



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD ACADÉMICA:

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE, MÉXICO
DISTRITO FEDERAL.

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LA
PRESENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LUZ CINDY HERRERA MARTÍNEZ.



ISSSTE

MEXICO D.F.

FEBRERO 2011.



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

UNIDAD MÉDICA:

CLÍNICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE, MÉXICO DISTRITO FEDERAL.

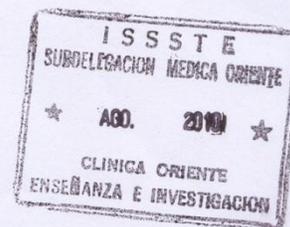
TÍTULO:

FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. LUZ CINDY HERRERA MARTÍNEZ.



MEXICO D.F. 2010.

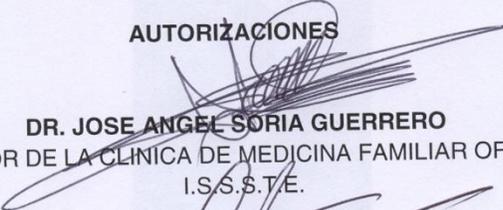
FEBRERO 2011.

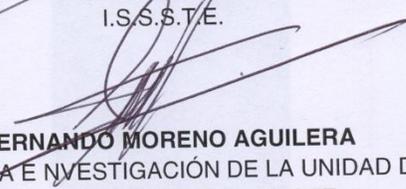
**“FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 “**

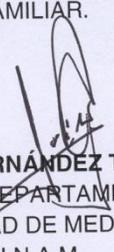
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. LUZ CINDY HERRERA MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES


DR. JOSE ANGEL SORIA GUERRERO
DIRECTOR DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE
I.S.S.S.T.E.


DR. FERNANDO MORENO AGUILERA
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR ORIENTE DEL ISSSTE.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.


DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA, DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.
ASESOR DE TESIS


LIC. GABRIELA SANDOVAL MIRANDA
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN DEL
I.S.S.S.T.E

MÉXICO D.F. 2010.

FEBRERO 2011.

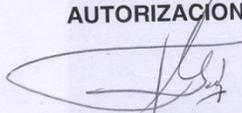
**“FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 “**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

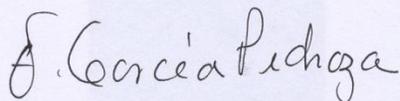
PRESENTA:

DRA. LUZ CINDY HERRERA MARTÍNEZ

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



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

MÉXICO D.F.

FEBRERO 2011.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a Dios, a la Virgen de Guadalupe que han permanecido a mi lado en todo momento guiándome y protegiéndome llenándome de luz.

A mis padres Silvia Martínez Espinosa y Fortino Herrera León, por estar a mi lado en todo momento dándome fortaleza para salir adelante con su ejemplo de dignidad, honestidad y amor hacia mi profesión y la vida; por ser mi motor que impulsa mi vida. Gracias por ser mi madre, la mujer que me llena de orgullo y ser el ejemplo a seguir que me inspira, la amiga que en ningún momento me ha dejado sola, que me escucha, que ríe, que llora conmigo, a mi padre por su apoyo y ejemplo que me impulsa a derribar los obstáculos con unión y amor, gracias por ser mis padres, esta meta se las dedico porque gracias a ustedes se pudo construir, los amo.

A mi hermano Raúl Eduardo que con su amor ha estado a mi lado en todo momento formando parte de este logro. A mi hermana Daniela que hemos compartido este camino desde antes de nacer, quien es mi apoyo incondicional, que en todo momento me ha dado fuerza para superar las adversidades, gracias por que no solo eres mi hermana si no mi mejor amiga.

A Mamaluz, se que te hubiera gustado estar con nosotras viviendo este momento pero quiero decirte que formas parte de este logro, por tu amor gracias, te llevo en mi corazón. A mi tía Patricia que fue importante al inicio de mi formación y sé que cuento con su apoyo.

A mi asesor de tesis Dr. Isaías Hernández Torres por ser mi guía, por ayudarme a enfrentar este reto con perseverancia, constancia, por su dedicación y cada uno de sus consejos que me permitieron crecer no solo como profesional si no como ser humano, gracias.

Al Dr. Fernando Moreno por su apoyo y guía en este camino, sus enseñanzas me motivaron a ser mejor cada día, con su ejemplo. Al Dr. Manuel Bazán por su gran apoyo que he recibido en todo momento.

A la institución I.S.S.S.T.E por que en sus instalaciones he vivido y adquirido experiencia proporcionándome las herramientas necesarias para enfrentarme a la vida.

A Todos mis profesores que me han acompañado, formando parte de esta meta. Así como a la casa en donde me forme como profesional y ser humano aprendiendo cada día algo nuevo enriqueciendo mi alma de universitaria, orgullosamente UNAM.FES Zaragoza.

INDICE GENERAL

1. MARCO TEORICO.....	1
1.1. Antecedentes Históricos de Diabetes Mellitus.....	1
1.2. Epidemiología.....	2
1.3. Definición.....	3
1.3.1 Clasificación.....	3
1.3.2 Diagnóstico.....	4
1.3.3 Tratamiento.....	5
1.3.4 Antecedentes Históricos Depresión.....	14
1.3.5 Definición.....	16
1.3.6 Epidemiología.....	16
1.3.7 Depresión en el Adulto Mayor.....	17
1.3.8 Etiología.....	19
1.3.9 Características de la depresión.....	24
1.4 Diagnóstico.....	26
1.4.1 Tratamiento.....	28
1.4.2 Apoyo para la familia del paciente con depresión.....	29
1.4.3 Pronóstico.....	30
1.4.4 Inventario de Beck.....	30
2. JUSTIFICACIÓN.....	36
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	37
4. OBJETIVO GENERAL.....	38
4.1 Objetivos Específicos.....	38
5. MATERIAL Y METODOS.....	38
5.1 Tipo de estudio.....	38
5.2 Universo.....	38
5.3 Tipo y Tamaño de la Muestra.....	39
5.4 Criterios de inclusión.....	40
5.5 Criterios de exclusión.....	40
5.6 Criterios de eliminación.....	40
5.7 Operacionalización de variables.....	41
5.8 Procedimiento.....	44
5.9 Consideraciones Éticas.....	45
6. RESULTADOS	46
6.1 TABLAS Y GRAFICOS.....	49
7. ANALISIS DE RESULTADOS.....	83
8. CONCLUSIONES.....	87
9. BIBLIOGRAFIA.....	90
10. ANEXOS	92
11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	97

1. MARCO TEORICO

1.1. ANTECEDENTES HISTORICOS DIABETES MELLITUS

Su historia se remonta a tiempos milenarios, ya que en un papiro egipcio del año 1500 a.C. que se encontró cerca de las ruinas de Luxor, se relatan las experiencias de un sacerdote del templo de Imhotep, médico eminente de su época, con enfermos que adelgazaban, tenían mucha hambre, orinaban en abundancia y se sentían invadidos por una sed terrible. En India, en el libro Ayurveda suruta, se describió una enfermedad extraña caracterizada por la orina de los enfermos dulce a la cual se le denominó madhumeha (orina de miel). Esta enfermedad afectaba a los miembros de una misma familia.⁽¹⁾

En la época del imperio romano, Celso realizó una detallada descripción de la enfermedad fue el primero en aconsejar el ejercicio físico para tratarla. Galeno la interpretó como resultado de una falla renal, cuya consecuencia era que los enfermos no eran capaces de retener la orina. En la edad Media se registra un importante vacío e las aportaciones históricas acerca de la diabetes. Avicena, padre de la medicina árabe, hizo experimentos en los que evaporaba la orina de un diabético y comprobó que dejaba residuos con sabor a miel, elaborando una descripción de las complicaciones.

En 1679, Thomas Willis humedeció sus dedos en la orina de un diabético y comprobó que el sabor era dulce sin embargo esta peculiaridad no se encontraba en otros pacientes. Por su parte el término mellitus del latín dulce, con miel se le atribuye a Rollo, médico del siglo XVIII. En 178, Thomas Cawley realizó la necropsia de un paciente diabético y detectó en el transcurso de ésta, atrofia del páncreas.⁽¹⁾

En 1889, Joseph Von Mering y Oscar Minkowsky efectuaron la extirpación total del páncreas de un mono, con el propósito de identificar los efectos de la ausencia de jugos pancreáticos en el proceso digestivo del animal. Así pudieron percatarse de que el mono desarrollaba edema, sed y frecuente emisión de orina. Mering y Minkowsky llegaron a la conclusión de que la extirpación del páncreas produce diabetes. Al enfocar su atención en la investigación de la sustancia que producen los islotes pancreáticos, terminaron por denominarla insulina. Ya en 1920 se utilizaba para fines clínicos las biguanidas, aunque fueron eclipsadas por el surgimiento de la insulina. En 1921, año en que Frederick G. Bantín y su colaborador Charles H. Best ligaron el conducto pancreático principal en un mono para inducir la autodigestión de la glándula. Luego, de los restos de ese páncreas

Obtuvieron un líquido que inyectaron a un perro diabético y lograron reducir en éste la glucemia en unas cuantas horas. Así realizaron el descubrimiento formal de los efectos de la insulina, acto por el cual recibieron el premio Nobel.

El primer ensayo con insulina en humanos se llevó a cabo poco tiempo después. El 11 de enero de 1922, Leonard Thompson, un paciente diabético de 14 años de edad y con un peso de 29 Kg., recibió la primera dosis de insulina y ello produjo una notable mejoría de estado clínico. Thompson murió 13 años después por causas ajenas a la enfermedad, aunque en la necropsia se le detectaron complicaciones avanzadas de diabetes. En 1922, Rossend Carrasco emprendió la labor de obtener insulina a partir de los páncreas de cerdos sacrificados, pero luego se constató que las insulinas de origen animal generaban importante hipoglucemias y reacciones locales, debido al amplio número de impurezas que contenían. Fue en 1923 cuando el laboratorio Lilly denominó a la hormona del páncreas endocrino responsable del control de la glucemia. Para 1942, el equipo de trabajo de Janbon descubrió de manera accidental las sulfonilureas la utilizar las sulfonamidas en animales de experimentación, que inducían hipoglucemia. Hoy en día es posible fabricar insulina por medio de la ingeniería genética al manipular el ADN de escherichia coli, además de que existe en el mercado una amplia cantidad de insulinas dotadas de diversos mecanismos. ⁽²⁾

La diabetes Mellitus 2 es un síndrome que se caracteriza por la alteración del metabolismo intermedio de carbohidratos por disminución o ausencia de insulina con alteraciones micro y macrovasculares.

1.2 EPIDEMIOLOGIA

La Diabetes Mellitus 2 pertenece al grupo de enfermedades crónico degenerativas con mayor incidencia entre la población mundial. Ha adquirido dimensiones de pandemia con tendencia a la alza en el número de casos reportados al año por los Ministerios de la Salud. Conforme a las cifras de la organización Mundial de la salud OMS, existen alrededor de 140 millones de personas con Diabetes mellitus en el mundo, y se espera que para los próximos 25 años de esta cifra se eleve un poco más del doble. Puede considerarse que el aumento será de casi 40% en los países desarrollados, y de 70% en países en vías de desarrollo. Para 1995, en México existía una población de 3.8 millones de adultos. Es probable que esta incidencia se eleve de manera sustancial para 2025, año para el que se prevé la existencia de 11.7 millones de diabéticos en México con lo cual este país podría alcanzar el lugar siete en el orden de frecuencia de la enfermedad. ⁽³⁾

En Latinoamérica, son cerca de 20 millones de personas que padecen diabetes mellitus tipo 2 asintomáticos. Las cifras presentadas son alarmantes, puesto que

Si no se pone en práctica a tiempo las medidas pertinentes para prevención, educación del paciente y anticipación del desarrollo de los daños inducidos por el trastorno es casi seguro que la incidencia se duplique en el transcurso de los próximos 10 años. La Encuesta Nacional de salud 2000 encontró una prevalencia de Obesidad del 24%, ponderada para edad y género, en población mexicana mayor de 20 años. En la misma encuesta, la prevalencia de DM2 fue de 11% y de la hipertensión arterial sistémica es de 30%.⁽³⁾

1.3 DEFINICION

La Diabetes Mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas cuyo nexo en común es la hiperglucemia secundaria a un déficit de la secreción de insulina, a un defecto de su actividad metabólica, o ambos.⁽¹⁾

1.3.1 CLASIFICACION

La clasificación establecida por el comité de expertos y dada a conocer en 1997, es la que prevalece⁽⁴⁾ :

CLASIFICACION	
1.- DIABETES MELLITUS TIPO 1 (destrucción de la célula β que lleva a deficiencia absoluta de insulina.	
2.-DIABETES MELLITUS TIPO 2 (predominantemente resistencia a la insulina con deficiencia de insulina relativa).	
3.- OTROS TIPOS ESPECIFICOS	a) defectos genéticos en la función de la célula β
	b) defectos genéticos en la acción de la insulina.
	c) enfermedad del páncreas exocrino.
	d) endocrinopatías
	e) inducida por medicamentos.
	f) infecciones
	g) formas poco comunes de diabetes mediada inmunológicamente
	h) otros síndromes genéticos, algunas veces asociado a diabetes.
4.- DIABETES GETACIONAL	

- INTOLERANCIA A LA GLUCOSA Y GLICEMIA DE AYUNAS ALTERADA.

1.3.2. DIAGNOSTICO

De acuerdo a Diabetes Care del 2008 los criterios para poder realizar el diagnóstico de Diabetes Mellitus son los siguientes:

- Síntomas clásicos de DM + Glucemia plasmática
- Casual ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L)(a cualquier hora del día, haya comido o no)
- Glucosa plasma en ayunas > 126 mg/dl (7.0 mmol/L) (Ausencia ingesta calórica por 8 - 12 hrs)
- Glucosa preprandial 2 hrs > 200 mg/dl en CTGO (75 gr)

Glucosa alterada en ayuno se considera cuando hay una glucosa mayor de 110 mg/dl, pero inferior a 126 mg/dl, en cambio los pacientes con intolerancia a la glucosa manifiesta hiperglucemia durante una curva de tolerancia a la glucosa oral (CTGO).⁽⁵⁾

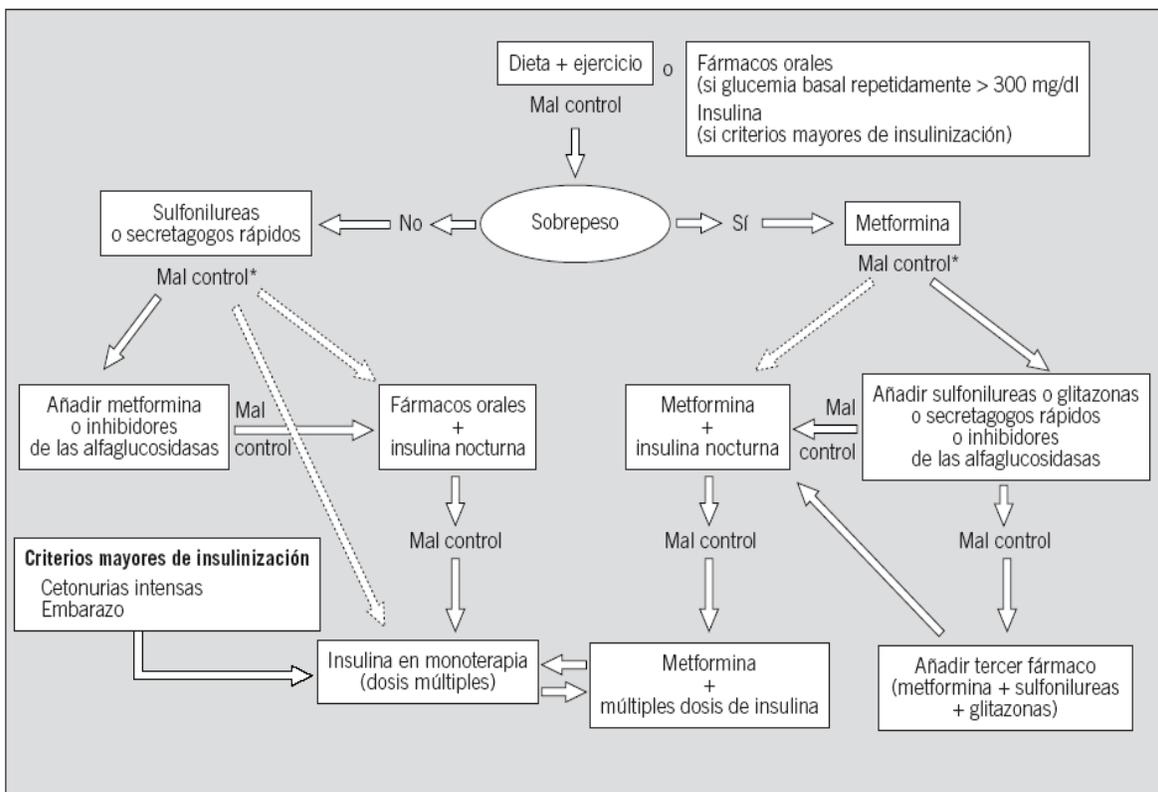
METAS DE CONTROL PARA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

INDICADOR	ADA	IDF	ACE
Glucemia en ayunas PREPRANDIAL	80-130 mg/dl.	<100 mg/dl.	<110 mg/dl.
Glucemia POSTPRANDIAL	<180 MG/DL.	<135 MG/DL	<140 MG/DL
A1c	<7.0%	<6.5%	<6.5%
Presión arterial	<130/80	-----	-----
Colesterol LDL	<100 mg/dl.	-----	-----
Colesterol HDL	>40 mg/dl.	-----	-----
Triglicéridos	< 150 mg/dl.	-----	-----

⁽⁶⁾American Diabetes Association: Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. Diabetes care 29 (suppl1): S43-S48, Jan 20.

1.3.3 TRATAMIENTO

El tratamiento debe de empezar por un cambio en el estilo de vida, que incluye dieta adecuada para alcanzar un peso ideal, ejercicio físico el cual debe de ser supervisado e individualizado previa valoración médica, el cual debe de ser de tipo aeróbico. Hay casos en los que la dieta y el ejercicio no son suficientes para tener un control glucémico adecuado por lo que se indica iniciar tratamiento como son los fármacos insulinosecretores los cuales son capaces de provocar un aumento de la secreción y liberación insulínica desde el páncreas, exigiendo un mínimo grado de funcionamiento de éste.



Algoritmo del tratamiento de Diabetes Mellitus 2 (Goday, et al. 2004).

SULFONILUREAS

Las sulfonilureas con derivados de las sulfonamidas, que se caracterizan por tener un núcleo químico $R_1-S=4-NH-C-NH-R$ con diversas sustituciones terminales que se establecen las diferencias entre unos y otros preparados.

Los cambios que se establecen en cada una de las moléculas son responsables de la mayor actividad y potencia de estos agentes. Todas las sulfonilureas se ligan a proteínas plasmáticas, sobre todo a la albúmina, y se metaboliza en el hígado donde se convierte en metabolitos inactivos o menos activos que se eliminan por la orina dentro de este grupo se encuentran los siguientes fármacos. ⁽⁴⁾

SULFONILUREA	VIDA MEDIA	DURACION DE ACCION	ELIMINACION RENAL
Tolbutamida	6-12 hrs.	6-12 hrs.	100%
Clorpropamida	>24 hrs.	24-60 hrs.	80%
Glibenclamida	3-5 hrs.	24 hrs.	50%
Glipicida	1-5 hrs.	12 hrs.	70%
Gliclacida	6-12 hrs.	12 hrs.	70%
Gliquidona	12-24 hrs.	12-24 hrs.	5%
Glimepiride	10 hrs.	10-15 hrs.	50%

Mecanismo de acción: Las sulfonilureas tienen un efecto hipoglucemiante, estimulando la secreción de insulina pancreática, producen una inhibición de los canales de potasio ATP-dependiente (K-ATP), el cierre de los canales K-ATP y la frenación de la salida de iones K, conduciendo a la despolarización de la membrana de las células β y la activación de los canales de calcio que se abrirán para permitir la entrada de calcio, que aumentará su unión a la calmodulina, que inducirá la exocitosis de los gránulos secretorios que contienen insulina.

Indicaciones: Las sulfonilureas se emplean en diabéticos tipo 2, con menos de 5 años de evolución en su diabetes mellitus 2.

Contraindicaciones: Diabetes con déficit de insulina: tipo 1 o secundaria a enfermedad pancreática. Embarazo, cirugía mayor o enfermedad grave, antecedentes de reacciones adversas a sulfamidas. Enfermedad hepática (si es

leve puede usarse glipizida). Enfermedad renal (si es leve-moderada puede usarse gliquidona, gliclazida y glimepirida).

BIGUANIDAS

Las biguanidas son medicamentos cuyo mecanismo de acción es disminuir la producción hepática de glucosa, aumentar la captación de glucosa por los tejidos, favorecer el transporte intracelular de glucosa, mejorar la sensibilidad a la insulina y disminuir el apetito.

Farmacodinamia

La absorción de las biguanidas es rápida, alcanza su máxima concentración entre 1 y 2.5 horas y de 50 a 60% es biodisponible y no se une a las proteínas del plasma. Se eliminan por riñón e intestino, su vida media es de 2 a 4.5 horas y 90% es depurado por el riñón a las 12 horas.

Indicaciones:

Se encuentran indicadas en pacientes con DM 2, sobrepeso e hipertrigliceridemia sin respuesta adecuada a la dieta y ejercicio, en pacientes con falla primaria o secundaria a las sulfonilureas. En los ancianos deberán emplearse con precaución, debido a que incrementa la probabilidad de acidosis láctica, sobre todo en pacientes mal seleccionados.

Las contraindicaciones son: Insuficiencia renal, insuficiencia hepática, insuficiencia cardíaca, insuficiencia respiratoria, enfermedades respiratorias crónicas, embarazo, pacientes con alcoholismo y antecedentes de acidosis láctica.

Las biguanidas se utilizan en primera instancia en pacientes obesos y en asociación con las sulfonilureas cuando éstas fallan. El tratamiento se inicia con dosis mínimas, de 25 mg de fenformina o 500 mg de metformina antes de cada comida. Cuando se utilizan las formas de acción prolongada se prescriben cada 12 horas.

Los efectos secundarios se presentan en un grupo reducido de pacientes y predominan las manifestaciones del tubo digestivo con dolor epigástrico, sabor metálico, náuseas, anorexia y acidosis láctica. ⁽⁶⁾

INHIBIDORES DE LA ALFA-GLUCOSIDASA

Los inhibidores de alfa-glucosidasa actúan inhibiendo la absorción de carbohidratos a nivel intestinal después de una comida, disminuyendo la hiperglucemia postprandial; retrasan la digestión de carbohidratos, cambiando la

absorción de las porciones más distales del intestino delgado y colon. Retrasan la entrada de glucosa a la circulación sistémica permitiendo ampliar el tiempo de la célula β para aumentar la secreción de insulina en respuesta a pico de glucosa plasmática.

La acarbosa debe de ser ingerida con el primer alimento de la comida para mayor efectividad. La dosis máxima es de 75 a 100mg 2 o 3 veces al día, la dosis debe de incrementarse 25mg cada 2 a 4 semanas para minimizar los efectos secundarios gastrointestinales, los cuales ocurren hasta un 30 %.⁽⁴⁾

Altas dosis de acarbosa 200 a 300mg 3 veces/día elevan los niveles de aminotransferasas según se ha reportado pero la función hepática se retorna en cuanto se suspenda el fármaco.

Contraindicaciones: pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, creatinina sérica de > 2.0mg/dl, pacientes con cirrosis.

Los efectos colaterales más frecuentes son flatulencias, dolor abdominal, diarrea, debe comenzarse con dosis bajas hasta llegar a una dosis máxima.

THIAZOLIDINEDIONES

También llamadas glitazonas o sensibilizadores de insulina, actúan aumentando la sensibilidad de insulina, sin afectar la secreción de la misma específicamente se une a los PPARs gamma 8 receptor activado del factor proliferada del peroxisoma) afectan los factores de transcripción que influyen en la expresión de genes responsables para la producción de proteínas determinantes en el metabolismo de los carbohidratos y lipoproteínas. Esto lleva a un momento en los transportadores de glucosa GLUT-1 y GLUT-4. Las tiazolidinedionas son los primeros antidiabéticos orales, su mecanismo de acción es promover la captación de glucosa en músculo esquelético, tejido adiposo, y en el hígado a través de los receptores celulares nucleares conocidos como receptores gamma proliferador del peroxisoma. A nivel celular previenen la hiperglucemia severa inducida por resistencia a la insulina, en músculo esquelético y cardíaco, producen un incremento en la captación de glucosa y en las proteínas transportadores GLUT-1 y GLUT-4, en tejido adiposo estimulan el transporte de glucosa basal e incrementan las proteínas transportadoras GLUT-1.⁽⁴⁾

En el hígado aumentan la sensibilidad a insulina, por lo tanto disminuyen la producción hepática de citocromo P450. El factor de necrosis tumoral alfa es uno de los mediadores de la resistencia de insulina asociada con la obesidad, uno de los principales factores de riesgo de la diabetes mellitus tipo 2, la resistencia de insulina inducida por el factor de necrosis tumoral alfa antagonizada por las tiazolidinedionas. Tienen efectos en el metabolismo de los lípidos especialmente en las lipoproteínas de alta densidad, en pacientes con alteración de los lípidos se

prefiere utilizar pioglitazona porque tiene menos efectos deletéreos en los niveles de colesterol LDL y más efectos favorables en el colesterol HDL. ⁽⁴⁾

Pioglitazona se recomienda una dosis al día, la rosiglitazona es más efectiva cuando se toma 2 veces al día. Cuando el control con monoterapia no se logra, un segundo agente debe de ser agregado al régimen del paciente.

Los efectos terapéuticos son alcanzados dentro de 6 a 12 semanas, pero la dosis puede ser ajustada después de 6 a 8 semanas de terapia. Si los pacientes no responden adecuadamente después de este lapso de tiempo en la dosis máxima recomendada con monoterapia, el medicamento puede ser combinado.

MEGLITINIDAS

Se ha enfocado el tratamiento en disminuir la hiperglucemia postprandial, ya que la demanda de insulina es mayor en las comidas. La captación de glucosa

Mediada por insulina ocurre casi exclusivamente en el estado postprandial, las consecuencias metabólicas de la diabetes mellitus 2 están muy relacionadas con el metabolismo postprandial. El deterioro continuo de la función de la célula β se ha incrementado también al igual que la resistencia a la insulina y los dos procesos pueden interactuar.

La terapia que modifica la glucosa postprandial es más efectiva en reducir la HbA1c, que aquella que disminuye la glucosa plasmática de ayuno.

Nuevos agentes orales que restauran los defectos de la función de la célula β y el aporte fisiológico de la insulina en la primera fase han emergido, estos agentes llamados meglitidinas no son propiamente sulfonilureas (SURI1/KIR). Las propiedades antidiabéticas e insulínótropas de las no sulfonilureas, llamadas meglitidinas fueron descubiertas hace más de 20 años.

Estos fármacos restauran la primera fase de secreción de insulina disminuyendo la hiperglucemia postprandial, sin pico hiperglucémico entre las comidas. ⁽⁴⁾

TRATAMIENTO A BASE DE INSULINA.

La insulina comercialmente disponible en la actualidad es de origen humano, se sintetiza por ingeniería genética, mediante la técnica ADN recombinante.

Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, generalmente sus requerimientos son más altos por la resistencia a la insulina, la dosis inicial debe de calcularse entre 0.5 a 0.8 UI/Kg/día, dos terceras partes se administran como insulina intermedia y una tercera parte en forma de insulina rápida.

La forma más común de administración de insulina es con esquema dosis múltiple y probablemente el esquema convencional es el que corresponde a la administración de insulina regular + insulina intermedia, antes del desayuno y la cena.

Aumenta la oxidación y el consumo de glucosa, disminuye la producción hepática de glucosa.

Indicaciones de insulinización:

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes Gestacional.
- Diabetes tipo 2:
- Fracaso del tratamiento con antidiabéticos orales (HbA1c >7,5%) a pesar de combinación a dosis plenas.
- Descompensaciones hiperglucémicas agudas.
- Enfermedades intercurrentes: sepsis, IAM, cirugía mayor, traumatismo grave, intolerancia oral, insuficiencia cardíaca, hepática o renal aguda.
- Embarazo.
- Cetonuria intensa o pérdida de peso no explicable por dieta hipocalórica.

Condiciones previas a la insulinización: antes de instaurar el tratamiento con insulina el paciente o su cuidador deben saber: Se deben de realizar autocontroles conocer la dieta por raciones, así como mostrar la técnica de manejo de la insulina, así como reconocer y tratar la hipoglucemia. ⁽⁶⁾

TIPOS DE INSULINA

TIPO DE INSULINA	INICIO	DURACION	EFECTO MAXIMO
Regular	0.5-2.2	2.0-3.0	3.0-6.0
Lispro	0.0-15min	1.0-1.5	4.0-4.5
Intermedia(N)	2.0-4.0	4.0-12.0	10-16
Lenta (L)	1.0-.3.0	6.0-12	12-20
Ultralenta (UL)	4.-6.0	8.0-20	24-28

Una aplicación de insulina intermedia no cubre las necesidades de 24 horas de insulina basal, lo que propicia un fenómeno del amanecer y por lo tanto sobre producción hepática de glucosa durante la noche y madrugada e hiperglucemia en ayuno. Además con dosis superiores a 40 UI al día el pico máximo de acción de la insulina puede favorecer episodios de hipoglucemia alrededor del medio día o principios de la tarde; por estas razones, este esquema no es recomendado.

TRATAMIENTO COMBINADO, HIPOGLUCEMIANTES ORALES DURANTE LA MAÑANA, 1 APLICACIÓN DE INSULINA DE ACCION INTERMEDIA AL ACOSTARSE.

En aquellos pacientes que aun tiene reserva pancreática pero que el tratamiento con hipoglucemiantes orales no logra un buen control, la adición de dosis pequeñas de insulina intermedia (0.1 UI/Kg) (5 a 10 UI) a la hora de acostarse inhibe la producción nocturna de glucosa por el hígado, disminuyendo así la hiperglucemia en ayuno. ⁽⁵⁾

APLICACION DE INSULINA INTERMEDIA

En los pacientes que no responden a hipoglucemiantes orales y/o esquema anterior, 2 aplicaciones es de insulina de acción intermedia lograrían suplementar las necesidades de insulina basal.

La dosis total es de 0.5 a 0.7 UI/Kg; esta dosis total se divide en dos terceras partes aplicadas en la mañana, y el resto aplicada en la noche. La aplicación nocturna puede ser a la hora de la cena o al acostarse dependiendo de la respuesta del paciente, este esquema no siempre logra cubrir las necesidades de insulina durante el alimento y puede condicionar picos hiperglucémicos postprandiales exagerados.

APLICACIONES DE MEZCLAS DE INSULINA

Con estos esquemas, las aplicaciones de insulina rápida (Humalog o Humulin R.) 15 o 30 minutos antes del desayuno y la cena respectivamente cubren las necesidades de insulina postprandial.

Las aplicaciones de insulina inter media proporcionan la insulina basal suficiente, además ocasionalmente, el pico máximo de la insulina intermedia aplicada por la mañana cubriría el pico postprandial de la comida.

La dosis de insulina total es de 0.5 a 0.7 UI/Kg, esta dosis total se divide en dos terceras partes que se aplican antes del desayuno y el resto de la cena. En cada aplicación, el 70 a 75% de la dosis se administra como insulina intermedia, y el restante 25 a 30% como insulina rápida. ⁽⁷⁾

MULTIPLES APLICACIONES DE INSULINA

Estos esquemas forman parte de un tratamiento intensivo; se requiere de un paciente motivado, educado proactivo y con auto monitoreo frecuente de la glucemia capilar

La dosis total al día (0.5 a 0.7 UI/Kg) es distribuida en diferentes proporciones dependiendo de la cantidad y tipo de alimento en los diferentes horarios. Por ejemplo.

- 15% como Humalog 15 minutos antes del desayuno.
- 40 % como Humulin N en el desayuno.
- 15% como Humalog 15 minutos antes de la comida.
- 10% como Humalog 15 minutos antes de la cena.
- 20% como Humulin N en la cena o al acostarse.

HEMOGLOBINA GLUCOSILADA (HbA1c)

Normalmente se produce en el cuerpo una reacción química no enzimática entre una proteína en este caso hemoglobina y la glucosa, lo que genera un producto llamado cetoamida.

La hemoglobina glucosilada (HbA1c) es el resultado de la glucosilación de la porción amino terminal de la subunidad β de la hemoglobina. Su nivel refleja la exposición de la hemoglobina a los niveles de glucosa durante un periodo de tiempo y proporciona una medida clínica de la concentración promedio de la glucosa durante la vida media de la hemoglobina (eritrocitos) por lo tanto indica el promedio de la glucemia en aproximadamente tres meses previos. ⁽⁸⁾

Causas de falsa elevación en los niveles de HbA1c:

- Talasemia
- Insuficiencia renal
- Deficiencia de hierro
- Hipertrigliceridemia
- Hiperbilirrubinemia.

Causas de falsa disminución en los niveles de HbA1c:

- Hemoglobinopatías
- Embarazo
- Anemia hemolítica

La Diabetes Mellitus se asocia a una serie de complicaciones las cuales pueden ser divididas de la siguiente forma:

MICROVASCULARES	MACROVASCULARES
Retinopatía	Enfermedad cardiovascular
Nefropatía	Enfermedad cerebrovascular
Neuropatía	Enfermedad vascular periférica

El riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares se relaciona con la duración de la diabetes, el grado de control, otros factores como la hipertensión y susceptibilidad genética que pueden ser importantes.

Hay evidencia de que el control glucémico reduce el riesgo de desarrollar complicaciones microvasculares, tanto en diabetes tipo 1 como en diabetes tipo 2. No existe un umbral, ya que por cada 1 % de disminución de la HbA1c se reduce el riesgo entre un 25 a 30%. Las complicaciones macrovasculares son el resultado de aterosclerosis acelerada, aquí la hiperglucemia juega un papel parcial, ya que también influye en el desarrollo de aterosclerosis otros factores como resistencia a la insulina, dislipidemia, hipertensión arterial sistémica, tabaquismo entre otros.⁽⁹⁾

El éxito o fracaso del auto cuidado en pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por diferentes factores como el tratamiento, duración de las enfermedades, factores interpersonales como (edad, sexo, autoestima, auto efectividad, depresión, relación entre el paciente y su entorno familiar⁽¹⁰⁾

La Diabetes Mellitus es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas así como uno de los principales motivos de hospitalización, la esperanza de vida de un individuo diabético es dos tercios de la esperada-, los pacientes con complicaciones crónicas tienen el doble de posibilidad de morir que la población general.⁽¹¹⁾

1.3.4 ANTECEDENTES HISTORICOS

DEPRESION

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes generando una gran preocupación debido a la alta frecuencia que se registra. Se ha reportado que las principales causas generadoras de cuadros depresivos son los problemas familiares, la presencia de enfermedades crónicas, la dificultad para enfrentarse a diferentes etapas de la vida individual y familiar. ⁽¹²⁾

Sin duda ha estado presente desde el origen del hombre adquiriendo mayor especificidad y claridad, ya que es inherente al ser humano su presencia, cuántas veces hemos sentido tristeza, ganas de llorar sin poder expresar lo que en nuestra interior está sucediendo, pérdida de interés por las cosas que antes eran esenciales en nuestra vida, sentiré que no ha soluciones antes los problemas que se tienen sin embargo también hemos escuchado que cuanto más oscuro se encuentra se espera que pronto amanezca será acaso que ha invadido a nuestro ser la depresión que a su vez va mermando y consumiendo nuestra vida es por ello el diagnosticarla a tiempo para evitar complicaciones; a través del tiempo conocemos e que consiste este sentir, y como ha formado parte de nuestra historia siendo interés de estudio, sin embargo es nuestro presente y se vislumbra en nuestro futuro.

La depresión es una condición que fue conocida clínicamente por los antiguos griegos, aunque fue a mediados del siglo XX que se iniciaron estudios sobre los neurotransmisores involucrados. Los griegos la describían refiriéndola como melancolía (bilis negra), ya que atribuían todas las enfermedades y cambios de temperamento a la influencia de cuatro líquidos corporales denominados humores: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla, dicha teoría fue propuesta por Hipócrates donde proponía que un exceso de sangre provocaba comportamiento hiperactivos, mientras que el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático, tristeza, por lo tanto el predominio o desequilibrio de un humor sobre los otros podía explicar un temperamento era definido como la peculiaridad e intensidad individual de los afectos psíquicos y de la estructura dominante del humor así como la manera de reaccionar ante los estímulos ambientales y también la parición de enfermedades; los temperamentos eran sanguíneo, colérico, melancólico y flemático. ⁽¹³⁾

Los romanos acuñaron en latín su propia manera de llamar bilis negra , atra bilis (bilis oscura), de la cual se deriva la palabra en español “ atrabiliario”, que significa malhumorado .Areteo de capadocia, en el siglo I, describió la melancolía como una frialdad de ánimo, obsesionado con un pensamiento, tendiente a la tristeza y pesadumbre. ⁽¹⁴⁾

Sorano de Éfeso , representante de la escuela metodista considero a la melancolía como un tipo de enfermedad asociada a un estado excesivamente fluido y laxo del organismo, rechazó la teoría de los humores, uso las referencias de su principal traductor, Celio Aureliano, creía que su origen se encontraba en el estómago. La escuela neumática, seguidora de la teoría de pneuma: la vida es consecuencia de un flujo de pneuma permanente de partículas en movimiento, opuesta a la metodista y representada por Rufo de Efeso, también contradijo la teoría humoral y propuso una clasificación de melancolías congénitas y adquiridas así como describe el perfil del paciente melancólico: ojos saltones, labios finos, piel oscura o exceso de vello corporal.

La escuela eléctrica, encabezada por Aretero de Capadocia, mantuvo el origen humoral de la enfermedad y menciona el concepto de melancolía amorosa, además de relacionar la melancolía con su situación clínica contraria, la manía.

En Bizancio, el médico enciclopedista Oribasio de Pérgamo se sostuvo en la teoría hipocrática de los dos síntomas principales de la melancolía, el miedo y la tristeza, aunque citaba también a Rufo Efeso al afirmar que el mejor tratamiento contra la melancolía era el coito.

Pablo de Egina en su Hypomnema registró el error de asimilar melancolía y posesión demoníaca, se menciona que algunos desean la muerte y otros tienen miedo a morir; algunos ríen constantemente, y otros sollozan.

En el renacimiento Robert Burton (1577-1640) dedicó toda una vida a redactar “Anatomía de la melancolía” (1621) incluyendo una concepción multifactorial de la depresión causas como la política, religión, la influencia de las estrellas entre otras.

Thomas Willis (1621-1675) fue el primer médico en rechazar activamente la teoría de los cuatro humores y atribuyó a procesos químicos del cerebro y del corazón las causas de esta enfermedad; mencionaba cuatro tipos de melancolía, de acuerdo a su origen: la debida a una alteración del cerebro, la originada por una mala función del bazo, una tercera con origen y efecto e todo el cuerpo y una última clase histérica cuyo origen se encontraba en el útero. Es considerado el pionero de la neuroanatomía publicando en 1672 un tratado sobre el tema en la que postuló la base del miedo y la tristeza en signos y síntomas, introdujo el

concepto de alteración de la conciencia frente al desequilibrio de la conducta, lo que dio origen al concepto de locura parcial y locura general desarrollados poco después por John Locke, el más notable de sus discípulos. ⁽¹⁴⁾

En 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautizó el cuadro de melancolía con el término actual de depresión. Hasta el nacimiento de la psiquiatría científica, en pleno siglo XIX, su origen y tratamientos.

1.3.5 DEFINICION

El origen del vocablo depresión se encuentra en la expresión latina *de y premere*. Su uso se registra por primera vez en Inglaterra en el siglo XVII.

Wilhem Griesinger empleo por primera vez el término “estado de depresión mental” como sinónimo de melancolía. Emil Kraepelin, la designó como locura depresiva en una de sus clasificaciones sin abandonar el término de melancolía para nombrar a la enfermedad. Adolf Meyer propuso abandonar la expresión de melancolía por la de depresión.

Conforme avanzó el desarrollo de la psiquiatría fue adquiriendo mayor especificidad claridad , en los primeros decenios del siglo XX el concepto de depresión se desglosaba en otros como ansiedad, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, distimia o trastorno psicossomático, y la OMS definió la depresión endógena mayor como un síndrome orgánico cuya sintomatología abarca alteraciones del pensamiento e impulsos , tristeza corporalizada, es así como desde la antigüedad se ha ido desarrollando el concepto de depresión cuya enfermedad es un problema de salud pública. ⁽¹³⁾

1.3.6 EPIDEMIOLOGIA

De acuerdo con datos de la Organización mundial de la Salud (OMS), se estimaba que para el año 2000, habría alrededor de 400 millones de personas en el mundo que presentarían algún trastorno mental o neurológico, por lo que realizó un estudio multicéntrico que efectuó la OMS en 14 países para determinar los problemas de salud mental que se presentan con mayor frecuencia en la práctica médica general , se encontró que uno de cuatro adultos que acudía a la consulta general padecía un trastorno mental y solo 1% recibía atención especializada . ⁽¹⁵⁾

Las cifras de los trastornos depresivos estimados según Ustun y Sartorius, son parecidas a las estimadas por la OMS ya que declaran que “en el mundo existen 340 millones de personas con trastorno depresivo”, pronosticando para el año 2020 los trastornos psiquiátricos y neurológicos se incrementarán en 10.5%, legando a constituir cerca del 15 % de la carga total de discapacidad. ⁽¹⁴⁾

En México los resultados obtenidos en la Encuesta nacional de Adicciones realizada en zonas urbanas en 1994, señalaron la prevalencia de trastornos mentales entre 15 y 18% de la población en general. los desórdenes depresivos afecta al menos l 20% de mujeres y 12% de hombres en algún momento de su vida, se menciona que las mujeres son doblemente susceptibles a sufrir depresión y los síntomas generales se incrementan con la edad, sin embargo más hombres que mujeres mueren por suicidio ⁽¹⁵⁾

La morbilidad psiquiátrica en la asistencia primaria se eleva de 6 a 24 %, hay datos que señalan que 10% de los enfermos adultos que acuden a centros de atención primaria presentan depresión mayor. ⁽¹⁶⁾

De acuerdo con lo establecido por la Organización mundial de la Salud la OMS, la depresión presenta la principal causa de discapacidad como se muestra en la siguiente tabla:

CAUSAS LIDERES DE DISCAPACIDAD EN EL MUNDO
1.- Depresión mayor
2.- Anemia por deficiencia de hierro
3.- Caídas accidentales
4.- consumo de alcohol
5.- Enfermedad pulmonar Obstructiva crónica
6.- Trastorno bipolar (manía-depresión).
7.- Osteoartritis
9.- Esquizofrenia
10.- Trastorno obsesivo-compulsivo.

1.3.7 DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR

La depresión en el adulto mayor tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales el anciano ocasionando mayor morbilidad, discapacidad física, social pero pronóstico para el restablecimiento y mayor necesidad de servicios hospitalarios. Es un trastorno frecuente en personas mayores de 60 años de edad ya que su prevalencia es de 15 a 20% de la población ambulatoria y se incrementa hasta 25 a 40 % en pacientes que se encuentran hospitalizados, hay diversas enfermedades que se asocian con depresión como el hipotiroidismo 50%, infarto del miocardio 45% , diabetes mellitus 28%, enfermedad de Alzheimer 60% y enfermedad vascular cerebral 26 a 50%, lo que provoca trastornos de alimentación así como se menciono anteriormente retardar o medir el restablecimiento por ello es fundamental la red social con la que cuente el paciente . ⁽¹⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), realizó un estudio de estudio global de las enfermedades de países desarrollados, la depresión en personas mayores de 65 años hospitalizados será la segunda causa de morbilidad y mortalidad en el año 2020, en primer lugar menciona a la cardiopatía isquémica aunado lo antes mencionado con la situación que vive México ya que se ha estado presentando transición demográfica provocando un aumento de adultos mayores; en el año 2000 en el censo de población y vivienda mexicana informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población, por lo que se espera que se eleve la frecuencia de estados depresivos y otras patologías en este grupo etario. ⁽¹⁷⁾

En la siguiente tabla se muestra la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la población adulta en zonas urbanas en 1994, en México, resultado de una encuesta Nacional en Hogares.

TRASTORNO	VARONES %	MUJERES %	TOTAL %
1.-Depresión	4.9	9.7	7.8
2.-Epilepsia	3.4	3.9	3.7
3.-Probable psicosis	3.2	2.6	2.8
4.-probable trastornos limítrofes	1.6	0.8	1.1
5.-trastorno obsesivo	1.6	3.0	2.5
6.-probable esquizofrenia	1.2	0.9	1.0
7.-manía	0.3	0.2	0.2
8.-psicosis inespecífica	0.7	0.6	0.6
9.-trastorno bipolar	0.7	0.6	0.6
10.-trastorno de ansiedad	0.3	1.6	1.1

⁽¹⁸⁾ Fuente: Caraveo y cols., Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México, Instituto nacional de psiquiatría, 1994.

En el adulto mayor, la depresión representa uno de los diagnósticos geriátricos más frecuentes. Es una enfermedad crónica o recurrente que tiene consecuencias devastadoras, la prevalencia es diferente según la metodología, que puede ser por entrevista o instrumentos de tamiz, señalando una prevalencia de 10 a 27%.

Cuando se aplican los criterios DSM-IV, la prevalencia es de 1-3%, pero cuando se utilizan instrumentos de de tamizaje, sobre todo aquellos desarrollados para ancianos, es muy superior, por lo que se calcula que la prevalencia de los síntomas depresivos se sitúa entre el 10 y 27% en los adultos mayores. En estos casos, algunas de las causas de depresión tiene relación con la actividad de la serotonina y su unión a los recetores 5-HT que disminuyen con el envejecimiento; las irregularidades en este neurotransmisor se han relacionada con la fisiopatología de la depresión. ⁽¹⁷⁾

La depresión mayor tiene un efecto sistémico y los ancianos deprimidos tienen mayor susceptibilidad para las enfermedades puesto que este trastorno ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos, lo que favorece al aumento del tono simpático y la disminución de tono vagal y de las aminas cerebrales; además produce inmunosupresión.

En el adulto mayor deprimido hay hipersecreción de la hormona liberadora de corticotropina y falta de supresión del cortisol. En el varón hay una disminución de la testosterona relacionada con distimia; otras causas atribuibles involucran la insuficiencia de neurotransmisores, consecutiva a alguna infección subclínica.

En la susceptibilidad genética se ha encontrado una asociación con las variantes corta y larga del polimorfismo (5-HTTLPR) el gen promotor del transporte de serotonina (SLC6A4) que incluso ha sido propuesto como marcador farmacogenético de la eficacia de algunos antidepresivos. Se ha informado que este gen está relacionado con el estrés neuronal, depresión mayor e ideas suicidas y se asocia con una mayor presencia de síntomas depresivos y menor respuesta al estrés psicológico, fenómeno estudiado en estados de mayor tensión.

Los adultos mayores con depresión pueden malinterpretar muchas de sus experiencias

La prevalencia de depresión en adultos en México de acuerdo a la encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) fue de 4.5%, en el país el porcentaje de mujeres que refirieron sintomatología compatible con depresión fue del 5.8% y en hombres de 2.5%.⁽²⁴⁾

La prevalencia de la depresión si tuvo variación importante entre las 32 entidades federativas de México, en los hombres las cifras más elevadas se localizaron en Jalisco, Veracruz y Tabasco con 5,4.6 y 4.5% respectivamente, en las mujeres la prevalencia más alta correspondieron a Hidalgo (9.9%), Jalisco (8.2%), Estado de México (8.1%), para el distrito Federal en mujeres fue del 6% y en hombres 1.5%.⁽¹⁴⁾

1.3.8 ETIOLOGIA

Se pensaba antiguamente que la depresión era el resultado de la debilidad de carácter, que es algo de lo que uno puede liberarse con solo tratarla, sin embargo esto se ve solo como un mito. Ya que se ha establecido que el origen de la depresión es a menudo biológico con factores genéticos, y ambientales que intervienen potencialmente para desatar o alterar el curso o severidad de la enfermedad.⁽¹⁶⁾

Se menciona que existen dos formas básicas de depresión esta es depresión exógena y endógena .La depresión exógena (reactiva) obedece a una causa externa generalmente bien definida (pérdida del algún familiar, pérdida monetaria, etc.) La depresión endógena, en cambio no tiene causa externa manifiesta, lo cual lleva a considerarla una alteración biológica como ocurre en l psicosis bipolar (maniaco-depresiva) o unipolar (depresiva). Donde intervienen los siguientes factores:

FACTORES GENETICOS

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad es pacientes en primer grado (padre, hermanos o hijos) está incrementado e todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los factores del ambiente o educación.

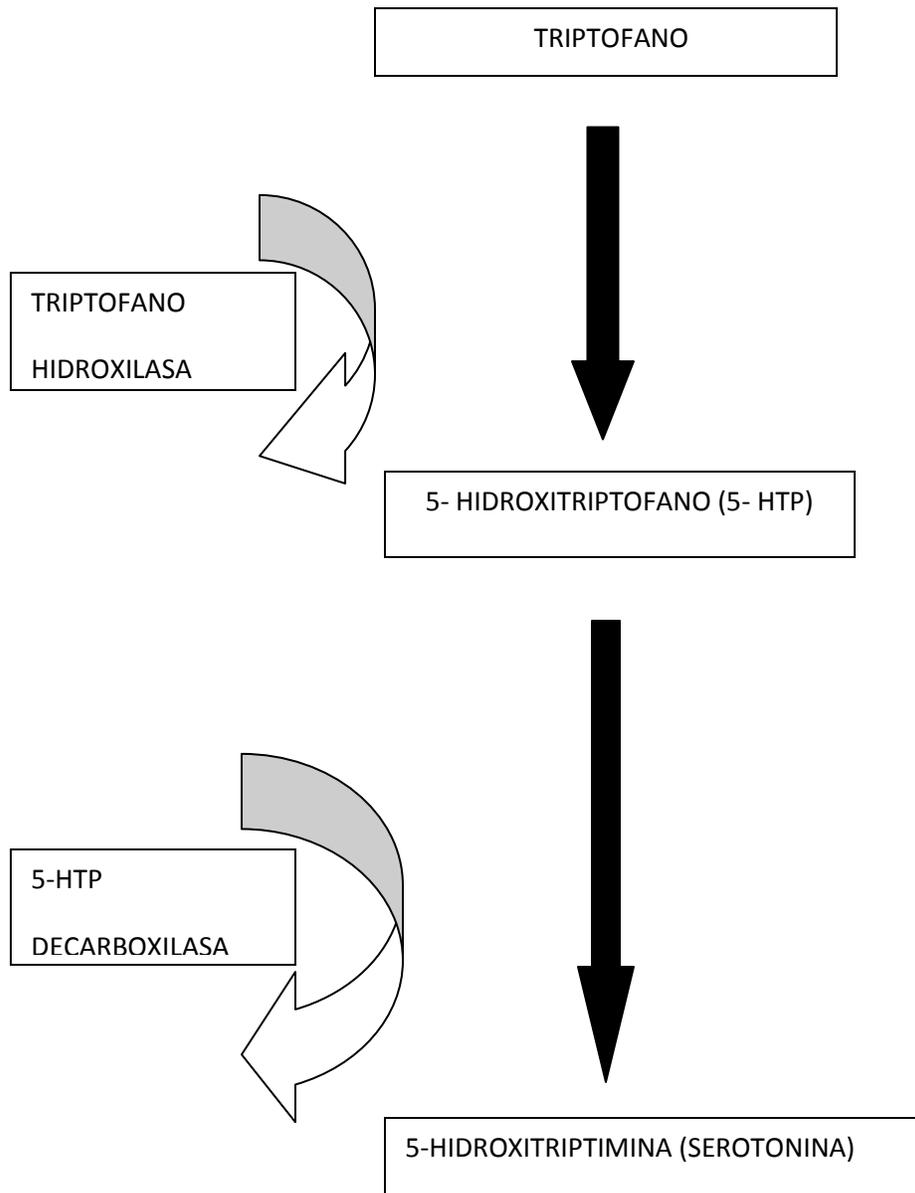
Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4,5,11,18 y 21, se ha establecido a través de la realización de estudios que hay una relación con el polimorfismo funcional de la región promotora del ge transportador de serotonina (5-HTT) modulaba la presencia de eventos estresantes cotidianos en la depresión ;los individuos con una o dos copias del alelo corto de 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes e comparación con individuos con u solo alelo .⁽¹⁹⁾

ALTERACIONES DE NEUROTRANSMISORES

Existe evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nerviosa central, podrán ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

Serotonina: ejerce acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, secreciones endocrinas, funciones cardiacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina se genera en los núcleos del rafé, que se localiza entre la línea media de puente el bulbo raquídeo del tallo cerebral.

Es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA), ya dentro de la neurona se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina.⁽¹⁹⁾



NEUROQUIMICA DE LA SEROTONINA

NORADRENALINA: El locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo , en el tallo cerebral , que genera la noradrenalina (NA), las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluye la amígdala la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en

episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima y de ese modo contribuye a alertar al organismo lo necesario para sobrevivir. La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de noradrenalina en la sinapsis.

El aminoácido tirosina es el precursor indispensable para la síntesis de noradrenalina.⁽¹⁹⁾

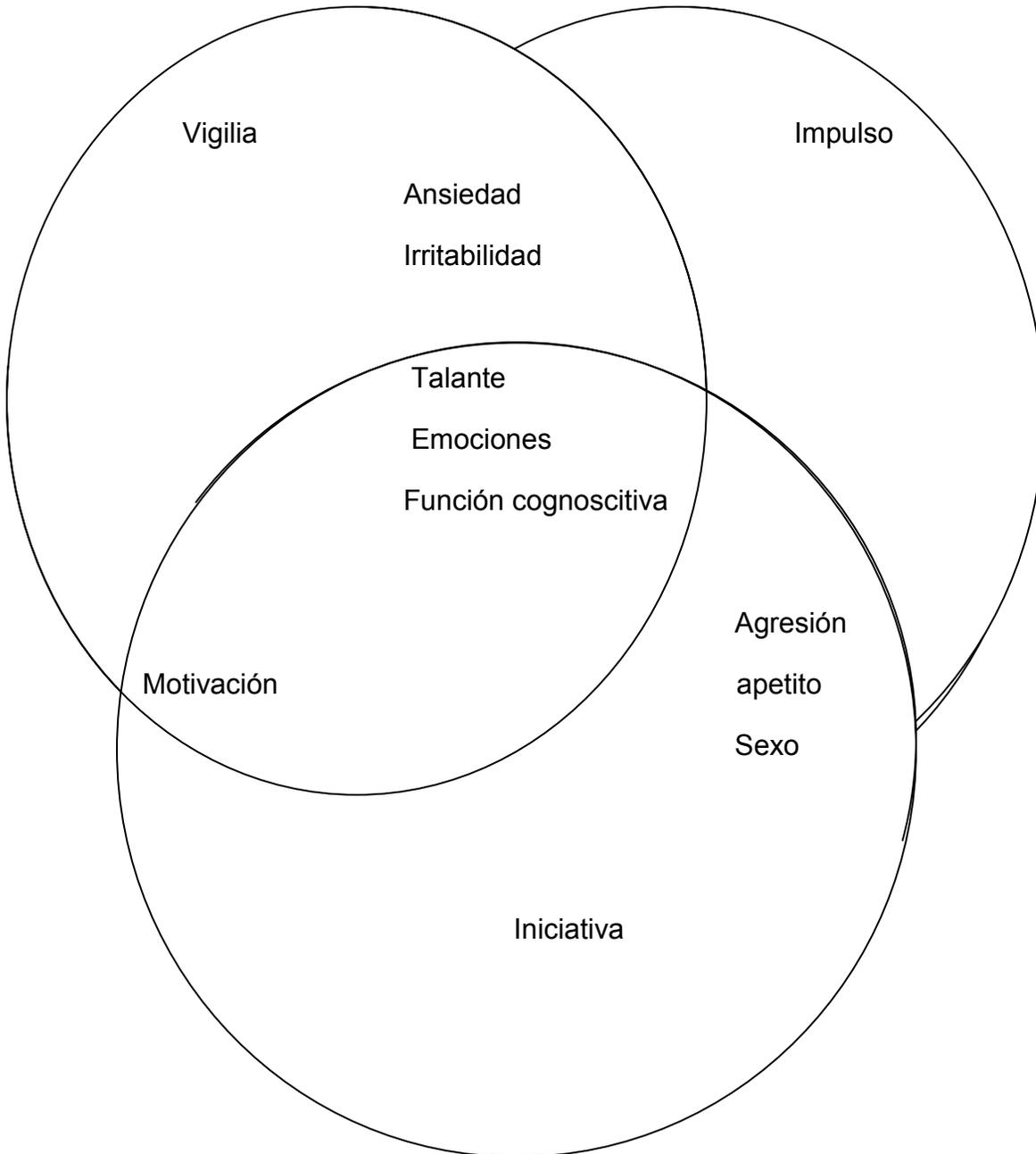
DOPAMINA: Es una catecolamina que se genera por las neuronas pigmentadas e la pars compacta del locus Níger y en neuronas de la pars ventral del tegmento mesencéfalo; de aquí se origina la vía que existe entre la sustancia nigra y el cuerpo estriado (vía nigroestriada), la vía que del área tegmental ventral del mesencéfalo hacia el nucleus accumbens del sistema límbico y a la corteza prefrontal (vía mesolímbica –cortical). Una tercer vía dopaminérgica se origina de neuronas del túbulo de la hipófisis a la adenohipófisis (vía tuberohipofisaria), esta última participa en la síntesis de prolactina.

La dopamina es un neurotransmisor principalmente inhibitorio, en las vías meso cortical y mesolímbica, participa en el mantenimiento del estado de alerta, se deriva del aminoácido tirosina y la síntesis es por la misma vía que para la noradrenalina.

La serotonina y la noradrenalina tiene una fuerte influencia en patrones de conducta y función mental, mientras que la dopamina está involucrada en la función motriz, son fundamentales para el funcionamiento del cerebro, el siguiente esquema nos muestra c su posible influencia de los neurotransmisores en la psicopatología de la depresión.⁽¹⁹⁾

NOREPINEFRINA

SEROTONINA



DOPAMINA

La hipótesis propuso que la depresión era causada por un déficit funcional de las monoaminas , noradrenalina serotonina en sitios claves del cerebro, mientras que la manía era causada por el exceso funcional de éstas; los agentes depresivos ejercían su efecto facilitado la neurotransmisión monoaminérgica por medio del incremento de los niveles de las monoaminas en las terminales sinápticas.

Se ha demostrado que el tabaquismo crónico inhibe la monoamino-oxidasa B, la enzima que participa en la degradación de la dopamina y de la monoamino-oxidasa A. Esta acción explica en parte la acción antidepresiva de la nicotina, se han realizado estudios que indican que el tabaquismo podría de presentar una forma de automedicación en enfermedades psiquiátricas como la esquizofrenia, el desorden de déficit de atención e hiperactividad así como la depresión, sin embargo el uso de la nicotina está severamente limitado por sus efectos colaterales carcinogénicos y cardiovasculares. ⁽¹⁹⁾

1.3.9 CARACTERISTICAS DE LA DEPRESION

Tristeza persistente, ansiedad humor vacío.
Disminución de la energía, fatiga, lentitud.
Sentimientos de desesperanza o pesimismo.
Sentimientos de culpa, impotencia.
Pérdida de interés en pasatiempos y actividades que antes eran disfrutadas incluyendo el sexo.
Dificultad para concentrarse, recordar, toma de decisiones.
Problemas al dormir, para despertar temprano o dormir demasiado.
Cambios de apetito o en el peso.
Pensamientos de suicidio o muerte, intentos de suicidio.
Cansancio, irritabilidad.

Los trastornos del estado de ánimo incluyen los trastornos depresivos, como el trastorno depresivo mayor, en la siguiente tabla se presenta los criterios para el episodio Depresivo Mayor (DSM IV-TR). ⁽¹⁴⁾

CARACTERISTICAS CLINICA; DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Disminución marcada del interés o placer en todas (o casi todas) las actividades
Pérdida significativa de peso sin dieta específica, o ganancia de peso.
Insomnio o hiperinsomnia diariamente.
Agitación o retardo psicomotor
Fatiga o pérdida de energía.
Sentimientos de minusvalía o culpabilidad excesiva.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE DEPRESION Y TRASTORNOS DE LA EXPRESION INVOLUNTARIA DE EMOCIONES

CARACTERISTICA CLINICA	DEPRESION	TEIE
Duración	Días- meses	Breve (minutos)
Control voluntario	Puede ser modulado por la situación	Mínimo-ninguno
Estímulo desencadenante	Situaciones específicas relacionadas con el ánimo.	Inespecífico, mínimo o inapropiado para la situación.
Expresión emocional	Llanto	Llanto, risa o ambos
Cólera	Sin relación	Puede acompañar a los episodios
Estereotipo	Llanto variable	Los episodios son estereotipados
Fatiga	Común	Sin relación
Cambios de apetito	Pueden estar presentes	Sin relación
Variación diurna	Puede estar presentar	Sin relación
Anhedonia	Frecuente	No se presenta
Trastorno neurológico	Puede o no estar presente	Siempre presente
Signos pseudobulbares	Sin relación	Pueden presentarse

CARACTERISTICAS CLINICA; DIAGNOSTICO DEL TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

Disminución marcada del interés o placer en todas (o casi todas) las actividades
Pérdida significativa de peso sin dieta específica, o ganancia de peso.
Insomnio o hiperinsomnia diariamente.
Agitación o retardo psicomotor
Fatiga o pérdida de energía.
Sentimientos de minusvalía o culpabilidad excesiva.
Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.

1.4 DIAGNOSTICO DE DEPRESION

Son criterios de diagnóstico para el episodio Depresivo mayor (DSMIV-TR) los siguientes:⁽¹⁶⁾

A. presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un periodo de 2 semanas, que presentan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe de ser: 1) estado de ánimo depresivo, 2) pérdida de interés o de la capacidad de placer.

1.- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo se siente triste o vacío) o la observación observada por otros por ejemplo llanto y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2.- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día casi cada día.

3.- pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (por ejemplo un cambio de más de 5 % del peso corporal en un mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día: en niños hay que valorar el fracaso en lograr el aumento de peso esperable:⁽²²⁾

4.- Insomnio o hiperinsomnia casi cada día.

5.- Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6.- fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7.- Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los imple autor reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8.- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9.- Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

TIPOS DE DEPRESION	CARACTERISTICAS
Depresión mayor	Uno o más episodios de depresión mayor
Alteraciones distímica y ciclotímica	Al menos 2 años o más de comportamiento predominantemente depresivo, pero sin encontrar criterios de síndrome depresivo mayor.
Trastorno bipolar I	Al menos un episodio maníaco, usualmente acompañado de episodios de depresión mayor.
Trastorno bipolar II	Uno o más episodios de depresión mayor y al menos un episodio hipomaníaco.
Depresión debida a condición médica	Alteración fisiológica causada por condición médica.
Depresión debida a uso de sustancias	Alteración fisiológica provocada por una toxina, medicación o droga.
Depresión sin especificar	No sigue. los criterios de Sx. depresivo mayor.

1.4.1 TRATAMIENTO DE LA DEPRESION

Los antidepresivos han demostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno depresivo mayor, se pueden encontrar cuatro clases principales de antidepresivos:

- Tricíclicos
- Inhibidores de la recaptación de serotonina
- Inhibidores de la mono oxidasa
- Otros (inhibidores de la recaptación de noradrenalina)

El ejercicio ha demostrado ser un coadyuvante muy eficaz en la rehabilitación, su práctica constante es una excelente opción para disminuir la depresión ligera o moderada, en algunos casos puede ser eficaz como la psicoterapia.

Se ha demostrado que el ejercicio ayuda a reducir el estrés, alejar los sentimientos de ansiedad y depresión, aumentar la autoestima y mejorar el sueño.

Las metas de tratamiento son: mejorar el humor, la calidad de vida, reducir la morbilidad y mortalidad, prevenir la recurrencia del trastorno, minimizar los efectos adversos del tratamiento así como restablecer y /o mejorar la funcionalidad física, mental y social.

El estándar de tratamiento incluye tres intervenciones en conjunto: psicofarmacológico, psicoterapéutica y psicosocial esto ha evidenciado la mejora del apego al tratamiento hasta 40% y un 80 % en pacientes con triple manejo. ⁽²⁰⁾.

El tratamiento consta de tres fases que son las siguientes:⁽²³⁾

- Fase aguda: se busca la mejoría y se induce a la remisión. Esta fase abarca las primeras semanas hasta que el paciente alcanza una respuesta clínica significativa que usualmente es de al menos un 40-60%.
- Fase de continuación: Se conserva la remisión de la sintomatología. Se considera el paciente recuperado cuando ha permanecido asintomático durante al menos 4- 9 meses tras el episodio depresivo.
- Fase de mantenimiento: Se protege al paciente frente a la recurrencia de episodios depresivos. Su duración podría oscilar desde un año a toda la vida del sujeto.

PRESENTACION	DOSIS INICIAL	DOSIS DE MANTENIMIENTO	EVENTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
Fluoxetina (1ra.elección) 20mg ISRS	10 a 20 mg V.O. cada 24 hrs. Matutina por una semana	20-40 mg cada 24 hrs.	Ansiedad, cefalea, hiporexia, temblor y disfunción sexual.	Uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
Citalopram (2ª. Elección) 20mg.	10-20mg V.O cada 24 hrs. Matutina por una semana	20-40 mg cada 24 hrs.	Resequedad de mucosa, (boca seca, estreñimiento, mareo, náusea, ansiedad, cefalea, vértigo, disfunción sexual.	Inhibidores de la monoaminoxidasa.
Paroxetina (3ra. elección)20mg.	10-20 mg V.O. cada 24 hrs. Matutina por una semana	De 0.1 – 3 mg V.O. diluido a dosis respuesta.	Resequedad de mucosa, (boca seca, estreñimiento, mareo, náusea, ansiedad, cefalea, vértigo, disfunción sexual.	Consumo de alcohol, psicotrópicos, uso de inhibidores de la monoaminoxidasa.
En caso de insomnio				
Clonazepam gotas 2.5mg/ml	0.1 mg V.O diluido cada 24 hrs.	0.1 – 3 mg en 24 hrs. Diluido V.O. dosis respuesta	Sedación, hiporreflexia, fatiga, debilidad, estado confusional.	Manejo de máquina de precisión o vehículos, consumo de alcohol, hipersensibilidad, miastenia gravis, glaucoma de ángulo cerrado.

1.4.2 APOYO PARA LA FAMILIA DEL PACIENTE CON DEPRESION

Se reconoce que los amigos y familiares del paciente deprimido son fundamentales para la recuperación de éste, ya que quienes sufren depresión a menudo son incapaces de funcionar y necesitan que sus amigos y familiares lo ayuden a reconocer y manejar su alteración.

Los familiares se ven muy afectados por la depresión, al apoyar al paciente deprimido adquieren mayor responsabilidades en la casa y en el trabajo. Los síntomas de depresión como el retraimiento, la irritabilidad y la desesperanza, hacen que las relaciones sean tensas. ⁽¹⁴⁾

1.4.3 PRONOSTICO

El pronóstico de la enfermedad depresiva depende de diversos factores, algunos ligadas directamente a la enfermedad, como la idiosincrasia del enfermo. Se ha encontrado que entre el 50-70% de los pacientes responden positivamente a un primer tratamiento antidepresivo cuando éste es prescrito de forma adecuada.

El pronóstico en términos generales de un primer episodio en términos generales es bueno pues aproximadamente el 50% de los pacientes se recupera en un lapso de seis meses y el 70% en el periodo de un año.

De acuerdo a la DSM-IV refiere que el diagnóstico con la aparición de al menos 5 de los siguientes síntomas y con un mínimo de duración de 2 semanas.

Se estima que el 8.4% de la población ha sufrido según los criterios de la DSM-IV un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida, con una edad promedio de 24 años. ⁽²⁵⁾

1.4.4 EL INVENTARIO DE BECK

El BDI consta de 21 ítems para evaluar la intensidad de depresión, en cada uno de los ítems el sujeto tiene que elegir aquella frase entre el conjunto de cuatro alternativas, siempre ordenadas por su gravedad, que mejor se aproxima a su estado medio durante la última semana incluyendo el día en el que completa el inventario. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de alternativa escogida. La puntuación total de los 21 ítems varía de 0 a 63. En el caso de que el sujeto elija más de una alternativa en un ítem dado, se considera solo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad. Finalmente, la pérdida de peso (ítem 19) sólo se valora si el sujeto indica no estar bajo dieta para adelgazar. En el caso de que lo esté, se otorga una puntuación de 0 en el ítem. ⁽²⁶⁾

En esta versión se pregunta por su situación “durante la última semana, incluyendo el día de hoy “evaluando, de este modo, una sintomatología depresiva menos momentánea que en la versión de 1961.

Se han realizado estudios sobre este inventario, en esta investigación se realizó durante los años de 1988-1990 administrando el BDI a distintas muestras de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, donde participaron 1393 sujetos (76% mujeres) con rangos de edades entre 18 y 53 años, con una media de 22.2 años, en donde analizan la consistencia interna arrojando un coeficiente alfa de 0.83, lo que indica una muy **buena consistencia interna.** ⁽²⁶⁾

Validez de contenido

Diecisiete de los 21 ítems de la versión española del BDI de 1978 cubren 6 de los 9 criterios somáticos diagnósticos del episodio depresivo mayor DSM-IV (APA 1994) y también reflejan, aunque sólo en el aspecto de síntomas deficitarios, otros dos del sistema APA (Problema de peso/ apetito y problemas de sueño). El síntoma de trastorno psicmotores del DSM-IV es el único que no cubre el BDI. En cuanto a los otros 3 criterios restantes incluidos en la definición de episodio depresivo mayor, todos ellos no sintomáticos, el BDI cubre al menos el criterio de deterioro en el funcionamiento (criterio C) con el ítem referido a problemas laborales. Por lo tanto tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesto por la DSM-IV, sin embargo no debe usarse como una herramienta diagnóstica. ⁽²⁶⁾

La versión española del BDI de 1978 presenta datos preliminares bastante satisfactorios respecto a su validez convergente con la Escala de Zung auto aplicado para la depresión, mostrando unos coeficientes de correlación positivos en dichos instrumentos.

Respecto a la validez discriminante la versión española de 1978 muestra en los estudiantes universitarios unos aceptables índices respecto a rasgos específicos de ansiedad tales como la ansiedad social, la ansiedad a la evaluación.

La ansiedad a la interacción interpersonal o la ansiedad a los exámenes, lo que permite fundamentar su utilización como instrumento para discriminar entre estudiantes universitarios deprimidos y ansiosos.

En esta investigación que se realiza concluyen que la versión española del BDI de 1978 parece tener buenas propiedades psicométricas como instrumento de evaluación del síndrome depresivo, lo que permite recomendar su elección. ⁽²⁶⁾

Como instrumento de investigación de los modelos de depresión para clasificar a los sujetos como deprimidos o no deprimidos.

Actualmente el BDI es validado por la Sociedad Mexicana de Psiquiatría. Su contenido enfatiza más el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas representan en torno al 50% de la puntuación total de cuestionario, el segundo bloque de mayor peso de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas siendo los síntomas psicológicos-cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. ⁽²⁷⁾

Hay otro estudio en donde su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido reciente, estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad con el siguiente rendimiento.

Arrojando los siguientes resultados:

Sensibilidad del 100%

Especificidad 99%

Valor predictivo positivo 0.72

Valor predictivo negativo de 1 (punto de corte mayor-igual 13).

Por lo que decidido realizar en esta investigación de evaluación el Inventario de Beck para depresión a continuación se muestra el cuestionario con 21 ítems. ⁽²⁷⁾

A continuación se muestra el cuestionario de 21 ítems del inventario de Beck:

1.4.5 INVENTARIO DE BECK

INSTRUMENTO:

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Llora continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3.-He perdido totalmente el interés sexual.

2. JUSTIFICACION

La Diabetes Mellitus 2 es una enfermedad crónico-degenerativa, que se ha convertido en un problema de salud pública con mayor incidencia en la población, que no solo afecta al individuo si no también el entorno donde se desarrolla mermando su calidad de vida, tanto a nivel individual, familiar como social.

En 1995, México contaba con una población de 3.8 millones de adultos con Diabetes Mellitus tipo 2, estimándose que para el 2025 incremente 11.7 millones; generando un gran impacto en cuanto a morbi-mortalidad ya que en 1991 ocupaba el sexto lugar como motivo de consulta, y para 1999 pasó a ocupar el segundo lugar en las unidades de medicina familiar .⁽¹⁵⁾

De acuerdo a la ENSA en el año 2000 la prevalencia general de Diabetes mellitus 2 (DM2) es de 10.7% en población mayor de 20 años, y en INEGI se reporto en el año 2005 fue la segunda causa de muerte en nuestro país, siendo preocupante que esta enfermedad crónico-degenerativa se diagnostique tardíamente ya que se ha reportado que un 30-50% desconoce que padece esta enfermedad desde hace meses e incluso años, presentado complicaciones tanto agudas como crónicas repercutiendo en su bienestar biopsicosocial ya que se asocia a un alta prevalencia a desarrollar trastornos psico-afectivos como es la depresión y la ansiedad .⁽³⁾ La primera es el sufrimiento mental que varía con cada individuo encontrando dos formas básicas la exógena y la endógena y que las causas pueden incluir factores genéticos, químicos y psicosociales, caracterizado por una tristeza profunda, pérdida del interés o placer, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a exigencias de la vida , así como síntomas de tipo cognitivo o incluso somático, guiándonos en los criterios de DSM-IV para poder realizar el diagnóstico tomando en cuenta síntomas como ánimo depresivo, anhedonia, alteraciones del sueño, cambios de peso o apetito, pérdida de energía .

La depresión es un problema de salud muy importante ya que la prevalencia es del 15%, siendo la quinta causa de discapacidad en el mundo; se menciona que afecta más a las mujeres en un 20% en comparación con los hombres 12 %.⁽²⁰⁾ Se realizó un estudio en la Clínica San Pedro de los Pinos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS; Hospital Gea González de la Secretaría de Salud (SSa) y Centro de Salud Margarita Chorne SSa en 79 pacientes con (DM2) reportando que la frecuencia de depresión en estos pacientes fue de 46%, y que aquellos que tenían 15 años

de diagnóstico presentaban un riesgo de 3 veces más elevado de presentar depresión.⁽²¹⁾

Por lo tanto la Diabetes Mellitus 2 como la depresión son una bomba de tiempo que como médicos nos enfrentamos a diario, un problema de salud pública que ha generado un gran impacto en la alta incidencia de morbi-mortalidad, así como genera un caos mermando su calidad de vida tanto a la persona como a la familia que lo rodea convirtiéndose en un problema social de gran importancia.

Se genero la premisa de que la depresión en el adulto mayor es algo normal ; sin embargo es errónea ya que si no se diagnostica a tiempo y se proporciona un tratamiento oportuno , el pronóstico puede ser devastador.

Se estima que una de cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por un trastorno mental o del comportamiento y estos grupos familiares se ven obligados no sólo a brindar apoyo físico y emocional, sino también a soportar las consecuencias de estigmatización y la discriminación

Por lo que considero de gran importancia identificar cuáles son los factores biopsicosociales asociados para la presencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus 2, repercutiendo en el control metabólico ya que genera un circulo en el que condiciona a un mal control y a su vez aumenta el grado de depresión reflejándose en su la calidad de vida que llevan.

A través de la identificación de que factores intervienen para la presencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus 2 permitirá la creación de estrategias que permitan generar un bienestar biopsicosocial.

Ante esta problemática alarmante me surge la siguiente interrogante:

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

¿Cuáles son los factores biopsicosociales que pueden estar relacionados con la presencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus 2 de la Clínica de Medicina Familiar Oriente?

4. OBJETIVO GENERAL

- Identificar cuáles son los factores biopsicosociales que se relacionan con la presencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus 2 (DM2) de la Clínica de Medicina Familiar oriente ISSSTE.

4.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el principal factor biopsicosocial que se relaciona con la presencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus 2.
- Identificar factores socio demográfico que se relacionan con la presencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus 2.
- Determinar la relación del tiempo de evolución de la enfermedad con la presencia de depresión
- Relacionar el tiempo de evolución de la enfermedad con el grado de depresión.
- Determinar si la pertenencia del paciente al grupo de diabéticos se asocia a la presencia de depresión en pacientes con Diabetes mellitus 2.
- Establecer la relación de tipología familiar y la presencia de depresión en los pacientes con diabetes Mellitus 2.

5. MATERIAL Y METODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

Es un Estudio Descriptivo Transversal.

5.2 UNIVERSO:

Personas con diagnóstico más de seis meses de Diabetes Mellitus 2 de ambos sexos, mayores de 30 años que reciban tratamiento ya sea a base de dieta, hipoglucemiantes orales e insulinización derechohabientes de la Clínica de Medicina Familiar Oriente. Se incluirá al grupo de pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus 2 que acuden a pláticas en la Clínica de Medicina Familiar Oriente, se cuenta con una población de 60 pacientes.

5.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se trata de una muestra aleatoria por conveniencia, el tamaño de la muestra se determina por la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Z = Nivel de confianza 96%

E² = Margen de error 6%

p = 0.5

q = 0.5

$$n = \frac{(2.055)^2 (0.5) (0.5)}{(0.06)^2}$$

$$n = \frac{(4.223) (0.25)}{0.0036} = \frac{1.055}{0.0036} = 293$$

$$n = \frac{293}{1 + \frac{292}{4,800}} = \frac{293}{1.060} = 276$$

n = 300

Por lo tanto el tamaño de la muestra es de 300 pacientes, con un nivel de confianza de 96 % y margen de error de 6%.

5.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personas con Diagnóstico de Diabetes Mellitus 2 en tratamiento con dieta, hipoglucemiantes orales o insulinización.
- Pacientes que cuenten con el diagnóstico Diabetes Mellitus 2 más de seis meses.
- Ambos sexos y con edad mayor a 30 años.
- Que acepten colaborar con el proyecto de investigación.

5.5 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Paciente que no cuente con el diagnóstico Diabetes Mellitus 2.
- Pacientes que tengan el antecedente de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Mujeres embarazadas.
- Que no acepten colaborar con el proyecto de investigación.

5.6 CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes que no hayan llenado completamente la cédula de encuesta.
- Pacientes que durante la realización de la cédula decidan no continuar con el llenado de la cédula.

5.7 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

NOMBRE VARIABLE	DEFINICION	VALORES	ESCALA DE MEDICION S=continua O=ordinal N=nominal
Sexo	Característica biológica que distingue al individuo en hombre y mujer.	1=Femenino 2=Masculino	Nominal
Edad	Número de años cumplidos Edad en años	Números enteros y fracciones.	Discontinua
Estado civil	Situación de del paciente en relación a las leyes de unión matrimonial.	1=soltero 2=casado 3=divorciado 4=viudo 5=unión libre 6=madre o padre soltero	Nominal
escolaridad	Grado de estudios que refieren los individuos al momento de la encuesta puede ser completa o incompleta Escolaridad del paciente	1=analfabeta 2=alfabeta 3=primaria 4=secundaria 5=técnica 6=bachillerato 7=profesional 8=posgrado	Ordinal
Ocupación	Tipo de trabajo, oficio o tarea específica que desarrolla la persona en su trabajo principal.	Textual 1=profesionales 2=técnicos y personal especializado 3=trabajadores de la enseñanza 4=trabajadores del arte, espectáculos, deportes. 5=funcionarios superiores en la	Nominal

		<p>administración pública.</p> <p>6=vendedores</p> <p>7=trabajadores en servicio al público</p> <p>8=trabajadores en servicio doméstico</p> <p>9=trabajadores de las fuerzas armadas</p> <p>10=operadores de equipo de transporte</p> <p>11=jubilado</p> <p>12=trabajadores de ocupaciones no clasificados anteriormente</p>	
Peso	Peso del paciente	Valor en kilogramos y gramos.	S (continua)
Talla	Talla del paciente	Valor en centímetros.	S(continua)
Número de integrantes	Número de integrantes de la familia que viven bajo el mismo techo.	Valor del número de integrantes.	S(continua)
Tipología familiar	Tipología familiar	<p>1=nuclear</p> <p>2=extensa</p> <p>3=extensa-compuesta</p>	.Nominal
Tabaquismo	Hábito de fumar más de 10 cigarrillos al día	<p>1=positivo</p> <p>2=negativo</p>	Nominal
Depresión	Expresión latina <i>de y premere</i> (empujar u oprimir hacia abajo) enfermedad caracterizada por distintos síntomas, (inventario de Beck)	<p>1=Depresión leve</p> <p>2=Depresión Moderada</p> <p>3=Depresión severa.</p>	Ordinal
Grupo de diabéticos	Grupo de personas reunidas que padecen diabetes mellitus 2 con el fin común de llevar un adecuado control.	<p>1=positivo</p> <p>2=negativo</p>	Nominal

Tiempo de toma de muestra de laboratorio (glucosa)	Tiempo que al paciente se le tomo muestra por parte de laboratorio central para determinar niveles de glucosa sérica.	1=Un mes 2= (2 a 3 meses) 3= (4 a 6 meses) 4= (hace un año o más).	S(continua)
Tiempo de evolución de Diabetes Mellitus 2	Año en que se realizo el diagnóstico de Diabetes Mellitus 2	Números enteros	S(continua)
Antecedentes personales patológicos	Es la serie de enfermedades que ha presentado el paciente las cuales han sido diagnosticadas por facultativo entre ellas. HAS OBESIDAD ENFERMEDADES DEL CORAZON INSUFICIENCIA RENAL CANCER HIPERCOLESTEROLEMIA OTRAS.	1=presente 2=ausente	N(nominal)
Actividad física	La práctica de alguna actividad diaria, de trabajo no sedentario, recreación y ejercicio físico, la cual se realice por lo menos 3 veces por semana con una duración mínima de 20 minutos.	1=positivo 2=negativo	Nominal.

5.8 PROCEDIMIENTO

Se realizara la selección de pacientes tomando en cuenta los criterios de inclusión, exclusión, para realizar una muestra significativa, posteriormente se informara del porque se está realizando dicha investigación así como el objetivo que se persigue, por lo que se solicitara consentimiento una vez que la paciente lo autorice se explicara del llenado de la cedula de encuesta; la cual incluirá nombre, turno , número de consultorio, domicilio y teléfono que permitirá la identificación del paciente otorgándose un número de folio por cada cedula así como datos socio demográficos y clínicos acompañado del inventario de Beck por lo que se indicara al paciente que la cedula deberá de contestarse de forma honesta , una vez terminado el llenado de la cedula de encuesta se verificara que no falte ningún dato, si sucediera en ese momento se le solicitara al paciente que lo llene.

Posteriormente se invitara al grupo de pacientes diabéticos con el que se cuenta en la clínica de medicina familiar oriente para brindarle información y un manejo integral.

Se realiza prueba piloto de 20 pacientes y una vez comprobado que era apto para su aplicación se prosiguió con su realización.

Una vez realizado las cedulas de encuesta se proseguirá con el análisis en el programa PSS para determinar los objetivos específicos antes planeados, estadística descriptiva, medidas de tendencia central y dispersión de acuerdo a las variables.

Los pacientes en los que se detecte un grado de depresión se agregara el resultado en expediente para canalizar al servicio correspondiente de manera oportuna , ya sea en primer nivel y los casos que lo requieran segundo o tercer nivel , ya que es fundamental que se disminuya la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes mellitus 2 ya que se relaciona con no llevar un adecuado control metabólico , lo que genera problemas tanto físicos, como emocionales tanto en el paciente como a nivel familiar .

Mediante la calificación del inventario de Beck Se canalizara al servicio oportunamente ya sea psicología en casos de depresión moderada y en los casos de depresión severa a Psiquiatría, se solicita numero de consultorio y expediente para referencia.

5.9 CONSIDERACIONES ETICAS

Comprender la magnitud que genera una enfermedad crónico degenerativa como es la Diabetes Mellitus 2 en relación a la depresión ya que se ha documentado que tienen más riesgo de presentar este trastorno psicoafectivo repercutiendo tanto en su calidad de vida individual, como familiar y de esta forma se refleja en la sociedad que hoy en día vivimos, ya que un paciente que se encuentra deprimido y con diabetes mellitus 2 no permitirá que se realice un control metabólico de la enfermedad , permitiendo el desarrollo de complicaciones así como el incremento de algún grado de depresión .

Se realizara la investigación tomando en cuenta los criterios de Helsinki para investigación médica informándose al paciente del motivo de la investigación, ante la problemática que se está viviendo en la actualidad, siempre con respeto, ética y profesionalismo, así como tomando en cuenta la Declaración de Ginebra "La salud de mi paciente será mi primera consideración".⁽²⁸⁾

Así como los pacientes detectados con depresión se anexara a su expediente una nota donde se apoye el diagnóstico para poder derivarlo para atención , ya sea a primer nivel en la Clínica de Medicina Familiar Oriente y los casos que así lo requieran serán derivados tanto a segundo o inclusive a tercer nivel .

Al igual que generar estrategias para disminuir la frecuencia de la depresión en pacientes con diabetes mellitus 2 , como es la invitación a formar parte de grupos de educación sobre este padecimiento como el que existe en la C.M.F.Oriente que permitan al paciente contar con información y adquirir el compromiso de responsabilizarse de su salud en conjunto con el médico.

6. RESULTADOS

En el presente estudio la muestra la integraron 300 pacientes con diagnóstico de diabetes Mellitus 2 cumpliendo los criterios de inclusión antes mencionados así como aceptando la participación para dicho estudio, de los cuales 76.7% (n=230) del sexo femenino y 23.3% (n=70) del sexo masculino, perteneciendo al turno matutino el 85% (n=255), y al turno vespertino 15 % (n=45). (Tabla 1)

Respecto al grupo de edad se clasificó por rangos en 6 grupos (de 30-40 años, 41 a50 años, 51 a 60 años, 61 a 70 años, 71 a 80 años y el último de 81 a 90 años) encontrando una mayor frecuencia en el grupo de 61 a 70 años con un 30.7% (n=92), de 51 a 60 años 30.3% (n=91), de 71 a 80 años 19% (n=57), y de 41 a 50 años 12.7% (n=38). (Tabla 2)

En cuanto a nivel de escolaridad el 54% (n=162) tienen estudios de primaria, secundaria 13.7% (n=41), carrera técnica 12.7% (n=38%), analfabeta 8.7% (n=26). (Tabla3) En el grupo de pacientes con escolaridad primaria 27.1% (n=44) detectados con depresión leve y analfabetas 26% (n=12) con el mismo grado de depresión. (Tabla 32)

Estado civil 60.3% (n=181) se encuentran casados, viudos 20% (n=60) y divorciados 8% (n=24), (Tabla 4) en relación a la presencia de depresión en el grupo de pacientes casados 26.4% (n=48) se detectaron con depresión leve, viudos 33.3% (n=20) depresión leve y el paciente identificado con depresión severa es madre separada. (Tabla28)

En cuanto a la ocupación principal el 61.3% (n=184) se dedica al hogar, 15% (n=45) y trabajadores en servicio al público 15% (n=45). En los pacientes que se dedican a su hogar se detectó 27.1% (n=50) con depresión leve, 4.3% (n=8) depresión moderada y 0.54% (n=1) depresión severa; en el grupo de jubilados 28.2% (n=13) depresión leve. (Tabla 29)

Con respecto a su tipología familiar pertenecen a una familia nuclear el 56% (n=168) perteneciente a una familia extensa 41.7% (n=125) cuyo paciente detectado con depresión severa pertenecía a este grupo, mientras que el grupo de tipología familiar nuclear 23.8% (n= 40) fueron detectados con depresión leve. (Tabla 24).

El tiempo de evolución se clasificó por rangos de 10 años entre cada uno de ellos rango que se ha permitido ya que la presencia de complicaciones pueden aparecer dentro de los primeros años de los cuales de 59 % (n=77) se encontraba en el rango de uno a 10 años; el segundo lugar lo ocupó el grupo de 28% (n=84) de 11 a 20 años y el tercero 11.3% (n=34) de 21 a 30 años. Se detectó que los pacientes con depresión leve el 51.8% (n=43) tienen menos de 10 años de

evolución de padecimiento y 48.1% (n=40) tiene más de 10 años de evolución, los pacientes identificados con depresión severa 0.56% (n=1) tiene menos de 10 años de evolución.(Tabla)22

El 17.7% (n=53) tienen pertenencia a algún grupo de pacientes diabéticos (Tabla 9). El 29.9% (n=74) con depresión leve no pertenecen al grupo e diabéticos. (Tabla 30) Con respecto al tratamiento dietético que llevan los pacientes el 66.3% (n=199) realizan dieta la cual otorgo personal de salud y 33.7% (n=101) no la llevan a cabo.

Con depresión leve se detecto habito tabáquico positivo el 29.5% (n=13), (Tabla 34) no realización de actividad física el 37.8% (n=53).(Tabla 35)

En cuanto a tratamiento farmacológico el 73.3% (n=220) es a base de hipoglucemiantes orales, insulinización el 15% (n=45). (Tabla 12) Por último ambos tratamientos 11.7% (n=35) identificando 14 pacientes con depresión leve. En los pacientes que el tratamiento fue a base de hipoglucemiantes 24% (n=53) con depresión leve, 3.1% (n=7) depresión moderada y 0.45% depresión severa. En relación al uso de insulina se detectó la presencia de depresión leve 35.5% (n=16), 6.6% (n=3) depresión moderada.(Tabla 27).

En cuanto a las complicaciones que presentan el 40.3% (n=121) ninguna, retinopatía 28.7% (n=86), neuropatía 22.3% (n=67), Retinopatía+ neuropatía 4.3% (n=13), renal 3.3% (n=10). (Tabla 13). En cuanto a enfermedades concomitantes el 39.7% (n=119) tienen Hipertensión Arterial sistémica con presencia en 37 pacientes depresión leve, Hipertensión arterial sistémica + Dislipidemia 12.3% (n=37), solo Dislipidemia 11.7% (n=35).

Entre estos grupos la principal complicación relacionada a la presencia de depresión leve fue la presencia de retinopatía diabética con un 28.9% (n=24) y neuropatía diabética con 27.7% (n=23). (Tabla 25)

En relación si el paciente asiste acompañado a su consulta el 59.3% (n=178) si son acompañados, mientras que el 40.7% (n=122) no los acompañan. (Tabla 15) Detectando en los pacientes que no son acompañados 20.1% (n=25) depresión leve, 4.8% (n=6) moderada y 0.8% (n=1) depresión severa. (Tabla 33)

Con respecto a la realización del inventario de Beck para determinar la presencia de depresión detectando 68.7% sin depresión, 31.3 % con depresión por lo que se clasifico en 4 rangos, el primero sin depresión 68.7% (n=206), el segundo con depresión leve 27.7% (n=83), el tercero depresión moderada 3.3% (n=10) los cuales se canalizaron al servicio de psicología y el cuarto con depresión severa 0.3 %n (n=1) este último paciente fue canalizado al servicio de psiquiatría.(Tabla 20).

En cuanto a los reactivos que conforman el inventario de Beck los resultados son:

El Reactivo A "Tristeza" el 53.7% (n=161) contestó que no se sentía triste y el 43.7% (n=1312) contestó me siento triste. (Tabla 16)

Reactivo B "Animo" 89% (n=267) no se sintió especialmente desanimado de cara al futuro y el 8.3% (n=25) se sentía desanimados de cara al futuro. (Tabla 17)

Reactivo C "Fracaso" 94 % (n=282) no se sentían fracasados, 5.7% (n=17) contestó que ha fracasado más que la mayoría de las personas.

Reactivo D "Satisfacción" 64.7% (n=194) se sentían satisfechos y 34.3% (n=103) ya no disfrutaban las cosas como antes.

Reactivo E "culpabilidad" 73.7% (n=221) no tienen sentimiento de culpabilidad y 23.7% (n=71) se sentían culpable en bastantes ocasiones.

Reactivo F "Castigo" 93.7% (n=282) no creen que están siendo castigados.

Reactivo G "Imagen" 74.7% (n=224) no están descontentos consigo mismo y 25% (n=75) si se sientes descontentos con su imagen corporal.

Reactivo H "Autocrítica" 74% (n=222) no se consideran peores que cualquier otra persona.

Reactivo I "Pensamiento suicida" 99.7 % (n=299) no han tenido pensamientos de suicidio.

Reactivo J "Llanto" 64.7% (n=194) no llora más de lo normal, 28% (n=84) ahora llora más de lo normal.

Reactivo K "Irritabilidad" 44.7 (n=134) no están especialmente irritados y 35.7% (n=107) se molestan más fácilmente que antes.

Reactivo L "Interés" 91.3% no han perdido el interés por los demás y 8.7% (n=26) están menos interesados por los demás.

Reactivo N "Aspecto físico" 76.7% (n=230) no creen tener peor aspecto que antes y el 21.7% (n=65) están preocupados por que se sientes envejecidos o poco atractivos.

Reactivo M "Decisión" 87.7% (n= 263) toman sus propias decisiones y el 11% (n=33) evitan tomar decisiones.

Reactivo Ñ "Trabajo" 55.7% (n=167) les cuesta más esfuerzo de lo habitual para comenzar a realizar algo. (Tabla 18).

Reactivo O "Sueño" 44.3% (n=133) duermen tan bien como antes, mientras que el 42.3% (n=127) no duermen tan bien como antes.

Reactivo P "Cansancio" 55.7% (n=167) se cansan más que antes.

Reactivo Q "Apetito" 82.3% (n=247) su apetito no ha disminuido, 16.3% (n=49) no tienen tan buen apetito como antes.

Reactivo R "Pérdida de peso" 95.3% (n=286) no han perdido peso últimamente y han perdido más de 2 kg el 2.3% (n=7).

Reactivo S "Preocupación relacionada con la salud" 75.7% (n=227) no están preocupados por su salud y 22.3% (n=67) le preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estomago, etc.

Respuesta del reactivo T "Sexualidad" 48% (n=144) la relación sexual le atrae menos que antes. (Tabla 19). No han observado ningún cambio en el interés con respecto al sexo 29% (n=87) y mucho menos interesado por el sexo que antes 18.3% (n=55).

6.1 TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. DISTRIBUCION DE PACIENTES DIABETICOS POR GÉNERO DE LA C.M.F. ORIENTE

		Frecuencia	Porcentaje
	FEMENINO	230	76.7
	MASCULINO	70	23.3
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 1.



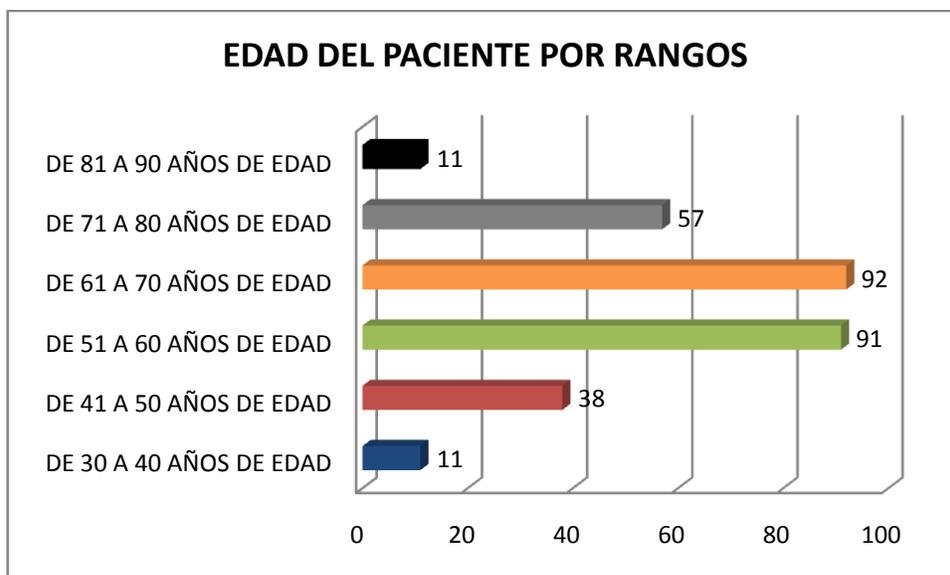
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 2. EDAD DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2 POR RANGOS

	Frecuencia	Porcentaje
DE 30 A 40 AÑOS DE EDAD	11	3.7
DE 41 A 50 AÑOS DE EDAD	38	12.7
DE 51 A 60 AÑOS DE EDAD	91	30.3
DE 61 A 70 AÑOS DE EDAD	92	30.7
DE 71 A 80 AÑOS DE EDAD	57	19.0
DE 81 A 90 AÑOS DE EDAD	11	3.7
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 2



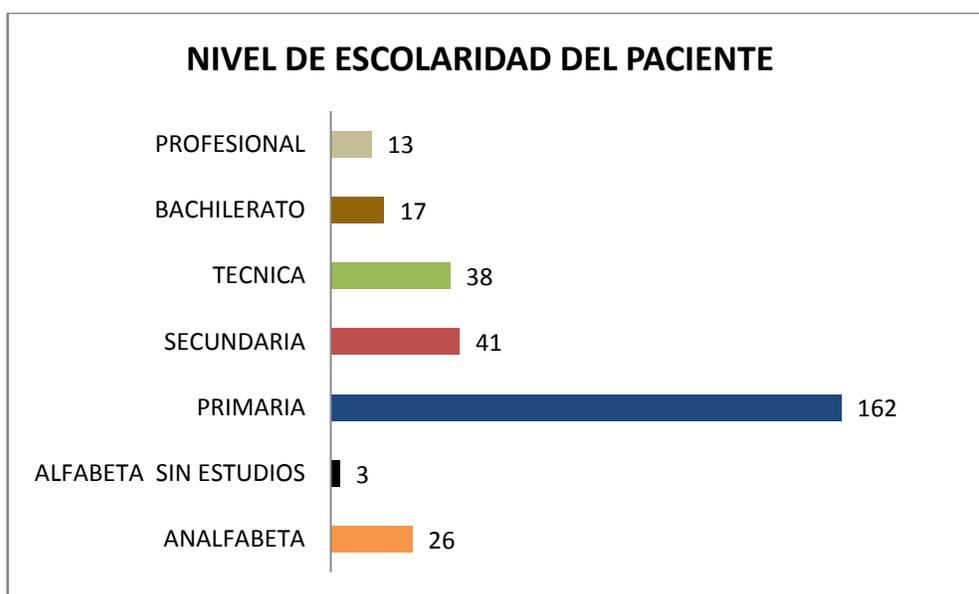
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 3. ESCOLARIDAD DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

	Frecuencia	Porcentaje
ANALFABETA	26	8.7
ALFABETA SIN ESTUDIOS	3	1.0
PRIMARIA	162	54.0
SECUNDARIA	41	13.7
TECNICA	38	12.7
BACHILERATO	17	5.7
PROFESIONAL	13	4.3
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 3



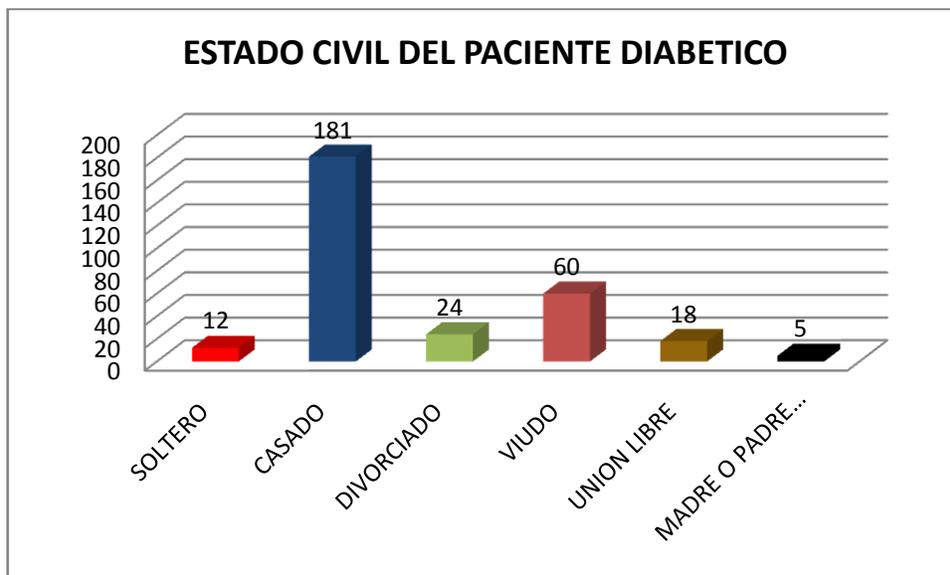
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 4. ESTADO CIVIL DEL PACIENTE DIABETICO

	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	12	4.0
CASADO	181	60.3
DIVORCIADO	24	8.0
VIUDO	60	20.0
UNION LIBRE	18	6.0
MADRE O PADRE SEPARADO	5	1.7
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 4



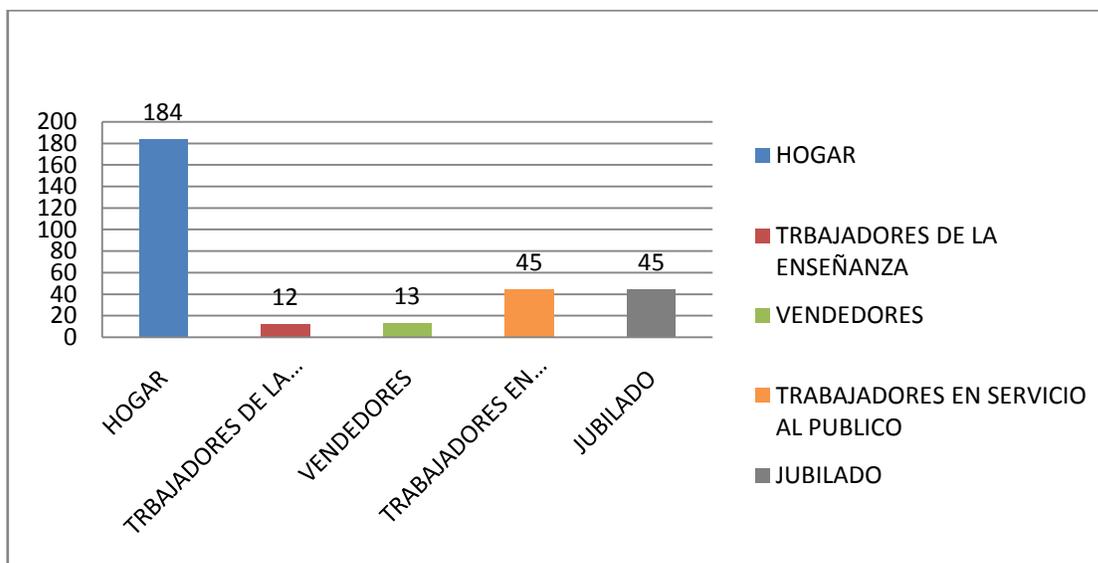
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 5.OCUPACION DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	HOGAR	184	61.3
	TRBAJADORES DE LA ENSEÑANZA	12	4.0
	VENDEDORES	13	4.3
	TRABAJADORES EN SERVICIO AL PUBLICO	45	15.0
	TRABAJADORES EN SERVICIO DOMESTICO	1	.3
	JUBILADO	45	15.0
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 5



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 6 . REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FISICA EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

		Frecuencia	Porcentaje
	POSITIVO	160	53.3
	NEGATIVO	140	46.7
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 6



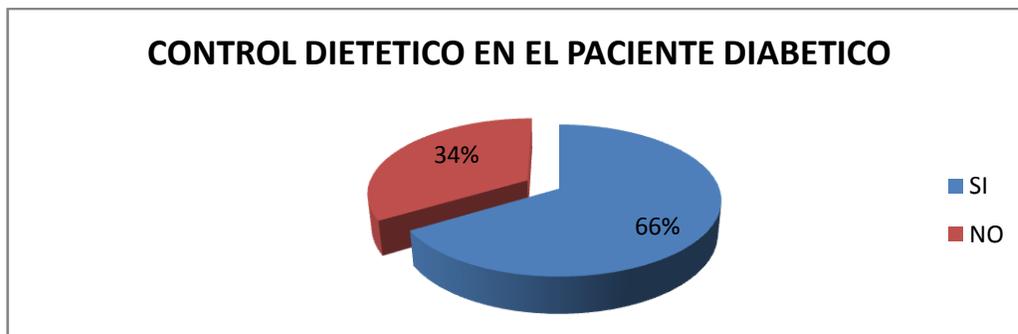
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 7. CONTROL DIETETICO DEL PACIENTE DIABETICO

		Frecuencia	Porcentaje
	SI	199	66.3
	NO	101	33.7
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 7



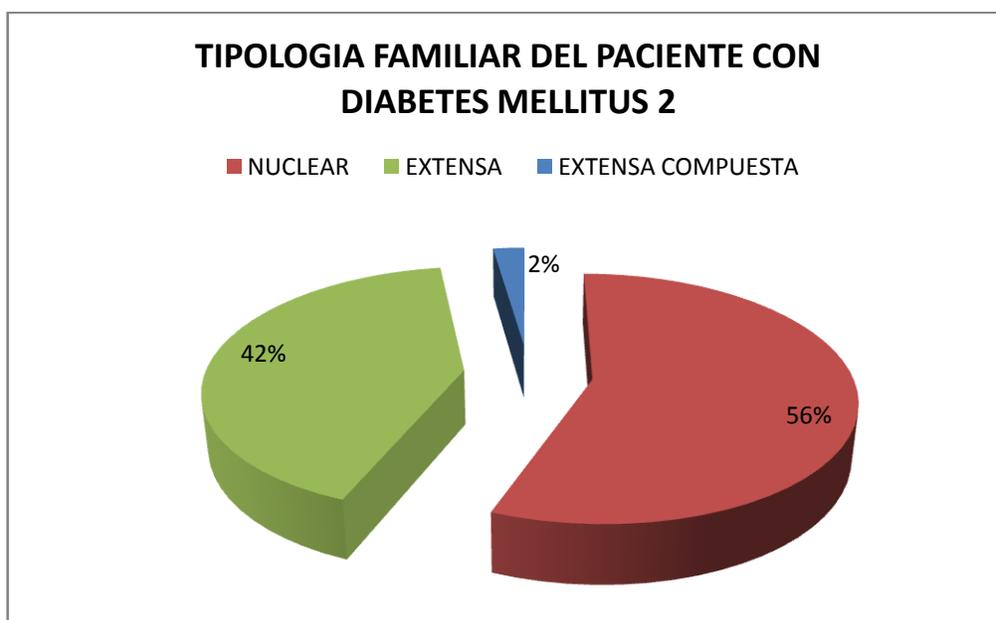
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 8 TIPOLOGIA FAMILIAR DEL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NUCLEAR	168	56.0
	EXTENSA	125	41.7
	EXTENSA COMPUESTA	7	2.3
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 8



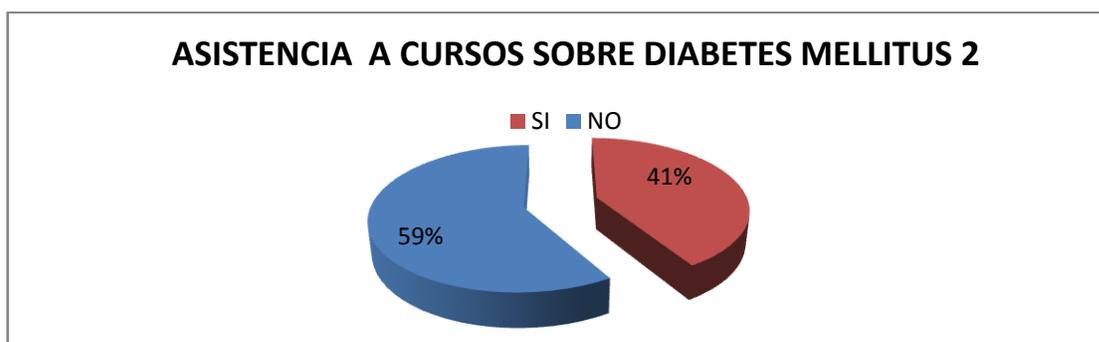
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 9. RELACION PORCENTUAL DE ASISTENCIA A CURSOS SOBRE DIABETES MELLITUS 2.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	124	41.3
	NO	176	58.7
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 9



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 10. DISTRIBUCION PORCENTUAL EN RELACION A LA PERTENENCIA DE ALGUN GRUPO DIABETICO

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SI	53	17.7
	NO	247	82.3
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 10



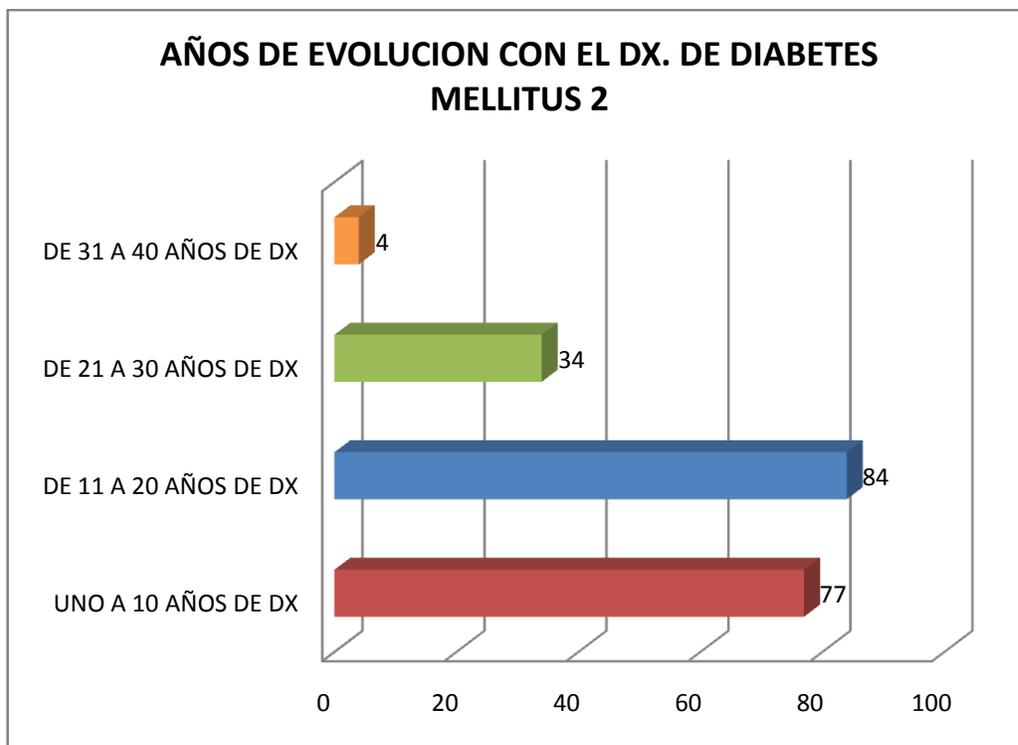
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 11 .AÑOS DE EVOLUCION CON EL DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS 2

	Frecuencia	Porcentaje
UNO A 10 AÑOS DE DX	77	59.0
DE 11 A 20 AÑOS DE DX	84	28.0
DE 21 A 30 AÑOS DE DX	34	11.3
DE 31 A 40 AÑOS DE DX	4	1.3
DE 41 A 50 AÑOS DE DX	1	.3
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 11



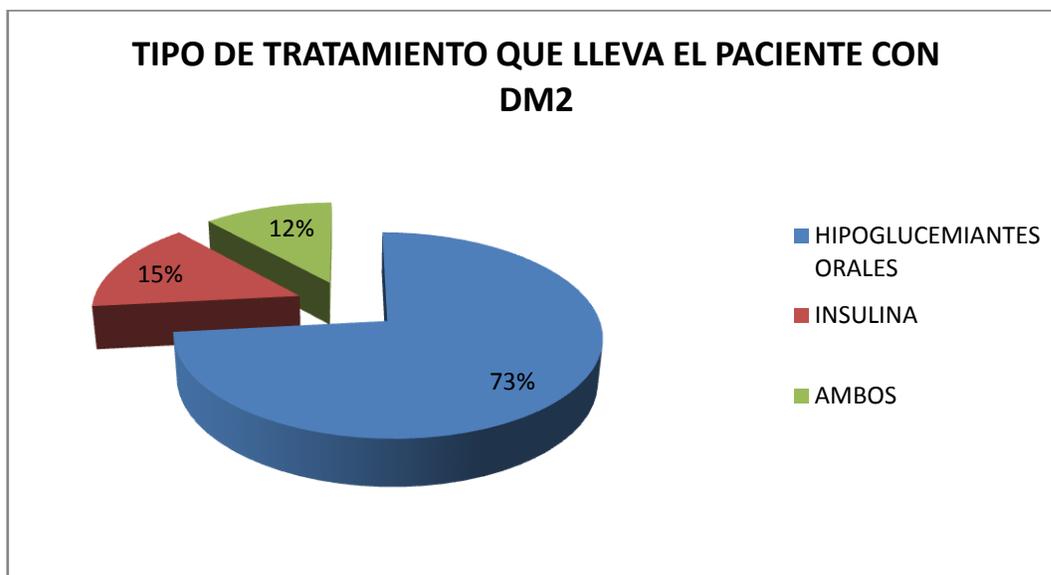
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 12. TIPO DE TRATAMIENTO QUE LLEVA EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

	Frecuencia	Porcentaje
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	220	73.3
INSULINA	45	15.0
AMBOS	35	11.7
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 12



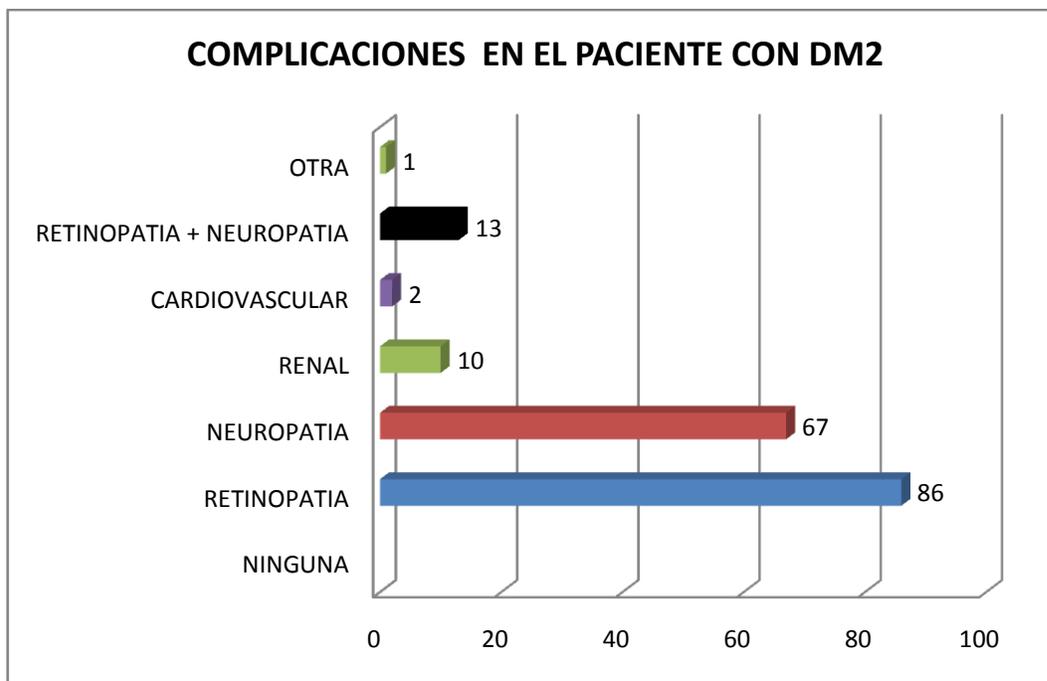
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 13. COMPLICACIONES EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNA	121	40.3
RETINOPATIA	86	28.7
NEUROPATIA	67	22.3
RENAL	10	3.3
CARDIOVASCULAR	2	.7
RETINOPATIA + NEUROPATIA	13	4.3
OTRA	1	.3
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 13



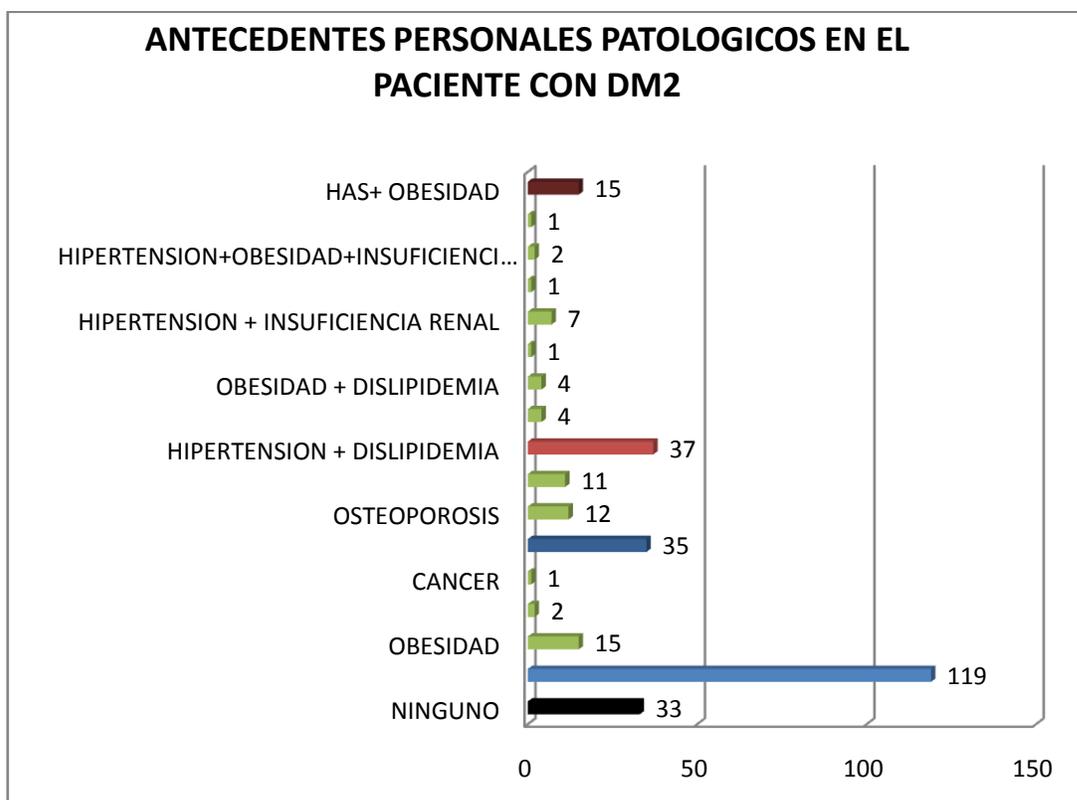
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 14. ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

	Frecuencia	Porcentaje
NINGUNO	33	11.0
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	119	39.7
OBESIDAD	15	5.0
ENFERMEDADES DEL CORAZON	2	.7
CANCER	1	.3
DISLIPIDEMIA	35	11.7
OSTEOPOROSIS	12	4.0
HIPERTENSION + OSTEOPOROSIS	11	3.7
HIPERTENSION + DISLIPIDEMIA	37	12.3
HIPERTENSION + ENFERMEDADES DEL CORAZON	4	1.3
OBESIDAD + DISLIPIDEMIA	4	1.3
CRISIS CONVULSIVAS	1	.3
HIPERTENSION + INSUFICIENCIA RENAL	7	2.3
HIPOTIROIDISMO	1	.3
HIPERTENSION+OBESIDAD+INSUFICIENCIA RENAL+DISLIPIDEMIA	2	.7
LUMBALGIA	1	.3
HAS+ OBESIDAD	15	5.0
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 14



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

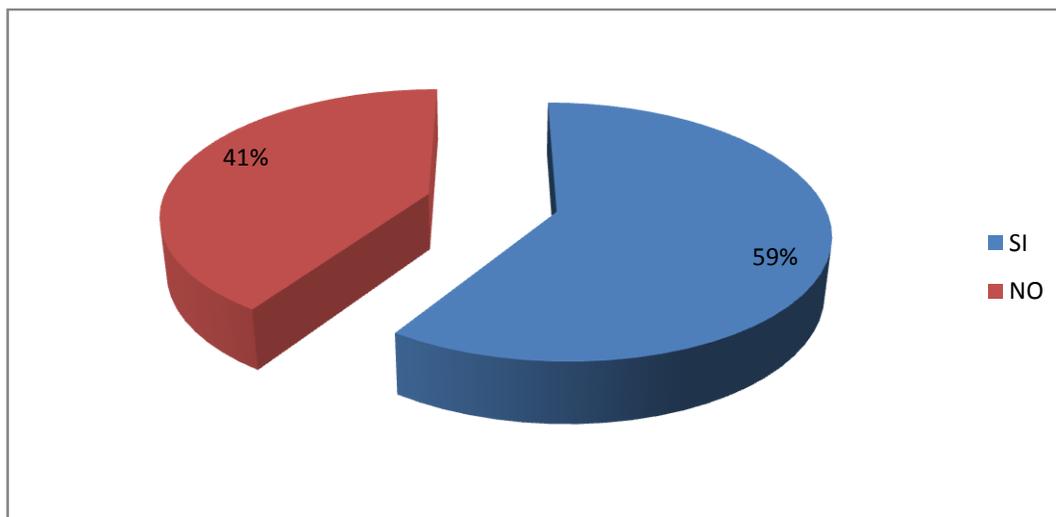
TABLA 15. ACOMPAÑAN AL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS 2, A SU CONSULTA MÉDICA

		Frecuencia	Porcentaje
	SI	178	59.3
	NO	122	40.7
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 15

FRECUENCIA DE PACIENTES DIABETICOS QUE SON ACOMPAÑADOS A SU CONSULTA



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 16 .RESPUESTA DEL REACTIVO A “TRISTEZA”

		Frecuencia	Porcentaje
	NO ME SIENTO TRISTE	161	53.7
	ME SIENTO TRISTE	131	43.7
	ME SIENTO TRISTE CONTINUAMENTE Y NO PUEDEO DEJAR DE ESTARLO	6	2.0
	ME SIENTO TAN TRISTE O DESGRACIADO QUE NO PUEDO SOPORTARLO	2	.7
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 16



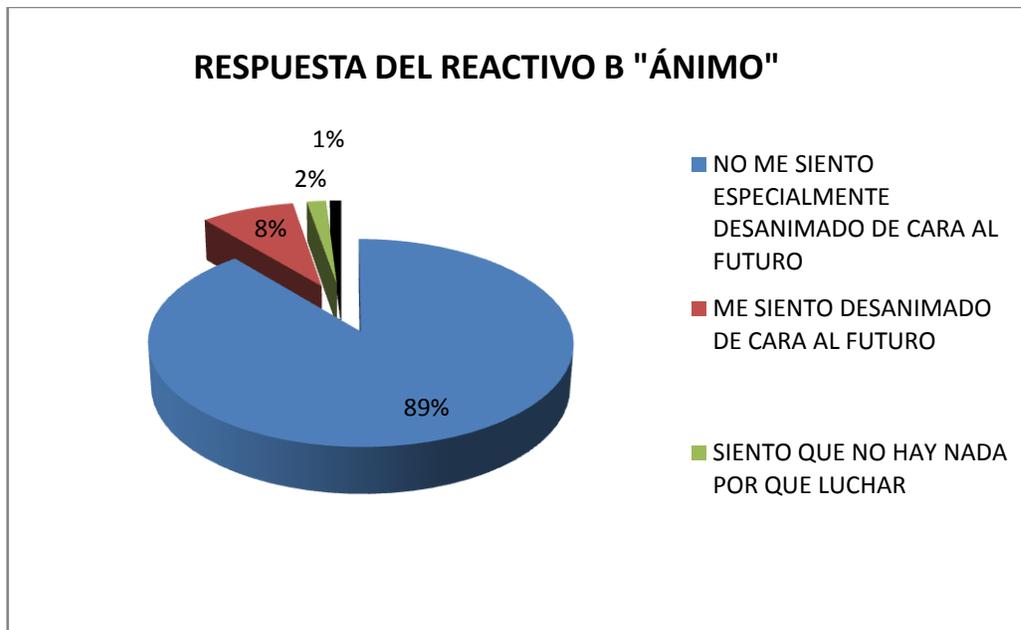
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 17. RESPUESTA DEL REACTIVO B “ÁNIMO”

	Frecuencia	Porcentaje
NO ME SIENTO ESPECIALMENTE DESANIMADO DE CARA AL FUTURO	267	89.0
ME SIENTO DESANIMADO DE CARA AL FUTURO	25	8.3
SIENTO QUE NO HAY NADA POR QUE LUCHAR	5	1.7
EL FUTURO ES DESESPERANZADOR Y LAS COSAS NO MEJORARAN	3	1.0
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 17



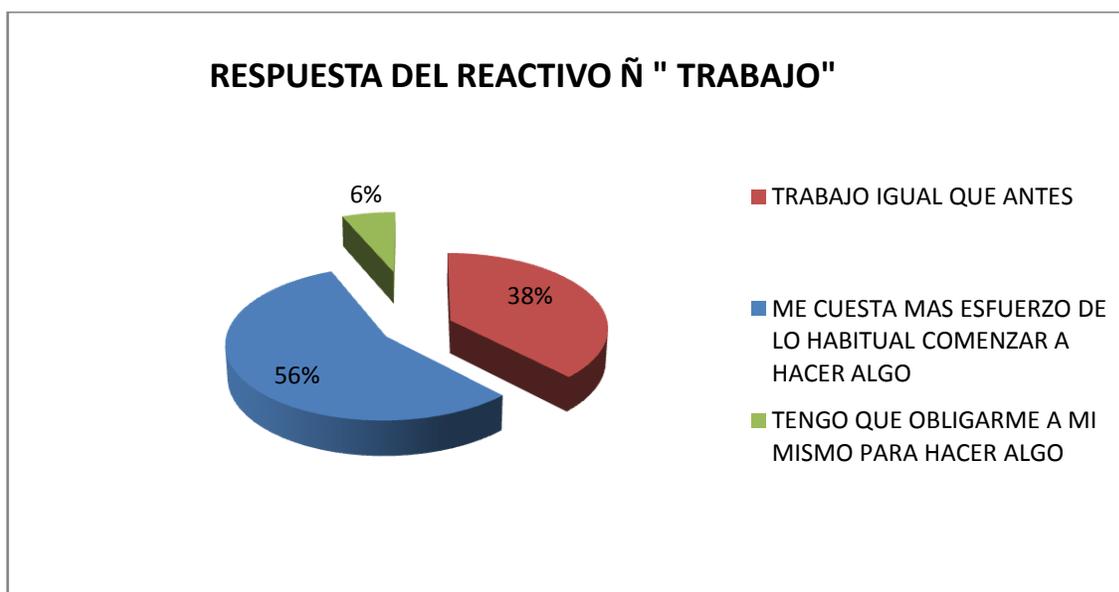
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 18. RESPUESTA DEL REACTIVO Ñ “TRABAJO”

	Frecuencia	Porcentaje
TRABAJO IGUAL QUE ANTES	113	37.7
ME CUESTA MAS ESFUERZO DE LO HABITUAL COMENZAR A HACER ALGO	167	55.7
TENGO QUE OBLIGARME A MI MISMO PARA HACER ALGO	19	6.3
SOY INCAPAZ DE DE LLEVAR ACABO ALGUNA TAREA	1	.3
Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 18



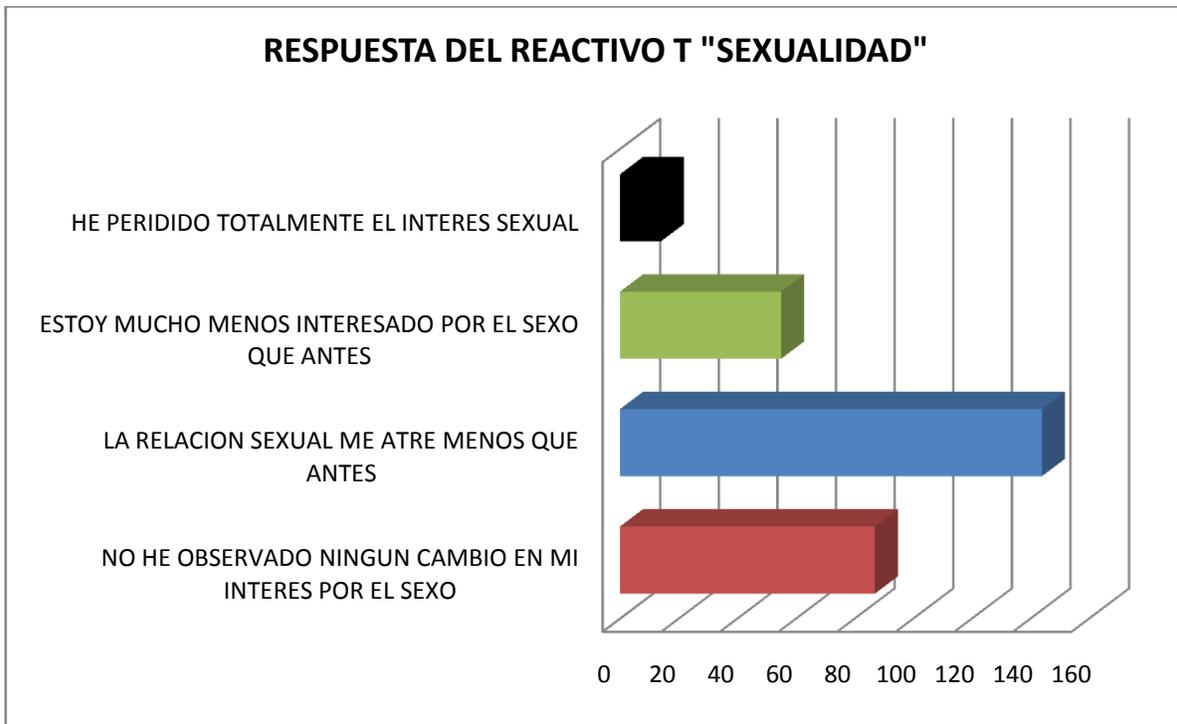
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 19. RESPUESTA DEL REACTIVO T “SEXUALIDAD”

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	NO HE OBSERVADO NINGUN CAMBIO EN MI INTERES POR EL SEXO	87	29.0
	LA RELACION SEXUAL ME ATRE MENOS QUE ANTES	144	48.0
	ESTOY MUCHO MENOS INTERESADO POR EL SEXO QUE ANTES	55	18.3
	HE PERIDIDO TOTALMENTE EL INTERES SEXUAL	14	4.7
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 19



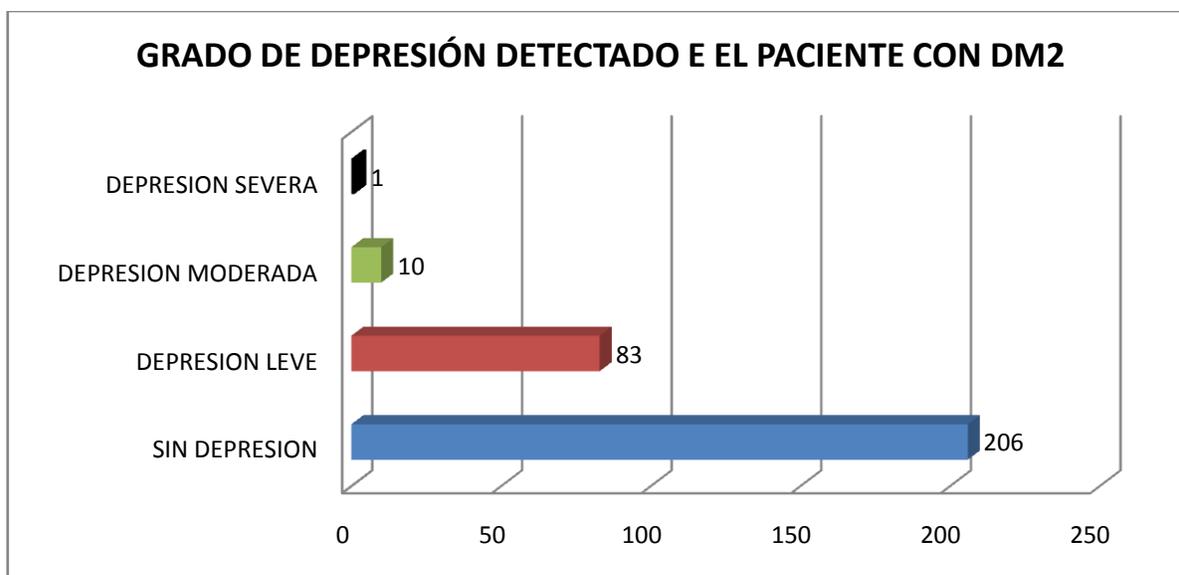
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 20. GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE CON DIABETES MELITUS 2

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	SIN DEPRESION	206	68.7
	DEPRESION LEVE	83	27.7
	DEPRESION MODERADA	10	3.3
	DEPRESION SEVERA	1	.3
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 20



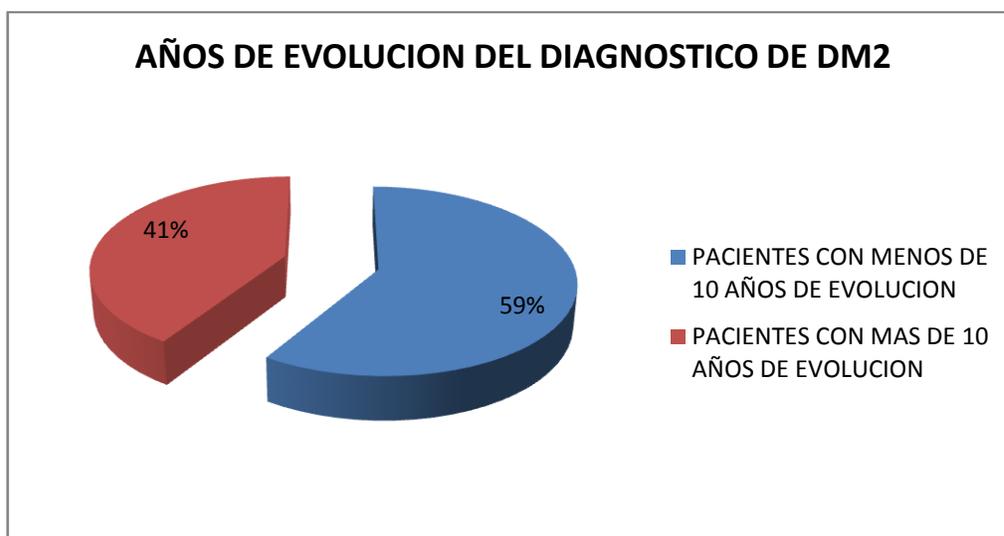
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 21. AÑOS DE EVOLUCION DE DIABETES MELLITUS 2

AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO		Frecuencia	Porcentaje
	PACIENTES CON MENOS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION	177	59.0
	PACIENTES CON MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION	123	41.0
	Total	300	100.0

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 21



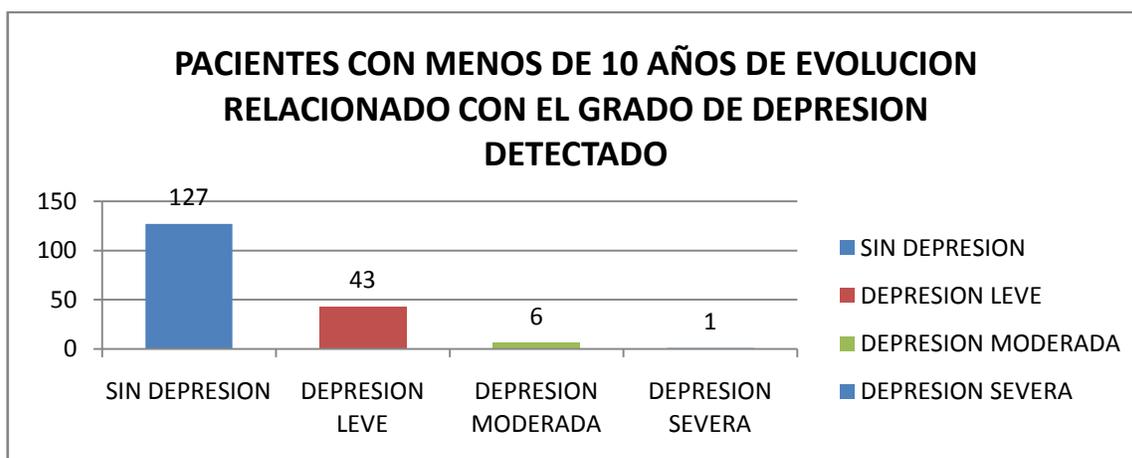
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 22. AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO EN RELACION CON EL GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE DIABETICO.

AÑOS DE EVOLUCION DEL PADECIMIENTO		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
PACIENTES CON MENOS DE 10 AÑOS.		127	43	6	1	177
PACIENTES CON MAS DE 10 AÑOS.		79	40	4	0	123
Total		206	83	10	1	300

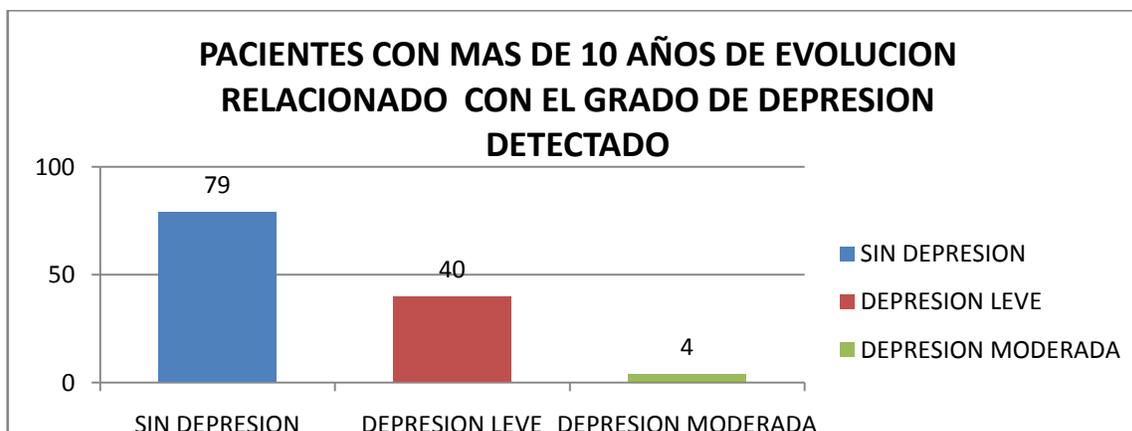
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 22



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 22.1



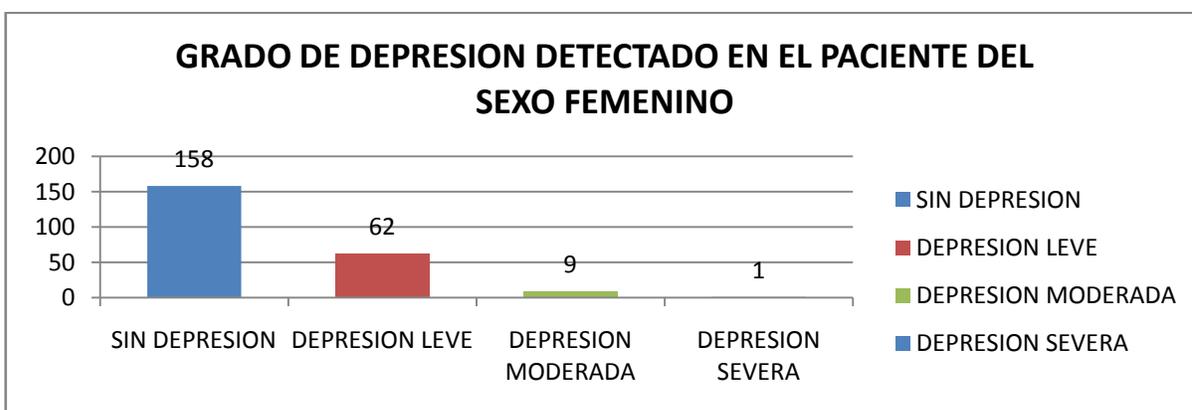
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=3

TABLA 23. GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN RELACION CON EL SEXO DEL PACIENTE

SEXO DEL PACIENTE		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
	FEMENINO	158	62	9	1	230
	MASCULINO	48	21	1	0	70
Total		206	83	10	1	300

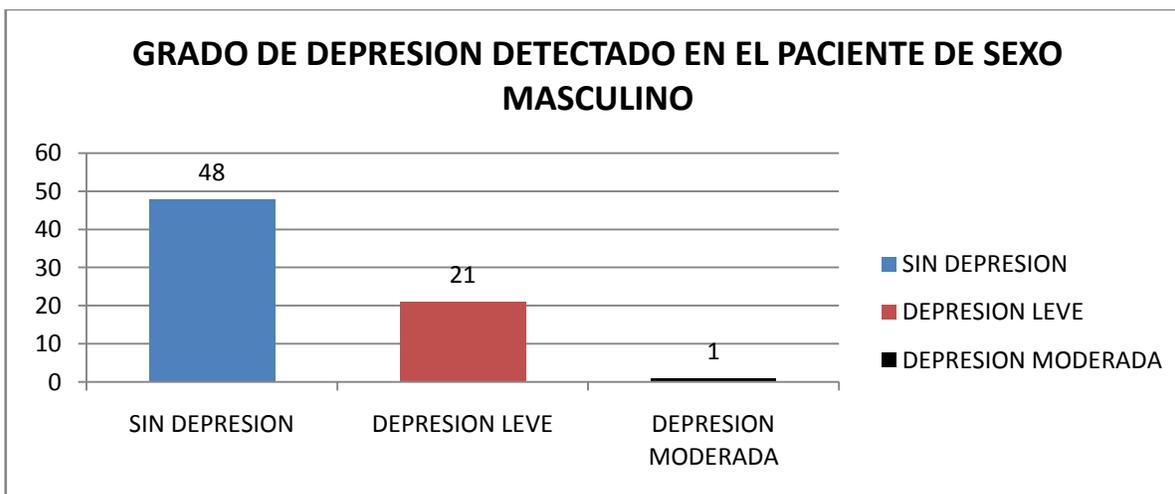
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 23



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 23.1



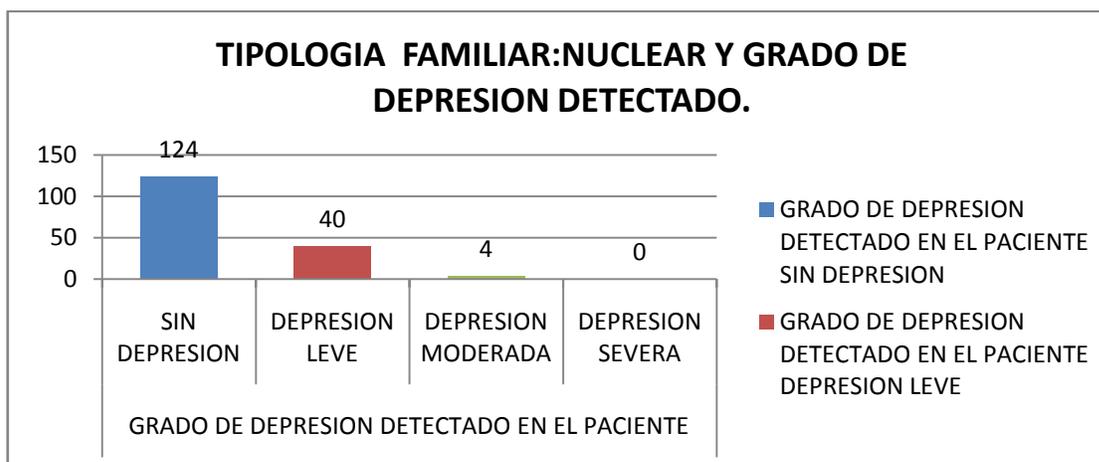
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 24. TIPOLOGIA FAMILIAR A LA QUE PERTENECE EL PACIENTE EN RELACION CON EL GRADO DE DEPRESION DETECTADO.

TIPOLOGIA FAMILIAR	GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
NUCLEAR	124	40	4	0	168
EXTENSA	77	42	5	1	125
EXTENSA COMPUESTA	5	1	1	0	7
Total	206	83	10	1	300

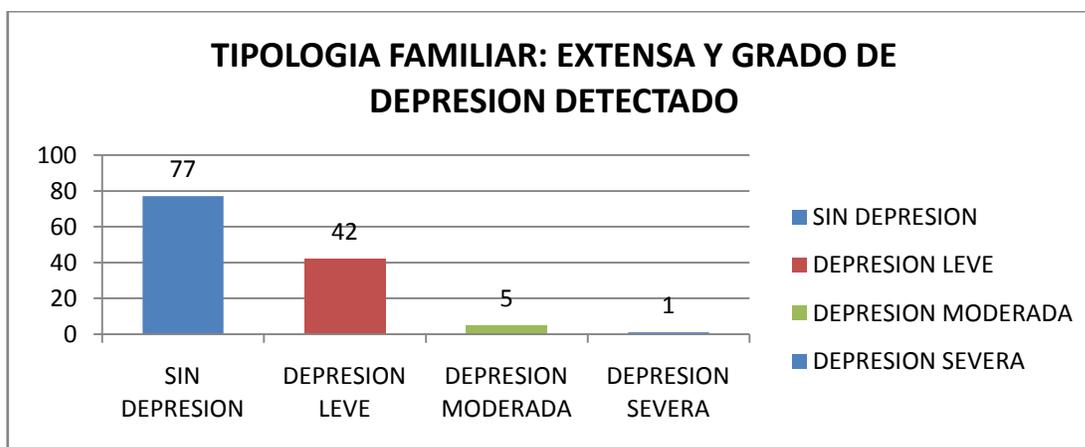
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 24



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 24.1



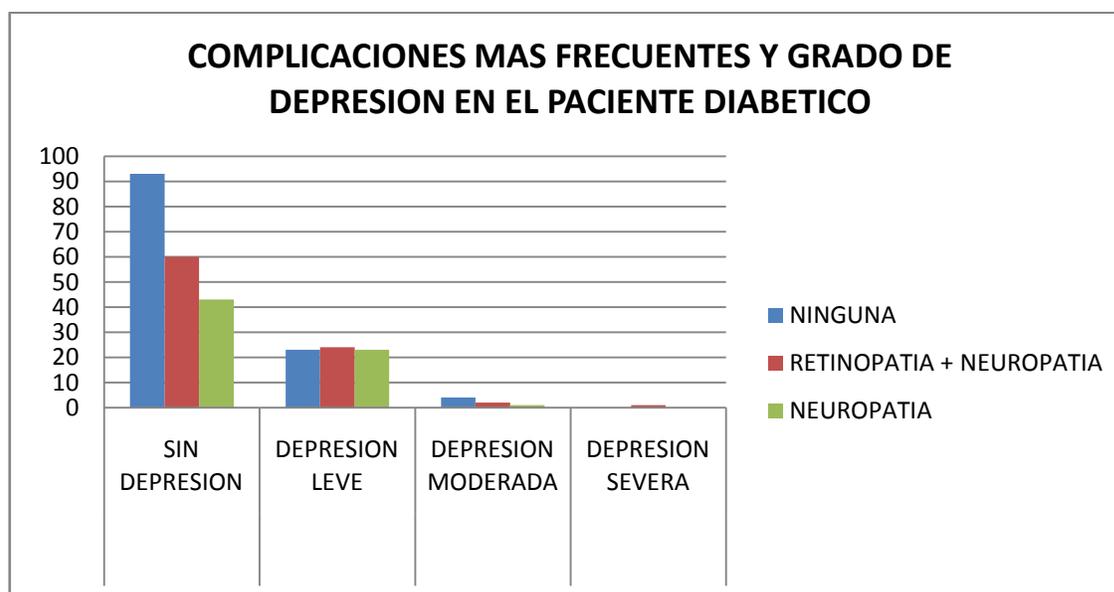
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 25 PRESENCIA DE COMPLICACIONES A CAUSA DE DIABETES EN RELACION CON EL GRADO DE DEPRESION DETECTADO.

GRADO DE DEPRESION	PRESENCIA DE COMPLICACIONES A CAUSA DE DIABETES							Total
	NINGUNA	RETINOPATIA	NEUROPATIA	RENAL	CARDIOVASCULAR	RETINOPATIA + NEUROPATIA	OTRA	
SIN DEPRESION	93	60	43	5	0	4	1	206
DEPRESION LEVE	23	24	23	5	2	6	0	83
DEPRESION MODERADA	4	2	1	0	0	3	0	10
DEPRESION SEVERA	1	0	0	0	0	0	0	1
Total	121	86	67	10	2	13	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 25



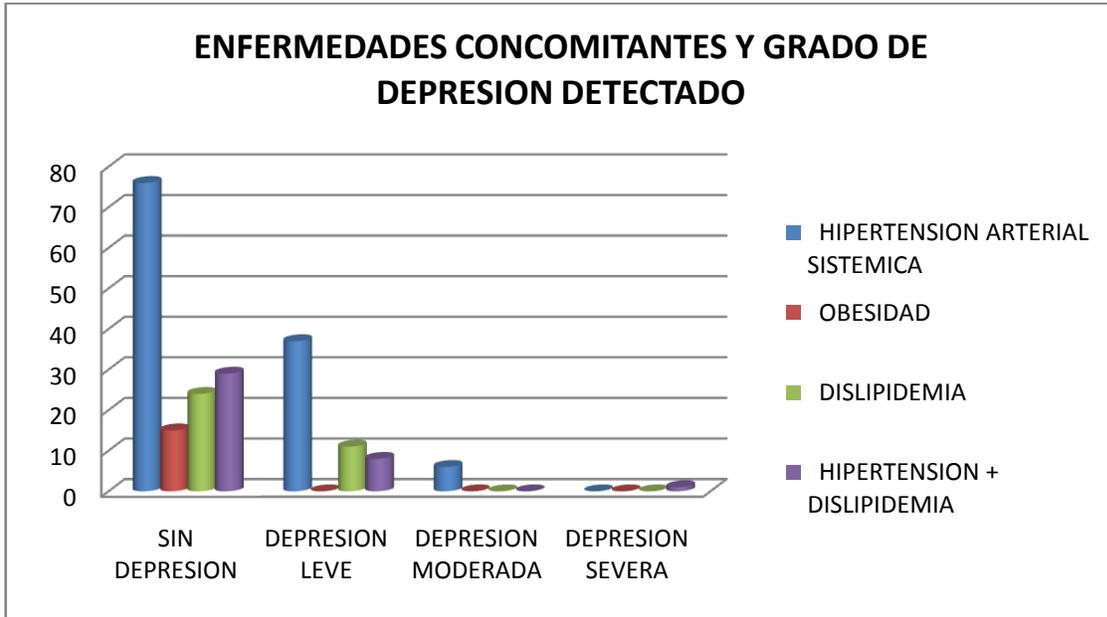
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 26. PRESENCIA DE ENFERMEDADES CONCOMITANTES Y GRADO DE DEPRESION DETECTADO

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
NINGUNO	25	6	1	1	33
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	76	37	6	0	119
OBESIDAD	15	0	0	0	15
ENFERMEDADES DEL CORAZON	1	1	0	0	2
CANCER	1	0	0	0	1
DISLIPIDEMIA	24	11	0	0	35
OSTEOPOROSIS	9	2	1	0	12
HIPERTENSION + OSTEOPOROSIS	8	2	1	0	11
HIPERTENSION + DISLIPIDEMIA	29	8	0	0	37
HIPERTENSION + ENFERMEDADES DEL CORAZON	1	3	0	0	4
OBESIDAD + DISLIPIDEMIA	3	1	0	0	4
CRISIS CONVULSIVAS	0	1	0	0	1
HIPERTENSION + INSUFICIENCIA RENAL	3	4	0	0	7
HIPOTIROIDISMO	0	0	1	0	1
HIPERTENSION+OBESIDAD+INSUFICIENCIA RENAL+DISLIPIDEMIA	1	1	0	0	2
LUMBALGIA	0	1	0	0	1
HAS+ OBESIDAD	10	5	0	0	15
Total	206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 26



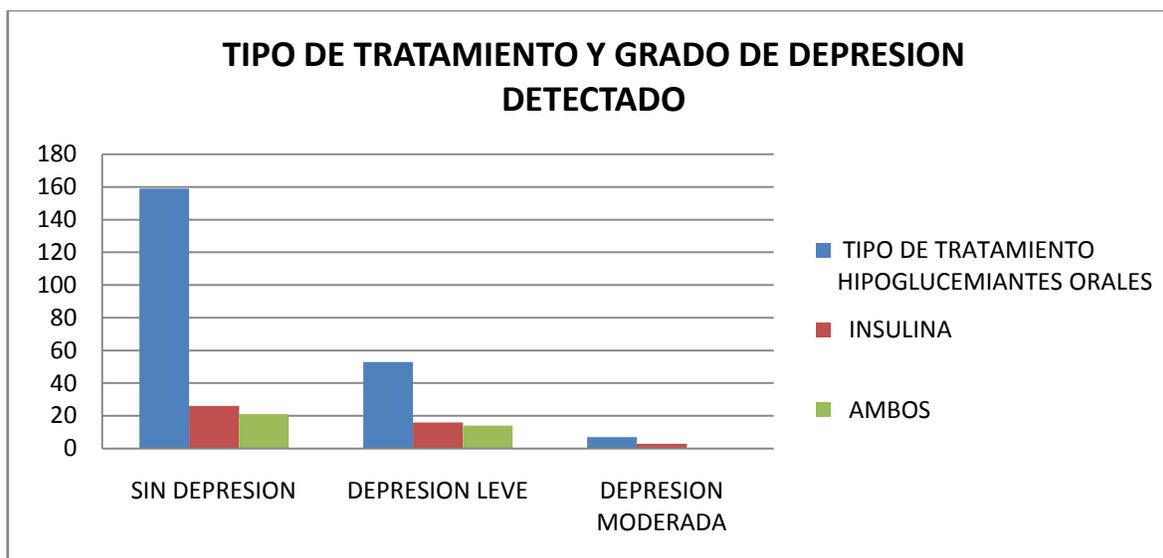
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 27. TIPO DE TRATAMIENTO Y RELACION CON EL GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE DIABETICO

TIPO DE TRATAMIENTO	GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	SIN DEPRESION
HIPOGLUCEMIANTES ORALES	159	53	7	1	220
INSULINA	26	16	3	0	45
AMBOS	21	14	0	0	35
Total	206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 27



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 28 ESTADO CIVIL DEL PACIENTE Y GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE DIABETICO

		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
ESTADO CIVIL DEL PACIENTE	SOLTERO	9	1	2	0	12
	CASADO	130	48	3	0	181
	DIVORCIADO	15	7	2	0	24
	VIUDO	38	20	2	0	60
	UNION LIBRE	12	5	1	0	18
	MADRE O PADRE SEPARADO	2	2	0	1	5
Total		206	83	10	1	300

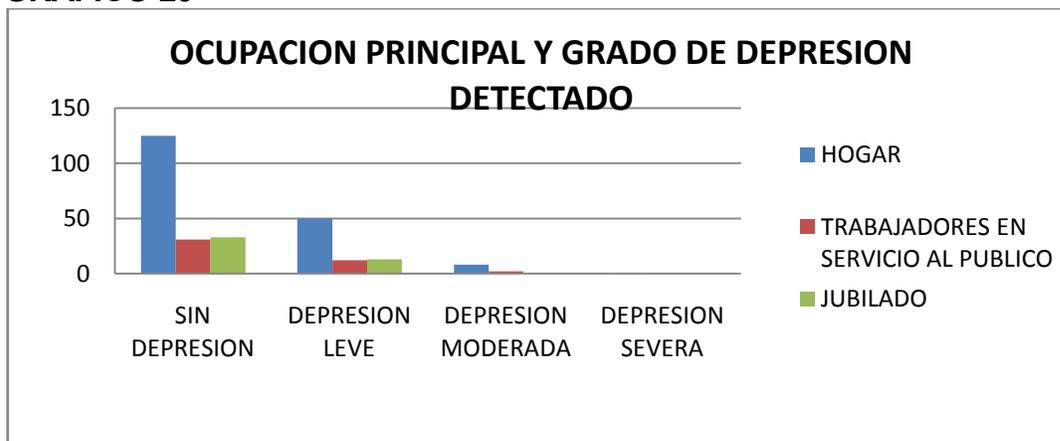
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 29. OCUPACION PRINCIPAL Y GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE DIABETICO

OCUPACION PRINCIPAL		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
	HOGAR	125	50	8	1	184
	TRBAJADORES DE LA ENSEÑANZA	8	4	0	0	12
	VENDEDORES	9	4	0	0	13
	TRABAJADORES EN SERVICIO AL PUBLICO	31	12	2	0	45
	JUBILADO	33	13	0	0	46
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 29



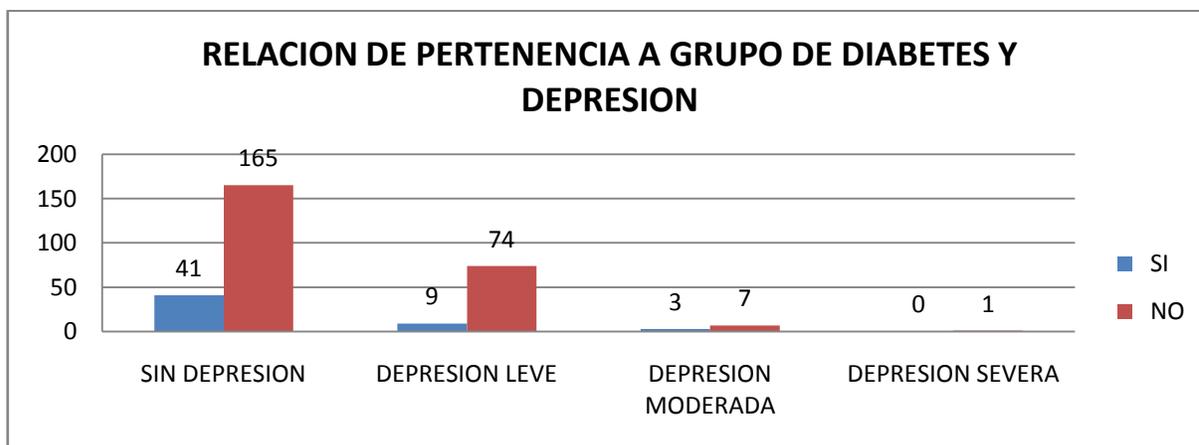
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 30. GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN RELACION A LA PERTENENCIA AL GRUPO DE DIABETICOS

PERTENENCIA A GRUPO DE PACIENTES DIABETICOS		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
SI		41	9	3	0	53
NO		165	74	7	1	247
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 30



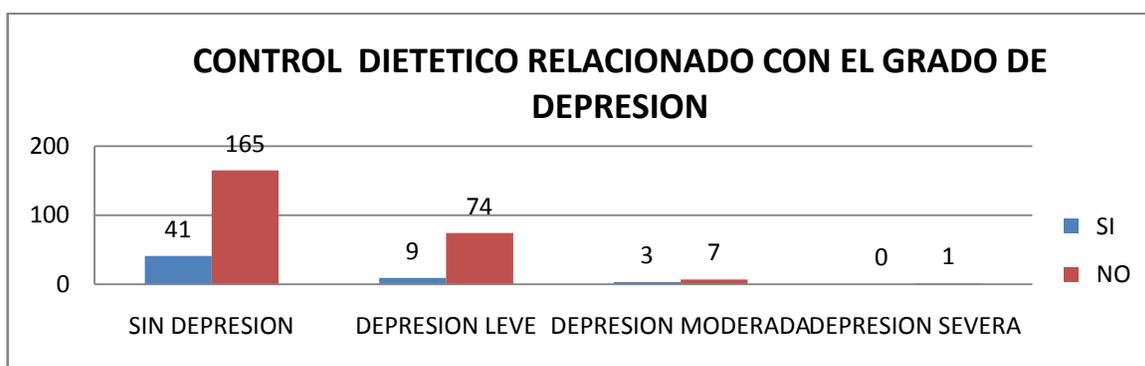
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 31. GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN RELACION CON REALIZACION DE DIETA

CONTROL DIETETICO DEL PACIENTE		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
	SI	144	47	8	0	199
	NO	62	36	2	1	101
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 31



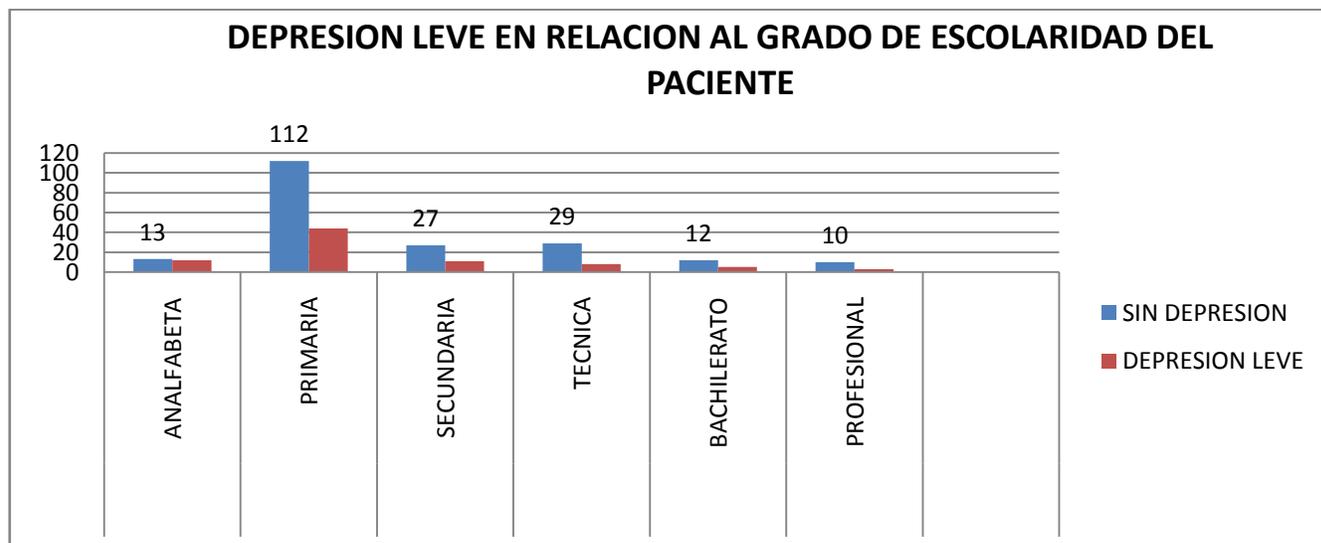
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

TABLA 32. NIVEL DE ESCOLARIDAD EN RELACION AL GRDO DE DEPRESION DETECADOEN PACIENTES DIABETICOS

ESCOLARIDAD DEL PACIENTE		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
	ANALFABETA	13	12	1	0	46
	ALFABETA SIN ESTUDIOS	3	0	0	0	3
	PRIMARIA	112	44	5	1	162
	SECUNDARIA	27	11	3	0	41
	TECNICA	29	8	1	0	38
	BACHILERATO	12	5	0	0	17
	PROFESIONAL	10	3	0	0	13
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300.

GRAFICO 32



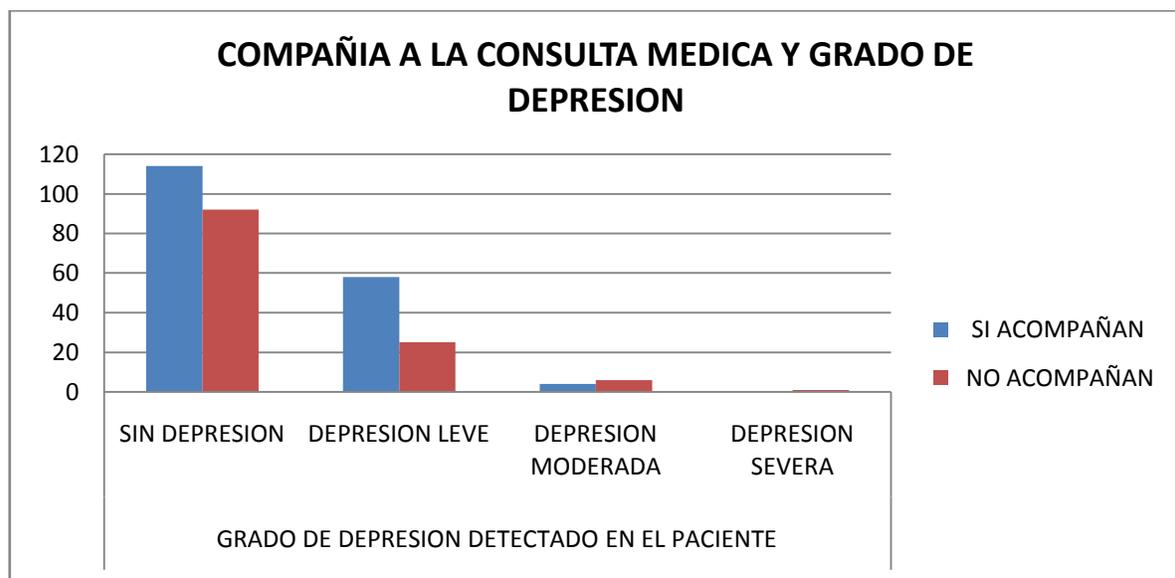
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 33. ACOMPAÑAN AL PACIENTE A SU CONSULTA MÉDICA Y GRADO DE DEPRESION DETECTADO

ACOMPAÑAN AL PACIENTE A SU CONSULTA		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
	SI	114	58	4	0	176
	NO	92	25	6	1	124
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 33



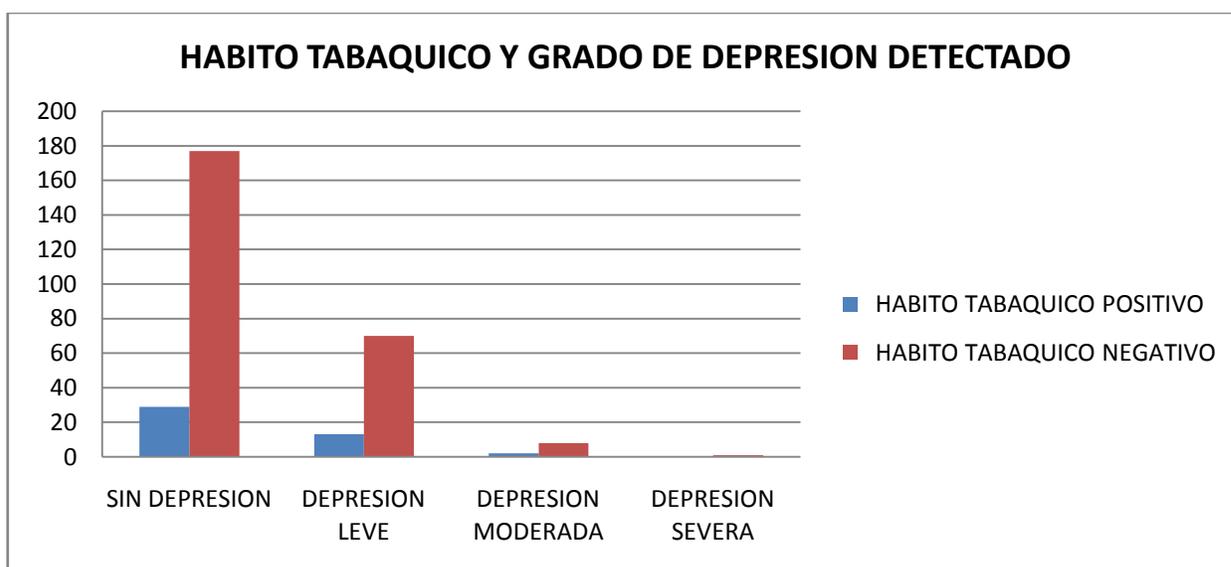
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 34. HABITO TABAQUICO Y GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE DIABETICO

HABITO TABAQUICO DEL PACIENTE		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	SIN DEPRESION
	POSITIVO	29	13	2	0	44
	NEGATIVO	177	70	8	1	256
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 34



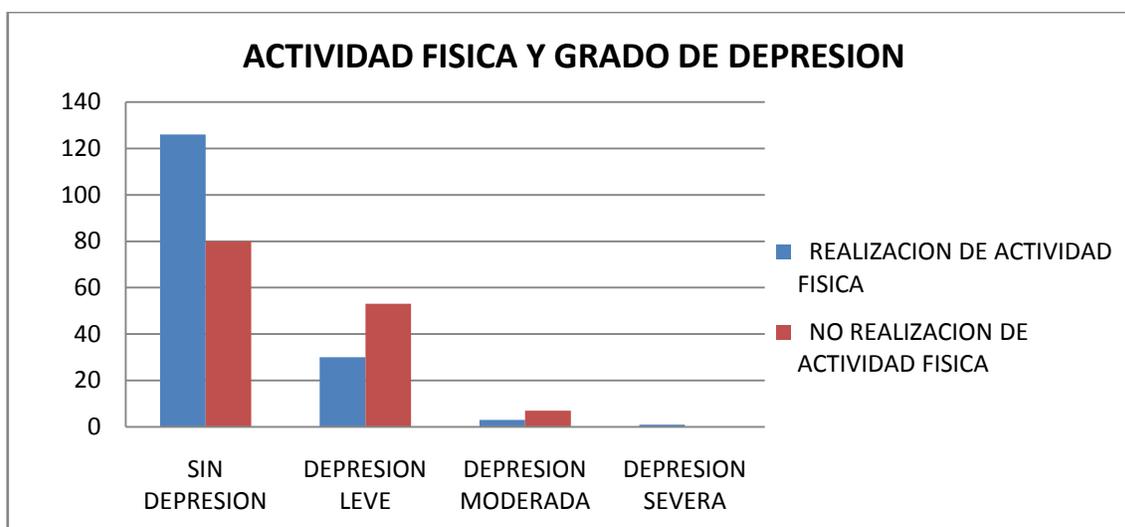
Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

TABLA 35. ACTIVIDAD FISICA Y GRADO DE DEPRESION

ACTIVIDAD FISICA DEL PACIENTE		GRADO DE DEPRESION DETECTADO EN EL PACIENTE				Total
		SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA	
	POSITIVO	126	30	3	1	160
	NEGATIVO	80	53	7	0	140
Total		206	83	10	1	300

Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

GRAFICO 35



Fuente: encuesta realizada en la C.M.F. Oriente, n=300

7.- ANALISIS DE RESULTADOS

En el presente estudio que se realizó en la Clínica de medicina Familiar oriente predominó el sexo femenino hallazgo que coincide con lo reportado en el estudio de Colunga- Rodríguez⁽²⁹⁾ el cual fue de 62% del sexo femenino y 38% del sexo masculino; en el realizado por Fabián San Miguel reporto 33.7% en mujeres y 12.2% hombres mientras que en el de Lugo- Escobedo 76% del sexo femenino y 24% del sexo masculino; esto pudiera deberse a que las mujeres acuden con mayor frecuencia a consulta médica.

Se encontró que el grupo de edad que predominó fue el de 61 años a 70 años seguido del grupo de 51 a 60 años, coincidiendo con los datos reportados en el estudio de Colunga-Rodríguez con edad promedio de 60.4 >- 10,7 años, estudio de Escobedo-Lugo se encontraron edades de 33 y 78 años (media de 51 >- 11 años) Castellanos- Vázquez refiere que se espera que en la población de 20 a 64 años pase de 51.1 millones de habitantes en el año 2000 a 64.3 millones en el año 2010, así como la población mayores de 65 años incrementara de 4.6 millones en el 2000 a 6.8 millones en el 2010. Esto se debe a que se está invirtiendo la pirámide poblacional ya que se esperan que exista una mayor población geriátrica lo que coincide con lo reportado por el instituto Nacional de Estadística Geográfica e Informática (INEGI) en el conteo de población del 2005 la población mexicana consta de 103.3 millones de habitantes, donde el sector infantil asciende a 32 millones y el adulto mayor a 10 millones, para el año 2035 habrá la misma cantidad de niños que ancianos, de acuerdo al consejo Nacional de población (CONAPO), actualmente reside en México 8.5 millones de personas de 60 años o más y para el 2030 se espera que sean 20.7 millones. Estos datos nos muestran que no es un panorama que se vislumbra lejanamente si no todo lo contrario lo estamos viviendo con una alta población geriátrica que exige una detección oportuna, para evitar la presencia de complicaciones que mermen la salud tanto física como mentalmente.

Con respecto al estado civil coincide ya que en el estudio de Colunga- Rodríguez 64% eran casados, 36% viudos; en el estudio de Amador Díaz el 64% casados y 34% viudos. Esto se puede deber a que dentro de las funciones de la familia se busca el desarrollo tanto individual como familiar, encontrando un sentido de pertenencia ante la identificación, el afecto, respeto, normas, realización personal, formando de esta forma la institución social más importante.

El Nivel de escolaridad coincide con el estudio reportado por Amador Díaz ya que el 66.40% tienen escolaridad de primaria, secundaria 20%, bachillerato 8% y analfabetas 5.6%, es de suma importancia el nivel de escolaridad ya que entre mayor nivel se tenga en el paciente le va permitir tener un mejor control de la glucemia y de tal forma disminuir la frecuencia de complicaciones. Así como nos permite enfocarnos en la forma que vamos a establecer la relación médico-paciente creando empatía mediante un lenguaje claro, consistente dándonos a

entender para que el paciente cuente con las herramientas necesarias para llevar un adecuado control, ya que esto permitirá que tenga apego al tratamiento y de esta forma retrasar la aparición de complicaciones.

La ocupación principal coincide con el estudio de Amador Díaz en donde el 58% se dedica al hogar, 19.20% pensionados, tienen algún oficio 24.40%, en el de Colunga-Rodríguez 49% amas de casa, 19% pensionados, desempleados y el resto 32%. lo cual nos indica que la mayoría de la población se dedican a su hogar. Actualmente se vive una situación política y económica crítica que ha repercutido en el incremento de personas desempleadas creando estrés, que afectan físicamente al paciente y crisis dentro de las familias pero que van incrementándose y con ellas la posibilidad de deprimirse por el mal manejo de las emociones, crisis familiares tanto normativas como paranormativas. Otro grupo que se ha detectado con alto riesgo son las pacientes jubiladas que se enfrentan al cambio de realizar alguna otra actividad diferente a la que por años realizaban diariamente generando sentimiento de desprotección, inseguridad, evaluación, que generan muchas veces angustia y hasta la presencia de depresión, por ello la importancia de detectar las redes de apoyo con las que cuentan y difundir los grupos con los que se cuentan en primer nivel con diversos programas como ejercicio aeróbico que al realizarlo puede generar cambio en el ánimo, aumento de autoestima, guiar para hacer frente a esta crisis a la que se enfrentan.

Con respecto a la tipología familiar a la que pertenece el paciente coincide con el estudio de Amador Díaz donde el 64.8% es nuclear, 27.20% extensa y 8% extensa compuesta, sin embargo en relación a la presencia de depresión el 33.6% fue detectado con depresión leve dicho grupo pertenecían a tipología familiar extensa considero que es importante conocer la tipología familiar del paciente ya que al tener conocimiento de las redes familiares con las que cuenta nos permita buscar la forma de apoyarlo para la superación de la crisis, a la cual se enfrenta, ya que la familia es considerada como unidad micro social y reflejo de la sociedad.

En cuanto a su tratamiento que se lleva a cabo se encuentran las medidas higiénico-dietéticas como es la realización de dieta, tratamiento farmacológico. En México, las cifras de obesidad y sobrepeso se han ido incrementando hasta 46% en la última década, por lo que refirieron los pacientes un 66.3% realización de dieta es de suma importancia que el paciente sea responsable de su cuidado, donde la dieta juega un papel importante ya que el comer adecuadamente con las calorías necesarias bajo vigilancia médica disminuirá la presencia de obesidad cuyo padecimiento esta aumentando su frecuencia ya que se ocupa el segundo lugar en obesidad infantil a nivel mundial, situación alarmante ya que conlleva la predisposición para la presencia de síndrome metabólico y con ella complicaciones que pueden afectar la calidad de vida en el paciente e incluso la muerte.

El pertenecer a un grupo de pacientes diabéticos ha permitido que el paciente experimente una mejoría física, el darse cuenta que hay personas como el que

enfrentan este padecimiento mediante no solo la adquisición de conocimiento, las complicaciones que se puedan presentar o por que presentan polifagia, polidipsia, poliuria si no que el paciente adquiere el compromiso de llevar un adecuado control, fortalece redes de apoyo, causa bienestar lo cual se reflejara en apego al tratamiento ,tanto de medidas higiénico-dietéticas como farmacológico. No coincidiendo en el estudio de Fabián San Miguel ya que reporta un 87 % de realización de ejercicio y dieta 71.8%.en el estudio de Vázquez- Castellanos 21% eran obesos, no llevando un régimen dietético. No coincidiendo en el estudio de Fabián San Miguel ya que reporta un 87 % de realización de ejercicio y dieta 71.8%.en el estudio de Vázquez- Castellanos 21% eran obesos y no llevaban un régimen dietético.

En el tratamiento farmacológico predomino el uso de hipoglucemiantes orales con un mínimo porcentaje del uso de insulinización esto se puede deber al mito que tiene el paciente que el uso de insulina para el control de la Diabetes puede estar relacionada con ceguera al igual que considera que es un tratamiento que le puede ocasionar complicaciones severas teniendo miedo al uso de este medicamento por ello es de suma importancia que se termine con ese mito que ha ocasionado en los pacientes descontrol metabólico, presencia de temprana de complicaciones y ha repercutido en su calidad de vida.

De las complicaciones que se presentan, en el estudio de Vázquez Castellanos se reporto la presencia de hipertensión 26.6%, dislipidemia 9%. Coincidiendo en la presencia de hipertensión y difiere en dislipidemia ya que en el estudio realizado se asocio Hipertensión + Dislipidemia. En el estudio de Fabián san Miguel reportaron enfermedad ocular crónica 65.9%, dolor neuropático 58.6% y se difiere con un 47% enfermedades cardiovasculares + dislipidemia. Puede diferir ya que el autor Fabián San Miguel englobo en un solo grupo a las enfermedades vasculares incluyendo en este la dislipidemia, dichas enfermedades pueden deberse a la disfunción del metabolismo intermedio de los carbohidratos generando un descontrol en el paciente diabético, es por ello la importancia de dar tratamiento integral para disminuir o retrasar la presencia de complicaciones al igual que disminuir multidisciplinario para disminuir el riesgo cardiovascular que pueda llegar a presentar el paciente tanto a corto como a mediano plazo.

En cuanto a la presencia de depresión detectada por medio del inventario de Beck clasificándola en cuatro grupos, el primero sin depresión, depresión leve, moderada y el cuarto como depresión severa. Se considera el desorden afectivo más frecuente en la población adulta y una de las principales causas de incapacidad laboral en el mundo, de acuerdo al estudio de Colunga-Rodríguez utilizo la escala de Zung en donde la prevalencia oscila del 30 al 65%, refiriendo que se ha demostrado que un 27% de personas con diabetes pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, al respecto se ha visto que dicho lapso de tiempo genera en el paciente la presencia de complicaciones tanto macro vasculares como micro vasculares.

De acuerdo al reporte de Escobedo Lugo presentaron 24.7% síntomas de depresión mostrando un mayor riesgo de no apego a tratamiento. Así como refiere que aumentó la frecuencia de depresión mayor cuando los pacientes tienen enfermedades concomitantes, el uso de insulina y en pacientes que utilizan tratamiento alternativo como acupuntura, esto se puede deber al difícil control de enfermedades concomitantes como la hipertensión, dislipidemia y alteraciones visuales causando en los pacientes sentimiento de miedo, frustración por el difícil control que se genera cuando no hay apego al tratamiento, al igual de experiencias familiares y alguno de ellos acuden a tratamientos como el mencionado por el autor la acupuntura entre otros y decidiendo abandonar el tratamiento farmacológico, dietético por lo que al no ver resultados causa desesperación, angustia e incluso mayor frecuencia de pacientes deprimidos que presentaran descontrol metabólico incrementando su depresión convirtiéndose en un círculo vicioso.

En el estudio de Amador Díaz se encontró un 28% de los pacientes en auto cuidado con depresión leve y moderada coincidiendo con lo reportado y 29% con depresión leve, moderada sin auto cuidado. De acuerdo a Fabián San Miguel se evaluó con la escala de Zung y el Inventario de Beck la prevalencia fue de 39% en mujeres adultas y 77% en pacientes con diabetes mellitus 2 hospitalizados. Este último puede deberse a la sensación de abandono que algunos pacientes experimentan, los cuales no cuentan con apoyo familiar durante su estancia prolongando los días de hospitalización.

8.- CONCLUSIONES

La Diabetes Mellitus 2 es una enfermedad crónico-degenerativa, que no solo merma el cuerpo del paciente afectando cada componente celular por la alteración del metabolismo intermedio de los carbohidratos, los cuales generan repercusiones micro y macrovasculares, reflejándose en la presencia de diversos síntomas, por los cuales acude el paciente a consulta médica siendo uno de las patologías más frecuentes con la que diariamente nos enfrentamos si no que merma al ser humano, experimentado diversos sentimientos desde miedo, impotencia, negación, ansiedad, depresión, este último trastorno psicoafectivo generador de un alto porcentaje de incapacidad laboral, así como se relaciona con falta de apego al tratamiento desde medidas higiénico-dietéticas hasta farmacológico, afectando no solo su salud física y emocional si no también puede ser generador de disfuncionalidad familiar.

A través de este estudio se identificaron diferentes factores biopsicosociales que presentan los pacientes con Diabetes Mellitus 2 así como aquellos que están relacionados con la presencia de depresión entre los que destacan la edad, factor inherente al paciente que es considerado como un marcador de factor de riesgo cardiovascular; cuyo grupo de alto riesgo son personas mayores de 50 años con predisposición a presentar complicaciones, predominando pacientes de sexo femenino ya que la mujer acude más a los servicios médicos, la escolaridad que se encuentra en la población es de primaria sin embargo en tercer lugar lo ocupó el analfabetismo por lo que la escolaridad se convierte en un factor que juega un papel importante ya que el conocerla nos permitirá establecer una comunicación clara, dándonos a entender y de esta forma generar en el paciente compromiso de llevar un adecuado control mediante apego al tratamiento, así como establecer una adecuada relación médico-paciente.

Identificar la tipología a la cual pertenece el paciente es importante ya que nos permite conocer las redes de apoyo con las que cuenta. Donde se detectó que los pacientes que presentaron algún grado de depresión pertenecían a una familia extensa, por lo que es importante reconocer elementos como la comunicación que se tiene en el entorno familiar, roles, la capacidad de adaptabilidad ante los cambios, la forma en cómo se enfrentan las crisis, componentes que se deben de identificar para saber si el paciente se encuentra en un ambiente de funcionalidad familiar ya que el ser humano no se encuentra aislado si no que su forma de conducirse ante la vida es en respuesta de su ambiente repercutiendo en cada integrante de la familia, por ello el papel de gran importancia que tenemos como médicos familiares ya que debemos ver al paciente de forma multidisciplinaria y

por lo tanto disminuir la presencia de depresión en estos pacientes, ya que no solo repercute en ellos si no en cada uno de los integrantes de la familia.

Por lo que el contar con apoyo familiar es vital el 59.3% de los pacientes son acompañados a su consulta médica mientras el 40.7 % acuden solos ; situación que repercute en su control ya que como se ha visto el rango de edad de predominio es en pacientes de más de 50 años por lo que se recomienda que asistan con familiar para el apoyo, indicaciones y cuidado del paciente que en el va generar sentimiento de bienestar al sentirse querido, valioso para la familia, ser considerado base fundamental en ese núcleo y de tal forma se preocupara por su salud, la forma en que debe de cuidarla asumiendo el compromiso que como paciente adquiere. Reflejándose en distintos aspectos de la vida del paciente como es la realización de dieta, ejercicio, acudir regularmente a sus consultas, que ingiera sus medicamentos en el horario preciso, formar parte de los programas con los que se cuentan en las clínicas de medicina familiar que permitan una mejor calidad de vida.

En cuanto al tiempo de evolución es fundamental dar un seguimiento estrecho ya que se detecto que en pacientes con menos de 10 años de evolución se presentaba algún grado de depresión por lo que no existe relación con el tiempo de evolución para la presencia de este trastorno psico-afectivo por ello deben de ser evaluados constantemente ya que puede aumentar su frecuencia y relacionarse con la presencia de complicaciones.

De acuerdo con lo reportado anteriormente existen diversos factores biopsicosociales que se asocian con la presencia de depresión como son: la edad, sexo, escolaridad, ocupación, tiempo de evolución, enfermedades concomitantes, tipo de tratamiento, realización de dieta, ejercicio, pertenencia a algún grupo de diabéticos, compañía durante la consulta médica, tipología familiar como los principales, ocasionado una mal control al no tener apego al tratamiento desde medidas higiénico-dietéticas hasta farmacológico generando la presencia de complicaciones tanto microvasculares como macrovasculares y de alguna forma afectando su vida , por ello la importancia de realizar detección oportuna de pacientes deprimidos ya que como se ha mencionado, en pacientes diabéticos aumenta la posibilidad de que se presente afectando la calidad de vida del paciente.

Ante la situación de que la pirámide población se está invirtiendo predominando la población geriátrica ya no es un panorama que se vislumbra para el futuro, es un realidad que estamos viviendo hoy en día enfrentándonos con el reto de realizar una detección oportuna mediante la anamnesis correcta, identificando factores de riesgo, antecedentes heredofamiliares, antecedentes personales tanto patológicos como no patológicos y de esta forma realizar medidas preventivas que fomenten la presencia de salud.

Así como adquirir el compromiso como médicos de seguir actualizándonos en busca de proporcionar calidad en la atención médica que en ocasiones se dificulta por el tiempo destinado para cada paciente situación que se convierte en un factor estresante el cual no se encuentra en nuestras manos modificarlo pero si podemos generar estrategias que permitan fomentar la formación de grupos para todas las diferentes edades en donde se difunda información clara, seguimiento para un adecuado control y si ya se cuenta con estos grupos en las clínicas difundir su existencia e invitar al pacientes a que forme parte de ellos. Establecer una adecuada relación médico-paciente generando empatía que permita dar un seguimiento a nuestros pacientes y así en cada consulta que asistan impulsar a que se responsabilicen de buscar mejorar su bienestar.

Dar un manejo multidisciplinario es primordial ya que debemos trabajar en equipo para brindar un mejor servicio cuyo objetivo sea calidad de vida en el paciente.

Así como la detección oportuna no solo de enfermedades crónicas degenerativas como es la diabetes Mellitus 2 si no trastornos psicoafectivos como la depresión, cuyo trastorno ocupa los primeros lugares teniendo un impacto negativo en la calidad de vida. Por lo que es importante contar con estos instrumentos en consultorio médico como el instrumento de Beck, que nos permita al identificar factores de riesgo el aplicarlo, detectando la posible presencia de trastornos y al hacerlo oportunamente emprendiendo un abordaje multidisciplinario para erradicar este mal que aqueja convirtiéndose en un gran problema de salud pública.

Es por ello que como médicos familiares adquirimos el compromiso de buscar un bienestar biopsicosocial no solo del paciente si no en su entorno familiar, adquiriendo el compromiso junto con el paciente de realizar estrategias que permitan un desarrollo, que se encuentran en nuestras manos y así generar realmente un cambio positivo. Un reto al que debemos hacer frente con ética y humanismo.

9.- BILIOGRAFIA

- 1.- Dorantes Cuellar Alicia Yolanda, et al. Endocrinología clínica. Manual moderno, 2005, 2ª edición; capítulo 28 Diabetes Mellitus historia y epidemiología; 297-298.
- 2.- Francis S. Greenspan, et al. Endocrinología básica y clínica. Manual moderno, 2000, 4ª edición; capítulo 18 hormonas pancreáticas y diabetes sacarina 714-719.
- 3.- Velázquez MO, Rosas PM, et al. Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) 2002-, 72(1):71:84.
- 4.- Tratamiento farmacológico para la diabetes mellitus, Mateos Santa cruz, et al. Revista Hospital Gral. Dr. Manuel gea González, 2002. Volumen5 (1-2) Abril-Junio:33-41.
5. - American diabetes Association. Nutrition recommendations and principles for people with diabetes mellitus. Diabetes Care 2000; 23 (supl.1) 42-43.
6. - American Diabetes Association: Diagnosis and Classification of Diabetes mellitus. Diabetes Care (suppl1): S43-S48, Jan. 2006.
- 7.- Guía de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud Madrid ediciones Harcourt, SP; 1994.
- 8.- Artículo de revisión. Diabetes Mellitus. Pérez Páez, et al. Revista Medicina Interna de México. 2009; 25(3):202-209.
- 9.- American Diabetes Association Standards of Medical care in Diabetes. Diabetes Care 2005; 28(Suppl1): S4-S36.
- 10.- Factores asociados al auto cuidados de la salud en pacientes diabéticos tipo 2, Amador Díaz, et al. Medicina Familiar 2007. Vol.9 (2):99-107.
- 11.- Epidemiología y Diabetes. Moreno Altamirano Laura. Revista Facultad Medicina. UNAM Vol.44 (1) Enero-Febrero, 2001
- 12.- La capacitación del médico general de primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Estela Vargas Blanca, et al. Revista Facultad de Medicina UNAM, Volumen 47 (5), Septiembre Octubre 2004; 187-191.
- 13.- Jackson SW. Historia de la melancolía y la depresión. Desde los tiempos hipocráticos a la época moderna; Madrid, Turner, 1989, p10-12.
- 14.- La Carga Global de las Enfermedades. Banco Mundial y Organización Mundial de la Salud, publicación de la OMS en 1996.
- 15.- INEGI. Instituto nacional de estadística, geografía e informática. XII Censo general de población y Vivienda, 2000.

10.- ANEXOS



CEDULA DE ENCUESTA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ORIENTE I.S.S.S.T.E

ES IMPORTANTE QUE LLENE LOS DATOS SOLICITADOS DE MANERA HONESTA Y COMPLETA YA QUE DE ESTA FORMA PERMITIRA QUE LA INFORMACION RECABADA AYUDE A PLANEAR ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LOS SERVICIOS OTORGADOS EN BUSCA DE MEJORAR LA CALUIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2.

NOMBRE:		FOLIO:
EDAD:		
DOMICILIO:		CONSULTORIO:
TELEFONO:		TURNO:

Marque con una X su:

ESCOLARIDAD:

ESTADO CIVIL	SOLTERO	
	CASADO	
	DIVORCIADO	
	VIUDO	
	UNION LIBRE	
	MADRE O PADRE	
SEXO	SOLTERO	
	FEMENINO	
	MASCULINO	

¿ALGUIEN LO ACOMPAÑA EN LA CONSULTA?		
	SI	NO
¿QUIEN?		

Llene completamente los datos requeridos:

OCUPACION			
¿USTED FUMA?	SI	NO	Número de cigarros al día. :
¿HACE EJERCICIO? (DURANTE 3 VECES A LA SEMANA Y DURA MAS DE 20 MINUTOS)			
SI	NO	TIPO DE ACTIVIDAD	
REALIZA DIETA	SI	NO	QUIEN SE LA DIO:

¿CUANTAS PERSONAS VIVEN EN EL HOGAR?	NÚMERO:	ESPECIFIQUE QUIENES (MAMA, PAPA , ABUELOS, NUERAS, YERNOS ...)
--------------------------------------	---------	---

¿VIVEN PERSONAS EN SU HOGAR QUE NO SEAN FAMILIA?	NUMERO	ESPECIFIQUE: AMIGOS COMPADRES, HUÉSPEDES.
--	--------	--

ETAPA DEL CICLO VITAL DE LA FAMILIA:

Estas preguntas la llenaran la persona que está aplicando la cédula:

NUCLEAR	
EXTENSA	

Llene completamente los datos requeridos Y marque con un X en donde se requiera:

¿CUANTOS AÑOS TIENE DE DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS 2?			
¿HA ASISTIDO ALGUN CURSO SOBRE DIABETES MELLITUS 2	SI	NO	HACE CUANTO TIEMPO
¿PERTENECE A ALGUN GRUPO DE DIABETICOS?	SI	NO	EN DONDE
MARQUE CON UNA X			
TIPO DE TRATAMIENTO:		MARQUE	TIEMPO EN QUE LO ESTA TOMANDO
	HIPOGLUCEMIANTES (TABLETAS)		
	INSULINA		
	AMBOS		

¿LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA COMPLICACION?	SI	NO	CUAL:	¿DESDE CUANDO SE LA DIAGNOSTICARON?
--	----	----	-------	-------------------------------------

¿PADECE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?	HIPERTENSION ARTERIAL							
	OBESIDAD							
	ENFERMEDADES DEL CORAZON							
	INSUFICIENCIA RENAL							
	CANCER							
	PROBLEMAS DE COLESTEROL							
	OTRA ¿CUAL?							
¿CUANDO LE TOMARON MUESTRA DE LABORATORIO?	UN MES							
	2 A 3 MESES							
	HACE 4 A 6 MESES							
	HACE UN AÑO O MAS							

¿ALGUIEN LO ACOMPAÑA EN LA CONSULTA?		
	SI	NO
¿QUIEN?		

LLENE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO ELIGIENDO SOLO UNA OPCION Y MARQUELA CON UNA X:

A)

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

B)

0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

C)

0. No me siento fracasado.
1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

D)

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

E)

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

F)

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

G)

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

H)

0. No me considero peor que cualquier otro.
1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
2. Continuamente me culpo por mis faltas.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

I)

0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

J)

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

k)

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

L)

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

M)

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

N)

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

Ñ)

- 0.-Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

O)

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

P)

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

Q)

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

R)

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

S)

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

T)

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

AGRADEZCO EL HABER PARTICIPADO
Y BRINDAR LA INFORMACION.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

DRA. LUZ CINDY HERRERA MARTINEZ

**TEMA: “FACTORES BIOPSIICOSOCIALES ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 “**

ACTIVIDAD ETAPA	2008	ENE 2009	MARZO 2009	MAYO 2009	AGO2009 9	NOV 2009	ENE 2010	ABRIL 2010	JUN 2010	JUL 2010	AGO 2010
Planeación del proyecto de investigación											
Marco Teórico											
Material y Métodos											
Registro y autorización del proyecto											
Etapas de ejecución del proyecto											
Recolección de datos											
Almacenamiento de datos											
Análisis de datos											
Descripción de los resultados											
Discusión de los resultados											
Conclusiones del estudio											
Informe y revisión final											
Reporte final											
Autorizaciones											
Impresión											
Solicitud para examen para titulación											

- 16.- Chen CH, Rilder K, Suckling J et al. Brain imaging correlates of depressive symptom severity and predictors of symptom improvement after antidepressant treatment. *Biol. Psychiatry* 2007; 62:407-414.
17. - Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020. Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498-1504.
- 18.- Caraveo y cols., Características psicopatológicas de la población urbana adulta en México, Instituto nacional de psiquiatría, 1994.
- 19.- Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión, Guadarrama Leyla, et al. *Revista Facultad de Medicina UNAM*, Vol.49 (2), Marzo-Abril 2006: 66-70.
- 20.- Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de depresión en los Adultos Mayores. Almicar Espinosa- Aguilar, et al. *Salud Mental*. Vol.30 (6), Noviembre-Diciembre 2007; 69-80.
- 21.- Frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus, Garduño Espinosa Juan, et al. *Revista de Investigación Clínica* 1998. 50 (4): 287-291.
- 22.- Galindo Morales José Antonio, *Diccionario de Especialidades Farmacéuticas del Sistema Nervioso central*; Edamsa, 8ª, edición 2008; 77-79.
- 23.- Tratamiento Farmacológico de la depresión mayor en atención primaria. Año XV (2)1999; *boletín terapéutico Andaluz*; 14-16.
- 24.- Rivas Vilchis, et al. *Depresión*. Consulting Medical, 2009, capítulo4. La depresión en el entorno de la Salud Pública en México; 19-22.
- 25.- Depresión en población adulta. Santillana Hernández SP. Alvarado Moctezuma, et al. *Revista Médica IMSS* 1999; 37(2): 111-115.
- 26.- Descontrol Metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. Escobedo-Lugo, et al, *Revista Medicina Interna de México*, Volumen 23 (5), Septiembre-Octubre, 2007: 385-390.
- 27.- Fiabilidad, Validez y datos Normativos del inventario de Beck para la depresión, Sanz Jesús et al. *Psicothema*, 1998. Vol.10 (2); 303-318.
- 28.- Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.18ª. Asamblea Medica Mundial en Helsinki, Junio de 1964 y enmendada en Tokio 2004.
- 29.- Colunga-Rodríguez, et al. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México.2005. *Revista Salud pública*.10 (1)-,137-149.