en lo relativo a la relación de la edad con la depresión, en este estudio se determinó el promedio de edad en relación con la depresión y el tipo de depresión leve o moderada.

Se encontró un promedio de edad de 50 años para la depresión en personas con diabetes, para la depresión leve un promedio de 51 años, y para la depresión moderada de 51 años, estos resultados concuerdan con lo reportado por Garduño-Espinosa y cols; ya que ellos encontraron menor prevalencia de depresión en los pacientes mayores de 60 años<sup>4</sup>.

Así mismo con el estudio, el promedio de edad fue de 48 años para la depresión en personas sin diabetes, para la depresión leve una edad promedio de 49 años, y en la depresión moderada una edad promedio de 45 años.

En consecuencia para disminuir la morbilidad por este problema debe tratar de lograrse mayor efectividad en el diagnóstico del mismo en el primer nivel de atención, para mejorar el control metabólico y por lo tanto la calidad de vida del paciente con diabetes y depresión.

La prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus resultó ser mayor que en los pacientes sin diabetes mellitus, aunque no se demostró diferencia estadísticamente significativa.

Podemos concluir que la depresión leve fue más frecuente también en el grupo de pacientes con diabetes, siendo estadísticamente significativa.

La depresión moderada fue mayor en el grupo de pacientes sin diabetes mellitus con un resultado estadísticamente significativo, proponiendo a la diabetes mellitus como un factor protector para este tipo de depresión.

La edad resultó ser un factor de riesgo para la depresión moderada para los pacientes sin diabetes mellitus.

El promedio de edad para la depresión en general fue menor en el grupo de personas sin diabetes, lo que propone a la edad como factor de riesgo para presentar depresión.

No se encontró depresión severa en ninguno de los grupos estudiados

La depresión predominó en el género femenino.

El promedio de edad de los pacientes en el grupo con diabetes fue de 50 años, y el del grupo sin diabetes fue de 47 años.

La edad promedio del paciente con diabetes y depresión fue de 49 años

La edad promedio de paciente sin diabetes y depresión fue de 48 años.

En el grupo con diabetes y con depresión leve la edad promedio fue de 49 años y con depresión moderada fue de 51 años.

En el grupo de pacientes sin diabetes y con depresión leve fue de 49 años y con depresión moderada fue de 45 años.

#### **4.- CONCLUSIONES.**

- ❖ Sugerimos realizar otros estudios de investigación con otros diseños que puedan determinar relación causal, donde el tamaño de muestra sea mayor y el tipo de muestreo sea aleatorio para aumentar la validez.
  
- ❖ Realizar estudios analíticos para demostrar la asociación entre variables.

Nuestros resultados deben ser confirmados en muestras similares y en otros grupos, lo cual redundara en una imagen más exacta de este problema

## 6.- BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tapia-Mejía MS, Morales-Hdz. J. Cruz-Ortega R, De la Rosa-Morales V. Depresión en el adulto mayor con enfermedad crónica. Rev. Enferm IMSS 2000; 8 (2):87-90
- 2.- Garduño-Espinosa J, Tellez-Zenteno JF, Hernandez-Ronquillo L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Invest Clin 1998; 50 (4):287-291
- 3.- Almanza-Muñoz J. Depresión: Prevención y manejo en el primer nivel de atención. Rev Sanid Milit Mex. 2004; 3 (58):209-222
- 4.- Ceballos-Rivera J. Depresión en la Adolescencia. Su relación con actividad deportiva y consumo de drogas. Rev Med IMSS 2000; 38 (5):371-376
- 5.- Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar 2004; 3 (6):61-63
- 6.- Benjet C, Borges G. Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrazo-Ruiz J, La depresión como inicio temprano. Salud Pública de México 2004; 46 (5):417-424.
- 7.- Rodrigo-Jiménez E, García-Ramírez L, Lopez-Nuñez J, Macías-Belman A, Utrilla-Avila M, Madariaga-Marquez J, Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. Medicina Interna de México 1999; 15 (1):11-15
- 8.- Saavedra-Martinez D, Paciente diabético; ¿Conoce y acepta su padecimiento? Rev Enferm IMSS 2001; 9 (1):5-7
- 9.- Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldivar G, Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental 1999; 22 (2):7-16
- 10.- Lewis C, Salud Mental Depresión. Revista educativa Directivo Médico 2003; X (6): 271-274
- 11.- Nordenberg L, El comportamiento ante la depresión. Directorio Médico 1998; V (5):39-42

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z. CON MEDICINA FAMILIAR #2

SALTILLO, COAHUILA.

“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES  
MELLITUS TIPO 2, COMPARADA CON LE DEPRESIÓN EN LA  
POBLACION GENERAL”

FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NUMERO DE AFILICACION: \_\_\_\_\_

CONSULTORIO DE ADSCRIPCION: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELEFONO PARTICULAR: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE ALGUN FAMILIAR: \_\_\_\_\_

FORMA PARA ADULTO  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA  
PARTICIPACION EN PROYECTOS DE INVESTIGACION CLINICA

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado  
“ \_\_\_\_\_ ”  
\_\_\_\_\_

Registrado ante el comité Local de Investigación con el número \_\_\_\_\_ El objetivo  
de estudio es \_\_\_\_\_

Se me ha explicado que mi participación consistirá en  
\_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos  
inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son  
los siguientes:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre  
cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi  
tratamiento, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee  
acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier  
otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo  
considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las  
presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos  
relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha  
comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el  
estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el  
mismo.

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Nombre, matricula y firma del investigador principal

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Testigo

## ESCALA DE ZUNG PARA EVALUAR DEPRESION

Edad\_\_\_\_\_ Sexo\_\_\_\_\_ Estado Civil\_\_\_\_\_ TIENE DIABETES\_\_\_\_\_

1. Me siento abatido y melancólico
2. En la mañana es cuando me siento mejor
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche
5. Como igual que antes
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales
7. Noto que estoy perdiendo peso
8. Tengo molestias de estreñimiento
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre
10. Me canso aunque no haga nada
11. Tengo la mente tan clara como antes
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer
13. Me siento intranquilo (a) y no puedo mantenerme quieto
14. Tengo esperanza en el futuro
15. Estoy más irritable de lo usual
16. Me resulta fácil tomar decisiones
17. Siento que soy útil y necesario
18. Mi vida tiene bastante interés
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba