



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN N. 2 NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94 ARAGON



TESIS TITULADA:

“ Control glucémico de pacientes diabéticos portadores de Síndrome Depresivo posterior al manejo con antidepresivos ”
Que para obtener el título de Médico Especialista en Medicina Familiar

PRESENTA:

Silva Briseño Ulises Adolfo
Médico Residente de 3er año del Curso de
Especialización en Medicina Familiar
Matricula 99367502
E. mail: quechou1@yahoo.com.mx
Tel. 5532469359

DIRECTOR DE TESIS
Dr. José Luis Xancopinca Villanueva
Medico Especialista
en Urgencias Medico Quirúrgicas
Jefatura de Educación e Investigación En Salud
Hospital General de Zona 29 IMSS
Matricula 8198799
Email: jose.xancopinca@imss.gob.mx
Tel. 55514011 ext. 21315



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizaciones.

Tesis autorizada por el Comité Local de Investigación 3515 de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS, con registro Institucional R-2009 3515 – 21.

AUTORIZACIONES

Dra. Victoria Pineda Aquino
Coordinador Delegacional de Investigación en Salud

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Marco Antonio Pagola Martínez
Director de la UMF 94

Dra. Patricia Ocampo Barrio
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF 94

Dedicatoria.

Quiero dedicar esta Tesis a Dios, por darme la oportunidad de llegar hasta donde actualmente estoy, por darme la vida y salud, dicha y paz, por darme penas y alegrías, por mis amigos y enemigos y por los retos y momentos difíciles que me ha hecho pasar.

Por entregarme con dos ángeles importantes en mi vida y que nunca terminare de agradecerles lo hecho por mí, mis padres Salvador y María, que siempre han estado conmigo en las buenas y en las malas, que nunca me han dejado solo, me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi perseverancia y mi empeño.

A mis hermanos Omar y Mayela por su apoyo incondicional y por el gran amor que me tienen.

Mis sobrinas también han sido parte importante en mi vida Belem, Evelyn y Marlene.

Agradezco también a mis compañeros y amigos de residencia, Alberto, Beatriz, Paulina, Esmeralda, Miriam, Rogelio, Jessica, Mariana y Priscila así como a mis maestros; Dra. Bautista, Dr. Arrieta, Dr. Xancopinca, Dra. Balderas, que me han apoyado y guiado para lograr mi meta.

Este trabajo también es suyo.

Gracias de todo corazón.

Control glucémico de pacientes diabéticos portadores de Síndrome Depresivo posterior al manejo con antidepresivos.

Xancopinca Villanueva J L 1, Silva Briseño U 2

Unidad de Medicina Familiar (UMF) 94. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

ANTECEDENTES: A nivel mundial la Diabetes Mellitus (DM) es un problema de salud pública por su elevada morbi-mortalidad, Sin duda alguna el paciente diabético se ve inmerso en un sin fin de cambios en su estilo de vida. Algunos de estos cambios son producto de los síntomas de su enfermedad; en tanto que otros se derivan de la modificación de conductas de riesgo para su salud. Ello explica porque la DM incrementa el riesgo de presentar Síndrome Depresivo, la correlación entre ambas patologías es frecuente y su impacto es importante debido a las numerosas complicaciones que originan. La Depresión está asociada a alteraciones cognitivas y afectivas, que pueden provocar un mal control de la DM. Por lo que este estudio trata de demostrar que con la identificación y tratamiento del Síndrome Depresivo, muchas veces sub diagnosticado, podremos tener un cambio en el control glucémico del paciente.

OBJETIVO: Analizar los cambios en el control glucémico en pacientes diabéticos con síndrome depresivo posterior al manejo con antidepresivo.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio Experimental del tipo preexperimental con diseño prueba posprueba, el cual consistió en integrar al estudio a 27 pacientes derechohabientes de la UMF 94, portadores de Diabetes Mellitus Tipo2, con detección de Síndrome Depresivo por medio de la escala de Hamilton. Administrándoles tratamiento antidepresivo para analizar los cambios que hay en el control glucémico a los 3 meses de la ingesta del medicamento. Los resultados obtenidos se sometieron a análisis estadístico y presentación de datos.

RESULTADOS. De un total de 27 participantes con un rango de edad de 31 a 75 años de edad con una media de 62 ± 10 años. En la valoración del estado de depresión se observó que 20 participantes tuvieron un grado de depresión moderada. Con respecto a la evaluación de glucemia inicial ningún paciente tenía un control bueno. Posterior al tratamiento farmacológico antidepresivo durante 3 meses, se encontró predominio del control glucémico aceptable en 15 pacientes.

CONCLUSIONES. Previo al manejo antidepresivo, se identificó depresión moderada en casi tres cuartas partes del total de participantes. En la mitad de ellos mal control glucémico. Posterior al manejo antidepresivo se encontró control glucémico aceptable en más de la mitad de los participantes, con diferencia estadísticamente significativa y sin influir en ello el resto de las variables.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Síndrome depresivo, Tratamiento antidepresivo, Control glucémico.

1. Jefe de Enseñanza de HGZ 29
2. Residente 3er año de MF.

INTRODUCCION.

La Diabetes Mellitus (DM), representa un problema sanitario y socioeconómico de primera magnitud que exige la máxima atención. Es por ello que los programas de prevención y control de la misma son fundamentales para las instituciones de salud.

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la DM es un reto importante tanto para el profesional de la salud, como para el paciente mismo, ya que se ve afectado en su cotidianidad.

Sin duda alguna el paciente diabético se ve inmerso en un sin fin de cambios en su estilo de vida. Algunos de estos cambios son producto de los síntomas de su enfermedad; en tanto que otros se derivan de la modificación de conductas de riesgo para su salud y de adquisición de nuevos comportamientos que le permitan mejorar su calidad de vida, circunstancia que no es fácil.

La Diabetes Mellitus incrementa el riesgo de presentar Depresión, la correlación entre ambas patologías es frecuente y su impacto es importante debido a las numerosas complicaciones que originan.

Investigaciones recientes demuestran que los pacientes diabéticos tienen mayor incidencia de Depresión que los pacientes no diabéticos. De tal manera, que hasta un 70% de los diabéticos presentan Depresión, lo que puede afectar el control metabólico y llevarlo rápidamente a las complicaciones propias de la DM

La Depresión está asociada a un mal control de la DM debido a las alteraciones cognitivas (olvidar tomar medicamentos) y afectivas (imposibilidad para llevar plan nutricional o de actividad física), así como al incremento de cortisol lo que conduce a la hiperglucemia, a pesar del cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Debido a que la Depresión y la DM comparten manifestaciones clínicas, el establecer su diagnóstico no es fácil. Lo que explica porque con relativa frecuencia escapa al clínico el diagnóstico de Depresión.

Es que tratar de manera conjunta la Depresión y la Diabetes es de vital importancia ya que este binomio patológico repercute de manera fundamental sobre la calidad de vida del individuo. Por lo tanto es esencial que el Médico Familiar reconozca esta asociación e intervenga en su curso.

MARCO TEÓRICO

Diabetes Mellitus.

Es el conjunto de manifestaciones metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, condición secundaria a una deficiente secreción pancreática de insulina y/o una resistencia periférica a la acción de la misma o una mezcla de ambas.

La Asociación Americana de Diabetes (ADA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) la clasifica en:

- ✓ Diabetes Mellitus tipo 1 (DM 1). Destrucción de las células beta que conduce a una deficiencia absoluta de insulina.

Deficiencia que puede ser: auto inmune e idiopática

- ✓ Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2). Participación de factores genéticos y ambientales. ¹

La triada clásica sintomatología y signológica integrada por poliuria, polidipsia y polifagia, evidentemente establecen el diagnóstico de DM. Sin embargo también es frecuente que el paciente presente pérdida de peso, astenia, anorexia, ataque al estado general e hipersomnias. Síntomas que en un momento dado pueden encubrir la coexistencia de Depresión. ²

Complicaciones agudas. Estas pueden ser propias de la enfermedad (Cetoacidosis diabética y Estado Hiperosmolar Hiperglucémico) y asociadas con la enfermedad (Síndrome de Hipoglucemia, Acidosis láctica y Accidentes vasculares). ³⁻⁵

Complicaciones crónicas. La fisiopatología de las complicaciones crónicas de la DM, son ocasionadas por la afección del sistema vascular de arterias y capilares, que afecta principalmente a los ojos, riñones y nervios. Incluye; Retinopatía, Nefropatía y Neuropatía. ⁶⁻⁹

Criterios de control de la Diabetes Mellitus

El control adecuado de la Diabetes Mellitus incluye además de la cifra de glucosa, el control de los factores de riesgo cardiovascular. Por lo que es importante tomar en cuenta la edad del paciente, el tipo de Diabetes, presencia o no de obesidad, hipertensión arterial asociada, dislipidemia asociada, tiempo de evolución, aparición de complicaciones y gravedad de las mismas. En el siguiente cuadro se presentan los parámetros de control en el paciente con DM. ¹

Parámetro	Bueno	Aceptable	Malo
Glucosa plasmática ayunas	80-100mg/dl	101-140 mg/dl	> 140mg/dl
Glucosa plasmática o capilar posprandial (1hora)	80-136 mg/dl	140-180mg/dl	>180mg/dl
Glucosa plasmática o capilar al acostarse	<120mg/dl	100-140mg/dl	<100 ó >160mg/dl
Glucosa en orina	0	0.5	> 0.5
Hemoglobina glucosilada	<7%	7-7.9%	> 8%
Tensión arterial	130/85 mm.Hg	130/90 a 160/90 mm.Hg	> 160/90 mm.Hg
Colesterol total	< 200mg/dl	200-220mg/dl	>220
Triglicéridos	<150mg/dl	150-175mg/dl	>175mg/dl
IMC	<25kg/m ²	25-30Kg/m ²	>30Kg/m ²

La principal meta en la terapéutica es el control glucémico, debido a que el manejo exitoso de la diabetes depende también en el comportamiento, los factores biológicos y psicosociales contribuyen a su adecuada evolución, un factor importante es la Depresión. ²

Depresión.

La Depresión se define como un estado patológico caracterizado por un decaimiento de los sentimientos y del valor personal (tristeza, decaimiento, irritabilidad, impotencia, etc.), inhibición o disminución de las funciones psíquicas (olvidos, descuido, etc.) y alteraciones somáticas (cefalea, gastralgia, mialgias, etc.), frente a las experiencias de la vida. ^{10,11}

Sin duda alguna podemos señalar que la etiología de la Depresión es compleja, ya que intervienen múltiples factores, tanto genéticos, biológicos como psicosociales y no existe un tratamiento único para todos los casos. ^{12,13}

En los últimos años el uso de medicamentos antidepresivos se ha convertido en una de las principales estrategias para el tratamiento de la Depresión y de otros trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentran: ^{14,15}

1. Antidepresivos triciclicos
2. Heterociclicos (segunda y tercera generación)
3. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina
4. Inhibidores de la monoaminoxidasa

La Diabetes tipo 2 (DM 2) se ha incrementado en parte debido al incremento en la obesidad en la nación. Los adultos pueden sufrir desordenes mayores de depresión en algún punto de su vida y su proporción es mayor cuando se suman las distimias y las depresiones menores. La Depresión está relacionada con el tabaquismo, inactividad física, y ganancia calórica, que además incrementan el riesgo de diabetes tipo 2. La Depresión esta también relacionada con obesidad central y potencialmente con disminución de tolerancia a la glucosa, anormalidades psicológicas, inclusive activación del sistema simpaticoadrenal, y liberación de citocinas proinflamatorias que pueden inducir resistencia a la insulina y contribuir al riesgo de Diabetes. La Depresión además es un factor de riesgo que con tratamiento puede mejorar el control glucémico y mejorar los resultados en los pacientes con Diabetes tipo 2.

Los pacientes con Diabetes tienen más posibilidades de experimentar Depresión en comparación con la población general, y la presencia de Depresión está asociada con una pobre calidad de vida, incremento en

hiperglucemia, mayor utilización de los servicios médicos, riesgo de complicaciones e incremento en el riesgo de mortalidad. ¹⁶

Diversos estudios han tratado de precisar cuál de las dos patologías se instala primero, sin embargo sus resultados siguen siendo controversiales. Otras investigaciones señalan que las personas con síntomas depresivos crónicos a partir de los 65 años tienen más probabilidades de desarrollar DM tipo 2. La Depresión por sí sola y no necesariamente acompañada de otros factores como el sobrepeso o el estilo de vida, basta para desencadenar la DM en algunas personas mayores. Otros estudios señalan que la Depresión es una complicación no reconocida de la DM. Su estrecha relación apunta a que ambas patologías comparten vías metabólicas.

La teoría más reciente señala que la responsable de desarrollar DM en los pacientes deprimidos es el alto nivel que de manera persistente y continua alcanza el cortisol, considerada como la hormona del estrés. El cortisol disminuye la secreción y sensibilidad a la insulina y aumenta los depósitos de grasa en cintura, lo que constituye un factor de riesgo para desarrollar DM. Sin embargo esta teoría no descalifica el papel de otros factores de riesgo como son la inactividad física, el hábito de fumar y el índice de masa corporal. ¹⁷

Se ha estudiado la distribución de la bioquímica cerebral normal como etiologías, las vías neuronales de norepinefrina están involucradas en actividades de vigilancia y motivación, estas vías juegan un papel en las vías serotoninérgicas afectando la ansiedad y la irritabilidad, aparentando las vías serotoninérgicas controlar la impulsividad y compartir con las vías dopaminérgicas el apetito, la sexualidad y la agresividad. Asimismo se ha estudiado la disminución de factor neurotrófico derivado del encéfalo resultado en la atrofia neuronal hipocámpal. Se ha encontrado también reducción en la actividad neuronal de la corteza dorsolateral prefrontal, que se ha encontrado correlacionada con la gravedad de la Depresión.

El tratamiento de la Depresión prolonga la vida de los adultos mayores portadores de DM, al reducir en alrededor del 50% el riesgo de muerte a lo largo de cinco años. ¹⁸

La aparición de Síndrome Depresivo entre los pacientes portadores de DM en general representa una asociación frecuente debida principalmente a la cronicidad de la enfermedad, sus complicaciones y alteraciones en la dinámica familiar entre otros factores descritos. Se menciona que puede haber una relación con el descontrol metabólico. En estudios recientes se ha encontrado que la DM se asocia a Síndrome Depresivo y a un descontrol glucémico, Encontrando que el Síndrome Depresivo es una entidad patológica que se puede presentar antes de instalarse la DM 19

Las alteraciones psiquiátricas son frecuentes y se observan durante el curso de las enfermedades endocrinas, su diagnóstico diferencial puede ser complejo. Los síndromes psiquiátricos pueden ser la primera manifestación de las alteraciones endocrinas, incluyendo trastornos del humor, ansiedad y disfunción cognitiva. Bajo el reconocimiento del gran impacto psicológico de la DM, se ha encontrado el incremento de la morbilidad psiquiátrica entre los pacientes diabéticos. 20

En estudios realizados por Anderson y cols, muestra que la presencia de diabetes duplica la Depresión y que esta se asocia a más complicaciones. 21

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En el Hospital Shariati en Estados Unidos de Norteamérica en el año 2004, se realiza un estudio donde se asocia Depresión y DM realizado por Larijani y

colaboradores, quienes estudiaron a 375 pacientes portadores de DM2, aplicándoles la escala de Beck encontraron que el 41% de los pacientes tenían Depresión leve y 23% cursaron con Depresión severa y el 9.3% cursaron con desorden distímico. Estos investigadores concluyen que la asociación de DM y Depresión es más frecuente en las mujeres y esto les lleva a presentar descontrol metabólico crónico y aparición de complicaciones tempranas. ²²

En el año 2007, Escobedo y cols. En México estudiaron el descontrol metabólico relacionado con Depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico, concluyendo que existe relación entre la depresión y el descontrol metabólico, y observaron que existen valores crecientes de glucosa al aumentar el grado de Depresión. ²³

En el 2008 en la Revista Salud Pública en México publica un estudio realizado por Colunga C. y cols. en donde tratan de determinar la prevalencia de Depresión y compararlo con indicadores socio demográficos, metabólicos y clínicos, en personas con Diabetes tipo 2 deprimidas y no deprimidas. Encontrando que la prevalencia de Depresión fue de 63%, en una proporción 3 a 1, mayor en mujeres que en hombres. Existiendo diferencias en escolaridad, estado civil y ocupación entre deprimidos y no deprimidos, la edad no presentó diferencias, la Depresión se presentó más en personas con más antigüedad en el diagnóstico de Diabetes y mayor Índice de Masa Corporal ²⁴

En el Hospital General Regional No. 25 del IMSS Méndez y cols, en el año 2007 estudiaron la frecuencia de Depresión en 35 pacientes con hemodiálisis crónica, sus resultados reportaron presencia de depresión en el total de la muestra. ²⁵

En el año 2004 De los Ríos, estudio la frecuencia de Depresión en 100 pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social portadores de nefropatía diabética, que participaban en el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. Con la ayuda del instrumento CHQ-28 identifico que alrededor del 86% de los pacientes cursaba con algún grado de depresión. Con lo que concluye que existe una elevada incidencia de

alteraciones emocionales en pacientes con nefropatía diabética, condición que frecuentemente se asocia con una evolución no favorable de la enfermedad. ²⁶

Los resultados de un estudio similar realizado por Mc Kella en los Estados Unidos de Norte América en el año 2004 señalan que la Depresión incrementa las complicaciones de la DM, debido a que los pacientes deprimidos presentan una menor adherencia al tratamiento, por ende desencadenan más tempranamente complicaciones. ²⁷

Con el propósito de comparar la eficacia entre antidepresivo, psicoterapia breve y placebo; López y colaboradores realizaron un estudio doble ciego en una muestra de pacientes diabéticos deprimidos durante el año 2004 en México sus resultados reportan una mayor eficacia del manejo antidepresivo, la psicoterapia tuvo menos beneficios que el tratamiento farmacológico, pero más que el placebo. ²⁸

En estudios más recientes del año 2008, Jefferys y colaboradores en Estados Unidos de Norteamérica, encontraron que no existe adherencia al tratamiento antidiabético en aquellos pacientes que también presentan Depresión y que en estos pacientes aumenta la Depresión así como el descontrol metabólico y por ende las complicaciones. **29,30**

Mesuk y colaboradores en el 2008, en Estados Unidos de Norteamérica concluyen en su meta análisis que hay una fuerte asociación entre Diabetes y el estado depresivo, condición que atribuye una alteración importante en los ejes social, psicológico y biológico. ³¹

En estudios realizados por Richardson, concluyen que existe una morbilidad temprana en pacientes diabéticos tipo 2 con Depresión pero que también intervienen factores demográficos socioeconómicos y de comorbilidad, siendo las comorbilidades más importantes la cardiopatía isquemia y las complicaciones propias de la DM2. ³²

En la UMF 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Bautista y colaboradores encuentran en su estudio que el 40% de sus pacientes cursan con algún grado de Depresión, también se encontró que la depresión aumenta cuando existen patologías concomitantes, como es el caso de la Hipertensión Arterial Sistémica, la Osteoartritis, con un 60 y 59% respectivamente. Resultados similares se encontraron en el año 2009 en estudio realizado por Ocampo y colaboradores en pacientes con pie diabético. 33

Sin embargo en la UMF 94 del IMSS no hay estudios que traten de demostrar las modificaciones del control glucémico de pacientes portadores de DM Tipo 2 y Síndrome Depresivo posterior al tratamiento antidepresivo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Justificación. Recientemente se ha mostrado que las personas con Diabetes Mellitus presentan una probabilidad mayor del 50% de sufrir Síndrome Depresivo en comparación con las personas sin Diabetes. Esto destaca la

necesidad de proporcionar apoyo psiquiátrico a las personas portadoras de Diabetes Mellitus, pues se ha identificado que hasta un 70% de ellos puede presentar Síndrome Depresivo

Como resultado de las alteraciones cognitivas y emocionales que condicionan la Depresión, es común observar un pobre control glucémico y por ende se incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones agudas y crónicas. Ello pudiera explicar la frecuente renuencia de los pacientes diabéticos a seguir un plan nutricional y físico, además de incumplir en la toma de los medicamentos. Por otra parte el estrés crónico desencadenado por la Depresión, incrementa los niveles de cortisol perpetuando así la elevación de glucosa en sangre.

Los vínculos entre depresión y DM resultan preocupantes ya que las pacientes con DM presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiacas en comparación con los pacientes que no tienen diabetes. En este tenor un grupo de investigadores de los Estados Unidos de Norteamérica publicaron pruebas de que el tratamiento de la Depresión reduce la mortalidad en un 50% a personas mayores con diabetes. Desafortunadamente el diagnóstico de Síndrome Depresivo en los pacientes diabéticos resulta difícil ya que las manifestaciones físicas como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por el mismo Síndrome Depresivo, se superponen a las de DM descontrolada, generando un subdiagnóstico en atención primaria, provocando que estos pacientes incrementen riesgos de mortalidad, es por ello la necesidad de mejorar ambos diagnósticos y de dar un tratamiento oportuno en el primer nivel de atención ya que el prevenir la aparición temprana en pacientes portadores de DM 2 mejora el pronóstico de los pacientes y sus familias.

Pregunta de investigación. En la UMF No. 94, en el 2009, se tiene un registro de diez mil diabéticos, con base a la consideración del subregistro citado respecto a Depresión, lo cual no es la excepción en dicha unidad, se hace necesario la identificación y manejo de ésta asociación (DM/Depresión) en dicha población, por lo que se propuso esta investigación, con la finalidad de coadyuvar a su control glucémico y disminuir los riesgos asociados

¿El control glucémico, en pacientes portadores de Diabetes Mellitus con Síndrome Depresivo, se modifica con el uso de antidepresivos en la UMF

94 ?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

- Analizar los cambios en el control glucémico en pacientes diabéticos con Síndrome Depresivo posterior al manejo con antidepresivo.

Específicos

- Identificar el Síndrome Depresivo en pacientes portadores de DM 2.
- Comparar los niveles de glucosa en sangre en pacientes diabéticos portadores de Síndrome Depresivo antes y después de recibir tratamiento antidepresivo.

HIPÓTESIS.

El control glucémico en los pacientes diabéticos con Síndrome Depresivo mejora después del tratamiento con antidepresivos.

ESPECIFICACIONES DE LAS VARIABLES

Variable Independiente	Tratamiento antidepresivo
Variable Dependiente	Control Glucemico
VARIABLES UNIVERSALES	Sexo, Edad, Ocupación, Escolaridad, Estado Civil.

Ver cuadro de Variables Anexo

DISEÑO DEL ESTUDIO

Experimental, del tipo pre experimental con diseño prueba-pos prueba

UNIVERSO DE ESTUDIO

Personas portadores de Diabetes Mellitus y Síndrome Depresivo

POBLACION DIANA

Derechohabientes de la UMF 94 portadores de Diabetes Mellitus y Síndrome Depresivo

MUESTRA

La unidad de observación serán derechohabientes de la UMF 94 portadores de Diabetes Mellitus y Síndrome Depresivo que asistieron a la unidad durante el periodo Noviembre a Diciembre del 2009.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Para el calculo del tamaño de muestra se considero una frecuencia de Síndrome Depresivo en pacientes diabéticos de acuerdo con la literatura revisada de 70% una población total de pacientes diabéticos Tipo 2 en la UMF 94 de 10000, un peor esperado de 40% con un nivel de confianza de 95% se obtuvo una muestra de 22 participantes mediante el empleo del programa estadístico Epiinfo 6 agregando un 20% por posibles pérdidas se concluye en un total de 27 participantes.

PROGRAMA DE TRABAJO

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión

- Derechohabientes de la UMF 94 que cuenten con expediente electrónico.
- Con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Cualquier sexo
- De 25 a 75 años de edad
- De ambos Turnos
- Sin evidencia en expediente de complicaciones crónicas (neuropatía, retinopatía, insuficiencia renal y pie diabético).
- No portadores de las siguientes patologías: neoplasias, hipertiroidismo, epilepsia y psicosis.
- Sin antecedente de consumo de antidepresivos
- Que acepten participar e el estudio a través de consentimiento informado
- Que cumplan criterio de Síndrome Depresivo de leve o moderado por escala de Hamilton

No inclusión

- Diabéticas embarazadas o en período de lactancia
- Pacientes con antecedente de Infarto agudo al miocardio, hiperplasia prostática y alcoholismo activo.

Eliminación

- Pacientes que abandonen el tratamiento
- Paciente que durante el estudio se embaracen o presenten alguna complicación aguda.

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.

La integración de la muestra se realizó por el investigador responsable, durante el periodo comprendido entre Noviembre y Diciembre del 2009, El investigador recorrió las salas de espera de la UMF 94, en donde se abordaron a los pacientes, preguntándoles si eran portadores de DM y corroborando los Criterios de inclusión y de no inclusión previamente descritos. Se les explicó en qué consistía el estudio y validando su permiso con el consentimiento informado se verificaron los antecedentes del paciente en el expediente una vez cumplidos los criterios, se le aplicó la escala de Hamilton para detección de depresión la cual fue aplicada por el investigador.

MANIOBRA EXPERIMENTAL

Una vez realizada la integración de la muestra, con autorización del médico responsable del paciente, se les elaboró historia clínica y exploración física. Descartando contraindicaciones que pudieran tener los pacientes para el uso de antidepresivo esto revisando el expediente así como reinterrogando al paciente para conocer antecedentes del paciente se revisó el reporte de la última glucemia en suero reportada (considerándose menor a un mes). Se les dio información individual acerca del objetivo del estudio y cuál y cómo sería su participación. Una vez identificados a los pacientes, el Investigador residente junto con el médico responsable del paciente decidió cuál fue el medicamento antidepresivo ideal para cada uno de los pacientes, explicándoles el uso del medicamento. Posteriormente esto se citaron a los pacientes cada mes para corroborar estado de salud y descartar efectos colaterales del medicamento, verificando el consumo y apego del mismo. Los medicamentos fueron proporcionados durante un periodo de 3 meses, tiempo que duró el tratamiento farmacológico para esta investigación. Se valoró el control glucémico a los 3 meses de tratamiento con algún antidepresivo, por medio de determinación de glucosa basal en ayunas, esta información se obtuvo del expediente del paciente una vez terminado el tratamiento de sostén durante 3 meses de tratamiento antidepresivo se solicitó al médico tratante que continúe el tratamiento hasta por 6 meses, sugiriendo al valor de estado depresivo al término del tratamiento para su probable envío al servicio de Psiquiatría en caso necesario.

DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada para diagnosticar Síndrome Depresivo, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva . Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

Se han determinado la consistencia interna medida con el alfa de Cronbach reportándose 0.48 – 0.85 y después de tratamiento 0.99, con un coeficiente de conformidad de menos del 0.84

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ

Una vez obtenida la muestra, los datos procedentes de las hojas de recolección de información se capturaron en el programa Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 15.0 para Windows (11 nov 2003) se analizaron mediante pruebas no paramétricas. El análisis comparativo se efectuó por la prueba estadística. los rangos de Wilcoxon, para las variables intervinientes, se utilizo; estadística descriptiva (Media y Desviación estándar) y determinación porcentual, así como Coeficiente Phi y de Spearman. Los resultados obtenidos se ordenaron, se presentaron en tablas y se graficaron. Posteriormente se elaboro un análisis general de los mismos permitiendo finalizar en una conclusión escrita.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación tuvo presentes los siguientes principios éticos.

Beneficencia. Ya que al detectar a pacientes diabéticos con Síndrome Depresivo, se les dio el beneficio de poder mejorar su control glucémico y de esta manera disminuir el riesgo de complicaciones, de la misma manera se trato de disminuir la sintomatología depresiva esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida del paciente.

No Maleficencia. Ya que se les dio medicamento antidepresivo solo a aquellos pacientes que fueron candidatos de recibirlos y se excluyo a los pacientes que tenían alguna contraindicación para el uso de antidepresivos, de la misma manera se les realizo revisión mensual para descartar posibles efectos colaterales del medicamento.

Autonomía. El paciente siempre tuvo la decisión de participar en el estudio y nunca se le condiciono o se le forzó, de la misma manera el tuvo la decisión de continuar o abandonar el estudio cuando el así lo determinara, sin que perdiera sus derechos con respecto al Instituto. El paciente tuvo el derecho de estar

informado acerca del estudio así como de manifestar sus dudas cuando así como determinara.

Justicia. Este estudio trato a todos los pacientes por igual, sin importare sexo, raza, edad, nivel sociocultural, de la misma manera el investigador estuvo obligado a distribuir y cuidar adecuadamente el material que proporciono el Instituto para esta investigación.

Se tuvo como garantía el apoyo de los médicos tratantes para continuar con el tratamiento antidepresivo así como el seguimiento de sus patologías

RECURSOS DEL ESTUDIO

Recursos, financieros y factibilidad.

RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none">  Dr. Silva Briseño Ulises Adolfo  Dr. Xancopinca Villanueva José Luis.
RECURSOS FÍSICOS	<ul style="list-style-type: none">  Consultorios de la Unidad de Medicina Familiar.  Salas de espera de la Unidad de Medicina Familiar.
RECURSOS MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> .  Cartas de consentimiento informado.  Bolígrafos de tinta negra, lápices, gomas para borrar y sacapuntas.  Engrapadora.  Hojas de recolección de datos.  Medicamentos antidepresivos.
RECURSOS TECNICOS	<ul style="list-style-type: none">  Calculadora.  Equipo de cómputo.  Software del programa estadístico SPSSV 15  Cuestionarios.
RECURSOS FINANCIEROS	<ul style="list-style-type: none">  Los propios del investigador.

DIFUSIÓN DE RESULTADOS

Se realizará mediante un escrito médico elaborado para su publicación en revista indexada y realización de un cartel para su presentación.

RESULTADOS

De un total de 27 participantes el comportamiento de los datos socio-demográficos con un rango de edad de 31 a 75 años de edad con una media de 62 ± 10 años, predominando el sexo femenino con 22 participantes (81.1%). En relación al estado civil predominaron los pacientes casados con 17 participantes (63%), como se observa en el cuadro 1.

Cuadro 1. Características socio demográficas: Sexo y Estado Civil.

Estado Civil	Sexo		Total
	Masculino	Femenino	
Soltero	1	1	2
Casado	2	15	17
Unión Libre	0	1	1
Separado	1	1	2
Viudo	1	4	5

Fuente: Registro de datos de pacientes de la UMF 94, Enero-Marzo 2010

El grado académico más frecuentemente observado fue la primaria en 14 participantes (51%). Con respecto a la ocupación predominaron las amas de casa (Hogar) con 18 participantes, como se observa en el cuadro 2.

Cuadro 2. Características socio demográficas: Escolaridad y Ocupación.

Escolaridad	Ocupación					Total
	Hogar	Obrero	Técnico	Profesionista	Pensionado	
Analfabeta	4	1	0	0	0	5
Primaria	10	1	1	0	2	14
Secundaria	1	0	0	0	0	1
Bachillerato	2	0	1	0	2	5
Licenciatura	1	0	0	1	0	2
Total	18	2	2	1	4	27

Fuente: Registro de datos de pacientes de la UMF 94, Enero-Marzo 2010

En la valoración del estado depresivo se observó que 20 participantes (74.1%) tuvieron un grado de Depresión moderada. Con respecto a la evaluación de glucemia inicial ningún participante mostró tener un control bueno. (Cuadro 3).

Cuadro 3. Control glucémico al inicio y grado de Depresión

GLUCOSA AL INICIO	GRADO DE DEPRESION		
	MENOR	MODERADA	TOTAL
BUENO	0	0	0
ACEPTABLE	1	8	9
MALO	6	12	18
TOTAL	7	20	27

Fuente: Registro de datos de pacientes de la UMF 94, Enero-Marzo 2010

Posterior al tratamiento farmacológico antidepresivo durante 3 meses del periodo enero – marzo 2010 a base de Paroxetina 20mg (100% participantes) vía oral cada 24h, se encontró predominio del control glucémico aceptable en 15 pacientes (55.6%) como se observa en la cuadro 4.

Cuadro 4. Control glucemico antes y después de tratamiento antidepresivo.

	CONTROL GLUCEMICO			TOTAL
	BUENO	ACEPTABLE	MALO	
ANTES DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO	0	9 (33.35)	18 (66.7%)	27
DESPUES DEL TRATAMIENTO ANTIDEPRESIVO	6 (22.25%)	15 (55.6%)	6 (22.2%)	27

Fuente: Datos obtenidos de pacientes de la UMF 94, Enero-Marzo 2010

Para la correlación de las variables universales, sexo, estado civil, escolaridad y ocupación se utilizó el coeficiente de Phi obteniéndose para el sexo un valor de 0.043 con $p=0.976$; el estado civil con un valor de 0.484 con $p = 0.610$; escolaridad Phi 0.419 con $p =0.785$ y para ocupación 0.553 con $p= 0.016$

Con respecto a la edad se obtuvo el coeficiente de correlación Rho de Spearman con valor de -0.272 con $p= 0.170$.

Se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon como prueba de hipótesis para el control glucémico inicial y final, obteniéndose un rango promedio de 6.5 y una suma de rangos de 78 con $p= 0.001$

ANALISIS DE RESULTADOS

De acuerdo a los datos socio-demográficos, sobresale una media de 62 años, predominando el sexo femenino, lo cual es acorde con lo reportado por Colunga (24) quien muestra mayor frecuencia en mujeres, probablemente secundario a las características biopsicosociales de la mujer, que según este mismo autor presentan mayor riesgo de depresión.

Con respecto al estado civil, sobresale el grupo de casados, en cuanto al grado de escolaridad y ocupación predomina la ocupación de hogar con escolaridad primaria lo cual coincide con lo encontrado en el estudio de Colunga (24)

Se documentó Depresión moderada en tres cuartas partes de los participantes que sobrepasa por mucho lo reportado por Larijani (22) quien incluyó a participantes con características semejantes.

La valoración inicial sobre el control glucémico mostró que más de la mitad presentaban mal control glucémico, de la misma forma que lo reportado por Escobedo (23) quien menciona una relación directamente proporcional entre el descontrol metabólico y el grado de Depresión.

Finalmente en la evaluación final posterior al manejo con antidepresivos se observó mal control glucémico solo en menos de un 25% de los participantes, aumentando el grupo de los pacientes con control glucémico aceptable que constituyó más del 50% de participantes y control bueno se alcanza en casi un 25% de ellos; Lo cual resultó estadísticamente significativo, sin influir en ello el resto de las variables estudiadas.

CONCLUSIONES

Previo al manejo antidepresivo, se identificó Depresión moderada en casi tres cuartas partes del total de participantes. En la mitad de ellos mal control glucémico.

Posterior al manejo antidepresivo se encontró control glucémico aceptable en más de la mitad de los participantes, con diferencia estadísticamente significativa y sin influir en ello el resto de las variables estudiadas

SUGERENCIAS

Realización de una investigación considerando los elementos de este trabajo pero con parámetros de control metabólico más estrictos.

Seguimiento de estos participantes o en población semejante respecto a elementos biopsicosociales que pudieran modificar los resultados observados.

Dar a conocer los resultados con la intención de resaltar la importancia de la búsqueda intencionada y manejo del proceso depresivo como comorbilidad en el diabético.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2007. Diabetes Care 2007;30 (suppl.1):S4-S41
- 2) Lane J, McCaskill C, Williams P et al. Personality Correlates of Glycemic control in tipe 2 Diabetes. Diabetes Care 2000; 23 (9): 1321-1325.
- 3) Villanueva V. Complicaciones agudas de la Diabetes Mellitus. Rev de postgrado de la VI Cátedra de Medicina 2003; 130: 9-29
- 4) Soler C, Acidosis Láctica. Rev Cubana Med 2003; 39 (2): 115-119
- 5) Heredero M, Mena V, Riveron R. Acidosis Láctica Algunas consideraciones. Rev Cubana Med 2000; 72 (3): 183-93.
- 6) Conesa M. Complicaciones crónicas de la diabetes Mellitus. Av Diabetol 2000; 16 (1): 86-88.
- 7) Conde A, Paredes C, Zacarias R. Neuropatía diabética. Rev Hosp Gral Dr. M Gea Gonzalez 2002; 5 (1): 7-23.
- 8) Alvarez R. Retinopatía diabética. Boletín de La Escuela de Medicina 2006; 31 (3): 92-97
- 9) Torres A, Zacarias R. Nefropatía Diabética 2002; 5 (1-2); 24-32
- 10) Alberdi J, Tobaoda O, Castro C y cols. Depresión. Depresión. Guías Clínicas 2006; 6 (11): 1-6.
- 11) Gill Gordon. Trastornos psiquiátricos en la práctica médica. En: Cecil tratado de Medicina Interna. McGraw-Hill Interamericana. 20nd. Ed. México: 1996. p. 2305-2314.
- 12) Tierney Lawrence. Trastornos psiquiátricos. En: Diagnostico clínico y tratamiento. Manual Moderno. 4nd. Ed. México 2006. p. 916- 936.
- 13) Arango C, Escobar M, Pimienta H. Fundamentos moleculares y celulares de la depresión y de los mecanismos antidepressivos. Rev Col Psiquiatría 2004; 1 (33): 165-185.
- 14) Rivero Serrano Octavio. Uso de los Medicamentos en la clínica. En: McGraw-Hill Interamericana. 1nd. Ed. México 1999. 421-436.
- 15) Trave A, Reneses A. Manejo de los fármacos en el tratamiento de la depresión. Sistema Nacional de salud 2002; 20 (1) : 2-8.

- 16) Borger H, Morales K, Post E, Bruce M. Diabetes, Depression and Death. A randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (PROSPECT). *Diabetes Care* 2007; 30 (12): 3005-1010.
- 17) Burke H, Davis M, Otte C. Meta-análisis sobre depresión y liberación de cortisol en respuesta al estrés psicológico. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30: 846-856.
- 18) Remick R. Diagnosis and Management of depression in primary care: a clinical update and review. *CMAJ* 2002; 167 (11).
- 19) Garduño E, Tellez Z, Hernandez R. Frecuencia de depresión en Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin* 1998; 50:287-291.
- 20) Casey D. Metabolic Issues and cardiovascular disease in patients with psychiatric disorders. *AM J med* 2005; (Suppl 2): 15-22
- 21) Anderson R, Freedland K, Clouse E et al. The prevalences of comorbid depression in adults with diabetes: a meta analysis. *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-1078.
- 22) Larijani B, Shahi K, Khalili M et al. Association Between Depression and Diabetes. *Journal of Psychiatry* 2004; 1433: 62-65.
- 23) Escobedo C, Díaz N, Lozano J, Rubio A, Varela G. Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. *Med Int Mex* 2007; 23 (5) 385-390.
- 24) Colunga C, García J, Salazar J, Ángel M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México 2005. *Rev salud publica* 2008; 10 (1): 137-149.
- 25) Méndez A, Ibarra A, Rivera L. Frecuencia de depresión en pacientes de hemodiálisis crónica del hospital general regional No. 25 del IMSS. *Nefrología Mexicana* 2007; 28 (2): 42-47.
- 26) De los Ríos J, Barrios P, Luzeldy T. Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con nefropatía. *Rev Med IMSS* 2004; 42 (5): 379-385.
- 27) Mc Kalle J, Humphers K, Piet J. Depression Increases Diabetes Symptoms by Complicating Patients self care Adherence. *The Diabete Educator* 2004; 30 (3): 485-492.
- 28) López J, López M, Vargas B, Villamil V. Estudio doble ciego con antidepresivo, psicoterapia breve y placebo en pacientes con depresión leve a moderada. *Salud Mental* 2004; 27 (5): 53-59.
- 29) Jeffrey S, Gonzalez P, Mrk P, Lauren A, Maii M, Serpa M. Depresión and Diabetes Treatment Nonadherence: A Met-Analysis. *Diabetes Care* 2008: 31 (12).

- 30) Jeffrey S. Gonzalez P, Mrk P Lauren A. Maii M, Serpa M. Depression Self-Care and Medication Adherence in Tipe 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2007: 31.
- 31) Mesuk B, Eaton W, Albercht, Sherita. Depression and Typo 2 Diabetes Over the lifespn. *Diabetes Care* 2008 (31) 12.
- 32) Richardson L, Egede L, Muller M. Effect of Race/Ethnicity and Persistent Recognition of Depression on Mortality in Elderly Men With Type 2 Diabetes and Depression *Diabetes Care* 2008. 31 (5).
- 33) Bautista S. Ocampo P, Landeros D. Frecuencia de Depresión en pacientes con pie diabético. UNAM; 2009.

ANEXO I

Nombre de la Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo de Variable	Escala de Medición	Categorización
Variable Dependiente Control glucemico	Cuantificación de las cifras de glucosa en plasma en ayunas	Determinación de niveles séricos de glucosa central por medio de la técnica de glucosa oxidasa	Cifras de glucosa central reportadas	Cualitativa	Ordinal	1. Bueno <100mg/dl 2. Aceptable 100-140mg/dl 3. Malo >140mg/dl
Variable Independiente Tratamiento antidepresivo	Uso de medicamentos para combatir la Depresión.	Consumo de medicamentos del grupo de los antidepresivos durante los últimos 3 meses	No necesario	Cualitativa	Nominal	1. Si 2. No
Variable Universal Edad	Es el periodo transcurrido en días, meses o años cumplidos, entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de la aplicación del estudio	La referida por el paciente	No necesario	Cuantitativa continua	Razón	De acuerdo con el número de años referidos
Variable Universal Sexo.	Es la condición orgánica que distingue a las personas en masculino o femenino.	Condición fenotípica, que diferencia al hombre de la mujer	No necesaria	Cualitativa Dictómica	Nominal	Masculino Femenino
Variable Universal Ocupación	Es la acción y efecto de ocuparse.	La referida por el paciente	Actividad	Cualitativa	Nominal	Hogar Obrero Técnico Profesionista Pensionado
Variable Universal Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.	La referida por el paciente	Nivel escolar	Cualitativa	Ordinal	Sin escolaridad. Primaria Secundaria Medio Superior Licenciatura

						Posgrado.
Variable Universal Estado Civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	La referida por el paciente	No necesaria.	Cualitativa	Nominal Categorica	Soltero Casado Unión Libre Viudo



ANEXO II

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ de _____ años de edad, con el número de seguridad social _____, manifiesto que el Dr. Silva Briseño Ulises Adolfo, médico residente de la Especialidad de Medicina Familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 de Aragón del IMSS me informó de forma sencilla, completa, comprensible y clara sobre la intención del proyecto de investigación que tiene como título” **Control glucémico de pacientes Diabéticos y Síndrome Depresivo posterior al manejo con antidepresivos. Registro R-2009-3515-21**

Inconvenientes.

Efectos secundarios del medicamento tales como; Sedación; somnolencia, Temblor, insomnio, Visión borrosa, estreñimiento, retraso del inicio de la micción, confusión. Hipotensión ortostática, defectos en la conducción, arritmia, Agravamiento de la depresión, síndrome de supresión, Neurológicos; Convulsiones, Tics, aumento de peso, trastornos sexuales

Beneficios:

* Mejorar el control Glucemico.

Por lo tanto, declaro lo siguiente:

- Acepto formalmente a que se me aplique el cuestionario
- Acepto contestar este cuestionario de manera real y verídica
- Estoy informado de los datos que proporcione para este proyecto de investigación serán manejados bajo estricta confidencialidad del investigador, y que no se usará en circunstancias ajenas al mismo.
- Se me ha informado y aclarado sobre el correcto llenado del cuestionario y comprendido cada uno de los rubros incluidos.
- Acepto el tratamiento antidepresivo y que puedo abandonar el tratamiento cuanto yo así lo decida.
- Puedo abandonar el estudio y/o el tratamiento cuando yo lo determine, sin que repercuta en los servicios que me proporciona el instituto.

UMF 94, México D. F. a _____ de _____ de 2009

Lugar y fecha

Nombre del aceptante o representante legal

Nombre y firma del médico que aplica el cuestionario

Unidad de Medicina Familiar N. 94 Aragón

Unidad de Medicina Familiar N. 94 Aragón

Unidad médica de adscripción

Unidad Médica en donde se realiza el cuestionario

Testigo

Testigo

E S C A L A D E H A M I L T O N P A R A D E P R E S I O N

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítem. Esta escala es de Heteroaplicación, por lo que será explicada y llenada por el Entrevistador.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligeramente retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:

Gastrointestinales: sequedad de boca,

diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas.

Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de

micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.

Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y

fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

Modificación del Control glucémico de pacientes portadores de Diabetes Mellitus Tipo 2 y Síndrome Depresivo posterior al manejo con antidepresivos

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS.

Nombre del paciente _____ Afiliación _____

Edad	
Sexo	
Ocupación	
Escolaridad	
Estado Civil	
Control Glucemico Inicio.	
Grado de Drepesion	
Fecha de Inicio de Tratamiento Antidepresivo	
Fecha de Termino de Tratamiento Antidepresivo	
Control Glucémico Final.	
1ra Revisión Mensual	
2da Revisión Mensual.	
Revisión Final.	