



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MEXICO Y

MUNICIPIOS

HOSPITAL MATERNO INFANTIL. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO

IDENTIFICAR LA INCIDENCIA DE SÍNDROME DEPRESIVO EN PACIENTES
DIABÉTICOS TIPO 2 ADSCRITOS A LA CLINICA REGIONAL TEJUPILCO
ISSEMYM.

TRABAJO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR MENDOZA LOZANO CARLOS
ARMANDO



TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2010



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.

**DETECCION DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CLINICA REGIONAL
TEJUPILCO ISSEMYM.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DR MENDOZA LOZANO CARLOS ARMANDO.

AUTORIZACIONES:

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR EN
HOSPITAL MATERNO INFANTIL, TOLUCA ESTADO DE MEXICO.**

DR. EDUARDO BREA ANDRES.

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS

ENDOCRINOLOGO.

DR. EDGAR DANIEL GODINEZ TAMAY

ASESOR DE TEMA DE TESIS

MEDICO FAMILIAR

DR. FAUSTO MANUEL PINAL GONZALEZ.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA.

TOLUCA ESTADO DE MEXICO.

2010.

**DETECCION DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DE LA CLINICA REGIONAL
TEJUPILCO ISSEMYM.**

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

DR MENDOZA LOZANO CARLOS ARMANDO

AUTORIZACIONES

**DR FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

**DR FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

**DR ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

FACULTAD DE MEDICINA

UNAM

INDICE

| Número | Título | Página |
|-----------|---|--------|
| 1 | Marco teórico | 1 |
| 1.1. | Antecedentes históricos de la Diabetes tipo 2 | 1 |
| 1.1.1 | Concepto y clasificación | 2 |
| 1.1.2 | Datos epidemiológicos | 6 |
| 1.1.3 | Factores de riesgo | 6 |
| 1.1.4 | Fisiopatología. | 7 |
| 1.1.5 | Diagnostico. | 8 |
| 1.1.6 | Tratamiento. | 8 |
| 1.1.6.1 | Diabético con sobrepeso. | 9 |
| 1.1.6.1.1 | Metformina. | 9 |
| 1.1.6.2 | Diabético sin sobrepeso. | 10 |
| 1.1.6.2.1 | Sulfonilureas. | 10 |
| 1.1.6.2.2 | Inhibidores de alfa-glucosidasas. | 10 |
| 1.1.6.2.3 | Tratamiento combinado. | 11 |
| 1.1.6.2.4 | Insulinización en el diabético obeso. | 11 |
| 1.1.7 | Complicaciones. | 12 |
| 1.1.8 | Depresión. | 14 |
| 1.1.8.1 | Antecedentes históricos. | 14 |
| 1.1.8.2 | Definición. | 15 |
| 1.1.8.3 | Epidemiología. | 15 |
| 1.1.8.4 | Etiología. | 16 |
| 1.1.8.5 | Fisiopatogenia. | 18 |
| 1.1.8.6 | Cuadro clínico. | 19 |
| 1.1.8.7 | Tipos y clasificación. | 20 |
| 1.1.9 | Test de zung. | 21 |
| 1.1.9.1 | Descripción. | 21 |
| 1.1.9.2 | Interpretación. | 22 |
| 1.1.9.3 | Propiedades psicométricas. | 23 |
| 1.1.10 | Tratamiento. | 23 |
| 1.1.11 | Depresión y diabetes. | 28 |
| 1.2 | Planteamiento del problema. | 32 |
| 1.3 | Justificación. | 34 |
| 1.4 | Objetivos. | 35 |
| 1.4.1 | Objetivo general. | 35 |
| 1.4.2 | Objetivo específico. | 35 |
| 2 | Material y métodos. | 35 |
| 2.1 | Tipo de estudio. | 35 |
| 2.2 | Diseño de investigación. | 36 |
| 2.3 | Población, lugar y tiempo. | 37 |
| 2.4 | Muestra. | 37 |
| 2.5 | Criterios. | 37 |
| 2.5.1 | Criterios de inclusión. | 37 |

| | | |
|--------|--|----|
| 2.5.2 | Criterios de exclusión. | 37 |
| 2.5.3 | Criterios de eliminación. | 37 |
| 2.6 | Variables. | 38 |
| 2.7 | Definición conceptual y operativa de las variables. | 38 |
| 2.8 | Diseño estadístico. | 39 |
| 2.8.1 | Propósito estadístico de la investigación. | 39 |
| 2.9 | Instrumento de recolección de datos. | 40 |
| 2.10 | Método de recolección de datos. | 40 |
| 2.11 | Maniobras para evitar sesgos. | 41 |
| 2.11.1 | Sesgo de información. | 41 |
| 2.11.2 | Sesgo de selección. | 41 |
| 2.11.3 | Sesgo de medición. | 41 |
| 2.12 | Procedimientos estadísticos. | 41 |
| 2.14 | Cronograma. | 41 |
| 2.15 | Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del proyecto. | 41 |
| 2.16 | Consideraciones éticas. | 42 |
| 3 | Resultados. | 42 |
| 3.1 | Edad. | 42 |
| 3.2 | Genero. | 44 |
| 3.3 | Ocupación. | 44 |
| 3.4 | Escolaridad. | 45 |
| 3.5 | Estado civil. | 46 |
| 3.6 | Tratamiento. | 46 |
| 3.7 | Ingreso económico mensual. | 47 |
| 3.8 | Control glucemico. | 48 |
| 3.9 | Complicaciones. | 48 |
| 3.10 | Enfermedades crónico degenerativas. | 49 |
| 3.11 | Depresión en pacientes diabéticos. | 50 |
| 3.12 | Nivel de depresión en pacientes diabéticos. | 50 |
| 4 | Discusión. | 52 |
| 5 | Conclusiones. | 55 |
| 6 | Referencias. | 60 |
| 7 | Anexos. | 64 |
| 7.1 | Consentimiento informado. | 64 |
| 7.2 | Instrumento evaluador. | 65 |
| 7.3 | Cronograma. | 71 |

RESUMEN.

La Diabetes mellitus 2 es hoy en día un problema sanitario y socioeconómico de gran magnitud que exige la máxima atención para establecer programas de prevención y control, pues sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada. La importancia de conocer la frecuencia de la asociación de diabetes mellitus y depresión, es necesaria por que repercute en la calidad de vida del individuo. Y además el médico familiar puede intervenir en el curso de éstas patologías, influyendo en la detección oportuna de la depresión ya que esta influye en el control glucémico.

Objetivo: Identificar la incidencia de síndrome depresivo en pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la Clínica Regional Tejupilco del ISSEMyM.

Material y métodos: Estudio transversal , descriptivo.

con aplicación de test de zung el cual identifico presencia depresión y grados de esta en derechohabientes del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

Resultados: se estudiaron a 37 pacientes (25 hombres y 12 mujeres) obteniéndose que el 24% no presento depresión y el 76% si lo presenta, de lo anterior el 59.5% presenta depresión leve el 10.8% depresión moderada y el 2.7% depresión severa.

Discusión: se corrobora la presencia de depresión en pacientes diabéticos mayores de 50 años con un nivel socioeconómico bajo y con deficientes controles glucemicos. No lográndose demostrar la presencia de otros factores estudiados (sexo, estado civil , complicaciones, enfermedades crónico degenerativas entre otras).

Conclusiones: es importante realizar en primer nivel de atención un manejo integral del paciente diabético tanto en el aspecto medico como en el psicosocial, así como una búsqueda intencionada de depresión.

Palabras: Diabetes mellitus, depresión y Test de Zung.

SUMMARY.

Diabetes mellitus is today a socioeconomic problema of large scale requiring the greatest attention to Establish programmes of prevention and control because it puts the family system in a new and unexpected situation.

Although any chronic degenerative disease increases the risk of depression. The importance of knowing the frequency of the association of diabetes mellitus and depression, is needed for that effects the quality of life of the individual, and also the family doctor can intervene in the course of these pathologies, influencing timely depression detection since this affects, glycemetic control.

Objetive: Identify to the Clinical Tejupilco ISSEMYM Regional incidence of depressive syndrome in diabetic patients.

Material and methods: transversal, descriptive study with zung which can identify presence depression and degrees of this in the Social Security Institute of the State of Mexico and Municipalities successors carriers of DM 2 test application.

Results: studied 37 patients (25 men and 12 woman) of whom 24% not presenting depression and 76% if it has, of which the 59.5% presents mild depression the 10.8% moderate depression and the 2.7 % severe depression.

Discussion: confirms the presence of depression in diabetes. Associated with low socio-economic and poor controls glicemicos in over 50. Not achieving demonstrate the presence of other factors studied (sex, marital status, complications, disease chronic degenerative etc...)

Conclusions: it is important to first level of care of handling the diabetic patient appearance both integral doctor in the psychosocial, as well as a deliberate search for depression.

Key Words: Diabetes mellitus, depression and Zung Test

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposa Elo:

Por que gracias a ti , a tu apoyo he logrado todos mis sueños siempre estas a mi lado dándome con tu amor el impulso necesario para el logro de todas mis metas, gracias por formar parte de mi vida doy gracias a dios por ponerte a mi lado.

A mis hijos Luisita y Charly:

Son el motor de mi vida, su amor incondicional y sus palabras son el mejor remedio al cansancio del trabajo y de los estudios gracias hijos por estar ahí siempre con un papito te quiero, cambiando la perspectiva de las cosas todo tiene solución ,los amo hijos gracias por todo su apoyo.

A mis padres Carlos y Virginia :

gracias por el amor y apoyo incondicional en el logro de mis metas.

A mis hermanos Julio y Karla:

Por se parte importante en mi vida todas las experiencias juntos ha sido y serán piedra angular en mi ser.

A Lina, Fernando y familia:

Por todo su apoyo parte de este logro es de ustedes les agradezco infinitamente por apoyarme en el logro de mis metas .

Drs. Berenice Hernández y Daniel Godínez:

Por todo el apoyo incondicional brindado, por ayudarme a crecer en mi desarrollo personal y profesional.

1. MARCO TEORICO.

1.1. ANTECEDENTES DE LA DIABETES.

La Diabetes Mellitus tipo 2 es hoy en día un problema sanitario y socioeconómico de gran magnitud que exige la máxima atención para establecer programas de prevención y control, pues sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada.

Si bien cualquier enfermedad crónica degenerativa incrementa el riesgo de depresión, la correlación con la diabetes es fuerte debido a las numerosas complicaciones que conlleva este padecimiento.

Por lo tanto es importante conocer la frecuencia de la asociación de la DM 2 y depresión ya que dicha patología ocasiona graves repercusiones en el estilo de vida del individuo y su familia.

Además el médico familiar puede intervenir en el curso de estas enfermedades, incluyendo una detección oportuna de la depresión en pacientes diabéticos ya que esta influye en el control glucémico y por lo tanto se podrá evitar complicaciones a futuro.

La primera referencia de la DM 2 se encuentra en el papiro de Ebers encontrado en 1862 en el cual se menciona la sintomatología de la misma, así como remedios para su cura. Fue Demetrio de Apamea el cual utilizó el diagnóstico de DM 2 por primera vez.¹

En el siglo XVI Paracelso describió la poliuria y la sed como sintomatología en este padecimiento fue hasta Thomas Sydenham (1624-1689) el cual describió a la diabetes como una enfermedad sistémica de la sangre por una digestión defectuosa de los alimentos y como una de las máximas figuras a Claude Bernard (1813-1878) sus estudios dieron pie para el descubrimiento de la fisiopatología de esta enfermedad descubriéndose el papel del páncreas en la misma.¹

1.1.1. CONCEPTO Y CLASIFICACION.

Se considera que la DM 2 es una enfermedad producida por una alteración en el metabolismo de los carbohidratos en la cual aparece una cantidad excesiva de glucosa en sangre y a veces en la orina.

La diabetes se clasifica en la actualidad de la siguiente forma:

I. Diabetes tipo 1

- Mediada por mecanismos inmunológicos
- Idiopática

II. Diabetes tipo 2

III. Otros tipos específicos de diabetes:

- Defectos genéticos de la función de las células pancreáticas.
- Defectos genéticos en la acción de los islotes beta del páncreas
- Enfermedades del páncreas exócrino
- Endocrinopatías
- Inducida por drogas
- Infecciones
- Mediada por formas no comunes de inmunidad
- Asociada con otros síndromes genéticos

IV. Diabetes gestacional

CLASIFICACION FSIOPATOLOGICA DE LA DIABETES MELLITUS.

DIABETES TIPO 1

Fallo primario por destrucción o ausencia de células B
(Tratamiento: insulina)

Autoinmune:

- Forma común
- Diabetes autoinmune latente del adulto.
- Síndrome del hombre rígido
- Síndrome pluriglandular autoinmune.

No autoinmune;

- Idiopática
- Infecciones
- Rubéola congénita.
- Citomegalovirus.
- Otras.

Inducidos por drogas o químicos.

- Vacor.
- Pentamidina.
- Aloxan.

Enfermedades del páncreas exocrino.

- Pancreatitis.
- Trauma pancreatectomía.
- Neoplasia.
- Fibrosis quística.
- Hemocromatosis.
- Otras.

Síndromes genéticos.

- Wólfram.
- Ausencia congénita de páncreas.
- Ausencia congénita de islotes.
- Displasia epifisiaria y diabetes.

DIABETES TIPO 2.

Resistencia a insulina y hiperinsulinismo.

(Tratamiento inicial: Sensibilizadores de la insulina biguanidas).

Autoinmune.

- Anticuerpos antirreceptor de insulina.
- Anticuerpos IgG.
- Anticuerpos IgM.

No autoinmune.

- Obeso forma común.
- Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- Resistencia a la insulina tipo A.
- Leprechaunismo.
- Síndrome de diabetes lipoatrófica.

Inducido por drogas o químicos.

- Ácido nicotínico.
- Glucocorticoides.
- Hormonas tiroideas.
- Agonistas B adrenergicos.

Endocrinopatias.

- Síndrome de Cushing.
- Acromegalia.
- Glucagonoma.
- Hipertiroidismo.

Síndromes geneticos.

- Turner.
- Klinefelter.
- Otros.

Disminución en la secreción de insulina por fallo en la función de la célula B.
(Tratamiento inicial secretagogos insulínicos, sulfonilureas y eventualmente insulina.)

No autoinmune.

No obeso (con trastorno fisiopatológico por establecer).

Defectos genéticos de la célula Beta

- Diabetes mitocondrial.
- Insulinopatias (anomalías de la pro-insulina y mutaciones de la insulina).

Inducido por drogas y químicos.

- Diazoxido.
- Tiazidas.
- Dilantin.²

1.1.2 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.

La DM 2 es una enfermedad endocrina caracterizada por un grupo de trastornos metabólicos la cual afecta a más de 200 millones de pacientes en el mundo caracterizado por niveles elevados de glucosa en sangre (hiperglucemia) ocasionados por defecto en la secreción y / o acción de la insulina ³.

Escobedo predice que la prevalencia de DM 2 se incrementara a 300 millones hacia el año 2025 con serias consecuencias ⁴. El efecto socioeconómico y las repercusiones biológicas de su diagnostico a edades tempranas son enormes con una impresionante gama de incapacidades temporales y permanentes antes de los 50 años.⁵

La encuesta nacional de salud refiere la presencia de un 7.5 % de DM 2 en adultos de 20 años y mas, con una distribución en mujeres de un 7.8% y en los hombres de un 7.2% encontrándose un incremento directo en la edad de un 2.3 % antes de los 40 años y 21.2 % ⁶ después de los 60 años en población urbana la prevalencia fue de un 8.1% y en la rural de un 6.5% con una frecuencia mayor en la región norte del país de un 8.4% y en el área metropolitana de un 8.1 % así como una mayor incidencia en nivel socioeconómico medio de 8.1%, y en pacientes menor escolaridad de 9.9% asociada a hipertensión arterial en un 13.7% ⁷.

1.1.3 FACTORES DE RIESGO.

Pacientes mayores de 45 años, obesidad, antecedentes familiares en primer y segundo orden (padres, hermanos y tíos), sedentarismo, historia de diabetes gestacional y productos de la gestación mayores de 4 kilogramos, hipertensión, dislipidemia, poliquistosis ovárica, acantosis nigricans, e historia de enfermedad vascular.⁹

1.1.4. FISIOPATOLOGÍA.

Los pacientes con DM 2 muestran dos defectos fisiológicos:

- Anomalías de la secreción de insulina
- Resistencia a la acción de insulina en los tejidos efectores.

Resistencia a la insulina

La mayoría de los pacientes con DM 2 son obesos, con la posibilidad de que la resistencia insulínica inducida por este estado produzca un agotamiento de la célula beta, en otras palabras, el defecto secretor sería secundario.⁸

Sin embargo muchos pacientes con obesidad masiva no padecen diabetes ni intolerancia a la glucosa, lo que sugiere que la obesidad no conduce a la diabetes si se conserva la respuesta de la célula beta.

Para complicar aún más el tema, se sabe que la hiperglucemia induce por sí misma un defecto secretor de la célula beta y que la deficiencia relativa de insulina puede provocar resistencia insulínica.

Por otra parte, el tratamiento dietético o insulínico intensivo, con normalización de la glucemia, restablece parcialmente la capacidad secretora de insulina y la sensibilidad a su acción. Desgraciadamente, ninguno de estos argumentos contribuye a averiguar si existe un predominio del defecto secretor o de la resistencia insulínica.⁸

La masa de células beta se conserva intacta en la DM 2, a diferencia de lo que ocurre en la DM 1. La población de células alfa aumenta, elevándose la relación entre células alfa y beta²⁵ lo que explica el exceso relativo de glucagón con respecto a la insulina que caracteriza a la DNID y que constituye un rasgo de todos los estados hiperglucémicos.⁸

La resistencia insulínica de la DM 2 se asocia a una disminución de los receptores de insulina, aunque la mayor parte de la resistencia es de tipo postreceptor.

La resistencia insulínica de la DNID también ocurre con independencia de la obesidad.⁸

1.1.5 DIAGNOSTICO.

Para hacer el diagnóstico preciso, no solo se evalúan los síntomas clínicos característicos: poliuria, polidipsia, pérdida de peso, polifagia y visión borrosa, si no se toma en cuenta el análisis químico de los niveles de glucosa en sangre. Los criterios que se toman en cuenta son:

- Presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual mayor o igual a 200 mg/ dl.
- Una glucemia plasmática en ayuno mayor o igual a 126 mg/ dl.
- Una glucemia mayor o igual a 200 mg / dl, 2 horas después de una carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua.⁸

1.1.6. TRATAMIENTO.

La meta terapéutica recomendada por la Asociación Americana de Diabetes esta determinada por la reducción de las complicaciones en el tiempo con una hemoglobina glucosilada inferior al 7% esto junto con concentraciones glicemicas sericas menores a 110mgdl . En la Unión Europea la Federación Internacional de diabetes marca como limite la concertación de hemoglobina glucosilada menos a 6.5%¹⁰ y la norma oficial mexicana refiere los siguientes parámetros para tomar en cuenta el control glicemico en pacientes con DM 2 cifras de glicemia plasmática menor a 110 mg/dl buen control de 110-140 mg/dl regular control y mas de 140 mg/dl mal control glicemico.¹¹

La selección de un agente terapéutico específico depende de su efectividad para bajar la concentración de glucosa, de los efectos extragluceimicos del mismo impactando a las complicaciones a largo plazo. Por supuesto no supliendo los cambios en el estilo de vida⁹

1.1.6.1. DIABÉTICO CON SOBREPESO.

La insulino-resistencia dificulta lograr los objetivos terapéuticos, por ello, puede precisar las pautas terapéuticas más complejas que el diabético no obeso.⁹

No debería iniciarse ningún tratamiento farmacológico sin haber insistido en las posibilidades de la dieta, el ejercicio y la educación diabetológica.⁹

1.1.6.1.1. METFORMINA.

Es el fármaco de elección en el diabético con obesidad o sobrepeso.

El estudio UKPDS ha demostrado su eficacia en el control glicémico y una reducción de riesgo superior al 30% en cualquier complicación (micro/ macro vascular) de la diabetes y del 36% en la mortalidad⁹

Se deben respetar escrupulosamente sus contraindicaciones¹⁰, las cuales son:

- Alcoholismo
- Insuficiencia renal (creatinina>1.5 mg/dl en hombres y 1.4 en mujeres)
- Insuficiencia hepática
- Insuficiencia cardíaca congestiva severa, o respiratoria
- Cualquier condición que favorezca la hipoxia tisular (arteriopatía avanzada)
- Embarazo y lactancia

1.1.6.2. DIABÉTICO SIN SOBREPESO.

En el paciente sin obesidad predomina el déficit de insulina, por lo que son de elección los fármacos que aumentan sus niveles: secretagogos o insulina.⁹

En ausencia de datos de descontrol metabólico (deshidratación, pérdida de peso no intencionada, alteraciones visuales o cardiovasculares, cirugía inminente, embarazo) deberá mantenerse cualquier pauta terapéutica durante tres meses antes de cualquier ajuste en el tratamiento.⁹

1.1.6.2.1. SULFONILUREAS.(SU)

No existen diferencias relevantes entre ellas. La Clorpropramida y la Glibenclamida, utilizadas en el estudio UKPDS, han demostrado su eficacia en la reducción de complicaciones microvasculares, aunque la primera, por sus frecuentes efectos secundarios, no debería utilizarse.¹²

El efecto secundario más frecuente es la hipoglucemia, que puede ser grave y prolongada. Para reducir el riesgo se debe tener en cuenta lo siguiente:¹²

No prescribir si la creatinina es >1.5 mg/dl o si existe Insuficiencia Hepatocelular.

Iniciar el tratamiento con dosis bajas y ajustarlas cada 5-7 días.

Revisar la posibilidad de interacción farmacológica.

Prohibir el alcohol.

1.1.6.2.2. INHIBIDORES ALFAGLUCOSIDASAS (ACARBOSA)

Tienen su indicación si la hiperglucemia postprandial es intensa y las basales son moderadas. Las reducciones de HbA1c son menores que con SU y metformina. En ancianos, son fármacos seguros, por no producir hipoglucemia.¹³

Tratamiento combinado de Sulfonilureas con otros fármacos

Cuando no se consigue un control metabólico aceptable; HbA1c < 8% (media + 6 DE) con dosis máximas de un fármaco, se debe añadir un fármaco de otro grupo.

13

Diversos estudios demuestran reducciones variables de la HbA1c al añadir acarbosa, metformina o insulina a las SU. La asociación con mayor experiencia es SU y metformina.¹³

1.1.6.2.3. TRATAMIENTO COMBINADO: METFORMINA Y OTROS FARMACOS.

Ante la persistencia de una HbA1c elevada en pacientes tratados con metformina, es preferible asociar un segundo fármaco que sustituirla por otro, aprovechar los diferentes mecanismos de acción.¹⁰

Metformina y Sulfonilureas: asociación con mayor experiencia. Se consigue una reducción adicional de la HbA1c de 1 a 1.8 puntos.¹⁰

Metformina y Acarbosa: menor experiencia. Puede ser útil (reducción de HbA1c de 0.5 – 1 punto). Prever la posible adición de efectos gastrointestinales.¹⁰

1.1.6.2.4. INSULINIZACION EN EL DIABETICO OBESO.

Aunque la insulina produce un incremento ponderal (efecto también observado con las SU) en casos de control muy deficiente (HbA1c > 10%), los efectos beneficiosos superan este inconveniente. Pueden ser necesarias altas dosis de insulina (hasta 1 UI/Kg) para conseguir un buen control glicémico.⁹

La asociación de metformina e insulina consigue un control aceptable con menor aumento de peso y requerimientos de insulina.⁹

CUADRO NUMERO 1: CRITERIOS DE CONTROL DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

| Metas en el tratamiento | Bueno | Regular | Malo. |
|---------------------------------|-------------|-----------------------|----------------|
| Glucosa plasmática preprandial | < 110 mg/gl | 111 a 140 mg/dl | > 140 mg/dl |
| Hemoglobina glucosilada (HbA1c) | < 6.5 % | 6.5 a 8 % | > 8 % |
| Colesterol total | < 200 mg/gl | 200 a 239 mg/dl | > 240 mg/dl |
| Triglicéridos en ayuno | < 150 mg/dl | 150 a 200 mg/dl | > 200 mg/dl |
| Presión arterial | ≤ 120/80 | 121/129 a 81/84 mm Hg | > 130/85 mm Hg |
| Índice de masa corporal | < 25 | 25 a 27 | > 27 |

FUENTE. Modificación de la Norma Oficial Mexicana 1994. Metas básicas del Tratamiento y criterios para evaluar el control del paciente diabético.¹¹

1.1.7. COMPLICACIONES.

El mal control de la DM 2 nos puede dar origen a complicaciones de tipo macro vascular , enfermedad vascular periférica, arteriopatía coronaria así como micro vasculares (alteraciones renales y alteraciones oculares) y por ultimo alteraciones del sistema nervioso (pie diabético, neuropatía periférica entre otras.⁸

La DM 2 es una de las patologías con mayor prevalencia y uno de los principales motivos de consulta en atención primaria las cuales se pueden clasificar de la siguiente forma:

- Complicaciones metabólicas agudas de Dm:
 - Cetoacidosis diabética: Glucosa Plasmática > 250 mg/dl, pH arterial < 7.30, bicarbonato sérico < 15 mEq/l y cetonuria ó cetonemia moderada.
 - Estado hiperosmolar: Estado mental alterado, osmolaridad elevada en paciente con hiperglucemia (> 320 mOsm/l).
 - Hipoglucemia con neuroglucopenia:
 - 1.- Glucosa < 50 mg/dl y el tratamiento no recupera en forma rápida el alerta.
 - 2.- Coma, convulsiones debido a hipoglucemia,
 - 3.- Hipoglucemia causada por sulfonilurea.

- Diabetes no controlada:
 - Hiperglucemia asociada a depleción de volumen
 - Hiperglucemia refractaria con deterioro metabólico
 - Glucosa en ayuno persistentemente mayor de 300 mg/dl, ó hemoglobina A1C mas de 100% del límite superior normal.
 - Hipoglucemia severa recurrente
 - Inestabilidad metabólica manifestada por variaciones de hiperglucemia a hipoglucemia.⁹

1.1.8. DEPRESIÓN.

1.1.8.1. ANTECEDENTES HISTORICOS.

Esta entidad era reconocida ya por los egipcios, en el Siglo IV a.C. 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 en el siglo.¹⁴

La primera descripción en inglés, que se hace de la depresión, corresponde al libro del Robert Burton (1577-1640) "Anatomía de la Melancolía" el cual se publica en 1621.¹⁴

El alienista Esquirol, alumno de Pinel, fue el primero que observó que hay formas de locura, que no avanzan más lejos que la tristeza profunda. Fue él quien describió a la melancolía como una monomanía, y una alteración del afecto. Jean-Pierre Falret y Jules Baillarger, discípulos de Esquirol, estudiaron la enfermedad bipolar, a la cual le dieron el nombre de "foli a double forme". Los psiquiatras franceses y luego los alemanes, siguieron la observación de sus pacientes de forma longitudinal, por años, y de esta manera pudieron correlacionar los estados

de melancolía y manía. En 1898 Kraepelin fue quien hizo la separación de los tres grandes grupos de trastornos que llenaban los manicomios entonces: esquizofrenias, Demencias y Enfermedad maniaco-Depresiva el cual utiliza el término de Depresión por primera vez.¹⁵

En su "Introducción a la clínica psiquiátrica," Kraepelin dedica la primera lección a la melancolía, ilustrando el tema con el caso de un paciente Labrador de 59 años de

edad “su expresión es de abatimiento...cuando se le pregunta por su enfermedad prorrumpen en lamentaciones, manifiesta que no dijo toda la verdad cuando ingresó, pues en su juventud había cometido algunas faltas, abusando de si mismo... padece de dolor de cabeza y mareos. Principio su enfermedad con gastralgia y presión de corazón, no pudiendo trabajar desde entonces por no sentirse con ganas... todo esto nos lo va diciendo el paciente con lenguaje que interrumpen lamentos y gemidos” Cuando Kraepelin reflexiona ante sus alumnos sobre la clínica de los pacientes depresivos, destaca como síntomas principales el humor triste, el pensamiento enlentecido, la disminución de la actividad, las ideas de culpabilidad, la falta de sueño, la inapetencia, la excitación y los impulsos suicidas.¹⁶

1.1.8.2. DEFINICIÓN.

La depresión por si sola es un trastorno psíquico habitualmente recurrente caracterizado por la alteración del humor básico, causada por una combinación de factores físicos, psicológicos y genéticos con presencia de una sensación de vacío, desinterés general, disminución del contacto social con alteraciones del apetito (anorexia), del sueño tardío (insomnio), agitación y enlentecimiento psicomotriz, sentimientos de culpa, incapacidad e ideas de muerte ¹⁶

1.1.8.3. EPIDEMIOLOGIA

La depresión en la actualidad se considera un problema de salud pública se presenta en un 3-5% de la población general mundial lo cual representaría de 120 a 200 millones de personas ¹⁷

De acuerdo a la OMS, se considera que afecta a casi 340 millones de personas en todo el mundo; asociada con un incremento en la mortalidad debido a consecuencias como el suicidio ¹⁵. Borges refiere que la depresión para el 2020 será la segunda causa de enfermedad a nivel mundial ¹⁸. La depresión produce sufrimiento en quien la padece, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos para la sociedad. ¹⁹ En el primer nivel de atención representa un 10-20% de la consulta general y un 40-60% son atendidos por el servicio de psiquiatría. ¹⁷

Estudios epidemiológicos en México establecen la frecuencia de depresión en la población en general entre el 6-15% cuyas edades oscilan entre los 18 a los 65 años de edad con una mayor prevalencia en mujeres 10% contra los hombres 6% reportándose una incidencia importante de la misma en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 presentándose en el 40 –70% de los mismos ¹⁵

En México el 40 % de la población económicamente activa presenta depresión según estadísticas oficiales de la secretaria de salud ³⁰. El 10 al 20 % de la población de entre 18 a 65 años presenta depresión, esto es 10 millones de individuos siendo ubicado en cuarto lugar de enfermedades causantes de incapacidad así como el incremento en México de muertes autoprovocadas a pasar de 1405 en 1990 a 3327 en el 2003 según INEGI. ²⁰ y de los cuales menos del 30 % tienen atención médica. ²⁰

La Depresión puede presentarse como un episodio único o recurrente en el 50% de los casos, posterior a un episodio agudo se pueden volver crónicos en un 12 a 20 % de los casos. Del 12 a un 35% de los que la padecen, manifiestan un deterioro global, familiar y social. ¹⁵

1.1.8.4. ETIOLOGÍA.

Las diferencias en el funcionamiento del cerebro, la forma de reaccionar de cada persona a eventos estresantes como una enfermedad crónica o un divorcio y una historia de depresión familiar así como la genética son relacionadas como factores desencadenantes para la aparición de esta patología. ¹⁷

La depresión se puede originar por: ²¹

- Alcoholismo o drogadicción
- Eventos en la infancia como maltrato o rechazo
- Estrés crónico
- Muerte de un amigo o familiar

- Una desilusión en el hogar, en el trabajo o en la escuela (en los adolescentes, por ejemplo, puede darse por la ruptura de relaciones con el novio o la novia, reprobar una materia o el divorcio de los padres)
- Medicamentos como tranquilizantes y antihipertensivos
 - Píldoras anticonceptivas
 - Analgésicos
 - Antibacterianos
 - Hormonas esteroideas.
 - Cocaína
 - Anfetaminas
 - Alcohol en altas dosis
- Enfermedades como hipotiroidismo (baja actividad de la tiroides), cáncer o hepatitis
- Deficiencias nutricionales (como falta de folato y ácidos grasos omega-3)
- Pensamientos demasiado negativos acerca de uno mismo y la vida, culparse a sí mismo y fracaso con las habilidades para resolver problemas sociales
- Un dolor prolongado o tener una enfermedad grave
- Trastorno del sueño.
- Aislamiento social (común en los ancianos)
- Posparto
 - Alteraciones neurológicas (por Ej. accidentes cerebro vasculares, demencias, epilepsias)
 - Infecciones (por Ej. SIDA, mononucleosis)
 - Cáncer (especialmente de páncreas)
 - Anemia
 - Depresión secundaria a otro trastorno mental.
 - Trastorno de pánico
 - Trastorno obsesivo-compulsivo
 - Trastorno por estrés postraumático
 - Trastornos psicóticos

1.1.8.5. FISIOPATOGENIA.

Factores genéticos.- Se sugiere una notable influencia de estos en la aparición de trastornos en el estado de ánimo.²¹ Se realizaron estudios con gemelos con la finalidad de establecer la carga genética se observaron tasas de concordancia entre monocigotos que oscilaban del 33 al 75% con una tasa media de 65% en lo que se refiere a gemelos dicigotos oscila entre el 9 y el 23 % con una tasa media de 15% sugiriendo la presencia de una carga genética en la aparición de la misma.

Sistemas de neurotransmisión: Las hipótesis se centraron a las deficiencias de serotonina, dopamina y noradrenalina en los sitios de sinapsis neuronales²¹

Los análisis en orina y líquido cefalorraquídeo (LCR) de noradrenalina, su metabolito el 3-metoxi-4-hidroxifenetilenglicol (MHPG) y de la enzima catalítica dopamina β-hidroxilasa han mostrado aumentos o disminuciones en el sentido de predecir episodios depresivos.²¹

En fecha más reciente se han descrito aumentos en la noradrenalina en la depresión.

Estudios recientes han detectado alteraciones del metabolismo de la serotonina que han centrado la atención en el ácido 5-hidroxiindol acético (5HIAA), un metabolito de la serotonina, que se ha encontrado en menor cantidad de la habitual en el LCR de los pacientes deprimidos con impulsos agresivos e intentos suicidas.²¹

También se han detectado deficiencias de otros neurotransmisores como dopamina y ácido gammaaminobutírico (GABA) en algunos pacientes con depresión mayor.

Factores ambientales.- Son pocos los datos sistematizados disponibles acerca del papel que desempeñan las tensiones ambientales y los acontecimientos desfavorables de la vida en la etiología de los trastornos afectivos mayores.²²

En general, los estudios muestran una relación temporal global entre los hechos perturbadores y negativos de la vida y la subsiguiente aparición de trastornos afectivos tales como:

- La muerte de un hijo o del cónyuge,
- La pérdida del empleo,
- Las variaciones importantes en el estatus social
- Las lesiones de la autoestima.²³

Si bien no siempre se ha demostrado la relación entre factores ambientales perturbadores y la aparición de trastornos afectivos, hablando en términos generales la mayoría de los expertos coinciden en que²² hechos vitales aislados o combinados de índole grave pueden interactuar con la predisposición constitucional de un paciente dando lugar al desencadenamiento de un episodio afectivo.

1.1.8.6. CUADRO CLINICO.

- Dificultad para conciliar el sueño o exceso de sueño
- Cambio dramático en el apetito, a menudo con aumento o pérdida de peso
- Fatiga y falta de energía
- Sentimientos de inutilidad, odio a sí mismo y culpa inapropiada
- Dificultad extrema para concentrarse
- Agitación, inquietud e irritabilidad
- Inactividad y retraimiento de las actividades usuales
- Sentimientos de desesperanza y abandono
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio

Esta sintomatología varía en intensidad de acuerdo a grado de depresión presente en el paciente.¹⁴

1.1.8.7. TIPOS DE DEPRESION.

- **Depresión severa** - La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida.
Deben presentarse 5 o más síntomas de la lista antes mencionadas, durante al menos dos semanas, aunque esta afección tiende a continuar por al menos 6 meses.^{14,41}
- **Distimia o depresión leve** - La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.^{14,41}
- **Trastorno bipolar** - Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).^{14,41}
- **Depresión posparto** - Las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama "baby blues" pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y

esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica. El Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH siglas en inglés) menciona que los estudios sugieren que las mujeres que experimentan con depresión mayor después del parto frecuentemente tuvieron anteriormente episodios depresivos aún cuando quizá no hayan sido diagnosticados y tratados.^{14,41}

CLASIFICACION.

Trastornos Depresivos Primarios

- Trastorno Depresivo Mayor
- Distimia

Trastornos Depresivos Secundarios

- Depresión debida a sustancias
- Depresión debida a condición o enfermedad médica
- Depresión secundaria a otro Trastorno Mental
- Duelo
- Los síntomas son similares a los de los Trastornos primarios del estado de ánimo (Depresión mayor, Distimia y Trastornos bipolares).¹⁵

1.1.9. TEST DE ZUNG.

1.1.9.1. DESCRIPCION.

La Escala Auto aplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país (Conde y cols. 1970) y ha tenido una amplia difusión.²⁵

Es una escala auto aplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.²⁵

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

1.1.9.2. INTERPRETACION

La escala de Likert de cada ítem puntúa de 1 a 4 para los de sentido negativo, o de 4 a 1 para los de sentido positivo; el rango de puntuación es de 20 – 80 puntos. El resultado puede presentarse como el sumatorio de estas puntuaciones, o como puntuación normalizada (suma de las puntuaciones de cada ítem expresada como porcentaje de la máxima puntuación posible), oscilando en este caso el rango de valores entre 20 y 100.

En la bibliografía anglosajona²⁶ se utiliza la puntuación normalizada, con los siguientes puntos de corte:

- No depresión ≤ 50 (≤ 40 puntos)
- Depresión leve 51-59 (41-47 puntos)
- Depresión moderada 60-69 (48-55 puntos)
- Depresión grave > 69 (> 55 puntos)

En nuestro medio se utilizan de forma indistinta ambos sistemas, el de puntuación normalizada, y el de puntuación total, con diferentes propuestas en lo que respecta a los puntos de corte. Conde y col.²⁶ proponen los siguientes puntos de corte:

- No depresión < 35 (< 28 puntos)
- Depresión leve 36-51 (28-41 puntos)
- Depresión moderada 52-67 (42-53 puntos)
- Depresión grave > 68 (> 53 puntos)

1.1.9.3. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

Fiabilidad:

Los índices de fiabilidad son buenos (índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, índice α de Cronbach entre 0,79 y 0,92)²⁶

Validez:

Los índices de correlación con otras escalas (escala de depresión de Hamilton, inventario de depresión de Beck) y con el juicio clínico global oscilan entre 0.50 y 0.80. Informa sobre la presencia y severidad de la sintomatología depresiva, y es sensible a los cambios en el estado clínico.²⁶

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

1.1.10. TRATAMIENTO.

Los tratamientos pueden agruparse en dos apartados:

- Tratamientos biológicos: psicofármacos, terapia electro convulsiva y fototerapia.
- Tratamientos psicosociales, Diferentes enfoques de psicoterapia.¹⁵

Se ha comprobado que tras la administración aguda los antidepresivos, facilitan la transmisión noradrenergica o serotoninergica centrales, inhibiendo el catabolismo de las aminas (IMAO) a su recaptación, prolongando su acción en receptores postsinápticos o aumentando selectivamente la liberación de Noradrenalina y serotonina.²⁷

Antes de iniciar el tratamiento con algún antidepresivo es necesario valorar la existencia de cualquier enfermedad física o consumo de sustancias por parte del

paciente así como padecimientos los cuales pudieran afectar el efecto terapéutico del tratamiento farmacológico originando fallas terapéuticas así como la aparición de complicaciones.²⁸

En los casos en los que un paciente presenta antecedentes de buena respuesta a un determinado antidepresivo, tal antidepresivo debería ser el fármaco de primera elección, otros factores que hay que tener en cuenta pueden ser el potencial suicida del paciente, en cuyo caso se tendría que valorar el uso de Inhibidores selectivos de recaptura de serotonina por ser fármacos con bajo potencial lesivo en caso de sobredosis.¹⁵

Los fármacos deben ser administrados preferiblemente en una o dos dosis diarias, por la vida media de los fármacos que en términos generales es de mas de 24 horas a excepción de algunos de vida media menor.¹⁵

Una buena medida es comenzar con dosis bajas e ir incrementando estas en forma progresiva para evitar la presencia de efectos secundarios inmediatos a la administración de los mismos, este incremento puede ser más lento cuando el paciente se encuentra especialmente temeroso en relación al tratamiento.¹⁵

CLASIFICACION DE LOS ANTIDEPRESIVOS DE ACUERDO A SUS MECANISMOS DE ACCIÓN.

1.-Inhibidores de Recaptura de Norepinefrina (I.R.N.)

- Reboxetina
- Desimipramina
- Nortriptilina
- Protriptilina
- Maprotilina

2.-Inhibidores de Recaptura de Dopamina (I.R.D)

- Bupropión

3.-Inhibidores de Recaptura de Serotonina (I.S.R.S)

- Fluoxetina
- Sertralina
- Paroxetina
- Fluvoxamina
- Citalopram

4.-Activadores de la Recaptura de Serotonina (A.R.S)

- Tianeptina

5.-Inhibidores de Recaptura de Serotonina y Norepinefrina (I.R.S.N)

- Venlafaxina
- Imipramina
- Doxepina
- Amitriptilina
- Trimipramina
- Duloxetina
- Milnaceprina

6.-Inhibidores de las Monoamino Oxidasas (I.M.A.O)

- Irreversibles:
- Fenelcina
- Tranilcipromina
- Isocarboxacida
- Reversibles (RIMAs)
- Moclobemida
- Brofaromina
- Befloxadone

7.-Agentes Liberadores de Monoaminas (A.L.M)

- Dextroamfetaminas
- Metilfenidato
- Pemolina
- Modafinil

8.-Agonistas de Receptores a Neurotransmisores

- 5-HT1a Agonistas Parciales: Buspirona
- Gespirona

9.-Antidepresivos con Acción Mixta.

- Mirtazapina
- Trazodona
- Nefazodona
- Amoxapina
- Clorimipramina.

Por lo anterior mencionado el tratamiento para depresión se individualizara en cada paciente de acuerdo a edad, sexo y patologías agregadas. ²⁹

En el cuadro numero 2 se esquematiza el tratamiento farmacológico de la siguiente forma.

CUADRO NÚMERO 2.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

PRIMERA ELECCIÓN.

ISRS (INHIBIDORES SELECTIVOS DE RECAPTURA DE SEROTONINA).

| FARMACO | DOSIS ADULTO MAYOR | DOSIS ADULTOS | DOSIS ADOLESCENTES | DOSIS NIÑOS |
|------------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|
| FLUOXETINA 20 MG. TAB O CAP. | 10 a 30 mg. | 20 a 40 mg | 20 a 40 mg | |
| FLUVOXAMINA 100 MG. TAB. | 50 a 200 mg. | 100 a 200 mg | 100 a 200 mg | |
| CITALOPRAM 20 MG. TAB. | 10 a.30mg. | 20 a40mg | 20 a 40 mg | |
| PAROXETINA 20 MG. TAB. | 10 a 30 mg. | 20 a 40 mg | 20 a 40 mg | |
| SERTRALINA 50 MG. TAB. | 50 a 150 mg. | 100 a 150mg | 50 a 150mg | 25 a 100 mg |

**SEGUNDA ELECCION
ANTIDEPRESIVOS DE ACCION MIXTA**

| | | | | |
|-------------------|------------|-------------|-------------|--|
| MIRTAZAPINA 30 MG | 15 A 30 mg | 30 a 60 mg | 30 a 60mg | |
| VENLAFAXINA 75 MG | 75 a150mg | 75 a 225 mg | 75 a 150 mg | |

ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS

| | | | | |
|---------------------|-----------|-------------|--------------|-------------|
| AMITRIPTILINA 25 MG | 75 a125mg | 75 a 225 mg | 75 a 150 mg | |
| IMIPRAMINA 25 MG | 75 125Mg. | 75 a 225Mg. | 75 a 150 Mg. | 25 a 75 Mg. |

UTILIZAR DE 1 SEMANA A 1 MES CON RETIRO GRADUAL, COMO UN RECURSO EstrictAMENTE NECESARIO Y FUNDAMENTADO

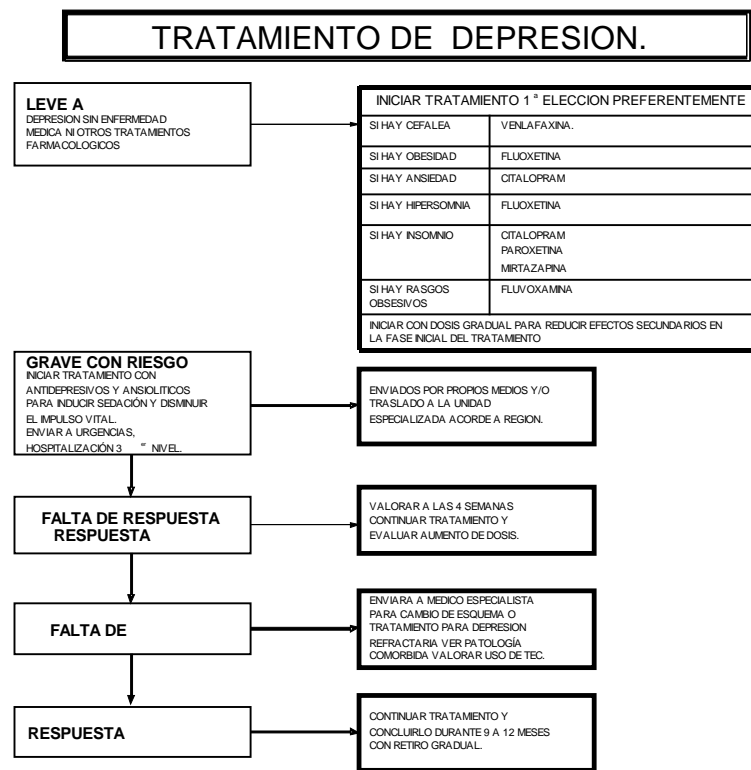
BENZODIACEPINAS (ANSIOLITICOS)

| | | | | |
|----------------------|---------------|---------------|------|--|
| LORACEPAN 1mg | 1 a 3 mg | 1 a 2 mg | 1 mg | |
| ALPRAZOLAN 50 mg | .50 mg a 2 mg | .50 mg a 1 mg | | |
| BROMACEPAN | 3 a 6 mg | 3 a 3 mg | | |
| CLONAZEPAN TAB 2 mg. | .5 a 1 mg. | .5 a 1mgr. | | |

FUENTE: Guías clínico terapéuticas depresión ISSEMYM 2005. ¹⁵

En la figura numero 1 se esquematiza el tratamiento de depresión en el primer nivel de atención en ISSEMYM.

FIGURA 1.
TRATAMIENTO DE DEPRESION.



Fuente: guías clínico terapéuticas depresión ISSEMYM 2005. ¹⁵

Prevención:

En los niveles de atención primaria es importante llevar a cabo platicas de fomento a la salud mental, en donde se promuevan estilos de vida sanos, ya que uno de los factores de riesgo en la depresión y en el suicidio sobre todo en los adolescentes esta estrechamente relacionado con el funcionamiento de las

familias que llegan a ser caóticas con pobre control y pobre cohesión entre sus miembros son ricas en conflicto y un ambiente problemático. Las situaciones de

pérdidas y de problemática económica también contribuyen a un estrés cotidiano que favorece estados de depresión.

En el caso de las mujeres ellas se encuentran con una mayor predisposición que los varones debido a los roles establecidos socialmente ya que deben cumplir con la funciones de madre y algunas veces también, de trabajadoras, lo que ocasiona mayor estrés por el cumplimiento de ambas obligaciones.²⁹

1.1.11. DEPRESION Y DIABETES.

La experiencia practica sugiere cuidar la integridad neuropsiquiatrica del paciente así como un conocimiento profundo de sus rasgos personales con apoyo de un equipo multidisciplinario en su atención debido a que la Diabetes tiene un gran impacto psicológico en los mismos como lo demuestran los numerosos estudios en los cuales reportan un incremento en la morbilidad psiquiátrica de quienes lo padecen.⁴

Lustman refiere que la persona con diabetes puede desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico siendo los más comunes ansiedad y depresión, sin embargo se conoce poco de la magnitud del problema de la presencia de depresión en pacientes los cuales acuden a un primer nivel de atención.³¹ En un metanálisis realizado en el 2001 por Anderson demuestra que la diabetes duplica la razón de momios para depresión. Predominando la comorbilidad de depresión en mujeres en 28%, contra 18% de los hombres.³²

La depresión tiene una mayor frecuencia en adultos con diabetes que en la población en general con una mayor incidencia en mujeres que en hombres, Se estima que en los países occidentales un 6% de los mayores de 65 años sufre depresión y un 15.3% tiene diabetes. En Estados Unidos hay más de 35 millones de adultos mayores de 65 años los cuales padecen diabetes y de los cuales 2 millones padecen depresión.⁴ Siendo este grupo de edad el de mayor predisposición para el desarrollo de Depresión en pacientes con DM 2.³³

La coexistencia de DM 2 y depresión pone de manifiesto la menor actividad física, menor seguimiento de la dieta y menor apego al tratamiento médico por parte de los pacientes³⁴

En México existe una prevalencia de depresión en pacientes portadores de DM 2 superior a la población en general (alrededor de 30 % contra 8% afectando principalmente la calidad de vida del paciente, en lo referente a su control metabólico, incrementando la morbimortalidad cardiovascular³⁵.

Un estudio realizado en México en el cual se aplicó un test de tamizaje para la detección de depresión se encontró que en el 45 % no hay depresión pero en 35 % hay depresión leve, 12.5% depresión moderada y en el 10% depresión grave predominando el sexo masculino en depresión leve y el femenino en depresión grave o moderada observándose que la aparición de sx depresivo está asociada con los siguientes factores: un inadecuado control glucémico, sexo femenino, ama de casa, ser viudos o divorciados así como la presencia de enfermedades crónicas degenerativas.¹⁷ Refiriendo el autor en la importancia de establecer la relación de estas enfermedades es de suma importancia para el mantenimiento de la salud de nuestra población.

La relación de DM 2 y síndrome depresivo no están plenamente entendidas por lo cual se manejan dos hipótesis. La primera tiene un origen bioquímico en el cual se maneja la presencia niveles elevados de cortisol por estrés o depresión la cual disminuye la producción y sensibilidad de la insulina e incrementar los depósitos de grasa a nivel abdominal, en lo cual la característica esencial es un trastorno emocional relacionado a una condición médica y la segunda la cual tiene relación con las demandas psicosociales o factores psicológicos relacionados con la demanda de la misma enfermedad la cual asocia a la aparición de la depresión con la pertenencia de una enfermedad crónica y sus complicaciones debilitantes.¹⁹ La percepción de minusvalía por parte de los pacientes de ser portadores de una enfermedad crónica tiene más impacto en el paciente en el ámbito psicológico que la patología misma. También hay estudios en los cuales se maneja a la depresión como desencadenante de Diabetes tipo 2 debido a que con la mejoría de la sintomatología depresiva se presentan mejoras en los niveles séricos de glucosa y viceversa pacientes portadores de DM 2 los cuales en el primer año de

diagnóstico de la misma presentan mayor riesgo de desarrollo de depresión.

Por lo tanto es importante identificar a los pacientes los cuales son portadores tanto de diabetes como depresión debido a que se podrá tener un mejor estudio de las mismas por el médico familiar y de alguna forma prevenir las complicaciones de la diabetes y mejorar la calidad de vida de los pacientes.²⁰

El impacto de la DM 2 en México no solo se asocia con su magnitud epidémica sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de la atención a la salud en México³⁶. Díaz menciona un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento el cual no es igual en todas las personas.³⁷ Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación por las cuales atraviesa el paciente en estas etapas hay presencia de grandes huecos en los cuales permanecen por muchos años la persona en los cuales nunca avanza para llegar a una aceptación en la que hay mas probabilidades de lograr el autocontrol.³⁷

En el ISSEMYM la DM 2 ocupó la primera causa de muerte en el año del 2003, y para el primer semestre del 2004, ocupó la cuarta causa de demanda de atención médica ambulatoria⁹

En el ISSEMYM, los trastornos mentales ocupan un lugar específico en la demanda de atención de consulta, El total de consultas otorgadas en el 2003 fue de 42,952 en lo que se refiere a trastornos mentales de acuerdo al CIE-10 de las cuales las principales causas fueron:¹⁵

- Trastorno mixto ansioso depresivo.
- Episodio depresivo leve.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Trastorno depresivo moderado.

Con respecto al 2004 el total de consulta en este mismo rubro fue de 56,753 siendo las principales causas:

- Trastorno mixto ansioso depresivo.
- Episodio depresivo moderado.
- Trastorno por déficit de atención e hiperactividad.
- Episodio depresivo leve.
- Trastorno depresivo grave sin síntomas psicóticos.
- Trastorno de ansiedad generalizada.
- Neurastenia.
- Ataques de pánico.
- Trastornos de adaptación

En el 2008 se otorgaron un total de 16,751(.64%) consultas por depresión del total de consultas registradas en todo el estado. Se reportaron un total de 21,746 (.8%) consultas con el diagnóstico de ansiedad asociada a depresión ocupando el número 20 dentro de las principales demandas de atención. En lo referente a DM 2 se otorgaron 143,296 (5.5%) consultas ocupando el tercer lugar en demanda de atención.

En la Clínica Regional Tejupilco en el 2008 se otorgaron 1867 consultas a pacientes con DM 2 así como un total de 95 pacientes con el diagnóstico de Depresión.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La DM 2 es un problema de salud pública la cual ocasiona daños a la salud física y mental de quien la padece, sobre todo trastornos depresivos.

La depresión está presente con mayor frecuencia en adultos con diabetes que en la población en general con una mayor frecuencia en mujeres que en hombres, se estima que en los países occidentales un 6% de los mayores de 65 años sufre depresión y un 15.3% tiene diabetes. En Estados Unidos hay más de 35 millones de adultos mayores de 65 años con DM 2 y de los cuales 2 millones padecen depresión.⁴ Siendo este grupo de edad el de mayor predisposición para el desarrollo de Depresión en pacientes con Diabetes tipo 2³⁸. En México existe una prevalencia de depresión en pacientes portadores de DM 2 superior a la población en general (alrededor de 30 % contra. 8%) afectando principalmente la calidad de vida del paciente³⁵.

La percepción de minusvalía por parte de los pacientes de ser portadores de una enfermedad crónica tiene más impacto en el paciente en el ámbito psicológico que la patología misma. También hay estudios en los cuales se maneja a la depresión como desencadenante de DM 2 debido que con la mejoría de la sintomatología depresiva se presentan mejoras en los niveles séricos de glucosa y viceversa pacientes portadores de DM 2.

En nuestro país se conoce poco de la magnitud de este tipo de enfermedades debido a que en primer nivel de atención no se hace una búsqueda intencionada de este problema. Por lo cual hay un subregistro de este padecimiento, así mismo es importante hacer la detección en pacientes menores de 65 ya que en la literatura se menciona poco al respecto y es de importancia conocer si se presenta en esta población el problema.

En el ISSEMYM la DM 2 ocupó la primera causa de muerte en el año del 2003, y para el primer semestre del 2004, ocupó el cuarto lugar y en el 2008 se incrementó al tercer lugar en la demanda de atención médica con un total de 143,296 consultas al año en todo el ISSEMYM.⁹

La depresión ocupa un lugar importante en la demanda de atención médica otorgándose en el 2008. 16,751 consultas lo que equivale al .64% y esta asociada con ansiedad se reportan 21,746 consultas equivalente al .8%. El total de consultas otorgadas en el 2008 fue de 38,497 en lo que se refiere a trastornos mentales de acuerdo al CIE-10 de las cuales las principales causas fueron:¹⁵

- Trastorno mixto ansioso depresivo.
- Episodio depresivo leve.
- Depresión severa.
- Trastorno depresivo moderado.

En la Clínica Regional Tejupilco en el 2008 se otorgaron un promedio de 1867 consultas por el médico de primer nivel a pacientes con DM 2.

Es de suma importancia identificar en pacientes con DM 2, la presencia de depresión ya que como médicos familiares se requiere la realización de un enfoque de riesgo en relación al paciente y su familia así como brindar continuidad en la atención de forma integral. Para obtener un avance importante en la prevención y detección oportuna de este tipo de enfermedades mejorando así la calidad de vida tanto en lo personal como en lo familiar de nuestros pacientes.

Por lo cual surge la pregunta:

¿Cuál será la incidencia de síndrome depresivo en pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la Clínica Regional Tejupilco del ISSEMyM.

1.3. JUSTIFICACION.

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en la población adulta³⁷; y la OMS considera que para el 2020 será la segunda causa de enfermedad en el mundo.³⁶

La DM 2 es un problema de salud pública y según estudios médicos refiere que quien la padece tiene mayor predisposición de padecer depresión, en cuanto a su asociación podemos mencionar que en los pacientes diabéticos con depresión esta disminuida su funcionalidad y calidad de vida, presentando problemas de autocuidado y en la interacción para atender su salud por lo que en la asociación con depresión se presenta un pobre cumplimiento terapéutico un bajo control glucémico con riesgo incrementado en la aparición de complicaciones así como de enfermedades crónicas degenerativas concomitantes.³⁷

Por lo tanto el impacto de la diabetes en México no solo se asocia con su magnitud epidémica sino también con los aspectos sociales biológicos y psicológicos a los que caracterizan a los mexicanos con diabetes.¹⁹

La finalidad de este trabajo es demostrar la presencia de depresión en pacientes con DM 2 así como los distintos factores psicológicos, sociales, biológicos y económicos que intervienen en la aparición de la misma en los pacientes. Diversos estudios han demostrado un mejor control de estos tanto en el ámbito médico como psicosocial mediante la detección oportuna por el médico de primer contacto. En el ISSEMYM no se ha implementado programas para la detección oportuna de síndrome depresivo en pacientes diabéticos en primer nivel de atención. Este estudio está dirigido para abrir camino en este tema con la ventaja de que no es costoso para la institución, es práctico y se puede aplicar en el consultorio por parte del investigador debido a que se tienen censados 100 pacientes diabéticos y atienden un promedio de 2000 consultas anuales en la Clínica Regional Tejupilco. Lo anterior nos permitirá fincar bases para que a través de este estudio surjan alternativas las cuales permitan en un primer nivel de atención médica promover la detección oportuna y precoz del trastorno depresivo por consiguiente mejorando la calidad de vida de nuestros pacientes.

1.4 OBJETIVOS.

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la incidencia de síndrome depresivo en pacientes con DM 2 adscritos a la Clínica Regional Tejupilco del ISSEMyM.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Identificar si en los pacientes mayores de 65 años diabéticos es más frecuente padecer depresión.

Identificar los diferentes factores de riesgo desencadenantes de síndrome depresivo en pacientes con DM 2.

Identificar los diferentes factores socioeconómicos relacionados con la aparición de síndrome depresivo en pacientes portadores de DM 2.

Identificar y clasificar el nivel de depresión en los pacientes con DM 2.

Identificar la aparición de síndrome depresivo en pacientes con DM 2 asociado con complicaciones de la misma y otras enfermedades crónicas degenerativas.

Identificar si hay relación entre descontrol glucémico y la aparición de depresión.

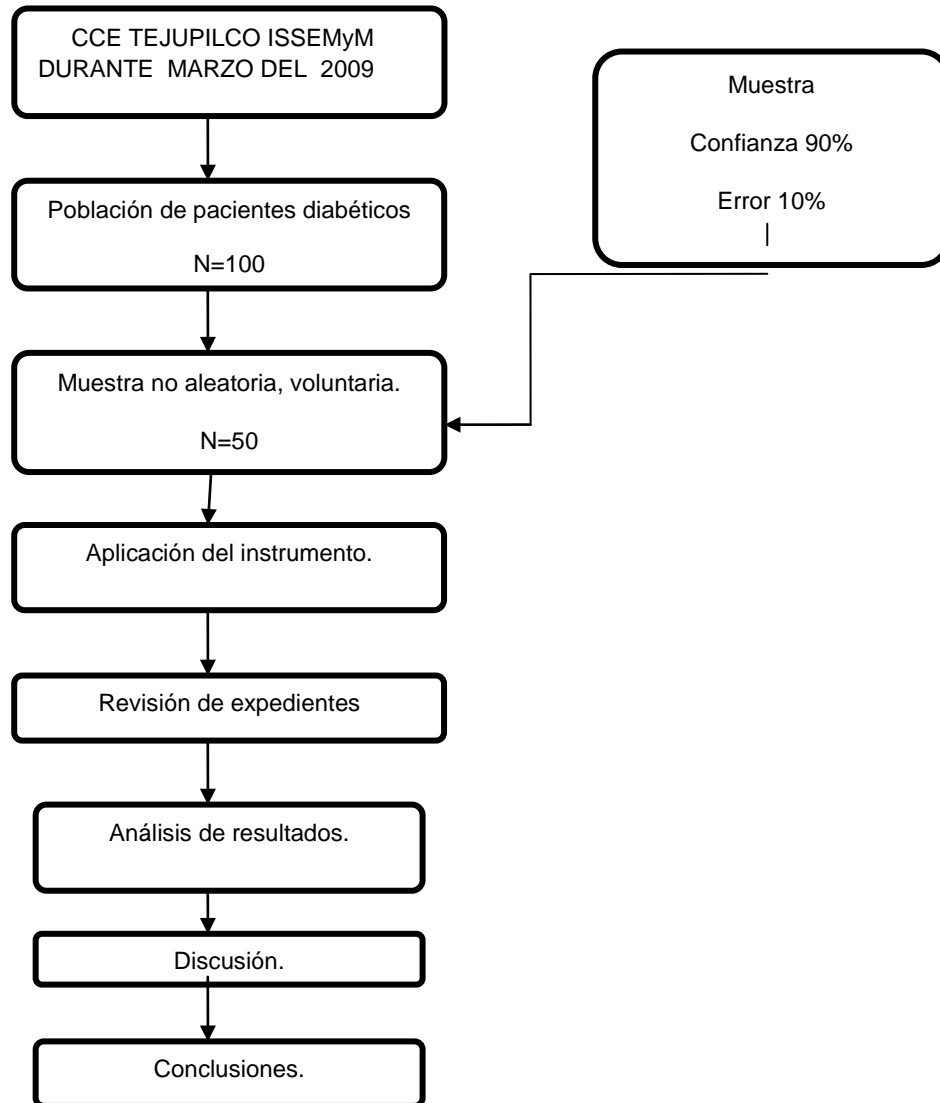
2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y observacional.

2.2 Diseño de investigación.

Figura 2. Diseño de investigación del estudio.



2.3 Población, lugar y tiempo.

Existe un total de 100 pacientes diabéticos, de los cuales se aplicó el cuestionario a 50 pacientes que fueron los que acudieron a consulta durante el mes de marzo de 2009 con diagnóstico de DM 2 de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.

2.4 Muestra.

Se trata de una muestra no aleatoria, la cual constó de 50 pacientes DM 2 de la Clínica de Consulta Externa del ISSEMyM. Basado en la formula para poblaciones menores a 10,000.³⁸

2.5. Criterios.

2.5.1. Criterios de inclusión

- Pacientes DM 2 adscritos a la Clínica Regional Tejupilco ISSEMyM.
- Pacientes DM 2 mayores de 30 años.

2.5.2. Criterios de exclusión

Pacientes que no sepan leer y escribir.

Pacientes que no acepten participar en la investigación.

Pacientes menores de 30 años.

2.5.3. Criterios de eliminación.

Cuestionarios mal llenados e ilegibles.

Pacientes que se incluyan en el estudio pero que pierdan el servicio médico del ISSEMYM.

2.6 Variables.

Se estudiaron 31 variables que conforman el instrumento dividido en 3 secciones tal como se presenta en el anexo 1

Sección 1. Consentimiento Informado. Ficha de Identificación.

Sección 2. Control de glucosa.

Sección 3. Test de Zung.

2.7 Definición Conceptual y Operativa de las variables.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

| VARIABLE | TIPO. | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERATIVA. |
|--------------------------------------|--------------|--|---|
| Sección I Ficha de identificación | Cuantitativa | Expresión de los datos del paciente | Se revisa en la ficha de identificación |
| Sección II Apartado de DM2 | Cuantitativa | Expresión de las cifras de glucosa en la sangre según la NOM | Ultima cifra de glucosa encontrada en el expediente |

| | | | |
|---------------------------|--------------|--|-----------------------------|
| Sección III. Depresión | Cuantitativa | Se refiere a la detección de depresión | Se aplicara test de Zung |
|---------------------------|--------------|--|-----------------------------|

2.8 Diseño Estadístico.

2.8.1. El propósito estadístico de la investigación.

Identificar depresión mediante el test de Zung en los pacientes DM 2

-Se investigó un solo grupo.

-Se realizó una medición.

- Las variables que se midieron son de tipo nominal .

-El tipo de muestra investigada fue no aleatoria.

2.9 Instrumento de recolección de datos.

El instrumento constó de 3 secciones

Numero de variables por sección

| | | |
|--------------|--|----|
| Sección 1 | Folio y consentimiento informado, ficha de identificación | 6 |
| Sección 2 | Apartado de DM 2. | 5 |
| Sección 3 | Test de Zung | 20 |

2.10 Método de Recolección de Datos.

-Previa autorización del comité del ISSEMYM para la realización de este estudio se invito a participar a los pacientes portadores de DM 2 adscritos a la Clínica Regional Tejupilco.

-Para la aplicación de los cuestionarios, el autor abordó a los pacientes tanto en la sala de espera como en el consultorio médico invitándolos a participar en el estudio y aplicándoles el cuestionario.

-Los cuestionarios se aplicaron a todos los pacientes diabéticos que acudieron a consulta en el periodo de marzo del 2009.

-La información correspondiente se almaceno en una base de datos diseñada en el programa estadístico SPSS versión 17.

-Las cifras de glucosa fueron obtenidas del control glicémico de marzo mediante la revisión del expediente de cada paciente.

2.11 Maniobras para evitar sesgos.

2.11.1 Sesgo de información.

Se reconoce que este sesgo se pudo haber presentado. Este queda expensas de la honestidad del entrevistado, confiando en sus respuestas que existe debido a que la información proporcionada por los pacientes. Se trató de controlar informándole del anonimato de las mismas para que expresara sus respuestas lo más cercano a la realidad posible.

2.11.2 Sesgos de selección.

Se reconoce que lo hubo, ya que la participación fue voluntaria.

2.11.3 Sesgos de Medición.

Las encuestas fueron realizadas por el mismo investigador, para evitar durante la toma de datos sesgo inter-observador.

2.12 Procedimientos estadísticos.

Para la codificación de los datos en la base electrónica, se asignaron códigos alfanuméricos para su almacenamiento.

2.13 Cronograma

Anexo. 3

2.14 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

Se requirieron hojas blancas, impresiones, fotocopias, computadora, dispositivo USB, paquete informático Office 2003 y SPSS versión 17, financiado totalmente por el autor del presente trabajo.

2.15 Consideraciones Éticas.

El presente trabajo se apega a las siguientes consideraciones:

Declaración de Helsinki.

Ley General de Salud.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. De acuerdo a este en su artículo 17 el presente estudio entra en la categoría I, investigación sin riesgos, siendo este un estudio el cual emplea métodos y técnicas de investigación documental y en el cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que forman parte de este estudio. Se aplico un cuestionario integrado de una ficha de identificación con datos generales de los pacientes así como el test de zung para la detección de depresión.³⁹

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: el presente trabajo se apega a las consideraciones éticas plasmadas en esta declaración.³⁹

3. RESULTADOS

Contestaron el cuestionario un total de 50 pacientes portadores de DM 2 de la Clínica Regional Tejupilco ISSEMYM de los cuales se eliminaron 13 cuestionarios por mal llenado o por no presentar todos los datos requeridos quedando 37 cuestionarios adecuadamente completos.

3.1. EDAD.

Los rangos de edad fueron de los 33 a los 77 años de edad. Las edades de mayor frecuencia fueron 47, 52, 54 y 67 que corresponde al 8.1% cada una respectivamente con una desviación estándar de 10.8.

Distribución por edades de los pacientes entrevistados portadores de Dm tipo 2 adscritos a la Clínica Regional Tejupilco.

Cuadro 3.

Edad de los pacientes diabéticos tipo 2 de la Clínica Regional de Tejupilco.
en el periodo de marzo del 2009.

| Edades | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| 33 | 1 | 2,7 |
| 39 | 1 | 2,7 |
| 43 | 1 | 2,7 |
| 45 | 1 | 2,7 |
| 46 | 1 | 2,7 |
| 47 | 3 | 8,1 |
| 49 | 1 | 2,7 |
| 51 | 2 | 5,4 |
| 52 | 3 | 8,1 |
| 54 | 3 | 8,1 |
| 56 | 1 | 2,7 |
| 57 | 1 | 2,7 |
| 58 | 1 | 2,7 |
| 59 | 2 | 5,4 |
| 61 | 1 | 2,7 |
| 62 | 1 | 2,7 |
| 64 | 2 | 5,4 |
| 65 | 1 | 2,7 |
| 67 | 3 | 8,1 |
| 68 | 2 | 5,4 |
| 73 | 1 | 2,7 |
| 74 | 2 | 5,4 |
| 75 | 1 | 2,7 |
| 77 | 1 | 2,7 |
| Total | 37 | 100,0 |

Fuente: Pacientes DM 2 de la clínica regional de Tejupilco en el periodo de marzo 2009

3.2 GENERO.

Los resultados se muestran en el cuadro 4.

Distribución por sexo de los pacientes portadores de DM 2 encuestados adscritos a la Clínica Regional Tejupilco.

Cuadro numero 4.

Distribución por sexo de los pacientes encuestados.

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 25 | 67,6 |
| Femenino | 12 | 32,4 |
| Total | 37 | 100,0 |

Fuente: Encuestas aplicadas.

n.37.

3.3 OCUPACION.

Los resultados se muestra en el cuadro numero 3

Distribución de la ocupación de los pacientes portadores de DM 2 encuestados adscritos a la clínica regional Tejupilco

Cuadro numero 5.

Ocupación de los pacientes diabéticos encuestados.

| Ocupación | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------------|------------|------------|
| Obrero | 4 | 10,8 |
| Campesino | 2 | 5,4 |
| Profesionista | 16 | 43,2 |
| Sin empleo | 4 | 10,8 |
| Labores domesticas | 6 | 16,2 |
| Empleado | 2 | 5,4 |
| Jubilado | 3 | 8,1 |
| Total | 37 | 100,0 |

Fuente encuestas aplicadas.

n:37.

3.4 ESCOLARIDAD.

Estos resultados se esquematizan en cuadro 4 y grafica 1.

Cuadro 6.

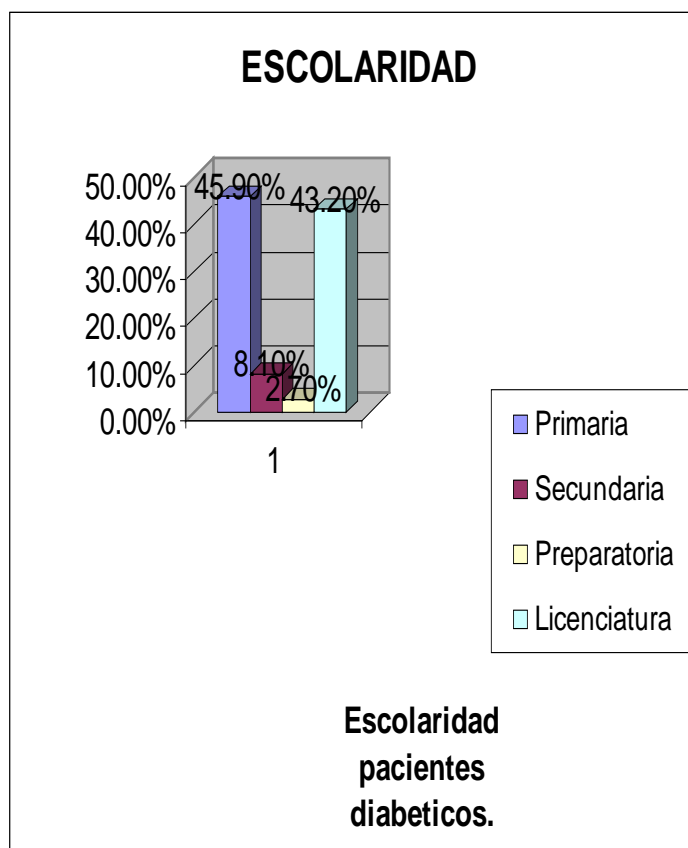
Distribución de la escolaridad de los pacientes diabéticos encuestados.

| Escolaridad | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Primaria | 17 | 45,9 |
| Secundaria | 3 | 8,1 |
| Preparatoria | 1 | 2,7 |
| Licenciatura | 16 | 43,2 |
| Total | 37 | 100,0 |

Fuente. Encuestas aplicadas.

n.37

Grafico 1



Fuente: Pacientes diabéticos de la Clínica regional en el
Periodo de Marzo del 2009.

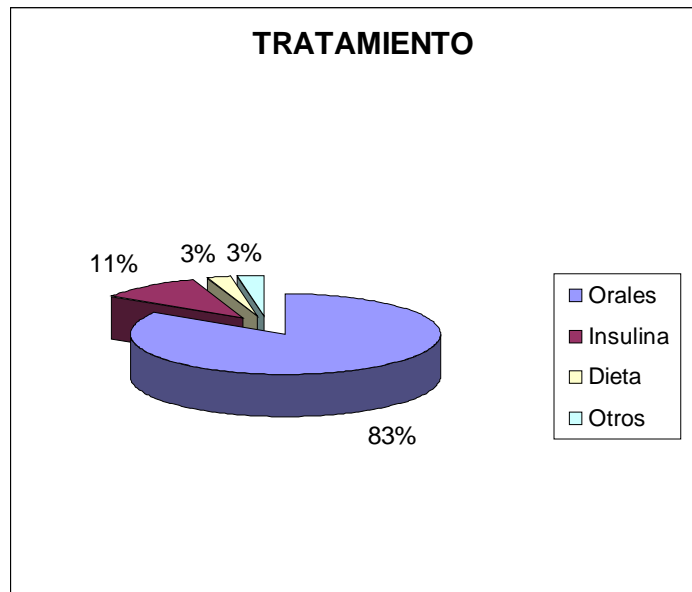
3.5 ESTADO CIVIL.

De los 37 pacientes encuestados se encontró que el 97.3% (36) son casados y un 2.7 % (1) es viudo, no habiendo pacientes con otro estado civil en la aplicación de la encuesta.

3.6 TRATAMIENTO

Esto se esquematiza en el gráfico 2.

Grafico 2



Fuente: encuestas aplicadas.

N:37

3.7 INGRESO ECONOMICO MENSUAL.

Estos resultados se muestran en el siguiente cuadro.

Distribución del ingreso económico en salarios mínimos en pacientes diabéticos encuestados.

Cuadro 7.

Ingreso económico en salarios mínimos.

| Ingreso económico | Frecuencia | Porcentaje. |
|-------------------|------------|-------------|
| 0-3 | 22 | 59,5 |
| 4-6 | 14 | 37,8 |
| 7-mas | 1 | 2,7 |
| Total | 37 | 100,0 |

Fuente: encuestas aplicadas.

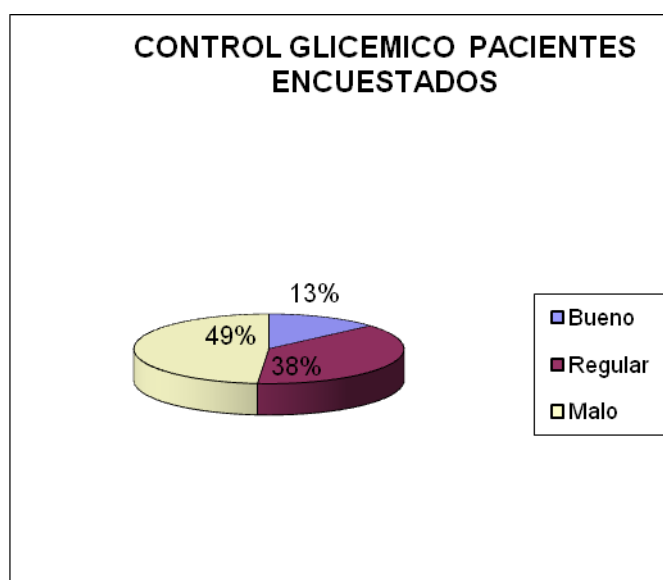
n:37

3.8 CONTROL DE LA GLUCOSA.

De los 37 pacientes encuestados un 14 % (5) presentan un buen control glicemico, 38% (14) presentan un regular control glicemico y un 48% (18) presentan un mal control glicemico

Esquematiéndose lo anterior en el grafico 3

Grafico 3



Fuente: encuestas aplicadas
n: 37

3.9 FRECUENCIA DE COMPLICACIONES DE LA DM .

De los 37 pacientes encuestados un 83.8% (31) sin presencia de complicaciones propias de la enfermedad y un 16.2%. (6) si presentan

Los tipos de complicaciones se muestran el cuadro numero 8.

Distribución de complicaciones en pacientes encuestados adscritos a la Clínica Regional Tejupilco.

Cuadro 8.

Complicaciones en pacientes encuestados

| Complicaciones | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Retinopatía diabética | 3 | 8,1 |
| Cataratas | 1 | 2,7 |
| IRC | 1 | 2,7 |
| Pie diabético | 1 | 2,7 |
| Total | 6 | 16,2 |

Fuente: encuesta aplicada.

n:37

3.10 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.

De los 37 pacientes encuestados 27% (10) presentaron enfermedad crónica degenerativa concomitante con DM 2 Y el 73%(27) no presentaban lo que

De los 10 pacientes que presentaron enfermedades crónico degenerativas se esquematiza su distribución en el siguiente.

Cuadro 9.

Enfermedades crónico-degenerativas.

| Enfermedades | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Hipertensión arterial | 9 | 24,3 |
| Artritis reumatoide | 1 | 2,7 |
| Total | 10 | 27,0 |

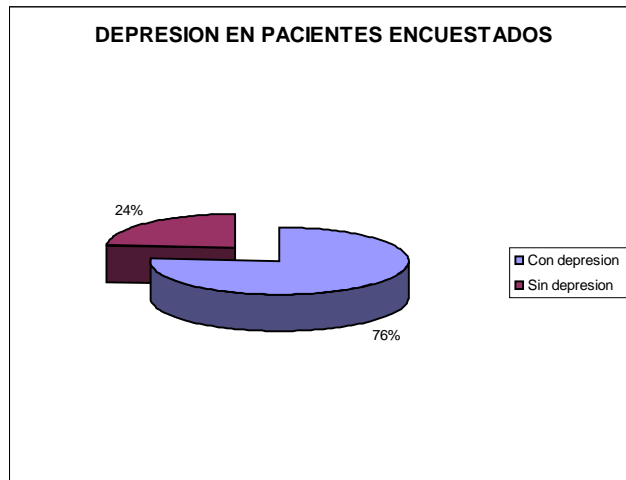
Fuente: encuesta aplicada.

n:37

3.11. DEPRESION EL PACIENTES DIABÉTICOS.

Esto se esquematizara en el siguiente grafico.

Grafico 4.



Fuente: encuesta aplicada.

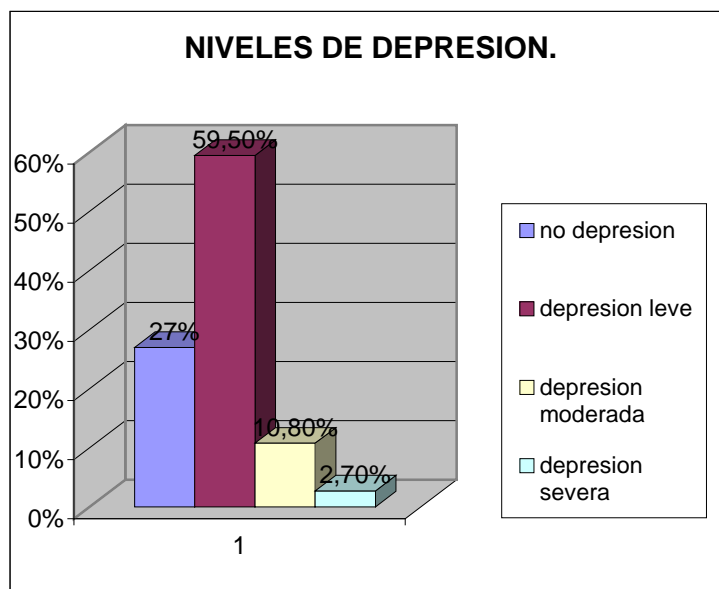
n:37

3.12. NIVELES DE DEPRESION EN PACIENTES DIABÉTICOS

De los 37 pacientes encuestados un 27% (10) no presenta depresión, un 59.5%(22) presentan depresión leve, un 10.8% (4) presentan depresión moderada y un 2.7%(1) presentan depresión severa.

Lo cual se esquematizara en la siguiente grafica numero 5

Grafica 5.



Fuente: encuestas aplicadas.

n:37

4. DISCUSION.

De los presentes resultados, si bien no es una muestra estadísticamente significativa si nos permite crearnos un panorama de lo que acontece en el municipio de Tejupilco, estado de México,

En un estudio realizado por Fuentes, se encontró que los factores de riesgo para padecer depresión con mayor frecuencias fueron ser: pacientes con mal control glicémico (incumplimiento terapéutico), mujeres, amas de casa y ser viudos o divorciados así como la presencia de enfermedades concomitantes ¹⁷.

En un estudio realizado por Fuentes, se encontró que los factores de riesgo para padecer depresión con mayor frecuencias fueron: pacientes con mal control glicémico (incumplimiento terapéutico), mujeres, amas de casa y ser viudos o divorciados así como la presencia de enfermedades concomitantes ¹⁷. En la clínica Regional de Tejupilco se encontró que posterior a la aplicación del instrumento en pacientes con DM 2 se eliminaron 13 encuestas por un mal llenado y presentar incompletos los datos quedando 37 encuestas llenadas adecuadamente. Se demostró la presencia de depresión en el 73 % de los pacientes mientras que un 23 % no la presentaron, de los que tuvieron depresión el 59.5% padece depresión leve el 10.8% depresión moderada y el 2.7% depresión severa, corroborando lo referido en la literatura medica en los cuales refieren que los pacientes con Diabetes presentan un incremento en la morbilidad psiquiátrica⁴; a su vez en México diversos estudios demuestran la existencia de una prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes³⁹. Lustman refiere que la ansiedad y depresión son los trastornos psiquiátricos de mayor incidencia en pacientes portadores de DM 2 ³⁰.

En este estudio del 76 % de los pacientes con diagnóstico de depresión, 9 fueron mujeres y 18 hombres, así como de estos con depresión leve fueron 7 mujeres y 15 hombres con depresión moderada 2 hombres y 2 mujeres respectivamente por ultimo con depresión severa un paciente del sexo masculino, no corroborándose lo mencionado por Anderson en el 2001 donde hay una mayor comorbilidad en el sexo femenino en un 28% contra el 18% del sexo masculino ³¹, esto pudiera ser resultado de que en la población a la cual se le aplicó el cuestionario el 67% fueron hombres y el 32 % de las pacientes fueron del sexo femenino.

Se confirmó que en los pacientes encuestados con presencia de depresión la

mayoría son mayores de 50 años teniendo 13 de ellos una edad mayor a los 60 años corroborando lo anterior los datos que afirman la presencia de esta patología mas frecuentemente en pacientes mayores de 60 años, por ejemplo un articulo menciona que existen mas de 35 millones de adultos mayores de 65 años con diagnostico de diabetes y de los cuales 2 millones padecen depresión siendo este uno de los principales factores presentes en la asociación de estas patologías ⁴ . Se corroboró la mayor incidencia de depresión en pacientes con un nivel socioeconómico bajo con 17 pacientes con un ingreso económico de 0 a 3 salarios mínimos según la literatura existente ³¹ en lo referente al estado civil no se pudo concluir ningún dato de importancia debido a que de los pacientes encuestados todos son casados y un paciente viudo. Se pudo demostrar la asociación de depresión en pacientes portadores de Diabetes tipo 2 y enfermedad crónica degenerativa presentándose en 8 pacientes de los 27 que dieron positivo con la aplicación de la encuesta donde en múltiples estudios lo catalogan como un factor importante relacionado con su aparición ¹⁷ .

No se obtuvo nada concluyente en lo referente a la presencia de complicaciones y su relación con la aparición de depresión en pacientes con diabetes.

Se demostró la gran importancia del control de la glucemia en relación con la aparición de depresión en pacientes con diabetes siendo este uno de los factores de mayor importancia en la aparición de esta asociación de patologías debido que por la simple presencia del descontrol glicemico el paciente incrementa el riesgo de padecerla, presentando una gran relación en cuanto a los niveles de glucosa capilar con la mejoría o el empeoramiento de la sintomatología depresiva diversos estudios demuestra lo antes mencionado, afectando principalmente la calidad de vida del paciente, en lo referente a su control metabólico, incrementando la morbimortalidad cardiovascular ³⁴.

Podemos corroborar lo siguiente, que en los pacientes encuestados con depresión hay un gran porcentaje en tratamiento con hipoglucemiantes orales.

Algo que realmente es de mencionar es que la respuesta del mexicano con diabetes cursa con peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales, Díaz menciona un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y adherencia al tratamiento medico. ³⁵

Todo paciente responde de forma particular ante la presencia de una enfermedad crónica degenerativa , de lo cual se identifican cinco etapas (negación, enojo, pacto, depresión, resignación) por las cuales atraviesa el paciente en donde se presentan grandes huecos en los cuales el mismo permanece por muchos años nunca llegando a aceptar su condición en las que hay mas probabilidades de lograr un autocontrol ,en donde la actuación del medico familiar debe de ser de empatia, motivante y de orientación para que el paciente asuma el compromiso del control del padecimiento por eso es de suma importancia el conocimiento por parte del medico familiar de proceso de salud enfermedad de la diabetes así como el conocimiento de las etapas en las cuales se encuentra el paciente diabético y su familia otorgándole las herramientas suficientes al paciente para un mejor control, previniendo así complicaciones y mejorando la calidad de vida de los mismos siempre con el apoyo de la familia.⁴⁰

5. CONCLUSIONES.

Las enfermedades y el medico familiar dentro de la Atención Primaria de Salud comparten el objetivo de atender la salud, la prevención y la anticipación del daño. Utilizando el principio de la atención continua, con un enfoque de atención integral. Siendo el gran reto a atender por la medicina de nuestro país y del mundo en las próximas décadas. Al aumentar la expectativa de vida de la población se incrementará en forma importante el número de enfermos por Diabetes vinculada esta de manera estrecha con los estilos de vida, la obesidad, la hipertensión arterial, y los trastornos del metabolismo de las grasas.

En los últimos cinco años la DM y sus complicaciones se han convertido en la primera causa de muerte en México. La enfermedad como tal, aunada a sus complicaciones se va convirtiendo en el principal motivo de atención médica en las instituciones asistenciales. La DM constituye una de las principales causas de morbimortalidad con enormes repercusiones, sociales y psicológicas. Las perspectivas actuales resultan alarmantes. Su prevalencia es cada día mas elevada, y se presenta a edades mas tempranas; el diagnostico y el tratamiento son muchas veces inadecuados, por lo tardío de su establecimiento y por las deficiencias en su sostenido cumplimiento.

El diagnostico oportuno que permita iniciar un tratamiento adecuado; así como el manejo de la alimentación, ejercicio, y medicación acorde a cada caso, logrará su control optimo y retrasará por muchos años la aparición de complicaciones en los ojos, riñones, corazón, cerebro, neuropatías periféricas y viscerales así como disminuyendo de forma importante la aparición de trastorno depresivos relacionados con malos controles glicemicos y aparición de las mismas enfermedades reflejándose en una mejor calidad de vida de nuestros pacientes.

La depresión es un padecimiento el cual se debe abordar en el primer nivel de atención llevando a cabo platicas de fomento a la salud mental, en donde se promuevan estilos de vida sanos, ya que la depresión es uno de los factores de riesgo para la aparición del suicidio lo anterior esta estrechamente relacionado con el funcionamiento de las familias las cuales ante un crisis ya sea normativa o

paranormativa las cuales desencadenan descontrol y pobre cohesión entre sus miembros con grandes conflictos y un ambiente problemático con poca adaptabilidad de la misma ante situaciones de estrés cayendo en crisis las cuales predisponen a la desintegración familiar y a la aparición de enfermedades como la depresión.

En el caso de las mujeres ellas se encuentran con una mayor predisposición que los varones debido a los roles establecidos socialmente ya que deben cumplir con la funciones de madre y proveedora, lo que ocasiona el incumplimiento de las funciones básicas y de roles dentro de la familia aunado también a la estrecha relación con la actividad hormonal de las de las mujeres (ciclo menstrual, menopausia).

Es de suma importancia llevar a cabo campañas de detección oportuna de los trastornos mentales y muy en particular de la depresión, ya que su complicación más grave es el suicidio situación prevenible y que ya ocupa en nuestro país los primeros lugares de morbimortalidad. Así las enfermedades psiquiátricas son responsables de un poco más del 1% de las muertes, pero a ellas corresponde el 11% del impacto de discapacidad de las enfermedades en todo el mundo. En 1990 la Depresión Mayor fue la cuarta causa más importante de DALYs (discapacidad / años de vida ajustados), y se considera se proyectara al segundo lugar para el año 2020 (OMS 1996).

Se ha estudiado poco, pero se ha encontrado una relación estrecha en la asociación de depresión con DM 2 mencionándose los siguientes: factores de riesgo como la ocupación, tratamiento médico y nivel socioeconómico bajo influyen de forma significativa en la presencia de depresión en pacientes con DM 2.

Pero son la edad y el descontrol glicémico factores los cuales se asocian como causas directas o como desencadenantes importantes en la aparición de depresión en pacientes con diabetes.

El presente estudio demostró que la depresión está presente en los pacientes con diabetes y que no se está realizando una detección oportuna de este padecimiento en el primer nivel de atención, al menos en la Clínica Regional del ISSEMyM Tejupilco, por consiguiente las alternativas deben estar encaminadas a reforzar este nivel, en la educación para la salud así como en la atención médica integral

con un mejor manejo en el contexto global de la DM 2 principalmente en el mejor control glicémico, en la utilización de un tratamiento individualizado para cada paciente de acuerdo a la edad y sexo de los mismos y tomando en cuenta el aspecto psicosocial del paciente mexicano con diabetes, con una detección oportuna de complicaciones propias de la misma y enfermedades crónico degenerativas así como la detección de los datos de alarma que sugieran depresión y la realización de un tamizaje de forma periódica en los pacientes con DM 2 con la finalidad de realizar la detección oportuna de nuestros pacientes mejorando así su calidad de vida.

Aunque la depresión y diabetes son patologías ampliamente estudiadas no se han estudiado de forma conjunta de hecho hay pocos estudios en México en los cuales se haga una investigación dirigida a encontrar el verdadero origen de esta asociación donde hay autores que mencionan la importancia de los factores que se asocian en la aparición de depresión en diabetes así como cual de ambos padecimientos predispone a cual si la depresión a diabetes y viceversa

Lo anterior mencionado puede ser debido a que en el primer nivel de atención en México no tiene programas específicos en la detección de este padecimiento, en pacientes que acuden a sus controles periódicos por la enfermedad es por eso la importancia de un manejo integral de nuestros pacientes diabéticos no basándonos solamente en los aspectos biológico sino en los aspectos psicológicos y sociales que los rodean tanto de los pacientes diabéticos como de sus familias impactando de forma importante en estos pacientes pero sobre todo llevando a cabo una prevención importante de estos padecimientos en las futuras generaciones, las cuales en el futuro sin las medidas adecuadas desarrollaran estas enfermedades cumpliendo con una de las premisas del médico familiar la atención integral de nuestros pacientes y sus familias.

La presencia de una enfermedad crónica degenerativa como la DM 2 no se circunscribe únicamente al miembro enfermo sino que se extiende la misma a la familia de origen, desencadenando situaciones que originaran cambios en la forma de vida de la familia en el aspecto laboral y económico modificando así patrones límites y jerarquías en el núcleo familiar. Es por consiguiente de suma importancia el seguimiento continuo de estos pacientes por parte del médico familiar identificando en forma adecuada el proceso salud enfermedad desde sus fases iniciales hasta su culminación así como la interrelación y repercusión entre los miembros de la familia.

El abordaje de este padecimiento por parte del medico familiar dependerá de la etapa en la que se encuentre el paciente portador de DM 2 de las cuales se identifican cinco etapas:

- Etapa 1 o de negación del padecimiento.
- Etapa 2 o de enojo o resentimiento en el cual el paciente o familia presentaran actitudes negativas hacia otras personas culpándolas de la situación .
- Etapa 3 o de pacto donde los miembros de la familia abandonan las actitudes negativas replanteando aquellas que puedan beneficiar al enfermo.
- Etapa 4 o de depresión el paciente tiende al aislamiento por el peso de la enfermedad y la repercusión que esta ocasiona en su familia.
- Etapa 5 de resignación o aceptación de la enfermedad.

Además del manejo individual de paciente con DM 2 es de suma importancia considerar a la familia en todo momento a partir del diagnostico. El apoyo familiar es clave para lograr un control adecuado del padecimiento, retardando de esta forma las complicaciones de la misma. Englobando el aspecto emocional el material para contar con ayuda directa en situaciones cotidianas.

El apoyo de la familia es clave en el control metabólico propiciando un ambiente favorable en la reducción del estrés y en la mejora del cumplimiento farmacológico y no farmacológico. Siendo de suma importancia la integración en todo momento de los pacientes y sus familias a grupos de apoyo los cuales brindan información completa de la enfermedad mejorando el conocimiento las habilidades y modificando actitudes negativas de los pacientes portadores de DM 2 .

Por lo que se concluye que es importante la búsqueda dirigida de este padecimiento en las citas mensuales, debido a que hay un gran numero de pacientes diabéticos los cuales, como se ha demostrado en estudios previos y en el presente, que gran parte de ellos aunque acudan con el medico familiar no tienen un control adecuado de sus niveles de glucosa ,desconociendo el mismo la importancia de la relación medico familiar, paciente no previniendo asi el riesgo de padecer algun grado de depresion.

Por lo que es recomendable realizar en todo el primer nivel de atención de ISSEMYM aparte del manejo del aspecto biológico un abordaje más profundo en lo referente a los aspectos psicológicos y sociales de los pacientes y de sus familias logrando así el manejo integral de los mismos.

6. REFERENCIAS.

- 1.-American Diabetes Association. Introduction. Diab. Care.2004.27(1) :10-12
- 2.-Cabrera E, Suárez L. Nuevos criterios para clasificar la diabetes mellitus. Rev. Cúb. Endocrinología. 2000.11 (1):51-5.
- 3.-Méndez J, Buendía G. Los diabéticos tendrán mayor riesgo de depresión. Salud. Púb. Méx. 2005.43:420-423.
- 4.-Colmenares E, Saldivar G. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Ment. 1999. 22(2):7-17.
- 5.-Aguilar CA, Reyes E, Torres MA. Early-onset type 2 diabetes: metabolic and genetic characterization in the Mexican population. J. Clin. Endocrinol. Metab. 2001.86(1):220-6
- 6.-Encuesta nacional de salud 2006 disponible en <http://www.todoendiabetes.org/diabe2/pdf/ensanut2006.pdf>
- 7.-Encuesta INEGI Diabetes 2005 disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>
- 8.- Daniel W. Foster, Arthur H. Rubenstein. Diabetes mellitus, Harrison. Medicina interna 2006; 319:4-41.
- 9.- Issemym. Diabetes mellitus. Guías clínicas terapéuticas para servicios de primer nivel de atención médica 2005; 1-47.
- 10.-Guías clínicas para el tratamiento de la Diabetes Tipo 2 en la atención primaria GEDAPS ED Harcourt Enero 2000.
- 11.-Norma oficial mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención y tratamiento y control de la diabetes, disponible en www.salud.gob.mx/unidades/.../nom/m015ssa24.html.

- 12.-More M. Reconocimiento y manejo de la depresión en las `personas con diabetes. American Diabetes Association 2 marzo 2005.
- 13.-Israel Lerman atención integral del paciente diabético 3 ED Mc Graw Hill 2003.
- 14.- Moore D, Jefferson J. Major Depressive Disorder. In: Handbook of Medical Psychiatry. 2nd ed. Mosby, Inc., 2004. 134-141.
- 15.- Issemym. Depresión .Guías clínicas terapéuticas para servicios de primero y segundo nivel de atención medica 2005; 1-20.
- 16.-Benjet C, Borges G, Medina M. La depresión con inicio temprano, prevalencia, latencia para buscar tratamiento. Sal. Púb. Méx. 2004. 46 (5): 417-424.
- 17.-Fuentes M. Depresión aumenta riesgo de diabetes. Arch. de Med. Int. 2007.95:90-93.
- 18.-Borges G, Medina ME. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Pub. de Méx. 2004.46:451-463.
- 19.-González W. Los síntomas depresivos favorecen la aparición de diabetes mellitus tipo 2 en mayores de 65 años. Enf. Psi. 2007. 1: 35-37.
- 20.-Encuesta INEGI depresión 2005 disponible en <http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>
- 21.-Donald H. Harter/Robert G. Petersdorf.Psiquiatria y medicina.Harrison .Medicina interna 2006; 368:5-69.
- 22.-Moreno V. Efecto de la depresión sobre el control de la diabetes mellitus en pacientes. Diabetes. 2006.2:64-68.
- 23.-Del Burgo J. Diagnósticos de trastornos depresivos en la atención primaria de salud. Rev. San. Hig. Pública. 1991.65: 228-231.
- 24.- Isabel E, Gómez V. La depresión en el paciente con diabetes mellitus 2 de primera vez. VII Foro Delegacional de Investigación en salud del IMSS Nuevo León 2003. No 2:14-19.

- 25.-Zung W. A self rating depression scale. Arch. Gen. Psychiatri. 1965. 12:63-70.
- 26.-Conde V. Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de zung. Arch. Neurobiol. 1970. 33:185-206.
- 27.-Murphy Greer, Kremer Ch, Rodriguez HE et al. Pharmacogenetic of antidepressant medication intolerant. Am. J. Psychiatric. 2003. 160:1830-35
- 28.-Grubbe Hildreant, Willem S, Bjerregaad S et al. Are Gender: Differences. For the clinical effects at antidepressant? Am J Psychiatric. 2003 .160:1643-50
- 29.-Delgado P., Gelenberg A.J. Antidepressant and antimanic medication. IN: Gobbard G.O. Treat. of Psy. Disorder. 1995. 40: 1132-1168.
- 30.-Velasco M, Cardona P, Navarrete H. Atención del climaterio y prevención de las complicaciones de la menopausia en medicina familiar. Rev. Med IMSS 1998.36 (6):463-476
- 31.- Lustman PJ, Clouse RE. Depression in adults with diabetes.Diab Care 2002.15:1631-1639.
- 32.-Anderson RJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis.Diab. Care. 2001.24(6):1069-78.
- 33.- Carnethon M, Biggs M. La depresión en los ancianos aumenta la incidencia de diabetes tipo 2. Arch. de Med. Int. 2007. 167:802-807.
- 34.-Lin EHB,Katon W.Relationship of depression and diabetes self-care,medication adherence,and preventive care.Diab. Care.2004.27(9):2154-60.
- 35.-Vásquez F. Depresión y diabetes: conceptos actuales 2005; H congreso internacional Psiquiatría.
- 36.-Vásquez Estupiñán F, Ruiz Flores LG. Depresión y diabetes mellitus: Conceptos actuales. Rev de Inv en salud 2000.11:35-37.

37.-Colunga C, Salazar J, González A. Diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara México 2005.Rev. de Salud pub. 2008.10(1):137-149.

38.-Ponce Rosas E, Gomez Clavelina F, El tamaño de la muestra para proporciones mayores a 10,000 elementos. Aten Fam 2007:14(2):44-53

39.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada en la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 52ª Asamblea General en Edimburgo.

40.-Ricardo L, Víctor C, Octavio P. La familia con enfermedad crónica degenerativa. Medicina familiar 2008; 333-354.

41.-American Psychiatric Association. Trastornos del estado de ánimo, DSMIV. Masson 2003; 323-399

7. ANEXOS.

7.1. ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en una Investigación sobre Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a solicitar consulta a la Clínica Regional de Tejupilco ISSEMYM". Esta investigación es realizada por el Dr. Mendoza Lozano Carlos Armando, residente de la especialidad de Medicina Familiar. Con el propósito de encontrar la asociación que existen entre la aparición de depresión en pacientes con Diabetes. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 50 personas de manera voluntaria. Si acepta participar en esta investigación, se realizará la aplicación de un cuestionario en el cual se recabaran datos personales así como un test para el diagnóstico de depresión. El participar en este estudio le tomará aproximadamente 30 minutos. Los riesgos asociados con este estudio son nulos y los beneficios esperados de esta investigación es determinar si existe síndrome depresivo y localizar los factores de riesgo de los mismos. La identidad del participante será protegida. Toda información o datos que puedan identificar al participante será manejada confidencialmente. Estos datos serán almacenados por el período que dure el estudio.

Sí ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. También tienen derecho a no contestar alguna pregunta en particular.

Su firma en este documento significa que ha decidió participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma y Fecha

He discutido el contenido de esta hoja de consentimiento informado con el arriba firmante. Le he explicado los riesgos y beneficios del estudio.

Nombre del investigador

Firma

7.2. ANEXO 2. Instrumento.

FICHA DE DATOS IDENTIFICACION.

NOMBRE.-

1.-EDAD.- _____ AÑOS.

2.-SEXO.-

MASCULINO _____ FEMENINO _____

3.-OCUPACIÓN.

OBRERO ___ CAMPESINO ___ PROFESIONISTA _____

SIN EMPLEO _____

LABORES DOMESTICAS. ___ EMPLEADO ___ OTRA _____

4.-ESCOLARIDAD.-

PRIMARIA ___ SECUNDARIA _____ PREPARATORIA _____

LICENCIATURA _____

5.-ESTADO CIVIL.

SOLTERO ___ CASADO ___ VIUDO ___ DIVORCIADO _____

UNION LIBRE _____

6.-TRATAMIENTO.-

ORALES_____ INSULINA_____

DIETA_____ OTROS_____

7.-INGRESO ECONOMICO (SALARIO MINIMO)

0-3) _____ 4-6)_____ 7-mas)_____

8.-GLUCOSA.- _____ mgdl.

9.-COMPLICACIONES

SI_ NO_____ CUALES._____

10.-ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS

SI_ NO_____ CUALES._____

TEST DE ZUNG.

1.- ME SIENTO ABATIDO O MELANCOLICO.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

2.-EN LA MAÑANA ES CUANDO ME SIENTO MEJOR.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

3.-TENGO DESEOS DE LLORAR.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

4.-ME CUESTA TRABAJO DORMIRME EN LA NOCHE.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

5.-COMO IGUAL QUE ANTES.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

6.- MANTENGO MI DESEO, INTERES SEXUAL Y/O DISFRUTO DE LAS RELACIONES SEXUALES.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

7.-NOTO QUE ESTOY PERDIENDO PESO.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

8.-TENGO MOLESTIAS DE ESTREÑIMIENTO.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

9.-EL CORAZON ME LATE MAS APRISA QUE DE COSTUMBRE.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

10.-ME CANSO AUNQUE NO HAGA NADA.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

11.-TENGO LA MENTE TAN CLARA COMO ANTES.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

12.-ME RESULTA FACIL HACER LAS COSAS QUE ACOSTUMBRABA HACER.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE

13.-ME SIENTO INTRANQUILO Y NO PUEDO MANTENERME QUIETO.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

14.-TENGO ESPERANZA EN EL FUTURO.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

15.-ESTOY MAS IRRITABLE DE LO USUAL.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

16.-ME RESULTA FACIL TOMAR DECISIONES.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

17.-SIENTO QUE SOY UTIL Y NECESARIO.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

18.-MI VIDA TIENE BASTANTE INTERES.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

19.-SIENTO QUE LOS DEMAS ESTARIAN MEJOR SI YO MURIERA.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

20.-TODAVIA DISFRUTO CON LAS MISMAS COSAS QUE ANTES
DISFRUTABA.

- a) NUNCA O MUY POCAS VECES.
- b) ALGUNAS VECES.
- c) FRECUENTEMENTE.
- d) LA MAYORIA DEL TIEMPO O SIEMPRE.

7.3. ANEXO 3 CRONOGRAMA

| CRONOGRAMA | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Etapa de planeación (trimestres) | 0 1 | 0 2 | 0 3 | 0 4 | 0 5 | 0 6 | 0 7 | 0 8 | 0 9 | 1 0 | 1 1 | 1 2 |
| Etapa de planeación proyecto | X | X | X | | | | | | | | | |
| Marco teórico | | X | X | X | X | | | | | | | |
| Material y métodos | | | | X | X | | | | | | | |
| Registro y autorización de proyecto | | | | | X | | | | | | | |
| Etapa de ejecución proyecto | | | | | X | X | X | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | X | X | | | |
| Almacenamiento de datos | | | | | | | | X | X | | | |
| Análisis de datos | | | | | | | | | | X | | |
| Descripción de los resultados | | | | | | | | | | X | X | |
| Discusión de los resultados | | | | | | | | | | X | X | |
| Conclusiones del estudio | | | | | | | | | | | X | |
| Integración y revisión final | | | | | | | | | | | X | X |
| Autorizaciones | | | | | | | | | | | | X |
| Impresión del trabajo final | | | | | | | | | | | | X |
| Solicitud de examen de tesis | | | | | | | | | | | | X |

