



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 77 DELEGACION 15 ORIENTE ESTADO DE MEXICO

TITULO: DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON COMPLICACIONES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UMF No. 77 DEL IMSS

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DR. MAGDALENO VAZQUEZ APOLINAR

**Unidad de Medicina Familiar No. 77 San Agustín, Ecatepec, Estado de México
2009**



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.

**DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON
COMPLICACIONES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UMF No.77 DEL
IMSS**

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

PRESENTA:

DR. MAGDALENO VAZQUEZ APOLINAR

AUTORIZACIONES

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO

Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos generales de la sede UMF. No 92 Ecatepec, Estado de México.

DR. J. ANTONIO GARCIA SANTELICES

Asesor del Tema de Tesis
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 92.

DR. GUILLERMO ARROYO FREGOSO

Asesor Metodológico de Tesis
Coordinador, Delegación Estado de México.

Ecatepec, México2009.

**DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON
COMPLICACIONES DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UNA UMF No.77 DEL
IMSS**

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

PRESENTA

DR. MAGDALENO VAZQUEZ APOLINAR



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

Coordinador de Investigación del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina Familiar
U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

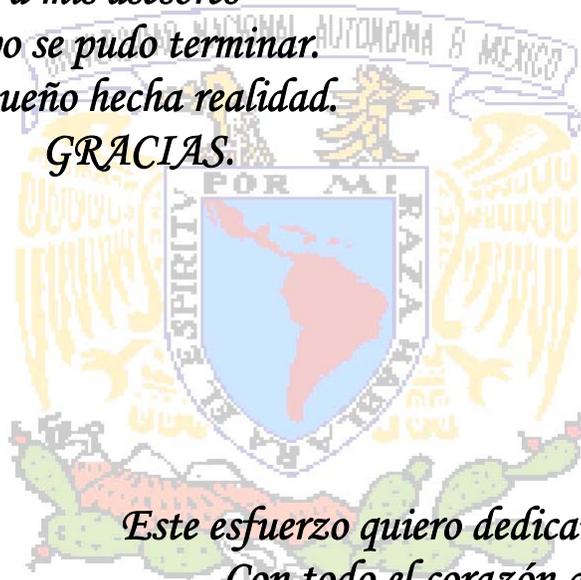
Coordinador de docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina Familiar
U.N.A.M

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

*Quiero agradecer a todos mis compañeros.
Que me ayudaron a realizar este estudio.
Pero principalmente a mis asesores
Quienes con su apoyo se pudo terminar.
Así poder logra un sueño hecha realidad.*

GRACIAS.



DEDICACIÓN

*Este esfuerzo quiero dedicar a mi Madre. Rosa
Con todo el corazón a mi esposa, Cristina
Con todo el cariño a mis hijos, Jonathan y Ana Rosa
Con todas las fuerzas y el espíritu a Dios nuestro Sr.*

GRACIAS.



ÍNDICE GENERAL

Secciones	Paginas
Titulo	1
Índice General	2
Marco Teórico	3
Planteamiento del Problema	20
Justificación	22
Objetivos	24
-General	
-Específicos	
Hipótesis	24
Metodología	25
-Grupo de Estudio	26
-Tamaño de la muestra	26
- Criterio de selección, inclusión, exclusión, eliminación	26
-Variables	28
Procedimiento, descripción general	30
Recursos	31
Cronograma	32
Factibilidad y aspectos éticos	33
Resultados	34
Tablas (cuadros) y graficas	
Discusión	40
Conclusiones	43
Referencias bibliográficas	45
Anexos	47

MARCO TEORICO

La Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más antiguas que sufre el hombre, ya que se conocía desde antes de la era cristiana. Es una enfermedad crónica y degenerativa que puede desarrollarse en cualquier etapa de la vida, desde edades tempranas o avanzadas de la vida, y ser el resultado de un proceso autoinmunitario asociado a una predisposición genética por factores hereditarios y ambientales ¹.

En la última Encuesta Nacional de salud 2000 en México, la prevalencia de diabetes Mellitus en los individuos de 20 años o más de edad fue de 7.5%. De los individuos con diabetes, el 77.3% ya conocía el diagnóstico y el 22.7% fue identificado en su participación en el estudio.

La forma de presentación de esta enfermedad es diabetes de tipo 1 y 2. La DM de tipo 1 se presenta entre un 5 a 10 % y la DM de tipo 2 en un 90% de los casos. Las personas que cursa con diabetes de tipo 2 que no están diagnosticadas están entre 30 al 90 %. En otros países como Mongolia y Australia en estudios demostraron que por cada persona con diabetes diagnosticada hay otra persona no diagnosticada ².

La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Diabetes Mellitus (DM) es el tercer problema de salud pública más importante del mundo. En 1995 la población de diabéticos adultos en el mundo era de 135 millones y se incrementará a 300 millones en el 2025 con un aumento del 120 %, del cual los países desarrollados aportaran el 40% y los países en vía de desarrollo el

170%, de manera que el 80% vivirán en países en vías de desarrollo en el primer cuarto del siglo XXI ³.

La diabetes Mellitus de tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastorno afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos. Estudios realizados refieren que la persona con diabetes puede desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a la prevalencia y complejidad, ya que solo 37% son detectados, quedando confusa la asociación con variables sociodemográficas y clínicos-metabólicas, principalmente hemoglobina glucosilada (HbA1c) e indicadores de control, además de patrones que guían a etapas de evolución donde se presenta más frecuentemente la depresión, ya se para prevenirlas, o para disminuir o retrasar complicaciones.

La prevalencia de depresión para la población, varía de 5 a 10%, con una incidencia de casos nuevos de 13%. Sin embargo esta prevalencia entre los pacientes con diabetes es elevada que la población general, oscilando del 30% al 65%. Se ha demostrado que un 27% de las personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgos de presentar trastornos psiquiátricos debidos a

factores relacionado a la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras⁴.

Por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino la peculiaridad biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes las sistema social y de la atención a la salud en México⁵.

En la evidencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos estudios señalan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no se observa en todo los paciente. Entre etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación por las que tienden pasar el paciente, sin embargo existen grandes dudas en los que permanece así por muchos años o de los que nunca avanzan para llegar a la aceptación, que es cuando hay mayor probabilidad de lograr un buen autocontrol⁶.

Un metanálisis realizado en el 2001 demuestra que la diabetes duplica la razón para la depresión, considerando ambos tipos de diabetes. Predomina la co morbilidad de depresión en mujeres en 28% de los hombres. Otro estudio efectuado en México-americanos demostró que la depresión incrementa la incidencia de macro y microvascular y aumenta la frecuencia de discapacidad en actividades de la vida diaria

El pie diabético es una de las complicaciones vasculares y que se manifiesta como entidad propia “Síndrome del Pie diabético” que afecta al 15% de los

diabéticos a lo largo de la enfermedad. Aunque solo el 3% esta diagnosticada de diabetes y es la manifestación combinada a nivel de los pies de la enfermedad vascular periférica, la neuropatía periférica, las deformidades ortopédicas y con más frecuencia procesos traumáticos y / o infecciones agregado; por lo que, representa una de las complicaciones que causan mayor morbilidad y mortalidad en el paciente y elevan los costos para su control al presupuesto del sector salud de una manera significativa. Es la primera causa de amputación no traumática en la actualidad siendo 11 veces más frecuente que en la población no diabética.

La evolución de los diabéticos con una amputación mayor es mala, ya el 30% fallecen en el primer año desde la intervención y al cabo de 5 años un 50% sufre la amputación de la otra extremidad inferior ⁶.

La morbilidad del pie diabético, estudios realizados en se ha encontrado que existe una mayor frecuencia en el sexo femenino. Es un problema mundial pero hay ciertas zonas geográficas con mayor incidencia hasta una 90% ^{7, 8}.

Retinopatía diabética es otras de las complicaciones crónica, es un daño progresivo de la retina del ojo ocasionado con diabetes prolongada, las lesiones suelen aparecer a los 10 años del diagnostico de la diabetes tipo uno y la de tipo 2 hay lesiones visibles hasta un 30%, lo que significa que la enfermedad ha evolucionado varios años sin diagnosticar. La retinopatía diabética tiene un curso progresivo, la no proliferativa consiste en la aparición de microaneurismas, pequeñas hemorragias intraretiniana y exudados con

afección de la agudeza visual moderada o nula, excepto cuando aparece edema de la macula o los exudados.

En la retinopatía diabética, los capilares presenta engrosamiento de la membrana basal, microaneurismas, degeneración de los pericitos, falta de perfusión y obstrucción, aumento de la permeabilidad vascular y da origen los exudados duros. Puede haber aparecer edema retiniano, es más común en el polo posterior y región de la macula, sitio donde predomina los exudados. Sin la retinopatía avanza, hay obliteración de grandes vasos con grandes parches de capilares acelulares que produce la oclusión de arteriolas terminales, apareciendo nidos de microaneurismas y vasos tortuosos que se denominan anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA). El exudado blando y algodonoso es la expresión oftalmológica de la oclusión capilar reciente (infarto retiniano). Cuando existe IRMA, las dilataciones venosas, las hemorragias retinianas, los exudados algodonosos son intensos, la retinopatía no proliferativa se considera severa o proliferativa. La aparición de neovasos en la superficie de la retina indica el estadio proliferativo.

Entre las causas que conduce a la pérdida de la agudeza visual la retinopatía proliferativa se considera la más importante en la diabetes tipo I y el edema macular en la diabetes de tipo 2⁹.

La prevalencia de la nefropatía diabética, se define como la presencia de microalbuminuria (20-200 microgramos/min o 30-300mg/día, o un índice albúmina/creatinina de 30-300 mg/g en ausencia de otros signos de enfermedad renal. Insuficiencia renal terminal, pacientes con IRC que reciben tratamiento renal sustitutivo mediante diálisis o trasplante. La variabilidad de

incidencia entre regiones o grupos étnicos, constituye a proporcionar datos de interés genético y patogénico.

La nefropatía diabética y la insuficiencia renal terminal como consecuencia de DM2 se ha incrementado en los últimos años y su incidencia crece a un ritmo del 9% anual desde 1992, frente a menos de 3% de otras causas. Se ha convertido en la primera causa de entrada a diálisis en la mayoría de los países, aunque con una considerable diferencia de país a país. En EE:UU presenta un 40% (1997) en cuanto a diálisis, en otros países industrializados como Canadá resulto con 28% (1996), en Australia 21% (1997), en Europa fue del 17%. Posible explicaciones para el incremento de incidencia se debe al aumento de la DM2, es lógico que el riesgo es similar en ambas formas de DM, pero la prevalencia de DM2 es 120 veces mayor que la DM1 ¹⁰.

Las complicaciones de diabetes es la pérdida gradual de la vista, disminuye la sensación del dolor en los pies en la neuropatía, daños a nivel de neuronas en el riñón y lo que provoca una falta de observación al tratamiento recomendada para aquellos que curse con alguna complicación, ya que contribuye de manera importante con el mejor control de la aparición de las complicaciones

Cualquier complicación que aparezca en paciente diabético tiene un efecto calidad de vida, ya que repercute su funcionamiento y el bienestar físico y psicosocial, ya que puede ser una fuente de discapacidad grave, que esto a su vez tiene un impacto negativo.

Las respuestas emocionales específicas de estos problemas son prominentes e incluyen el miedo a las posibles consecuencias, aunque no se ha podido demostrar de una asociación en las complicaciones de diabetes y la

depresión. Sin embargo se ha observado que por que con la simple aparición de la enfermedad va asociado a graves restricciones de sus actividades, pérdida de tiempo laboral, económicas y otras alteraciones de las actividades de la vida diaria y no se ha relacionado mucho con la depresión, esto puede estar influenciado por algunos factores como el tipo de la atención social que tienen que puede actuar como amortiguador contra la depresión ¹¹.

La frecuencia, gravedad y progresión de las complicaciones agudas y crónicas están relacionadas con el grado de hiper glucemia, los trastornos metabólicos asociados, la duración de la enfermedad, la exposición a otros factores de riesgos y el ambiente genético. .

El concepto de depresión incluye varios subtipos clínicos de severidad variable y tiene tendencia a la cronicidad y a la recurrencia. Los trastornos de ansiedad se clasifican según su a situaciones particulares (fobias, compulsiones), pensamientos (obsesiones), o momentos (ataque de pánico) y el trastorno de ansiedad generalizada se entienden como una ansiedad crónica ¹³.

Los trastornos depresivos son un grupo de trastornos mentales que se caracteriza por un conjunto de síntomas que son la expresión de la afectación de diferentes funciones psicológicas: afectividad (tristeza), cognición (desesperanza), psicomotricidad (inhibición) y conducta (hipo actividad). El síndrome depresivo es heterogéneo en relación a sus causas (desde factores biológicos a factores psicológicos), su evolución (desde la remisión hasta la

conicidad o el suicidio) o su intensidad (desde estados próximos a la normalidad o con repercusiones con cuadro graves con incapacitación en todos las áreas de funcionamiento personal ¹².

Depresión término que ha evolucionado a través del tiempo hasta identificarse e identificarla actualmente como una enfermedad. La Organización Mundial de la salud (OMS) describe como una psicosis afectiva en la que el animo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. Otra definiciones importantes por DSM IV, detalla la sintomatología de la depresión grave: una persona tiene el síndrome de depresión clínica, si muestra por lo menos 5 síntomas de forma ininterrumpida y a lo largo de dos semanas con estado de ánimo deprimido o la disminución del placer o interés en cualquier actividad.

Las características de trastorno depresivos mayor son: A. Estado de depresión en la mayor parte del día, B. disminución importante del interés o de la capacidad para el placer en toda las actividades. C. pérdida importante de peso o aumento del apetito a diario. D. insomnio o hipersomnía, Agitación o retardación psicomotora. F. fatiga o pérdida de engría. Sentimiento de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada. H. disminución de la autoestima y de la confianza en sí mismo. I. disminución de la capacidad para pensar. Tomar decisiones o concentrarse. J. visión pesimista, o “negra” del futuro. K. pensamiento recurrente de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse. L. estos síntomas persisten por lo menos dos semanas y produce un malestar

muy significativo que altera la vida familiar, social, laboral y de otras áreas importantes de la actividad de la persona ¹³.

Para su diagnóstico del síndrome depresivo se utilizan los sistemas clasificatorios, la Clasificación Internacional de la Enfermedad de la OMS (CIE) y de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría (DSM). ⁽¹⁵⁾

La prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres, la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y de 9.5% respectivamente.

En México se estima que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad. Estudios que señalan que 4 de las 10 enfermedades más discapacitantes son neuropsiquiátricas: esquizofrenia, depresión, trastornos obsesivos-compulsivos y alcoholismo.

La encuesta nacional de epidemiología Psiquiátrica (2002) en población urbana en persona de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos, se ubican que el 9.1% alguna vez en la vida lo ha presentado, 14.3% trastornos de ansiedad, y 9.2% los trastornos por uso de sustancias. El episodio depresivo 3.3% alguna vez en la vida se presenta. Entre las mujeres, la depresión ocupa el segundo lugar ¹⁵.

La depresión con ansiedad el 20% a un 25% de los pacientes que acuden a consulta con el Médico Familiar sufre algún tipo de trastorno mental, generalmente trastornos afectivos (ansiedad y depresión) leve. La depresión y

la ansiedad son trastornos psiquiátricos más frecuente que se presenta un 20% de la población general; la diabetes y la depresión existe una relación muy estrecha ya que implica una sobre carga de estrés que aumenta la secreción de hormonas que elevan la concentración de glucosa en la sangre, y esto, en personas genéticamente predispuestas, puede causar la aparición de diabetes. Pero este a su vez, genera cuadros depresivos. Así depresión y diabetes forman un círculo que se retroalimenta mutuamente y perjudica la vida emocional de los individuos; el impacto psíquico que produce el diagnóstico de diabetes es muy alto, ya que las personas deberán hacerse un cambio de toda su vida de una función que su cuerpo no realiza en forma apropiada y pone en juego su supervivencia.

La depresión es muy frecuente el las personas con diabetes que conoce su condición que entre aquellos que lo ignora y se agrega un cuadro psíquico severo cuando aparecen las complicaciones vasculares (alteración de la vista, función renal, cardiopatía, neuropatías y insuficiencia vascular) de la enfermedad.

La depresión en las enfermedades médicas se pueden relacionarse de diversas maneras, la enfermedad como causa de la depresión. Que la enfermedad facilite la aparición de depresión en las personas susceptibles a estresantes psicosociales, que coincida ambos cuadros sin tener una relación entre sí, por azar, que reacciones el enfermo de manera desadaptativa; que los síntomas depresivos estén producidos, no por la enfermedad sino por los tratamientos empleados para combatirlas. Se denomina depresiones iatrogénicas.

La diabetes y la depresión existe una relación muy estrecha ya que implica una sobre carga de estrés que aumenta la secreción de hormonas que elevan la concentración de glucosa en la sangre, y esto, en personas genéticamente predispuestas, puede causar la aparición de diabetes. Pero este a su vez, genera cuadros depresivos. Así depresión y diabetes forman un círculo que se retroalimenta mutuamente y perjudica la vida la vida emocional de los individuos.

El impacto psíquico que produce el diagnóstico de diabetes es muy alto, ya que las personas deberán hacerse un cambio de toda su vida de una función que su cuerpo no realiza en forma apropiada y pone en juego su supervivencia.

La depresión puede ocasionar una desconcentración en los cuidados que demanda la enfermedad. Se puede tener la sensación de que es demasiado esfuerzo el, medir los niveles de glicemia o intentar elegir alimentos más saludables. Las cosas parecer no tener futuro. Cuando no se tiene cuidado de uno mismo, es común la preocupación sobre las posibles complicaciones a largo plazo, el costo de la asistencia y los efectos sobre la vida familiar y laboral¹⁶.

Los pacientes crónicos y diabéticos, se han realizados estudios en la cual reporta niveles más alto de sintomatología depresiva que la población en general y en cuanto a sexo no hay predominio de depresión en mujeres que en el hombre¹⁷.

La depresión es el trastorno psiquiátrico más común en la práctica clínica, afecta cerca de 10% de la población general en algún momento de su vida. La prevalencia de depresión en pacientes con complicaciones de diabetes es

elevada. El deterioro del estado funcional y el tiempo de evolución del padecimiento más largo son los factores que se asocia y la presencia de depresión. Es importante que sea valorado psiquiátricamente a estos pacientes con el propósito de disminuir el incremento de la morbi mortalidad ocasionado por los trastornos del estado de ánimo ¹⁸.

Cuando se presenta alguna aparición de complicaciones el paciente tiende a tener cambios de conductas por considerarse una persona incapaz, por considerarlo débil y enfermo. La pérdida de la autoestima frecuentemente se presenta cuando el paciente se siente en lo que los demás ven. Tienen la sensación de que es considera un inútil y probablemente se sienta como tal.

La tristeza y la infelicidad, que el paciente cae en la más profundas de las depresiones y llega a pensar que es preferible la muerte. El riesgo del suicidio en estos tipo de paciente es probablemente sea muy grande, va desde negarse a dializarse cuando lo necesita, en ignorar seguir adecuadamente las medidas dietéticas y régimen terapéutico, hasta ingerir dosis elevadas de barbitúricos para intenso de quitarse la vida

La literatura médica señala que existe mayor prevalencia de trastornos emocionales en paciente con cualquier enfermedad crónica que en la población general, en especial en aquellos con enfermedades metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, gastroenterologías y asociadas a diferentes tipos de cáncer. Todos estos tipos de pacientes están escasamente diagnosticados de sus afecciones psicológicas y sin el tratamiento, ni cuidado por partes del personal de salud por tener deficientes conocimientos sobre sintomatología y diagnóstico psiquiátricos para que el paciente tenga una

valoración y intervención oportuna en la práctica diaria, pero no se cuenta con un instrumento de detección psicológicas para uso en el servicio médico y enfermeras no psiquiatras. En México existen pocos estudios sobre esta problemática para poder tener brindar al paciente mejor control integral y poder prevenir o retardar la aparición de las complicaciones de la diabetes.

La importancia de comprender cómo los pacientes con diabetes de recién diagnóstico se debe de adaptarse a su nueva realidad, asumir la responsabilidad de con llevar su tratamiento para evita la aparición precoz de las complicaciones que se presenta en este tipo de patología. Ya que en últimas instancias deben de ser mis mismos pacientes deben de tener responsabilidad para el mejor manejo de su enfermedad ¹⁹.

Es muy importe conocer los diferentes factores de riesgo tanto laborales como educacionales para poder prevenir los diferentes riegos que puede representar a todo los pacientes que tiene mayor riesgos, el médico debe de señalar los signos de alarma y la revisiones rutinaria de los pies de la vista, llenado capilar, función renal así como otros síntomas de cuidado en todas las consultas, aunque no existe una relación importante a la falta de revisión de los pies por parte del paciente, pero si existe evidencia que si hay relación con la no revisión de los pies por parte de los médicos familiares ²⁰.

El control glicemia en los pacientes de diabetes de tipo 2 es muy importante porque estudios realizados se ha podido comprobar que teniendo un buen control se previene los complicaciones, pero poco son los paciente logran tener una glicemia en ayuna aceptables, y los estudios que se ha practicado glicemia

post-pradial pueden ser engañosas, por lo que es necesario que se practique la dosificación de la HbA1c en el primer nivel de atención de la salud para poder tener un mejor control de la glicemia en los paciente que curse con diabetes de tipo 2 para tener mejor control de la enfermedad

La calidad de vida en los pacientes con esta enfermedad degenerativa crónica, tiene una repercusión muy importante, porque desde que es diagnosticada su enfermedad presenta un cambio de conducta de no aceptación, de la enfermedad, los perfiles de la calidad vida en las diferentes áreas muestra estudios que sufre un proceso deterioros gradual y progresivo en relación con el avance paulatino de la cronicidad de la enfermedad.

Dentro de las áreas que tiene mayor repercusión sobresalen la disfunción sexual, que demuestra la presentación de neuropatía autonómica como consecuencia del descontrol metabólico que presentan los pacientes, con la pérdida de la sensibilidad tienen mayor riesgos de sufrir lesiones en los pies, y esto repercuten también en su actividades laborales por lo que el paciente sufre más emocionalmente, que contribuye la disminución de su autoestima y aumenta el riesgo de depresión. El área psicosocial, el deterioro se va traduciendo en los efectos emocionales tales como la depresión, temores y preocupaciones al presentar signos de daños, hace que piense en que el tratamiento no funciona, y esto influye importantemente la calida de vida del paciente ²¹.

La diabetes es una enfermedad crónica, los paciente la mayoría desconoce realmente su enfermedad, sus causas, por lo que la capacidad de llevar una autocuidado adecuado en su persona no tienen, estudios realizados

demonstraron que los pacientes con diabetes de tipo 2 tienen dificultades para seguir sin interrumpir el tratamiento, el esfuerzo de las enfermeras, médico, nutricionista y otros y acudir a su consulta médica con periodicidad no tienen un buen control de su enfermedad. Para poder tener un autocuidado adecuado el paciente debe tener el conocimiento necesario de su enfermedad, responsabilidad de cambiar los hábitos y actitudes, retroalimentación de los signos de de mayor importancia como la hiper-hipoglucemia, las consecuencias a largo tiempo. Por lo tanto los modelos educativos para los paciente diabéticos es insuficiente ya que los cuidados que debe tener no se realiza, por lo que es necesario que el paciente reciba retroalimentación sobre como debe llevar un cuidado adecuado, para tener la capacidad de manejar el padecimiento y disminuir las profundas repercusiones en la totalidad de su vida y la de su familia ²².

La experiencia práctica sugiere la necesidad de cuidar la integridad neuropsiquiátrica de los pacientes diabéticos, y reconocer los factores de riesgo, además de reconocer sus rasgos personales y formar una equipo multidisciplinario para su atención, con el fin de fomentar el autocuidado, el apego al tratamiento y los cuidados preventivos para evitar o retardar la aparición de las complicaciones crónica de la diabetes ²³.

El síndrome depresivo es un padecimiento muy frecuente, y su diagnostico puede se tan sencillo o muy difícil según sus manifestaciones. Para su medición se ha elaborado múltiples escalas de evaluación pero todos son de

origen extranjera, los más conocidos son la escala de Hamilton, la de Zung, la escala de Beck, y la Inventario Multifásico de la personalidad del Minnessota pero en ellas se encuentran preguntas no aplicables en nuestro medio por nuestra cultura^{24 25}

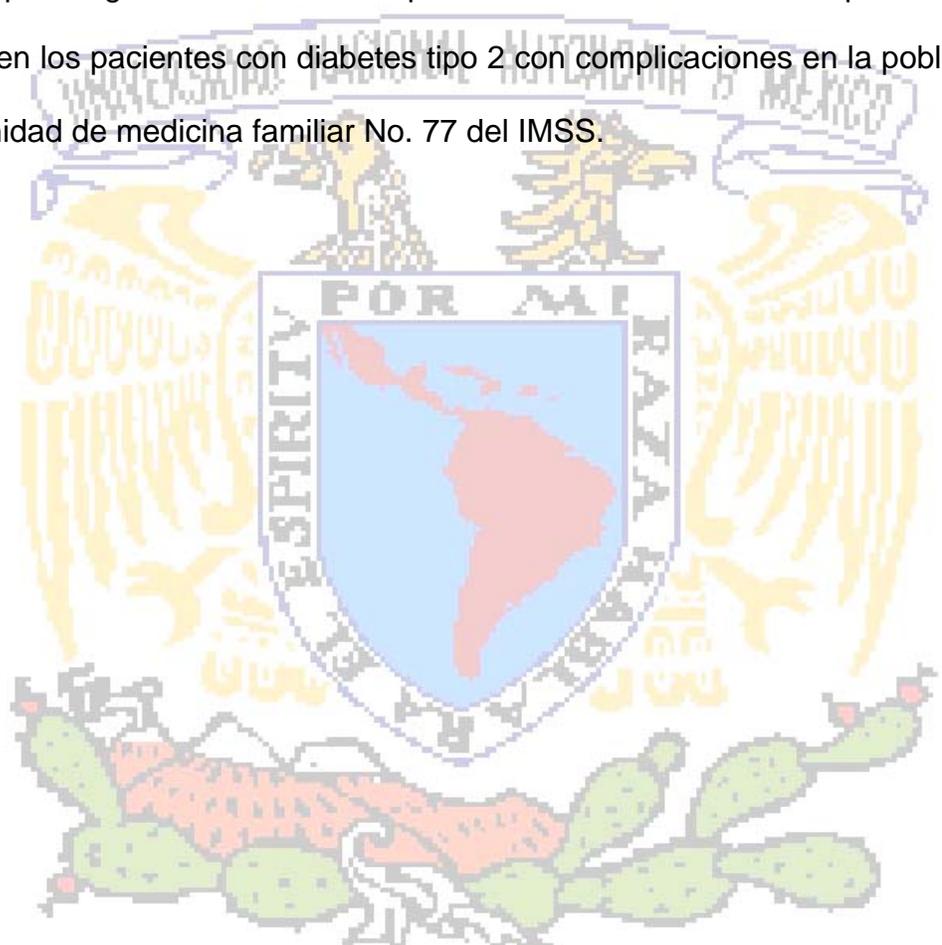
El Dr. Guillermo Calderón Narváez diseñó un cuestionario clínico para el diagnóstico de la depresión en nuestro medio el cual se encuentra validado y que puede ser aplicado en estudios epidemiológicos el cual fue publicado por primera vez en la Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, en 1992 (vol.30, No.5/6 377-380), que consta de 20 reactivos (anexo), la cuantificación de los síntomas puede ser negativa NO o positiva SI y se plantean tres intensidades: POCO, REGULAR, O MUCHO. La calificación es anotándose a cada síntoma la escala del 1 al 4, según su intensidad pudiéndose encontrar obtener un puntaje mínimo de 20 y uno de máximo de 80. los resultados deben valorarse de la siguiente manera.

a. 20 a 35 puntos, corresponden a personas normales. b. 36 a 45 puntos, pueden consentir a un estado de ansiedad, que puede ser originado por la misma aplicación de la encuesta. c. 46 a 65 puntos implican un cuadro depresivo de mediana intensidad. d. 66 a 80 puntos corresponden a un estado depresivo severo.

La valoración del cuestionarios clínico del síndromes depresivo de CALDERON presenta una alta confiabilidad en la población abierta, involucrando sujetos de diferentes niveles de educación y edad. Además es posible confirmar que el formato y la adaptación a la población mexicana es adecuada al medio el cual se utilizó²⁶.

Es evidente que tanto a nivel clínico como de investigación, la creación y validación de instrumento de esta naturaleza ha sido necesaria para la obtención de resultados que proporcionen información acerca de la prevalencia de la depresión en distintas regiones del mundo, con la finalidad de intervenir de manera más adecuada en todo los niveles.

Por lo que elegí este cuestionario para medir el nivel de la depresión que presenten los pacientes con diabetes tipo 2 con complicaciones en la población de la unidad de medicina familiar No. 77 del IMSS.



Planteamiento del problema.

La diabetes Mellitus es una enfermedad crónica y degenerativa de las más antigua y que se puede desarrollar en cualquier etapa de la vida, por un proceso auto inmunitario, asociado a una predisposición genética y ambientales. La prevalencia de DM en México hasta el año 2000, individuos mayores de 20 años era de 7.5%, el 77.3 % ya conocía el diagnóstico y el 22.7% desconocía.

La Diabetes Mellitus se identifica diabetes Mellitus de tipo 1 y tipo 2. El de tipo 1 se presenta entre un 5 a 10 % y la de tipo 2 en un 90%. La OMS considera como el tercer problema de salud pública en el mundo. En 1995 existían 135 millones y para 2025 probablemente se incrementara a 300 millones con un aumento de 120%.

La hiper-glucemia crónica de la diabetes se relaciona con daños a largo plazo, disfunción y falla de varios órganos, especialmente los ojos, riñones y vasculares (micro y macro). Se sabe que las complicaciones a largo plazo de la diabetes Mellitus existe relación con síntomas depresivos, muestra una prevalencia de 15%. El diagnóstico depresivo sigue siendo clínico y se subestima debido a interrogatorio insuficiente, falla en la consulta con un familiar de respaldo. Los síntomas de depresión se toman como criterios la propuesta con DMS IV, donde se detalla la sintomatología de depresión grave (trastorno depresivo mayor), se caracteriza con la presencia de 5 o más síntomas.

Existen instrumentos para evaluar los síntomas depresivos como la del Dr. Calderón para vigilar el cambio de su gravedad. Estudios a diabéticos de recién diagnóstico se encontró una incidencia de depresión similar a la población general, sin embargo con presencia de comorbilidad se incrementó la incidencia de depresión.

Es importante reconocer los síntomas depresivos en pacientes diabéticos bajo tratamiento, debido a la relación con aspecto clínicos. Este estudio se efectúa con el fin la finalidad de determinar si existe si existen descontrol y el grado de

depresión en paciente con complicaciones crónicas en paciente diabéticos de tipo 2. Evaluar el padecimiento de forma adecuada para mejorar la atención y retardar la aparición de las complicaciones.

Es importante el presente por: por lo que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en paciente con complicaciones crónicas de Diabetes Mellitus de tipo 2 en una unidad de Medicina Familiar del IMSS?



JUSTIFICACIÓN

La diabetes Mellitus de tipo 2 es una enfermedad clasificada dentro de las enfermedades crónico-degenerativas, actualmente se ha visto un incremento de casos cada año, por lo que es uno de los principales problemas de salud pública, que tiene una repercusión social importante y económica.

La OMS señala que existe alrededor de 14 millones de personas con diabetes Mellitus en el mundo y se estima que se elevará a unos 300 millones en los próximos 25 años.

En México, la diabetes Mellitus representa uno de los problemas de salud pública, se registra más de 180 mil nuevos casos y aproximadamente 36 mil defunciones. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ocupa el segundo lugar de motivo de consulta en primer nivel, y en primer lugar en la consulta de especialidades, es la causa de de incremento en el otorgamiento de días de incapacidad temporal así como de pensiones invalidez.

Las complicaciones que se presenta en la diabetes de tipo 2 en forma crónica, durante la progresión de la enfermedad la hiper glucemia ha jugado un papel fundamental en el desarrollo de las complicaciones crónicas, esto se ha comprobado mediante las investigaciones que el aumento de la glucemia y la presencia de complicaciones.

Las principales complicaciones que se han detectado son: oftalmológicas, la retinopatía diabética, renal la nefropatía, neurológicas la neuropatía con múltiples manifestaciones, la enfermedad macro vascular con todas sus manifestaciones, como enfermedad cerebro vascular, enfermedad coronaria,



enfermedad vascular periférica, las alteraciones metabólicas asociada como las dislipidemias, pie diabético, descompensaciones.

Es muy importante señalar que no existen sistemas u órgano del cuerpo que no se afecte por este problema de la hiper glucemia, pero no solo afecta daño físico es muy importante señalar que tiene una afección también afecta el estado emocional como la depresión.

Por lo tanto el presente estudio tiene el propósito de investigar e indagar sobre la frecuencia que se presenta el estado depresivo en los pacientes con diabetes Mellitus de tipo 2 que presenten alguna complicación crónica de la patología, sin importar el tiempo de evolución a todo los pacientes que este adscrito en esta unidad de medicina familiar No. 77 del primer nivel del IMSS. Área que no se ha abordado de forma relevante en esta población de los resultados obtenidos podrían surgir un modelo de tratamiento en forma bio-psicosocial e integral a todos estos pacientes y así poder tener un mejor control de su glucemia y así disminuir retardar la aparición de las complicaciones que se presentan por su descontrol, disminuir el alto costo económico que ocasionan para la institución para el control y el manejo de las complicaciones así como los gastos de pago de pensiones que representan o nuevos temas que puedan establecer premisa política de salud para mejor control, y mayor prevención de los daños ocasionado por la diabetes de tipo 2 que beneficiara a todo los derecho-habientes de esta unidad y reducir el gran costo económico a la institución por los grandes problemas que ocasiona en etapa reproductiva, incapacidad prolongadas o invalidez.

OBJETIVOS

Generales

Determinar la frecuencia de Depresión en los pacientes con complicaciones de la diabetes Mellitus tipo 2 en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No77 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Específicos.

1. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 con retinopatía diabética,
2. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 con nefropatía,
3. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 con neuropatía Diabética.
4. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 con pie diabético.
5. Determinar la presencia por género de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2
6. Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 por edad y tiempo de evolución de la enfermedad.

Hipótesis.

No es necesaria ya que es un estudio prospectivo.

METODOLOGÍA SUJETOS

MATERIAL Y METODOS

Diseño.

- a). Observacional. Por la participación del investigados.
- b). Descriptivo. Por la narración del evento.
- c). prospectivo. En relación con el tiempo.
- d). Transversal. Por la aplicación de la medición

Características del lugar donde se realizo el estudio.

En el servicio de consulta externa de la unidad de medicina familiar No 77 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la zona oriente del estado de México.

Población de estudio:

Pacientes diabéticos tipo 2 que acudan a su consulta mensual y curse con complicaciones crónicas de la unidad de medicina familiar numero 77 del IMSS. Mayores de 40 años, elegidos al azar que acude a control y tratamiento durante el 1 de septiembre del 2007 al 28 de febrero del 2008.

Instalaciones de la UMF No. 77 del IMSS.

Instrumento de Medición Cuestionario Clínico para diagnosticar la depresión validada en México.

Grupo de estudio

- Pacientes con diabetes Mellitus de tipo 2 adscrito en consulta externa de la UMF 77 del IMSS.
- Ambos géneros.
- Que curse con complicaciones de la diabetes Mellitus tipo 2: retinopatía, nefropatía, neuropatías, micro y microangiopatía.

Tamaño de la muestra

Pacientes seleccionados al azar que acudan a su cita mensual de control de diabetes Mellitus tipo 2

Por medio de un Censo, muestra no Probabilística, por conveniencia sin reemplazo en un lapso de tiempo determinado que correspondió a seis meses, iniciando el 01 de septiembre del 2007 al 28 de febrero del 2008.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

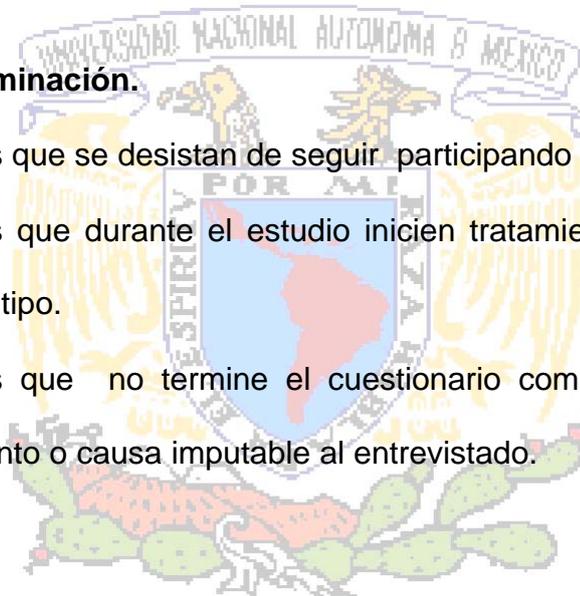
- Paciente que curse con diabetes de tipo 2 con complicaciones crónicas.
- Ambos géneros. mayores de 40 años
- Pacientes que acepten participar en el estudio.
- Pacientes diabéticos adscritos a la U.M.F. 77 de más 10 años de evolución de padecer la enfermedad.
- Que sepa leer y escribir.
- Que acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Pacientes diabéticos que no cursen con complicaciones.
- Los pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes con Diabetes tipo 1
- Pacientes con diabetes del embarazo.
- Paciente que curse la diabetes menor de 10 años.
- Paciente menores de 40 años.
- Pacientes que no acepten y firmen el consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- Pacientes que se desistan de seguir participando en el estudio.
- Pacientes que durante el estudio inicien tratamiento psiquiátrico de cualquier tipo.
- Pacientes que no termine el cuestionario completo por decisión, fallecimiento o causa imputable al entrevistado.



Definición de variables:

Variable independiente	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variables	Escala de medición
Complicaciones de la Diabetes Mellitus tipo 2 Neuropatía:	Es la disfunción del nervio periférico, clínica o subclínica observada en un diabético	Disfunción somatosensorial periférica al examen de filamento por dermatoma.	Cualitativa y ordinal	Disminución de sensibilidad al examen del filamento por dermatoma.
Nefropatía	la presencia de proteinuria persistente (excreción de proteínas enteras por la orina de 500 miligramos en un día , o excreción de albúmina en la orina de 300 miligramos en un día) en la orina de pacientes con diabetes	Pacientes ya diagnosticados y que cumpla criterios de nefropatía diabéticas	Cualitativa y ordinal	Que cumpla los criterios de proteinuria y elevación de azoados.
Retinopatía,	La retinopatía diabética es una complicación ocular de la diabetes, causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina del fondo	Paciente ya valorados que presente daños vasculares en la retina	Cualitativa y ordinal	Que cumplan los criterios de retinopatía y con disminución de agudeza visual
neuropatía,	Es la disfunción del nervio periférica ocasionado por hiper glucemia persistente de la diabetes	Paciente con sensación de hormigueo, disminución de la sensibilidad de los miembros.	Cualitativa y ordinal.	Paciente que presente los síntomas de hipoestesia periférica.
pie diabético	Todas lesiones que aparecen en las extremidades inferiores; sin en pacientes diabéticos	Paciente que presentes úlceras en los pies	Cualitativa y ordinal	Paciente que alguna lesión en pies con diabetes mellitus.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Edad que representa una persona de acuerdo a los años desde su nacimiento.	Cualitativa ordinal y	Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana: En años
Género	Es el conjunto de características culturales o de valores atribuidos a una persona según su sexo	Se refiere a los dos sexos, masculino y femenino,	Cualitativa ordinal y	El género dice que ser hombre o mujer está determinado biológicamente (de sexo)
Tiempo de evolución	Tiempo que dura algo o que transcurre entre su principio y su fin:	Tiempo que tarda del inicio, duración y terminación de una cosa	Cualitativa ordinal y	A través de años, meses y días
microangiopatía	Lesiones ocasionadas en arteriolas y capilares.	Lesiones ocasionadas por la hiperglucemia	Cualitativa ordinal y	Alteraciones dermatológicas en regiones distales
macroangiopatía	Enfermedad de los vasos sanguíneos (arterias, venas y capilares)	Lesiones ocasionadas por la hiperglucemia de larga evolución	Cualitativa ordinal y	Edema y alteraciones dermatológica en regiones distales

Variable	Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Indicadores
Depresión	Cualitativa ordinal	Es una enfermedad que afecta al estado de ánimo y a la manera de pensar y de concebir la realidad el ciclo normal del sueño-vigilia y alimentos. Los sentimientos de depresión se describe, tristeza, melancólica, infeliz, miserable, derrumbada, baja estima, ira, frustración.	Todo paciente que manifieste mayor de 45 puntos del cuestionario para diagnóstico de depresión del Dr. Calderón Narváez.	Test de Guillermo Calderón Narváez para diagnóstico de síndrome depresivo.	Escala de: 25 a 35 normal 36 a 45 leve. 46 a 65 moderada. 65 a 80 grave.

PROCEDIMIENTO

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO.

El estudio investiga la frecuencia que se presenta la depresión en los pacientes que curse con diabetes de tipo 2 con complicaciones, en los pacientes adscritos en la consulta externa de la unidad medicina familiar No. 77 del IMSS.

Se realizará la búsqueda de expedientes por medio del sistema ARIMAC identificando todos los pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus con alguna complicación, posteriormente a seleccionar los casos a estudiar.

1. Con el apoyo de las asistentes médicas se localizarán los expedientes.
2. Se solicitará al servicio de trabajo social que localice y cite a los pacientes un día y hora específico en el aula 1 para aplicación de cuestionarios y evaluación clínica
3. La aplicación de los instrumentos será por medio de cuestionario y exploración clínica previo llenado del consentimiento informado.
4. Los datos obtenidos se captarán en una base de datos computacional en programa SPSS y se revisarán periódicamente para evaluar la calidad de la captura de los datos.
5. Con los resultados obtenidos se realizará la discusión correspondiente y se redactará el escrito para su posible publicación.

RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.

RECURSO HUMANO.

A).- Médico; Alumno del curso de medicina familiar semipresencial de la UMF 77 del IMSS.

B).- Asesor Metodológico.

Médico familiar de base de UMF 92 turno matutino y profesor titular del curso

RECURSOS MATERIALES.

a).- Computadora personal con procesador intel celerón XP.

b).- Paquete estadístico programa SPSS versión 12.

c).- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar en estudio.

e).- Material de papelería; hojas, lápices, bolígrafo, etc.

RECURSOS FINANCIEROS.

a).- El IMSS cuenta con los recursos físicos y humano para la realización del presente proyecto. Los recursos de papelería serán costeados por el investigador principal. No requiere donación adicional para su realización.

b).- Se cuenta con suficientes pacientes para completar el estudio programado.

c).- La investigación será con el financiamiento del a

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.

ACTIVIDAD	2007-2008											
	mar	abr	may	jun	jul	ago	sep	oct	nov	dic	ene	feb
a).-Revisión de la literatura	X	X	X	X	X	X						
b).- realización del protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
c).-Presentación y aprobación por comité de investigación en Salud 1401							X	X				
d).-Muestreo y recopilación de datos							X	X	X	X	X	X
e).-análisis de resultados								X				
f).- redacción de escrito médico	xx							X				
g).- envío para su publicación												X

ANALISIS DE DATOS

Con los datos obtenidos se procederá a realizar el análisis estadístico correspondiente de acuerdo a las variables identificadas. Se utilizó pruebas estadísticas paramétricas y no paramétricas, medidas de tendencia central: Para las variables universales, media, moda y mediana



FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

El presente estudio se realizará respetando la Ley General de Salud, en sus artículos 16 a 21 y apegándose a las normas en investigación para el Instituto Mexicano del Seguro Social, respetando la individualidad de cada participante. El proyecto de investigación se considera con riesgo menor al mínimo, por tratarse de la evaluación de expedientes clínicos y recolecta de datos necesario sobre depresión con complicaciones en pacientes con diabetes de tipo 2, y por otra parte la aplicación de una encuesta a los pacientes con este problema, de la consulta externa de la UMF 77 del IMSS; aunado a que contará con consentimiento bajo información. (Anexo 1)

El estudio es factible ya que se cuenta con pacientes de programa para diabetes dentro de la consulta externa de medicina familiar. Los costos de la papelería demás implementos que se requieran durante el estudio, serán por cuenta del investigador principal.

Se respetara la individualidad de los pacientes ya que los cuestionarios serán manejados de manera ética, con responsabilidad, confidencial, respetando la individualidad de los pacientes y con el consentimiento informado previo al mismo. No se influirá sobre la manera de pensar de los pacientes que acepten participar en el estudio.

Los resultados de los estudios solo serán evaluados por el comité local de investigación 1401, el investigador principal, los asesores y los resultados del estudio en caso podrán ser publicados en revista científica de manera ética, profesional y confidencial, guardando el anonimato de todos y cada uno de los pacientes que acepten participar en el presente estudio.

RESULTADOS

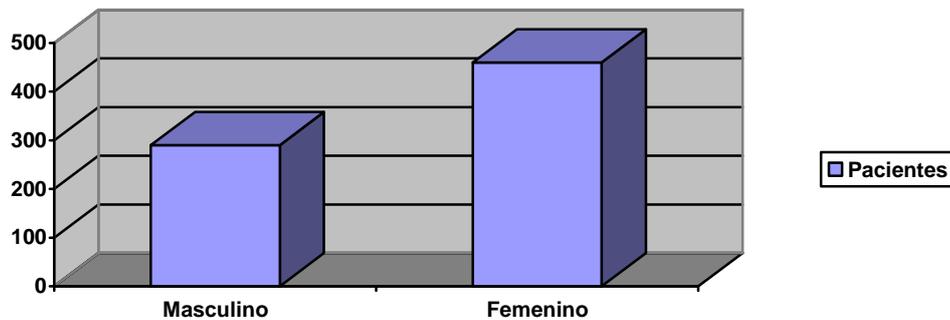
DEPRESION EN PACIENTE DIABÉTICOS DE TIPO 2 CON COMPLICACIONES:

RESULTADOS POR GÉNERO

El resultado de nuestro estudio se encuestaron 730 pacientes de los cuales pertenecieron un total de 460 pacientes del sexo femenino la cual respondió un 73.01%, y 290 del sexo masculino con un 39.72% del total de paciente encuestados con cierto predominio del sexo femenino.(Gráfica e ilustración 1)

	masculino	femenino
total	290	460
porcentaje	39.72%	73.01%

Total de paciente por género



Grafica 1 total de pacientes

El total de pacientes estudiados fue 290 de sexo masculino y 460 de sexo femenino, muestra la gráfica un predominio casi de 2 a 1 de sexo femenino

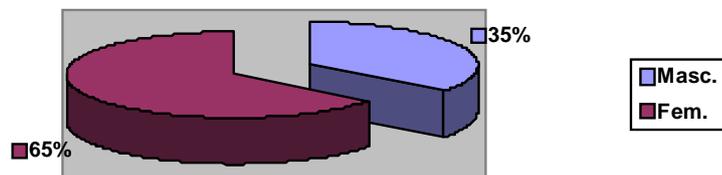


Ilustración 1 por género

El total de paciente en estudio el cual se encontró con un 65% corresponde al sexo femenino y un 35% de sexo masculino con un predominio de sexo

Complicaciones crónicas de diabetes Mellitus tipo 2

Nuestro estudio se detectó que de los 730 pacientes se encontró con un 53.42% con retinopatía, un 9.58% con pie diabético, 30.13% con nefropatía y 100% presentan neuropatía, por lo que se aprecia el 100% de los pacientes con más de 10 años de evolución se presenta con neuropatía y en segundo lugar se observó con retinopatía, como tercer lugar las nefropatías y con menor frecuencia el pie diabético (Gráfica 1). El porcentaje que representa cada uno (Gráfica 2)

Retinopatía	Pie diabético	Nefropatía	Neuropatía
390	70	220	730
53.42%	9.58%	30.13%	100%

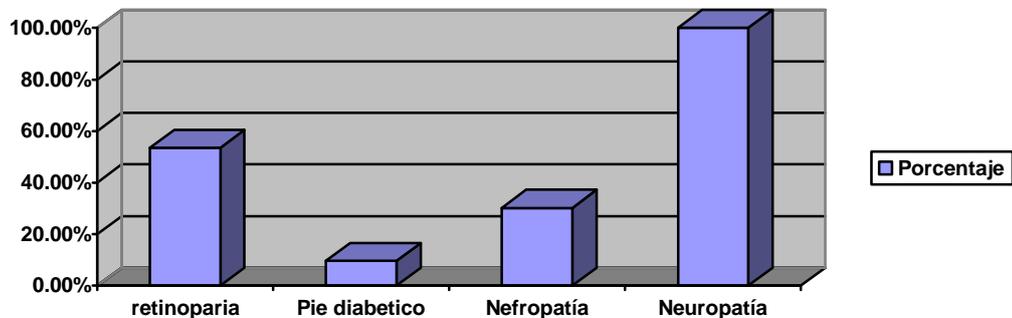


Ilustración 1 Porcentaje de las complicaciones



Ilustración 2 total de complicación es encontrado

Del total de los pacientes encuestados que fue de 730, encontramos que 260, que corresponde al 35.61% se consideran en la escala de medición de acuerdo al Test de Guillermo Calderón Narváez dentro de la normalidad.

RESULTADOS

DEPRESIÓN EN DIABETICOS DE TIPO 2 CON COMPLICACIONES

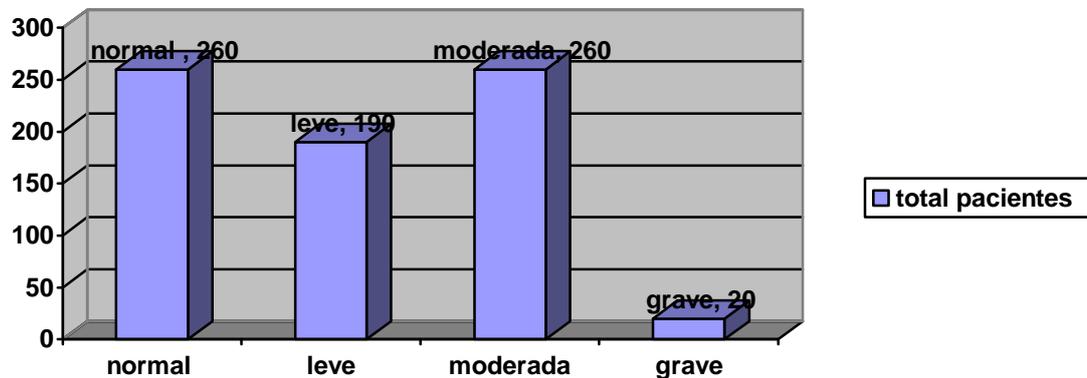
El 26.02% que corresponde a 190 pacientes del total de los encuestados (730) se encuentra en el Rango de Depresión Leve.

El 35.61% que corresponde a 260 pacientes del total de los encuestados (730) se encuentra en el Rango de Depresión Moderada.

Finalmente el 2.73% que corresponde a 20 pacientes del total de los encuestados (730) se encuentra en el Rango de Depresión Grave.

DEPRESIÓN EN DIABETICOS DE TIPO 2 CON COMPLICACIONES				
NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA	TOTAL
260	190	260	20	730
35.61%%	26.02%	35.61%	2.73%	100%

Tabla de resultados de grados de depresión y los porcentajes que presenta cada nivel y el total de los pacientes que se estudiaron.



Gráfica 1 niveles de depresión y total de casos

Se encontró 3 grados de depresión en 190 pacientes con depresión leve, 260 pacientes con depresión moderada y 20 pacientes con depresión grave y el resto sin depresión que fue de 260 pacientes.

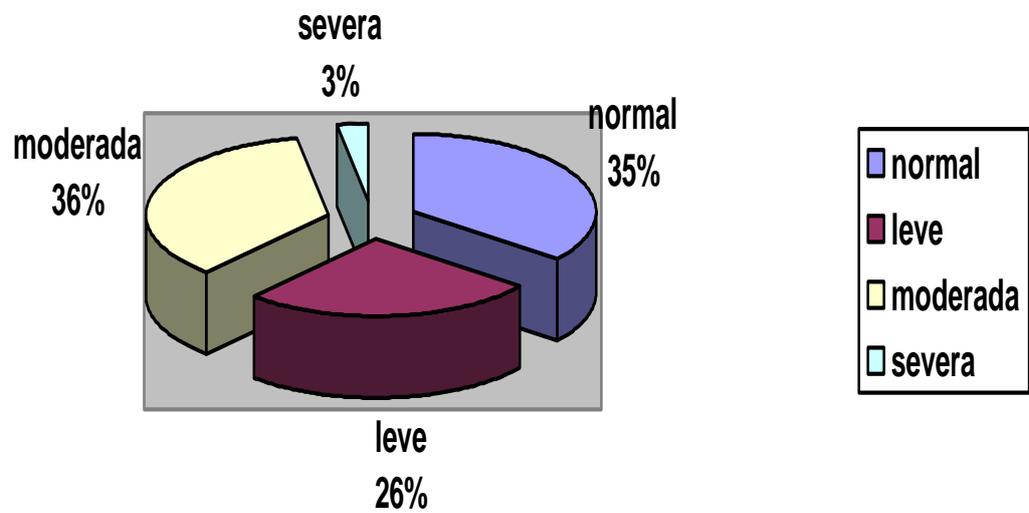
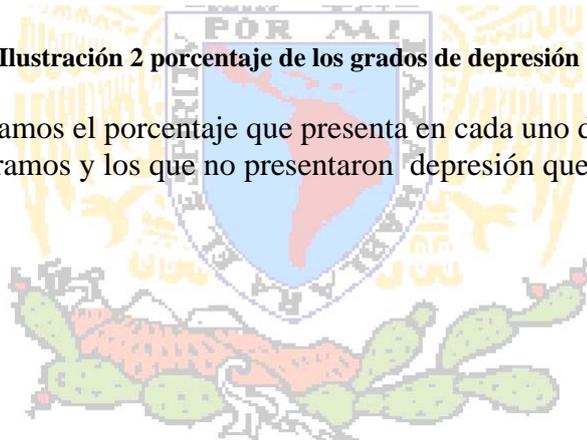


Ilustración 2 porcentaje de los grados de depresión

En esta gráfica apreciamos el porcentaje que presenta en cada uno de los grados de depresión que encontramos y los que no presentaron depresión que se considera normal



TOTAL DE PACIENTES POR GRUPOS ETAREOS

En la tabla siguiente se señalan los grupos etáreos de 40 a 49 años, de 50 a 59 años, y mayores de 60 años, el total y los niveles de depresión que se encontraron en cada grupo (Gráfica 1) y el porcentaje que presentaron de límites normales, depresión leve, moderada y grave en la gráfica 2

TOTAL DE PACIENTES POR GRUPOS ETAREOS								
	Pacientes normales		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión severa	
	Total	%	total	%	total	%	total	%
40 a 49 años	50	19.24%	30	4.10%				
50 a 59 años	110	15.06%	40	5.47%	70	9.58%		
mayores de 60	100	13.69%	120	16.43%	190	26.02%	20	2.73%

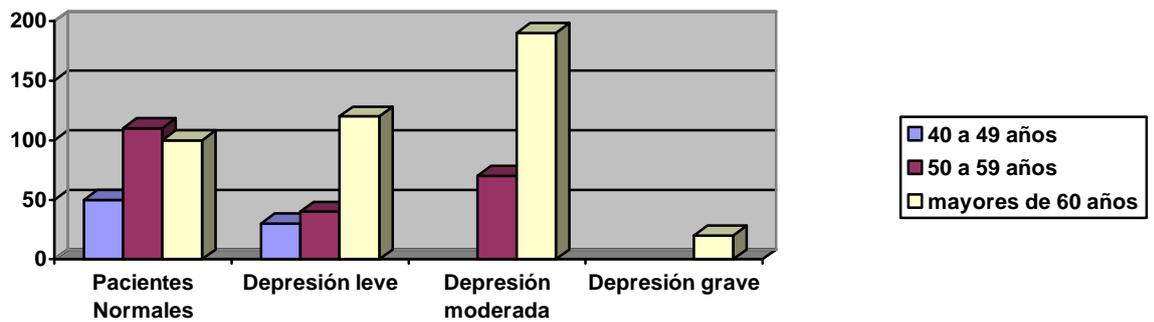


Ilustración 1 niveles de depresión por grupos etáreos

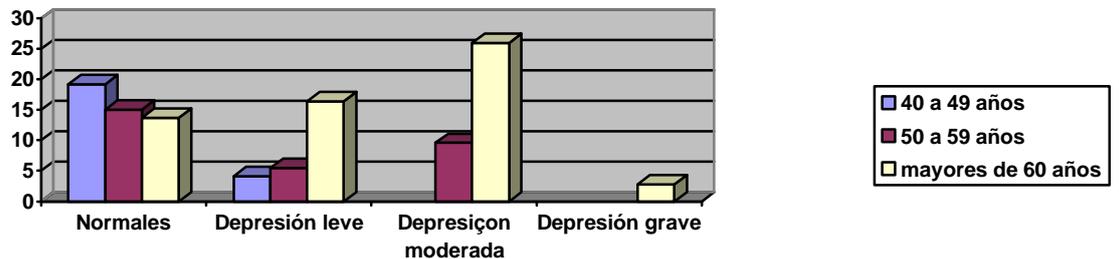


Ilustración 2 porcentaje por grupos etáreos y grados de depresión

El porcentaje que represento por grupo etáreos los que respondieron como normales de 40 a 49 años fue de 19.24%, de 50 a 59 años 15.06%, mayores 60 años 13.69%, los de casos de depresión leve el 40 a 49 años 4.10%, de 50 a 59 años el 5.47%, mayores de 60

años 16.43%, en depresión moderada de 50 a 59 años el 9.58%, mayores de 60 26.02% y con depresión grave el 2.73% en paciente mayores de 60 años

Resultados por años de evolución de la enfermedad

En cuánto a años de evolución de la enfermedad encontramos una edad media de 19.67 años, con una moda de 10, mediana de 10 para fines de nuestro estudio se dividido en grupo de 4 años, de los 730 pacientes estudiados el grupo mayoritario fue de 10 a 13 años que correspondió a 400 pacientes (54.79%) y de 14 a 17 años fue de 180 pacientes (25.65%), y de 18 a 20 años fue 140 pacientes (19.17%) y mayores de 21 años fueron 10 paciente (1.36%). Lo cual representa en la grafica

años de evolución de la enfermedad

	10 a 13 años	14-17 años	18-20 años	mas de 21 años
total	400	180	140	10
porcentajes	54.79%	25.65%	19.17%	1.36%

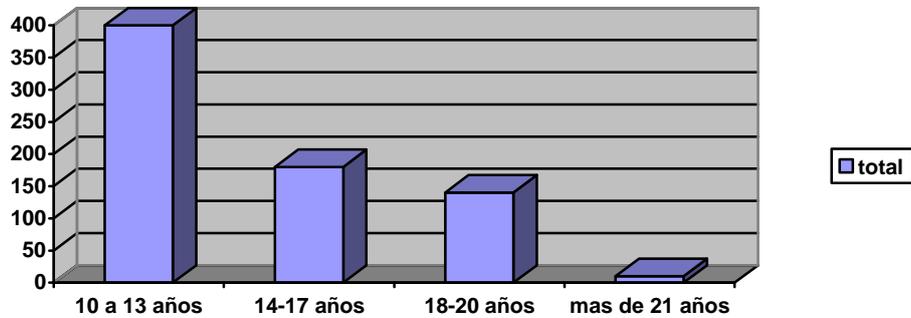


Ilustración 3 grupos etáreos de evolución

En esta grafica encontramos que existe un predominio de pacientes de 10 a 13 años de evolución de la diabetes y de menor cantidad en mayores de 21 años.

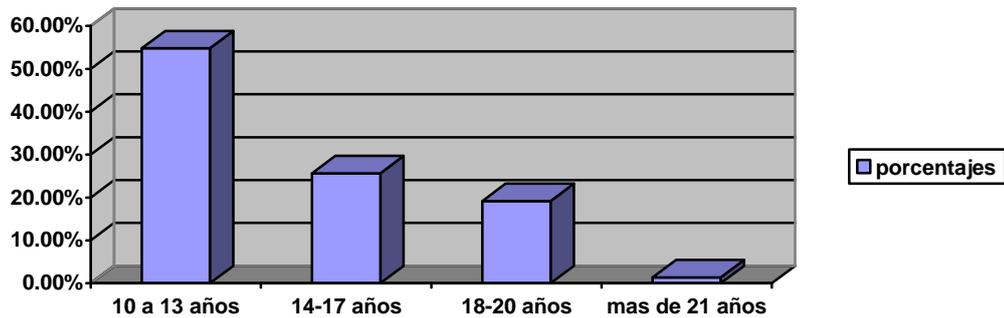


Ilustración 4 porcentajes por años de evolución

El mayor porcentaje se presenta en la de 10 a 13 años de evolución de la enfermedad de diabetes Mellitus de tipo 2 como demuestra esta gráfica.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue medir la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 con complicaciones mediante el cuestionario clínico para medir la depresión del Dr. Guillermo Calderón Narváez. Los datos muestran un alto porcentaje de deterioro depresivo en los participantes la cual resulta con un 26.02% con depresión leve, 35.61% depresión moderada y un 2.73% con depresión grave. Estas cifras son altas y la mayoría de los Médicos Familiares de primer nivel no detecta o no son manifestados por el paciente.

Los pacientes más afectados encontramos en los grados de depresión más afectada es la depresión moderada con un 35.61% con predominio de pacientes de la tercera edad con un 26.02%, con un predominio del sexo femenino con un 73.01%, mientras que en el hombres con un 39.72%, en los casos de depresión leve encontramos un 26.02% y en la depresión severa solo encontramos 2.73%.

Los resultados son muy similares los estudios efectuados por Colunga-Rodríguez⁴ en donde sin duda las modificaciones el nivel de control metabólico se relaciona con la aparición de las complicaciones crónicas de la diabetes, cuyos dominios incluyen conductas y preferencias con la alimentación, actividad física, responsabilidad de la salud. Incluye las formas de afrontamiento cognoscitivo y patrones estresantes como la enfermedad crónica, por lo que la aplicación de medidas preventivas para disminuir o retardar la aparición de las complicaciones, se debe incluir el manejo emocional, como lo menciona Franciosi²⁷, entre las conductas que el paciente debe adoptar para su autocontrol-monitorear el nivel glucémico tienen relación importante con niveles mayores de estrés, preocupaciones y síntomas depresivos. A mayor sentido de autoeficacia ante la diabetes, disminuye el nivel de depresión y ansiedad, por lo que hay que concientizar a las personas de su enfermedad a responsabilizarse. Por lo tanto el tratamiento de la diabetes recae a toda la familia y el individuo, una misión difícil de lograr, por el entorno social, cambios del estilo de vida, confrontaciones inadecuadas de problemas emocionales que acompaña a la diabetes, son barreras de ineficaces, asimismo, los sentimientos de culpa, enojo, resentimiento, miedo y

tristeza, interfieren en el buen control de la diabetes propiciando las complicaciones crónicas.

En relación a la edad, existe una tendencia a pensar en que las personas después de los 50 años, tienden a deprimirse por razones psico-sociales variadas, algunas relacionadas con su estado de salud o por condiciones económicas o familiares adversas, sin embargo estudios señalan que en los adolescentes también se deprimen y encuentran a la diabetes difícil de manejar por lo que Kovacs señala que existe mayor depresión y ansiedad generalizada en pacientes con diabetes ²⁸. Anderson señalan que la depresión en personas con diabetes es el doble que quien no la tiene y no difiere por circunstancias como sexo o tipo de diabetes. Este último dato es contrario a lo encontrado por nosotros, ya que sí identificamos diferencia por sexo, afectando más a las mujeres quienes presentan más riesgo de depresión en una proporción 2 a 1 en relación a los hombres, se acentúa más con complicaciones. Esto apoya el estudio que se realizó en Guadalajara por Daniulaytité en donde encontró que la mujer²⁹ tiene mejor autocuidado que los hombres, la cual se puede relacionarse a mayor depresión.

Se requiere más que un enfoque multidisciplinario, una tendencia a la transdisciplinaria, lo cual parece lejano en nuestra unidad de medicina familiar, debido a que no existen en esta clínica, profesionales de la psicología, que lleve a práctica estrategias de evaluación, intervención y seguimiento, en pacientes deprimidos en pro de una atención integral, y aunque en el IMSS, se reconoce la importancia de la atención psicológica y psiquiátrica, se ubican en segundo y tercer nivel de atención, con cobertura y resulta insuficiente para atender a toda la población que necesite esta especialidad. Se deben de desarrollar estrategias eficientes para la atención a todos los pacientes de mayor riesgo, de acuerdo al presente estudio es de 2 a 1, además se debe de detectar de forma temprana los síntomas de depresión para ser canalizado al servicio especializado para la prescripción de terapia farmacológica complementaria ya que existe elemento para pensar que algunos pacientes presentan desajustes bioquímicos.

Por otra parte, con fines preventivos, es necesario seguir orientando los esfuerzos hacia la investigación para buscar los factores psico-afectivos, elementos de riesgo



para diabetes, ya que existen ideas que la depresión se puede acentuar cuando se presentan complicaciones crónicas.

Podremos concluir que la frecuencia de depresión en nuestra unidad fue de 64.36% más frecuente en mujeres que en el hombres (2:1). El grupo de edad más afectada es de 50 a 59 años, sin embargo, la edad no muestra asociación entre las personas deprimidas por las complicaciones crónicas, tiempo de evolución ya que presenta diferentes niveles de depresión.



CONCLUSIONES

1. Se cumplieron los objetivos el presente estudio, ya que se logró identificar el objetivo general que fue determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos de tipo 2 con complicaciones en la unidad medica No. 77 del IMSS.
2. Se determinó la frecuencia de depresión en pacientes con complicaciones de retinopatía diabética.
3. Se determinó la frecuencia de depresión en pacientes con nefropatía diabética crónica.
4. Se logro determinar la depresión en pacientes con neuropatía periférica diabética.
5. Se comprobó la existencia de depresión en pacientes con pie diabético.
6. Se logro el orden de Género, estableciendo que el sexo femenino tiene mayor depresión que el sexo masculino.
7. Se logró determinar la presencia de depresión por grupos etáreos, edad, y el tiempo de evolución de la enfermedad.
8. Se estableció que los factores relacionados con los objetivos específicos juegan un importante rol de la vida del paciente, principalmente para su buen control glucémico ya que su descontrol metabólico se implica como factor principal para el desarrollo de las complicaciones de manera precoz, por lo que puede ser causa de disfunción familiar y el descontrol de la homeostasis de la misma.
9. Los objetivos y propósitos de nuestro estudio fueron cumplidos de una manera total.

Propuesta de trabajo

Por lo anterior se propone:

- I. Que todos los pacientes diabéticos de tipo 2 deberán ser estudiados de una manera integral (bio-psico-social) y no de forma individual.
- II. La valoración de las complicaciones crónicas de la diabetes, se deben de detectar de una manera temprana, como parte de la atención del primer nivel por el medico familiar.
- III. Se debe de concientizar al paciente de los cuidados e integrar a grupo de ayuda (SODHI) de una manera constante, realizar programas educativos para que el paciente tenga conocimiento de su enfermedad y de las probables complicaciones que pueden presentar al no tener un buen control de la glucosa.
- IV. Aplicar programas de actividades físicas como parte de su atención, para mejorar en buen estado físico, cardio-vascular, y así retardar la aparición de las complicaciones crónicas de la diabetes de tipo 2.
- V. Fomentar programas para mejorar el conocimiento del medico familiar, con capacitación que permitan detectar precozmente los síntomas iniciales de la depresión.
- VI. Fomentar programas donde participe el núcleo familiar para que tengan un buen conocimiento del padecimiento y así permitir la integración completa del paciente y mantener el buen funcionamiento de forma integral a la familia.
- VII. Es muy importante tratar de conformar un buen equipo multidisciplinario que involucra la atención del paciente diabético como enfermeras, psicólogos, psiquiatras, médicos internistas, nefrólogos, trabajo social, oftalmólogos, comandados por el médico familiar, ya que es el único médico que brinda una atención de forma integral, bio-psico-social y familiar para tener un buen control metabólico de sus pacientes, que es el principal factor que ocasiona la aparición de las complicaciones crónicas de este padecimiento.

BIBLIOGRAFIA.

1. De los Ríos JL. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatías. Rev. Med. IMSS 2204; 42 (5): 379-385.
2. Hernández Arizpe ML. La problemática actual sobre la diabetes mellitus. Revista de facultad de Salud Pública y Nutrición. Volumen 7 No.3 Julio-Septiembre 2006.
3. Médicos Generales Colombianos. Guía de atención de la diabetes mellitus tipo II. Número 00412 de 2000. 1-26.
4. Colunga-Rodríguez C. García de Alba JE. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, México 2005. Rev. Salud Pública. 10 (1):137-149, 2008.
5. Alpizar SM, PizañaBJA, Zarate AA. La diabetes mellitus en el adulto mayor. Rev. Med. IMSS 1999,37(2):117-125.
6. Robles SL. ¿Cómo explicar el sufrimiento de las personas a causa de la enfermedad? Investigación en salud 1999; 3:205-212.
7. Repáraz Asensio L. Sánchez García-Cervigón P. El pie diabético. An Med. Interna (Madrid) 2004: 21 417-419.
8. González Expósito A. Carballoza Peña E. González Rodríguez D. Morbilidad por el síndrome de pie diabético. Rev. Cubana Angiol y Cir Vasc 2003;4
9. González A. Carballoza Peña E. Morbilidad por el síndrome de pie diabético. Rev. Cubana Angiol y Cir. Vasc 2003;4
10. Montes SV. Saucedo MA. Wojtownik TR Wilka NN. Retinopatía Diabética: revisión. Revista de postgrado de la vía Cátedra de Medicina. No. 179-Marzo 2008.
11. V.L. y Urcuyo BM. Análisis epidemiológico del incremento de insuficiencia renal terminal asociada a diabetes mellitus tipo 2 Nefrología. Vol XX suplemento 5. 2000.
12. Vileikyte L. impacto psicosocial de las lesiones de pie diabético. Diabetes Veice Noviembre 2005 volumen 50 Número especial.
13. Valle Fernández J. depresión con ansiedad Rev. Salud global año II. Número 3.2002
14. Peralta V. Cuesta MJ. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. Rev. Anales volumen 25 suplemento 3: 1-18; 2007.
15. American Psychiatric Associaton (1995) DSM IV Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Barcelona : Basson.
16. Serrano F. Depresión en enfermedad Médicas Rev. Anales.vol.25 suplemento 3: 1-16;2007.
17. Bello M. Puentes Rosas E. Medina MoraME. Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Méx. 2005;47 supl 1:54-511.

18. Cueva Arana V. Mejia Mejia J. Luenga Vlaverde HD. Salinas Sandoval O. Complicaciones del pie diabético. Rev. IMSS 2003; 41 (2): 97-104.
19. Bustos Saldaña R. Busto Mora A. Busto Mora R. Solis Ruiz MA. Chavez-Chavez MA Aguilar-Nuñez LM. Control de la glucemia en diabéticos de tipo 2. Rev Med IMSS 2005; 43(5): 393-399.
20. Del Rios Castillo JL. Sánchez Sosa JJ. Barrios Santiago P. Guerrero Sustaita V. Calidad de vida en pacientes con diabetes melñlitus de tipo 2. Re med IMSS 2004; 42 (2) :109-116.
21. Gallego EC. Cárdenas VM. Salas MT. Capacidad de autocuidado del adulto con diabetes de tipo 2. Rev. Subsecretaría de Investigación de la secretaria de postgrado de la facultad de Enfermería de la U.A.N.L septiembre 1999.
22. Escobedo Lugo C. Días García NA. Lozano Nuevo JJ. Rubio Guerra AF. Valeria Gutierrez G. descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabético de tipo 2 de recién diagnóstico. Med Int de Méx. 2007; 23 (5): 385-290.
23. Calderón N:G (1990): Depresión causas, manifestaciones y tratamiento. Trilla, Mexico.
24. Hamilton, M (1960) "A ratings cale for depression" J Nurol Neurosurg.- 23:5667.
25. Zung, W.K (1965): "A self-rating depression scale" Arch. Gen Psychiat.12:67-74.
26. Calderón NG (1992). "Cuestionario Clínico para el Diagnóstico de los cuadros depresivos". Rev. Med. IMSS (México), 30: 377-380
27. Franciosi M, Pellegrini F, De Belfiglio M, Cavaliere D, Di Nardo B, et al. TheImpact of Blood Glucose Self-Monitoring on Metabolic Control and Quality of Life in Typo 2 Diabetic Patient. An need fot better educational strategies. Diabetes Care 2001; 24: 1870-1877.
28. Korvac M, Goldston, Obrosky DS, Bonar LK. Psychiatric disorden in youths With IDDM: rates and risk factors. Diabetes Care 1997; 20(1); 36-44.
29. Grey M, Boland E, Yu C, Sullivan BS, Tamborlane W. Personal and family factors associated with qualy de life in adolescents with diabets Care 1998;21:909-914.



ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:

Depresión en los pacientes con complicaciones de diabetes Mellitus tipo 2 en una Unidad Médica del IMSS, Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud 1401 ubicado en el Hospital General Regional 196 del IMSS en Ecatepec, Estado de México.

El **objetivo** de este estudio es realizar una investigación clínica, indagar sobre la frecuencia de la depresión en los pacientes con diabetes Mellitus de tipo 2 que presente con complicaciones crónica en la consulta externa de la unidad de medicina familiar No. 77 del IMSS

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

Al participar en el estudio no tiene riesgo para mi salud. Si pertenezco al grupo de estudio, mi participación consistirá en apoyar al médico familiar que realizara el estudio respondiendo adecuadamente el cuestionario que me proporcionará en los momentos que el desee.

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

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración del presente estudio puede comunicarse al Teléfono 55 3466 2304 con el Dr. Magdaleno Vázquez Apolinar.

Ecatepec, Edo. De México, a _____ de _____ del 2007.

Nombre y firma del entrevistado

Nombre y firma de un testigo

Nombre firma de un testigo

Dr. Magdaleno Vázquez Apolinar
Investigador principal.

Anexo 2

CUESTIONARIO PARA DIAGNOSTICO DEL SÍNDROME DEPRESIVO

DR. GULLERMO CALDERON NARVAEZ

Lea cuidadosamente y marque una X la respuesta que usted crea que se relaciona con su estado de ánimo en los últimos meses hasta la fecha en las siguientes preguntas.

1.- ¿Se siente triste o afligido?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

2.- ¿Llora o tiene ganas de llorar?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

3.- ¿Duerme mal de noche?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

4.- ¿En la mañana se siente peor?

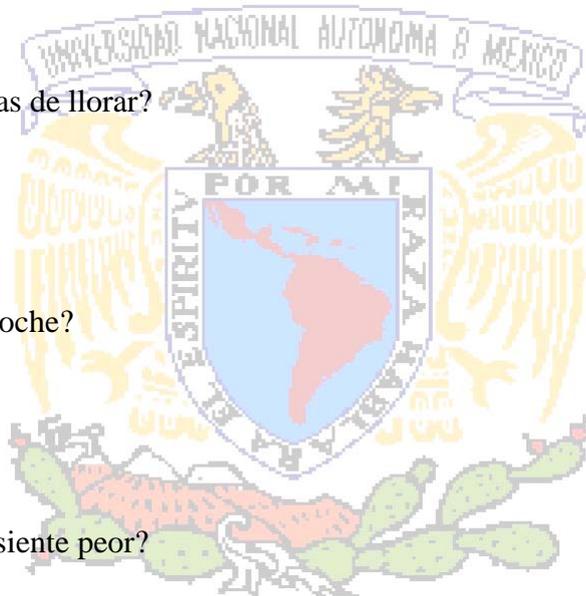
- No
- Poco
- Regular
- Mucho

5.- ¿Le cuesta trabajo concentrarse?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

6.- ¿Le ha disminuido el apetito?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho



7.- ¿Se siente obsesivo o repetitivo?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

8.- ¿Ha disminuido su interés sexual?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

9.- ¿Considera que su rendimiento de trabajo es menor?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

10.- ¿Siente presión en el pecho?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

11.- ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

12.- ¿Se siente cansado o decaído?

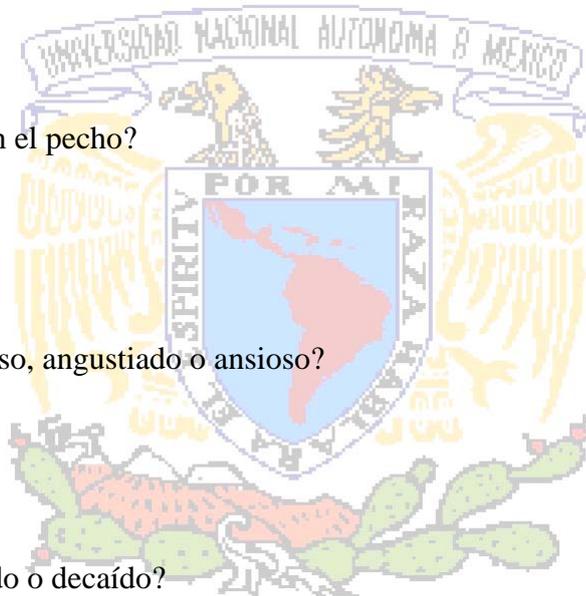
- No
- Poco
- Regular
- Mucho

13.- ¿Se siente pesimista, piensa que las cosas le va a salir mal?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho

14.- ¿Le duele con frecuencia la cabeza?

- No
- Poco
- Regular
- Mucho



15.- ¿Es más irritable o enojón que antes?

- () No
- () Poco
- () Regular
- () Mucho

16.- ¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?

- () No
- () Poco
- () Regular
- () Mucho

17.- ¿Se siente que le es menos útil a su familia?

- () No
- () Poco
- () Regular
- () Mucho

18.- ¿Siente miedo de alguna cosa?

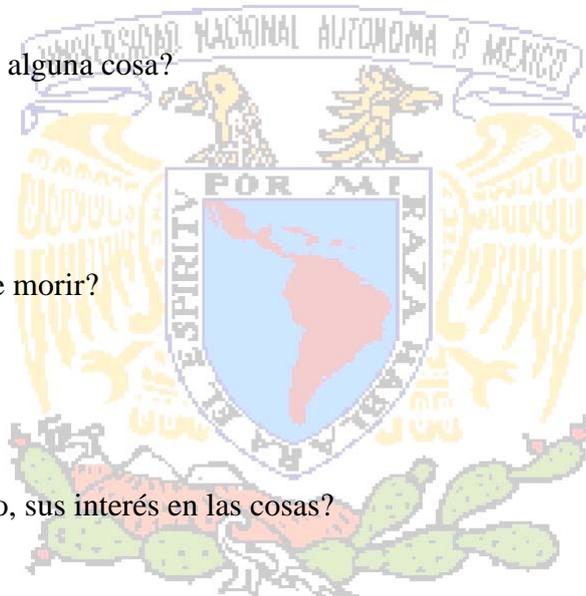
- () No
- () Poco
- () Regular
- () Mucho

19.- ¿Siente deseos de morir?

- () No
- () Poco
- () Regular
- () Mucho

20.- ¿Se siente apático, sus interés en las cosas?

- () No
- () Poco
- () Regular
- () Mucho



CALIFICACIÓN

PUNTAJE	Menor es de 20 puntos	Mayor es de 80 puntos
A	20 a 35 puntos	Persona normal
B	36 a 45 puntos	Estado de ansiedad leve
C	46 a 65 puntos	Mediana ansiedad moderada
D	66 a 80 puntos	Estado depresivo severo

Test Publicado primera vez en la revista médica de IMSS, en 1992 (vol. 30 No. 5/6 377-

PUNTAJE: Menor es de 20 puntos Mayor es de 80 puntos
CALIFICACIÓN.

- A.- 20 a 35 puntos corresponden a personas normales.
- B.- 36 a 45 puntos, puede concernir a un estado de ansiedad, pero puede ser originada por la misma aplicación de la prueba.
- C.- 46 a 65 puntos, implica un cuadro depresivo de mediana intensidad.
- D.- 66 a 80 puntos, paciente que corresponde a un estado depresivo severo

