



**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 34  
GUADALAJARAJALISCO**

**DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS UMF # 34 CONSULTORIO  
18 T.M.**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**Dra. ROSA MARIA RODRIGUEZ GARCIA**

**GUADALAJARA JALISCO**

**2005**



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.

DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS UMF # 34 CONSULTORIO 18 T.M.  
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. ROSA MARIA RODRIGUEZ GARCIA

AUTORIZACIONES

Dr. AGUSTIN ROBERTO BARRERA PARRAGA  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN  
MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES  
UMF 34 GUADALAJARA JALISCO

Dr. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO  
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
UMF #53

Dr. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO  
ASESOR DE TEMA DE TESIS  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
UMF #53

Dr. ALBERTO JAVIER GUTIERREZ CASTILLO  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA  
UMF #53

GUADALAJARA JALISCO

2005

DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS UMF # 34 CONSULTORIO 18 T.M.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

Dra. ROSA MARIA RODRIGUEZ GARCIA

AUTORIZACIONES

Dr. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ 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. ISAIAS HERNANDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS UMF # 34 CONSULTORIO 18 T.M

Dra. ROSA MARIA RODRIGUEZ GARCIA

Instituto Mexicano del Seguro Social  
UNAM

Especialidad de Medicina Familiar Semipresencial

## **AGRADECIMIENTOS:**

A mi esposo, mis hijos Jesús, Luís Gerardo y Rosita, que con su amor y paciencia me apoyaron.

A mis padres, quienes con su ejemplo y amor forjaron en mi el sentimiento hermoso de servir a los demás.

A todos mis profesores, compañeros y amigos que compartimos nuestras vivencias, gracias por su apoyo.

A la institución donde laboro (IMSS), por la oportunidad de realizar la especialidad.

**DEPRESIÓN EN PACIENTES  
DIABÉTICOS DE LA U.M.F. #34 C. 18 T M**

<b>INDICE GENERAL</b>	<b>7</b>
<b>MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>15</b>
<b>JUSTIFICACION</b>	<b>18</b>
<b>OBJETIVOS</b>	<b>20</b>
<b>METODOLOGIA</b>	<b>20</b>
<b>RESULTADOS</b>	<b>23</b>
<b>DISCUSION</b>	<b>27</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>28</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b>	<b>29</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>32</b>

## MARCO TEORICO

### DEPRESION

**ANTECEDENTES:** Los griegos, con Hipócrates, describieron los estados de tristeza, que denominaron melancolía (bilis negra), este estado estaba caracterizado por una aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza. La influencia del planeta Saturno, hacia que el hígado secretara la bilis negra, de esta manera se daba una explicación etiológica al problema. La manía por otro lado era ya reconocida, como un estado de exaltación por los griegos, pero fue Areteo de Capadocia, el que hizo la conexión entre la melancolía y manía, pudiendo presentarse de manera alterna en una misma persona.

Actualmente según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y el DSMIV, la depresión se caracteriza por un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad. Se deteriora la capacidad de disfrutar, el interés y la concentración, y es frecuente un cansancio importante, incluso después de la realización de esfuerzos mínimos.

Habitualmente el sueño se halla perturbado en tanto que disminuye el apetito, casi siempre decae la autoestima y la confianza en sí mismo, además a menudo aparecen algunas ideas de culpa o de ser inútil.(1)

### MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA DEPRESION (DSM-IV)

- ∴ Estado de ánimo triste
- ∴ Incapacidad de experimentar placer
- ∴ Pérdida de interés e iniciativa
- ∴ Disminución o aumento de apetito
- ∴ Insomnio o hipersomnia
- ∴ Incremento o reducción de peso
- ∴ Pérdida de autoestima
- ∴ Ideas de culpa, desesperanza o muerte
- ∴ Escasa actividad motora
- ∴ Fatiga o cansancio fácil
- ∴ Problemas para concentrarse y pensar con claridad.

## **FORMAS DE DEPRESION:**

**LEVE.-** Presentan solamente unos pocos síntomas y de una manera tan discreta que la mayoría de las veces pasan desapercibidos, ocurren muy frecuentemente como respuesta a una nueva e importante fuente de stress.

**MODERADA.-** Puede ocurrir sin ninguna causa concreta y reconocible, los síntomas son más importantes y se altera algo la manera de cumplir con las exigencias de la vida diaria.

**SEVERA.-** Se altera toda la persona, se vuelve apático y completamente falto de energía y motivación, se abandona casi por completo, se convierte en rígido e inflexible, incluso algunas veces puede llegar a presentar estados de confusión. (1)

## **CAUSAS DE LA DEPRESIÓN**

La depresión es el resultado de un diálogo interactivo entre la biología, los factores personales, psicológicos y el ambiente. En algunas formas de depresión figuran factores biológicos con una base genética que incluyen disfunción en los circuitos de noradrenalina y serotonina del sistema nervioso central, junto con cambios profundos en el funcionamiento del tallo cerebral, hipotálamo y estructuras del sistema límbico, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales y alteraciones endocrinas e inmunológicas.

En cuanto a los factores ambientales se ha descrito una mayor probabilidad de padecer un trastorno depresivo cuando se dan factores externos adversos como una historia de eventos traumáticos, acontecimientos estresantes recientes, muerte prematura de un familiar, inadecuada educación por parte de los padres, pobreza, mal nutrición, enfermedades médicas, historia familiar o personal de episodios afectivos, insuficiente soporte social.

Todos estos factores que forman parte de la biografía del individuo, repercuten en él, creando una vulnerabilidad al estrés. (1)

La diabetes mellitus es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración del metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Se manifiesta principalmente como hiperglucemia,

aunque puede coexistir con hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia.

Así la diabetes tipo dos (DM2) es una condición heterogénea que no es atribuible a un solo mecanismo fisiopatológico. En general, son necesarias tanto la resistencia de insulina como una secreción deficiente de la insulina para que la enfermedad se manifieste. Por consiguiente, en tanto las células pancreáticas beta puede compensar el grado de resistencia a la insulina la tolerancia a la glucosa permanece normal. La frecuencia de DM2 en ciertas familias y poblaciones étnicas sugiere un fuerte antecedente genético para la enfermedad. Sin embargo, generalmente son necesarios factores del medio ambiente como obesidad y estilo de vida sedentaria para liberar a los genes. (2)

La deficiencia del metabolismo de la glucosa estimulado por la insulina (el no oxidante) en los músculos esqueléticos, representa una característica principal de la DM2 y aparece en etapas temprana del estado prediabético. Sin embargo, no está claro si esto representa un defecto hereditario en el músculo, o si se desarrolla secundariamente, por ejemplo obesidad abdominal. Existen a favor de esta última hipótesis hallazgos en el sentido que la obesidad abdominal y un bajo ritmo metabólico preceden al desarrollo de la resistencia de insulina en los pacientes diabéticos tipo dos.

Según la hipótesis de los genes ahorradores como los individuos en un entorno con un suministro de alimentos inestable podrían aumentar su probabilidad de supervivencia si pudiesen maximizar el almacenamiento de excedente de energía en forma de, grasa abdominal.

Existen varios genes ahorradores potenciales, incluyendo los que regulan la lipólisis o que codifican el receptor adrenérgico  $\beta_3$ , la lipasa sensible a hormonas y la lipoproteína lipasa

- La DM2 se desarrolla como consecuencia de una colisión entre genes ahorradores y un entorno hostilmente abundante. La resistencia a la insulina es una causa principal de la enfermedad y el manejo óptimo de la diabetes tipo dos debería por consiguiente, mejorar en fases tempranas la resistencia a la insulina de esta forma:
- La diabetes tipo dos se encuentra asociada a resistencia a la

insulina, o a una deficiencia absoluta o relativa en la secreción de la misma.

- Actualmente se reconoce que esta enfermedad heterogénea y multifactorial comprenden un grupo de anormalidades clínicas y genéticas en las cuales la intolerancia a la glucosa es el común denominador.

- Todo este conjunto de alteraciones sistemáticas determina los pacientes que padecen la enfermedad, el desarrollo de daño micro y Macro vascular, y por consiguiente a manifestar las complicaciones crónicas del padecimiento. (2)

## **TEORIA DE LA ENFERMEDAD**

La DM es una condición heterogénea que no puede atribuirse a un solo mecanismo patológico: Se caracteriza por varias anormalidades metabólicas, incluyendo una función deficiente de las células beta y la resistencia a la insulina en los músculos esqueléticos, el tejido adiposo y el hígado. Estas anormalidades causan hiperglucemia crónica y, a largo plazo complicaciones graves. Combinados estos defectos se perpetúan asimismo y con el tiempo se agravan progresivamente. Se considera a la resistencia a la insulina como uno de los mecanismos subyacentes al desarrollo de la DM2. La resistencia de la insulina reduce dramáticamente la absorción de glucosa en el tejido periférico, y causa una sobreproducción de glucosa por el hígado. Ambos defectos contribuyen a mantener la hiperglucemia en pacientes con DM2 en etapas tempranas del proceso de la enfermedad la resistencia de la insulina ya está presente y los pacientes son hiperinsulinémicos aunque no hiperglucémico sin embargo, con el tiempo los mecanismos compensatorios fallan y los pacientes progresan a una DM2 manifiesta, cuyo primer trastorno es la ausencia de la primera fase de secreción de la insulina.

La DM2 se inicia con mayor anticipación a lo que pensábamos hasta ahora. La diabetes ya manifiesta representa el final del espectro, la punta del iceberg, y en esta etapa, los pacientes generalmente han desarrollado todas las complicaciones macroangiopáticas típicas de la enfermedad. Los trastornos metabólicos (resistencia a la insulina, hiperinsulinismo compensatorio) responsable de la DM2 puede ser demostrado años y probablemente décadas, antes de que la enfermedad sea diagnosticada. El estado hiperglucémico o

estado diabético puede empezar hasta 10 años antes de la presentación clínica de la enfermedad. Esta anticipación ha sido enfatizada recientemente en un Estudio de Harris y col. Relativo a la retinopatía. (2)

En forma previa a la etapa preclínica, hiperglucémica, un periodo de normoglucemia varía de 30 a 40 años, pero la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensatoria toman su lugar en este lapso. Este periodo puede ser dividido en uno con alteración a la tolerancia a la glucosa que precede siempre a la diabetes franca y un periodo de tolerancia normal a la glucosa.

La literatura mexicana refleja una prevalencia de depresión mayor en los pacientes con DM2 superior al de la población general (alrededor del 30% vs. 8%). La importancia de este fenómeno se refleja en al menos tres áreas: deteriora la calidad de vida del paciente, influye negativamente en el control metabólico y puede representar un riesgo incrementado de morbilidad y mortalidad cardiovascular.

La depresión tiene una tendencia a empeorar con el tiempo si no se somete a tratamiento. Muy pocas veces se puede superar sin ayuda profesional. La familia frecuentemente es agobiada por la responsabilidad de apoyo y habitualmente abandonan el soporte. Muchas veces la persona deprimida no acepta ayuda, en este caso hay que tener paciencia y hay que explicárselo con tranquilidad y repetidas veces así como decirle que hay una ayuda clave para salir de su enfermedad. Muchas veces la depresión en las personas con diabetes pasa desapercibida porque se piensa que puede ser una reacción casi normal a las exigencias de la propia enfermedad, pero no es así, sino que se trata de otra enfermedad distinta que la mayoría de las personas con diabetes nunca detectan. (3)

Los psiquiatras y psicólogos serán los que decidan cuándo es una depresión suficientemente importante para necesitar tratamiento. El tratamiento generalmente consiste en medicación (normalmente antidepresivos) acompañados o no de psicoterapia. El porcentaje de éxito normalmente es elevado y en la mayoría de los casos se puede evitar el suicidio. En los casos de depresión leves o moderados la psicoterapia puede ser suficiente, pero en los casos más graves el tratamiento debe incluir fármacos, dado que la persona deprimida no puede pensar y funcionar normalmente.

La ayuda profesional es muy importante porque los familiares instintivamente hacen todo lo contrario de lo que deberían hacer y empeoran la situación, a veces le hacen todas las cosas a su compañero deprimido o le dicen que trate de reponerse, o intentan animarlo organizando actividades entretenidas, frecuentemente no demuestran comprensión por sus sentimientos tan negativos, le tratan de animar y decir que las cosas no están tan mal.

Todos estos intentos simplemente actúan como boomerang que hace que la depresión se agrave aún más pues al verse obligado a formar parte de las actividades que anteriormente le divertían solamente hacen que se refuerce la sensación de imposibilidad de sentir placer. (3)

El psicoterapeuta trabaja devolviendo de una manera muy gradual el sentido de independencia a la persona deprimida. Le ayuda a reconocer áreas en donde todavía funciona adecuadamente, no lo libera de su responsabilidad y tampoco se enfrenta a él, por el contrario, le pregunta con paciencia sobre lo que él puede decidir y hacer. Siempre toma muy en cuenta los síntomas y no intenta evitar que el paciente los comente, intenta que el paciente comprenda mejor su situación y cómo ha llegado a un camino sin salida.

Así mismo el profesional demuestra creer en la capacidad del mismo paciente para encontrar su solución, sabe perfectamente que la depresión no desaparece simplemente porque los síntomas desaparezcan, inclusive sabe que a veces una ausencia completa de síntomas puede ser un signo peligroso (suicidio) si no ha mejorado el sentimiento de desesperanza.

Cabe destacar que los trastornos depresivos hacen a la persona sentirse agotada, inútil, desvalida y desesperanzada. Estos pensamientos y sentimientos negativos pueden hacer que se dé por vencida. Es importante reconocer que estas ideas negativas son parte de la depresión y generalmente no reflejan con exactitud el estado de ánimo.

Los pensamientos negativos desaparecen conforme el tratamiento comienza a surtir efecto. Pero mientras tanto, es conveniente

que el paciente siga las siguientes recomendaciones:

- No se fije metas difíciles o adquiriera grandes responsabilidades.
- Divida las tareas grandes en partes pequeñas y fije sus prioridades.
- No espere mucho de usted mismo; si lo hace, solamente aumentará su sensación de fracaso.
- Busque estar con otras personas, esto generalmente es mejor que estar solo.
- Participe en situaciones que lo hagan sentir mejor. Por ejemplo trate de hacer ejercicio ligero, ir al cine, acudir a un juego de pelota o intervenir en actividades sociales o religiosas. Sin embargo, procure no excederse ni molestarse si su estado de ánimo no mejora de inmediato, la mejoría lleva tiempo.
- No tome decisiones cruciales en su vida, tales como cambiar de empleo, casarse o divorciarse, sin consultar con personas que lo conozcan bien. En cualquier caso, es prudente posponer las resoluciones importantes mientras su depresión no haya decrecido.
- No espere salir de su depresión de inmediato; esto raramente sucede. Es mejor que se ayude tanto como pueda y no se culpe por no estar totalmente bien.
- Recuerde: rechace los pensamientos negativos; éstos son parte de la depresión y desaparecerán cuando el tratamiento surta efecto.

La integración de la ayuda externa (psicoterapia, fármacos, y soporte social) e interna (actitud positiva; motivación y disposición) es fundamental para el tratamiento de la depresión en personas con diabetes. (4)

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta, por ello, la Organización Mundial de la Salud pronostica que para el año 2020 se convertirá en la segunda causa más importante de incapacitación y muerte. (5)

Diversos estudios han demostrado que las personas con diabetes son más susceptibles de padecer depresión, debido a los cambios metabólicos y demandas de la propia enfermedad (6,7, 8).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La depresión es una enfermedad grave y potencialmente letal que afecta al cuerpo, a la mente y al alma de la persona que queda atrapada bajo su influencia.

Interfiere negativa y significativamente con la forma en que un individuo se relaciona con el mundo, en la forma que tiene de relacionarse consigo mismo, con su círculo social más próximo y en la forma en cómo interpreta su ambiente natural y los acontecimientos que le rodean.

La depresión es un estado cualitativamente diferente de la tristeza ocasional o de un estado de ánimo "decaído" de carácter transitorio y no patológico.

Es un termino que se utiliza inapropiadamente y con excesiva frecuencia, lo que provoca que sea malinterpretado habitualmente por parte de la mayoría de las personas. La depresión no es un síntoma de una debilidad personal de la que avergonzarse o de un fallo del carácter que es necesario ocultar o negar. De igual modo, es necesario algo más que fuerza de voluntad o ganas de animarse para escapar con éxito y de forma definitiva de la depresión.

Sin el adecuado tratamiento, por parte de los especialistas, un episodio depresivo puede extenderse durante semanas, meses e incluso años y los síntomas se intensifican casi en la misma proporción, llegando a peligrar la propia vida del individuo. (9)

Un diagnostico preciso y precoz, aunque no siempre sencillo de obtener, facilita enormemente el diseño de estrategias de intervención efectivas que logran alejar, en la inmensa mayoría de los casos, a la depresión de la vida de las personas que en algún momento se han vistas atrapadas en ella. (10)

Este estado puede ocurrir a cualquier edad y tener múltiples causas. En los niños la incidencia de depresión es probablemente del 5 al 6%, en algunos este estado se supera rápidamente pero en otros

puede ser severo y de larga duración. Los estados de depresión van en aumento al entrar en la etapa de la adolescencia.

Las mujeres sufren el doble de depresión que los varones ya que presentan periodos de menstruación o post-parto y por las múltiples actividades que realizan (casa, hijos, trabajo, pareja). Además las mujeres son más dadas a hablar de sus sentimientos, estados de ánimo, temores por eso quizás la depresión se detecta más fácilmente en mujeres que en hombres.

La Secretaría de Salud en estudios epidemiológicos ha reportado que el 7.9% de la población de 18 a 65 años de la ciudad de México, padecen depresión, en donde las personas consideradas como adultos mayores han reportan las cifras mayores oscilando entre 40 a 70%. (11). Este trastorno afectivo se ha convertido en un problema de salud pública por la magnitud y trascendencia con que se presenta.

Las personas que viven con diabetes son más susceptibles de presentar con mucha frecuencia depresión de diversa gravedad, esta puede desencadenarse desde el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, o por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad, y posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución, sobre todo, si ha cursado con descontrol de las cifras de glucemia.

Un artículo publicado en la revista Journal of Behavioral Medicine sostiene que investigaciones anteriores han demostrado que las personas con diabetes se encuentran en mayor riesgo de depresión. De acuerdo con estos estudios el 32% de las personas con diabetes padecen de depresión, comparado con cerca del 16% de la población general. La depresión en una persona con diabetes puede interferir en su capacidad para mantener su padecimiento bajo control comiendo una dieta sana, manteniéndose activo y controlando su enfermedad. (12)

El por qué las personas con diabetes son más propensas a deprimirse sigue siendo un misterio. Una explicación posible es que los cambios bioquímicos asociados con diabetes pueden de

alguna forma promover la depresión. Otra posibilidad es que las personas con diabetes pueden deprimirse debido a las constantes demandas de la enfermedad.

El diagnóstico de depresión en el paciente diabético resulta difícil ya que las manifestaciones físicas como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se asemejan a las de la diabetes descontrolada. (12)

El estudio encontró que los niveles de azúcar en sangre no se relacionaban fuertemente con los síntomas de la depresión. Además ni el índice de masa corporal o el índice cintura-cadera, tuvieron un efecto significativo sobre los síntomas de la depresión. Pero la calidad de vida relacionada con esta situación, estuvo significativamente vinculada con los síntomas de depresión. Esta asociación fue más fuerte en personas con niveles elevados de azúcar en la sangre, mujeres, personas con una menor educación y en aquellos que tenían niveles bajos de soporte social y/o eran divorciados o separados.. (13)

La depresión interfiere en su capacidad para mantener su padecimiento bajo control, en su disposición para cambiar hábitos de alimentación, en la realización de actividad física, en la administración de su tratamiento farmacológico y en su seguimiento médico.

Todo esto nos lleva a un círculo vicioso entre el descontrol de su enfermedad y el estado depresivo que presenta el paciente. (14)

Es por ello que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de detectar a los pacientes con depresión tomando en cuenta que el diagnóstico es difícil por las manifestaciones físicas similares a la diabetes, y de esta manera poder tratar o derivar a los pacientes para que reciban un tratamiento oportuno

## PROBLEMA

¿En que porcentaje se presenta la depresión y como es el comportamiento de la misma por edad y por genero en los pacientes con DM2 en el consultorio 18 en el turno matutino de la UMF 34 IMSS?

## JUSTIFICACIÓN

La DM 2 es un problema de gran magnitud en nuestro país que a pesar del esfuerzo empleado por las autoridades de salud sigue siendo la primera causa de atención médica en el IMSS por la gran demanda de atención que genera el perfil de la morbilidad por diabetes mellitus tipo 2 ha sido irregular en los últimos 10 años (15), tomando en cuenta que la depresión es uno de tantos síntomas asociados, creo importante reconocer la depresión en el control de DM 2. La prevención de la enfermedad o de sus complicaciones abarca el espectro completo de la medicina clínica en forma individual, los médicos tratan pacientes que ya presentan síntomas de enfermedad y que buscan atención médica para el alivio del dolor, ansiedad, depresión o sufrimiento (16).

El médico previene, controla y limita las complicaciones conocidas y a menudo predecibles de la enfermedad sin embargo el esfuerzo en ocasiones no es suficiente al no sistematizar las acciones educativas en el paciente, y el propio médico al no intervenir en forma anticipada. El conocer la relación de la depresión en pacientes diabéticos nos ayuda para poder tener un mejor control y mayor información y poder colaborar en la disminución en la morbilidad del DM 2

Nunca será suficiente lo que podamos ofrecer y realizar por nuestros pacientes cuando el conocimiento y el deseo por trascender en la mejora de su salud nos asiste durante tiempo, los esfuerzos por mantener controlado al paciente con diabetes mellitus tipo 2 ha sido una preocupación constante por él médico, sin embargo, él menos involucrado es el propio paciente quien se mantiene pasivo en espera de ser controlado en lugar de participar activamente en su autocontrol de manera sistemática y permanente por otra parte a la familia se le ha puesto al margen de participar y contribuir, solo en el control metabólico de uno o mas de sus integrantes con diabetes sino con la posibilidad de incorporar en forma anticipada a otros miembros de la familia portadores de riesgos asociados a diabetes mellitus tipo 2 y con quienes podemos realizar una infinidad de actividades pendientes a promover un estado de salud óptimo disminuyendo los factores de riesgo modificables como depresión, tabaquismo, la obesidad, el sedentarismo, entre otros y de no hacerlo, precipitaran la aparición de la enfermedad en forma temprana con la

consiguiente perdida, de años de vida saludable.

El control adecuado del paciente con diabetes esta íntimamente asociado a la estabilidad y al rol que el individuo desarrolla en el seno de su familia, la cual lo motiva, fortalece para continuar en su autocontrol en forma permanente, (1)

En la tabla A es el resultado de depresión en la U.M.F. #34 donde se clasifican por Primera vez y subsecuentes y sobre sale el grupo de genero femenino, La tabla B es el resultado en diabetes mellitus, en la misma U.M.F. #34 también es evidente que el genero femenino es mucho mayor en cuanto a ésta patología.

Aquí se describen los diagnósticos de depresión en el UMF # 34 IMSS en el año 2004.

**Tabla A**

	Masculino	Femenino
Primera vez	428	910
Subsecuente	904	1690
Subtotal	1332	2600
Total	<b>3932</b>	

Fuente: Sistema SIBIS. UMF # 34

Aquí se describen los diagnósticos de Diabetes Mellitus 2 en el UMF # 34 IMSS en el año 2004:

**Tabla B**

	Masculino	Femenino
Primera vez	1556	2410
Subsecuente	24696	38196
Subtotal	26252	40606
Total	<b>66858</b>	

Fuente: Sistema SIBIS. UMF # 34

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general.**

Determinar el porcentaje de casos de depresión en pacientes de ambos sexos con DM2 que acuden al consultorio 18 turno matutino. De la UMF 34 IMSS.

### **Objetivos específico.**

Establecer el comportamiento de la depresión por género en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asisten al consultorio 18 turno matutino de la UMF 34 del IMSS.

Determinar por grupos de edad, en cual de ellos es más común la depresión de los pacientes diabéticos tipo 2 del mismo consultorio turno y clínica del IMSS.

## **MATERIAL Y METODOS**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

Encuesta descriptiva.

### **UNIVERSO**

Poblacion de 103 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 18 TM UMF. # 34

### **MUESTRA:**

Muestra seleccionada por conveniencia de 70 pacientes (corresponde el 68% del universo) diabéticos tipo 2 de ambos sexos adultos con más de cinco años de evolución los cuales acudieron a la consulta del 1° de Febrero del 2004 al 1° de Febrero del 2005 evaluados con la aplicación del test de Zung

## CRITERIOS DE INCLUSION

- Ser pacientes del C 18 TM UMF # 34 con diabetes mellitus tipo 2 sin importar género pero con 5 años o más de evolución.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 40 años en adelante.

## CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no aceptaron colaborar en el presente estudio.
- Pacientes con problemas mentales diagnosticados.
- Pacientes con diabetes insulino dependientes o tipo 1.
- Pacientes con neuropatía diabética e IRC.

VARIABLE	DEFINICION OPERATIVA	NATURALEZA	MEDICION
DIABETES MELLITUS TIPO 2	DIAGNOSTICO DM 2 CONFIRMADO CON CINCO AÑOS O MAS DE EVOLUCION	NOMINAL	SI-NO
DEPRESION	DIAGNOSTICO OBTENIDO POR PUNTAJE DEL TEST DE ZUNG APLICADO AL PACIENTE	ORDINAL	<b>NORMAL</b> <50 PUNTOS <b>LEVE</b> DE 51 A 60 PUNTOS <b>MODERADA</b> DE 61 A 70 PUNTOS <b>SEVERA</b> MAYOR DE 70 PUNTOS
SEXO	SEGÚN GENERO	NOMINAL	MASCULINO FEMENINO
EDAD	AÑOS CUMPLIDOS	CRONOLOGICA	AÑOS CUMPLIDOS A LA FECHA DEL ESTUDIO

## VARIABLES

**DIABETES**      **Independiente**  
**DEPRESIÓN**   **Dependiente**  
**SEXO**           **Interviniente**  
**EDAD**          **Interviniente**

## **METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION:**

Se realizó revisión de la forma 4-30-6, la cual es un registro por día de los pacientes que acuden a la consulta, para enlistar a los pacientes con DM 2 y buscar en el archivo del consultorio No 18 T.M. de la U.M.F # 34, se localizó por el diagnóstico cada expediente para luego citar al paciente para la aplicación del test Zung en la consulta externa, respondiéndolo ahí mismo. Previo consentimiento informado por escrito de lo que consistía el estudio. Con respecto de la total integridad moral y física de un paciente, y siendo muy cuidadosa en no herir la susceptibilidad del paciente firma el consentimiento informado, se le explica el motivo y los fines del estudio y los que aceptaron fueron los que se incluyeron en el estudio, posteriormente se pasó a la aplicación de la encuesta, en el test de Zung se evalúa con 20 preguntas, que viene expuesto en el anexo. Se calificó cada test Zung por edad, genero y tipo de depresión, menor de 50 puntos normal, de 51 a 60 puntos leve, de 61 a 70 puntos moderado, mayor de 70 puntos severa (ver anexo). El trabajo de campo se realizó de febrero de 2004 a febrero del 2005.

### **Consideraciones Éticas**

A los pacientes participantes en el estudio, se les informó ampliamente sobre riesgo-beneficio o molestias que el mismo pudiera ocasionarles, de la misma manera se le comunico que en cualquier momento pueden abandonar el estudio si lo consideran pertinente sin que afecte de ninguna manera la atención médica, a la cual tienen derecho.

En el presente estudio no se manejaron cuestiones que atenten contra la integridad física o moral de los participantes. De acuerdo a la ley general de salud y los compromisos de la convención de el Helsinki de 1975. A los pacientes se les proporciono un formato de consentimiento informado por escrito para que participen en la investigación.

**RESULTADOS.** De la muestra de 70 pacientes con DM2, el 100% presentó depresión, con predominio en el género femenino con 48 pacientes correspondiendo al 69 % y con un N° de 22 pacientes para el género masculino con un 31 % en el estudio realizado se agruparon por edad, observando que la depresión fue más común en el género femenino predominando el rango de edad 50 a 59 años (Tablas 1 y 3). La depresión leve fue la más frecuente. (Tabla 2) En tabla 4 se describe el comportamiento de la enfermedad en el sexo masculino siendo más frecuente después de los 60 años.

## TABLAS Y GRAFICAS.

**Tabla 1. Porcentaje de depresión en 70 pacientes con DM2. Por edad y género. Según Test de Zung.**

Edad	Femenino	Porcentaje	Masculino	Porcentaje	TOTAL	PORCENTAJE
40 --- 49	9	19%	6	27%	15	22%
50 --- 59	23	48%	6	27%	29	41%
60 --- 69.	8	17%	6	27%	14	20%
70 --- 79	7	14%	4	19%	11	16%
80 a mas	1	2%	0	0%	1	1%
<b>TOTAL</b>	<b>48</b>	<b>100%</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>	<b>70</b>	<b>100%</b>

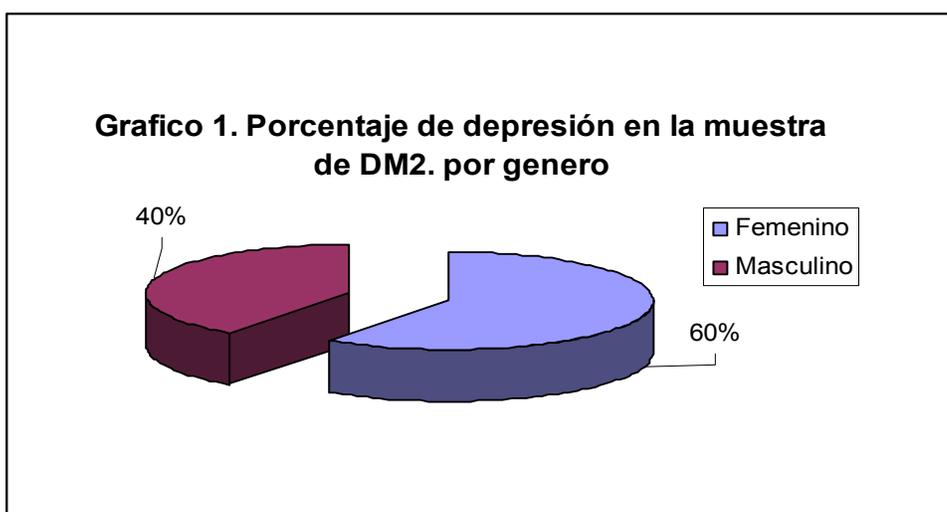


Tabla 2. Porcentaje de tipos de depresión en 70 pacientes con DM2.

Tipo de depresión	Sin depresión	Leve	Moderada	Severa
Frecuencia	0	64	3	3

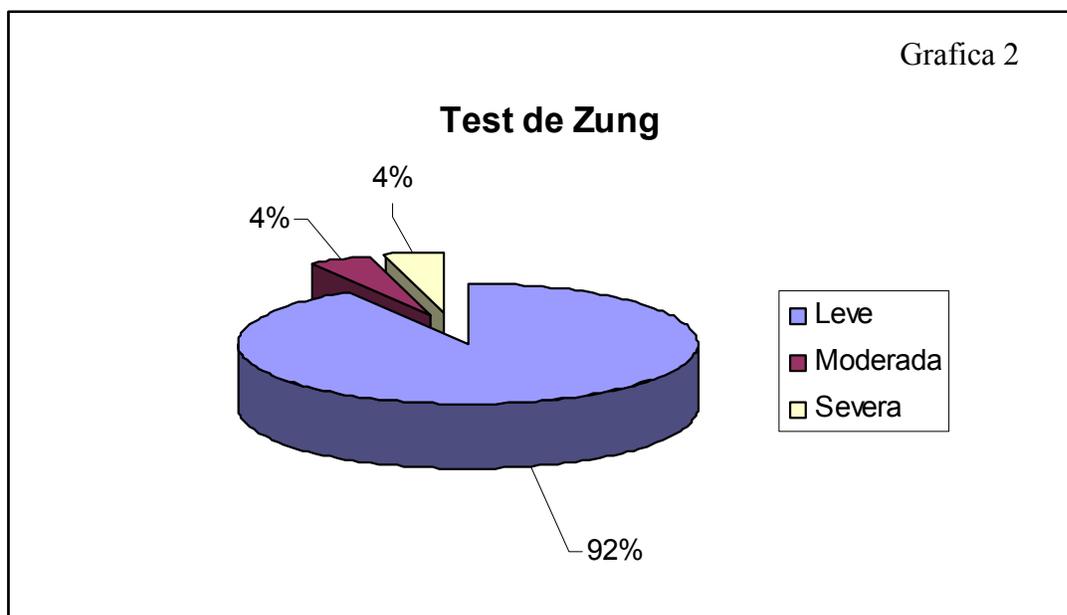


Tabla 3  
 Depresión distribuida en el género femenino.

Edad	Femenino		
	Leve	Moderada	Severa
40 --- 49	9	0	0
50 --- 59	30	2	0
60 --- 69	7	0	0
70 --- 79	5	0	2
80 a mas	1	0	1
SUBTOTAL	52	2	3
TOTAL	57		

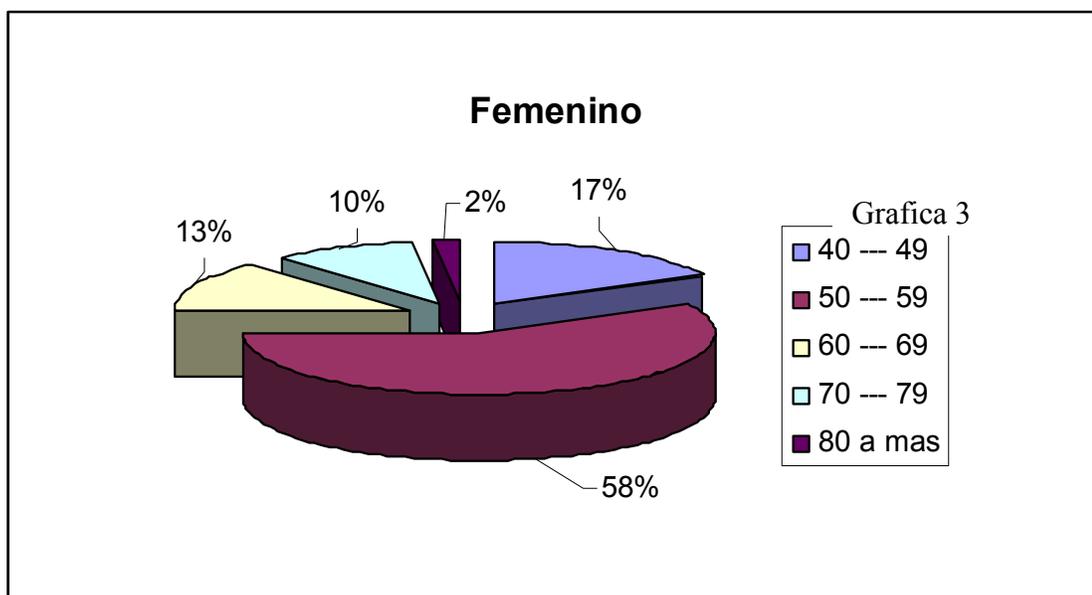
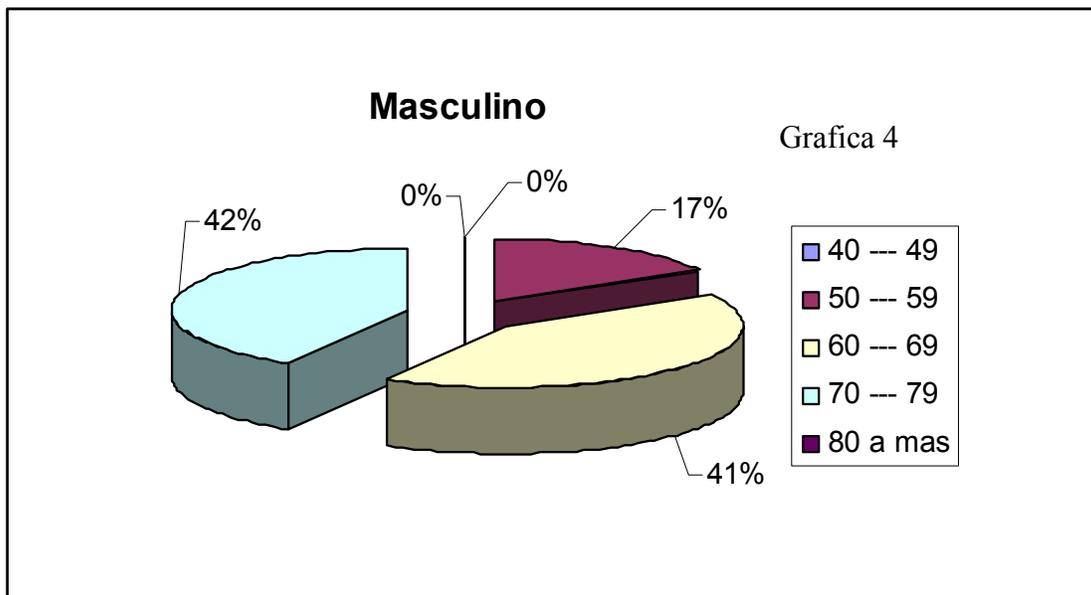


Tabla 4  
 Depresión distribuida en el género masculino.

Edad	Masculino		
	Leve	Moderada	Severa
40 --- 49	0	0	0
50 --- 59	2	0	0
60 --- 69	5	1	0
70 --- 79	5	0	0
80 a mas	0	0	0
SUBTOTAL	12	1	0
TOTAL	13		



## ANALISIS Y DISCUSION

De acuerdo a la información bibliográfica encontrada, (9)(27)(28)(29) se encontró que la presencia de depresión es del 95% , y en nuestros hallazgos es del 100%, numerosos estudios reportan similitud en la frecuencia de depresión más alta en pacientes diabéticos que en el resto de la población sin éste problema. Se propone en ellos también involucrar y orientar a los familiares (24), ya que también se asocia depresión a mal control de glicemia (2) (7) Al igual que nuestra investigación en estudios sobre genero la depresión en diabetes se presenta al doble en la mujer (20), también se le encontró asociada con múltiples complicaciones diabéticas(13)

La perdida de interés por el placer, aumento o perdida de peso, insomnio, agitación, retardo psicomotor, los síntomas deben de ocurrir juntos ser severos y persistentes por lo menos dos semanas (12). Muchos diabéticos deprimidos descuidan su dieta, suspenden su programa de ejercicios, y hasta sus medicamentos, abrumados por la carga emocional que la diabetes impone (14) (28)

Sería interesante poder determinar si la depresión en éstos pacientes diabéticos, pudo haber tenido un inicio temprano, ya que reportes recientes (4) concluyen que cuando se presentó un episodio de depresión de mayor duración durante la juventud, presentan otro en la vida adulta que puede no detectarse oportunamente. El riesgo de síntomas de depresión en pacientes diabéticos está en relación con factores demográficos, metabólicos y estilos de vida (17) (30)En este estudio realizado sé encontró similitud con lo reportado en la bibliografía (9) (14)( 15) y se pudo constatar la frecuencia 2:1 en él genero femenino, como comentario agrego que la mayoría de los pacientes de la muestra son de un nivel socioeconómico bajo, que hay poco apoyo a las necesidades mínimas de la alimentación y del ejercicio, así como de su cuidado personal.

## **CONCLUSIONES**

Todos los pacientes DM2 de la muestra presentaron depresión según el test de Zung. La gran mayoría de los pacientes presentaron depresión leve.

Es mayor el grado de depresión se dá en las mujeres. En las edades entre 50 y 59 años.

## REFERENCIAS BIBIOGRAFICAS

1. - Lawrence FP, Cheslarn CA, Dusc JT, Mullan MM, Skff, P. Contributors To Depression In Latino And European-American Patient Type 2 Diabetes. *Diabetes Care*,2001;24:1751-1757
- 2.- Alpizar Salazar Melchor Panorama epidemiológico de la Diabetes en el IMSS, Libro Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Diabético Vol. 1 Mexico D.F.Ed. El manual moderno 2002;5-22.
- 3.- Alpizar Salazar Melchor Panorama Epidemiológico De La Diabetes en el Imss, Libro Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Diabético Vol.1 México D.F.Ed.El manual moderno 2002;22-23.
- 4.- Organización Mundial de la Salud . Clasificación internacional de las enfermedades, trastornos mentales y del comportamiento. (1992)
5. - Melchor Alpizar Salazar Panorama Epidemiológico De La Diabetes En El Imss, Libro Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Diabético Vol. 1Mexico D. F.Ed El manual moderno 2002;1:307-325.
- 6.- Lustman, P, Anderson R, Greedland K, De Groot M,Carney R, Clouse R,Depression and Poor Glycemic Control *Diabetes Care* 2000; 23:934-942.
- 7.- De Groot M Et Al, Asociaciones De La Diabetes Y Depresion *Diabetes Care*, 2001;63:619-630.
- 8.- Buela Casal G, Caballovicente E. Y Sierra J. Repercusión De Las Variantes Psicológicas En El Curso De La Diabetes. Libro Evaluación De La Psicología Clínica Y De La Salud, Vol. 1 Madrid España Siglo veintiuno de españa editores, S.A. 1996;885.
- 9.- Lustman P Anderson R, Freedland K,De Groot M,Carney R, Clouse R, Depression and poor Glycemic Control *Diabetes Care*;2000; 23: 934-942.
10. Benjet C, Borges G, Medina M , Fiotz-bautista C,La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento,*Sal. Pub. Mex.*2004;46:417-424.
- 11.- Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. *Epidemiología*, No.41 Vol.20, 2003

- 12.- Glynn T, J.Md Metcalf H, .Prevencion Primaria En Diabetes, Libro Diagnostico Y Tratamiento De Los Trastornos De Ansiedad ,Vol 1 Hershey Pennsylvania Ed Pennsylvania State University Hershey PennsylvaniaVol. 2002 ; 77
- 13.- Egede L.E., De Zheng. Y De Simpson ,Comorbilidad Depresion y Diabetes Asociada Al Uso Creciente De Atención Medica Y Sus Costos , Diabetes Care. 2002;25:464-470
- 14.- Ponce G , Como Se Relaciona La Depresión Con Las Personas Diabéticas, Rev Med. Del Imss, 2002;40:93-94.
- 15.- Melchor Alpizar Salazar Panorama Epidemiológico De La Diabetes En El Imss, Libro Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Diabético Vol 1 México D.F. 1 Ed El manual moderno 2002;1:258.
- 16.- Melchor Alpizar Salazar Panorama Epidemiológico De La Diabetes En El Imss, Libro Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Diabético Vol. 1 Mexico D.F. Ed El manual moderno 2002;1:12.
- 17.- Melchor Alpizar Salazar Panorama Epidemiológico De La Diabetes En El Imss, Libro Guía Para El Manejo Integral Del Paciente Diabético Vol. 1Mexico D.F. Ed El manual moderno 2002;1:19 .
- 18.- Hernández R.Cetoacidosis Diabética, Revisión Bibliográfica Para El Medico Familiar Vol. 5 No 11 2001,24:1069-1078.
- 19.- Lostman P, Gaodlers M.Depresion en un hombre Con Diabetes 2 Diabetes Care ,2002;20:122-123.
- 20.-Anderson R, Freeth K,La Prevalencia De Comorbilidad De Depresion En Adultos Con Diabetes, Rev Diabetes Care.2001;24: 1069-1078 .
- 21.-Oviedo M,Pérez R, Castañeda R,Reyes H, Guia De Alimentación Para El Paciente Diabético Tipo 2, Rev Med Imss 2000; 38 (4): 285-293.
- 22.- Rodríguez R,López J,Munguia C,Hernandez J,Martínez M, Validez Y Consistencia Del Instrumento Fantástico Rev med Imss 2003;41(3):211-220.
- 23.-Lerman-Garber I,Barron C,Calzada R, Emotional Dysfunction Associated With Diabetes In Mexican Adolescents Amd Young Adults With Type-1, Rev Sal Pub Méx.2003;45(1):13-18.
- 24.-QuirozJ,CastañedaR,Ocampo P,Pérez P,Martínez M, Diabetes

Tipo2, Salud-Competencia De Las Familias, Rev Med Imss2002; 40(3):213-220.

25.- López J, Ariza R, Rodríguez J, Moctezuma Construcción Y Validación Inicial De Un Instrumento Para Medir El Estilo De Vida En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 Rev.Sal.Pub.De Mex..2003;45(4):259.

26.- Cueva V, Mejia J, Luengas H, David, Salinas O, Complicaciones Del Pie Diabético Rev Med IMSS 2003,41(2):97-104

27. - Leonard E, Devi Z, Kit S, Comorbid Depression In Associated With Increased Health Care Use And Expenditures In Individuals With Diabetes, Rev diabetes Care,2002;25(31):464-470.

28. -.Nichols G, Brown J, Unadjusted And Adjusted Prevalence Of Diagnosed Depression In Type2 Diabetes Rev. Diabetes Care,2003;26(3):744-749.

29. - Katon.W, Von Korff, M, Ciechanowski, P, Behavioral and Clinical Factors Associated With Depression Among Individuals With Diabetes , Diabetes Care, 2004;27:914-920.

30. –Golden S, Ford J, Pato C,. Depressive Symptoms and The Risk Of Type 2 Diabetes, Diabetes Care, 2004;27(2)429-435.

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN SOBRE

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABETICOS DEL CONSULTORIO 18 TURNO MATUTINO DE LA UMF #34 IMSS.

GUADALAJARA, JALISCO

Constancia de recepción del formulario.

En el día de la fecha.....he recibido de la Dra .....el presente formulario conteniendo información del estudio de investigación, en el que me ha propuesto participar como parte del mismo, dándome una amplia explicación de sus riesgos y beneficios esperados en el presente estudio, y aclarando que en el momento en que yo decida puedo abandonar dicho estudio si a mi me parece conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del instituto luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado(a) el día.....Para que me sean aclaradas todas mis dudas.

Lugar y fecha.....Titulo de la investigación.....

Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el numero..... El objetivo de este estudio es.....Se me ha explicado que mi participación consistirá en .....Y por lo tanto, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgo, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo los que a continuación se mencionan.....

El investigador principal me ha la certeza que no se me identificara en la prestaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así como todo lo relacionado con la privacidad que mi persona merece serán manejados de manera confidencial. También existe el compromiso a mantenerme informado y actualizado con respecto a los avances o retrocesos que se generen en el estudio, aunque esto implique un cambio en la decisión de permanecer como participante del estudio.

Espacio para dudas o preguntas

Autorización (consentimiento) Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarando satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para participar en el estudio de la investigación..... Llevada a cabo por el doctor .....Investigador principal del mismo.

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

\_\_\_\_ Nombre y firma del Investigador

\_\_\_\_ Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_ Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_ Nombre y firma familiar o apoderado en caso necesario