



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MÉXICO**

---

---



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

***“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS  
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE  
ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA  
FAMILIAR DE LA UMF No. 8 “GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO” IMSS***

**T E S I S**  
QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN  
LA ESPECIALIDAD DE:

**MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**  
**DRA. MARIA ELENA CHAPARRO ANAYA**

**ASESORES:**  
**DR. LUIS IGNACIO MEJIA SOLIS MEDICO ENDOCRINOLOGO**  
**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LA UMF No. 8**  
**“GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

**CD. DE MEXICO, D. F. AGOSTO 2010.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DM2 QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ/UMF No.8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO" IMSS.**

**AUTORES**

Dra. María Elena Chaparro Anaya, Dr. Luis Ignacio Mejía Solís y Dr. Gilberto Espinoza Anrubio.

**OBJETIVO**

Identificar la frecuencia de depresión en DM2 de la Consulta Externa UMF No.8.

**MATERIAL Y METODOS**

Tipo de investigación: Prospectivo, Transversal, Observacional. Muestra:139 pacientes, IC90%, proporción0.30, intervalo de confianza0.10. Variables: Nombre, edad, sexo, religión, estado civil, años de portador, controlados, estrato socio-económico, depresión. Método Graffard y Escala Clinimétrica de Depresión en DM2.

**PLAN DE ANALISIS O DISEÑO ESTADISTICO**

Con programa SPSS 17 y Excel 2007 se analizarán resultados con medidas de tendencia central, dispersión, IC 90%. Tipo de muestra representativa: prevaecía7%.

**RESULTADOS**

Se estudio 139 pacientes con DM2, sexo femenino 82(59%) y masculino 57(41%). Media 61.19 años, valor mínimo 23 y máximo 87 años. Religión católica 126(90.6%). Estado civil 69.1% casados, Controlados 44.6% y descontrolados 55.4%. Estrato socioeconómico medio bajo 31.7% y obrero43.9%. Frecuencia de depresión41.%. leve23%, moderada15.8% y grave2.2%.

**CONCLUSIONES**

La frecuencia de depresión reportada fue similar en la literatura con 41%, con predominio femenino y grado leve, con ligera relación en ausencia de depresión y control glucemico.

**DISCUCIONES**

La DM2 es la 2° causa de consulta en Medicina Familiar, sus complicaciones microangiopaticas son las principales causas de muerte en México. Por esto vale la pena estudiar a fondo su evolución y sus comorbilidades, como es la depresión, que se presenta en 50% de pacientes. Estudios reportan asociación de estas con la evolución de la DM2. En este estudio la relación fue muy ligera pero requiere de más estudios pues aun es controversial.

**PALABRAS CLAVES:**DM2, Depresión

***“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN  
EN LOS PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS TIPO 2  
QUE ACUDEN A LA CONSULTA  
DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL HGZ/UMF NO. 8  
“GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
IMSS***

## **AUTORIZACIONES**

**DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO**

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 8 "GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO" IMSS

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO**

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD DEL  
HGZ/UMF 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"IMSS

**ASESOR CLINICO**  
**DR. LUIS IGNACIO MEJIA SOLIS**  
ENDOCRINOLOGO DEL HGZ/UMF 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO" IMSS

**ASESOR EXPERIMENTAL**  
**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
MEDICO FAMILIAR Y TUTOR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA  
FAMILIAR UMF No. 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO" IMSS

## **AGRADECIMIENTOS**

**A MI QUERIDO ESPOSO  
ADRIAN POR SU APOYO  
INCONDICIONAL**

**A MIS PADRES PORQUE  
SIEMPRE ESTUVIERON CONMIGO  
EN LAS BUENAS Y MALAS**

**A MIS HERMANOS,  
MIS GRANDES COMPAÑEROS,  
ALIADOS Y COMPLISES  
EN ESTA VIDA**

**A TODOS MIS MAESTROS  
POR EL ESMERO Y DEDICACION  
PARA MI CRECIMIENTO PROFECIONAL**

**A DIOS QUE ES MI LUZ Y GUIA  
EN ESTA EXPERIENCIA DE VIDA.....**

# INDICE

<b>1. MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>1</b>
1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	1
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	9
1.4 OBJETIVO GENERAL.....	10
1.5 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	10
1.6 HIPOTESIS ALTERNA Y NULA.....	11
<b>2. MATERIAL Y METODOS.....</b>	<b>12</b>
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	12
2.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DEL ESTUDIO.....	13
2.3 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO.....	14
2.4 MUESTRA.....	15
2.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.....	16
2.6 VARIABLES.....	17
2.7 DISEÑO ESTADISTICO.....	19
2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	20
2.9 METODO DE RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	21
2.10 PROCEDIMIENTOS ESTADÍSTICOS.....	22
2.11 CRONOGRAMA.....	23
2.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.....	24
2.13 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	25
<b>3. RESULTADOS.....</b>	<b>26</b>
<b>4. CONCLUSIONES .....</b>	<b>36</b>
<b>5. DISCUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>6. REFERENCIAS.....</b>	<b>38</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>41</b>

# **1.- MARCO TEORICO**

## ***1.1.- ANTECEDENTES***

La modernización de la sociedad ha traído un incremento en la obesidad y en la Diabetes Mellitus tipo 2, tanto en países desarrollados, como aquéllos en vías de desarrollo, como es el caso de México. <sup>(1)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la Diabetes Mellitus como un desorden metabólico caracterizado por hiperglucemia crónica con alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas derivado de defectos en la secreción de insulina, en su acción, o en ambas. La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad progresiva en la cual la producción de insulina disminuye así como la resistencia a la insulina. Ésta se desarrolla a partir de defectos genéticos desconocidos combinados con factores ambientales, principalmente la obesidad y los hábitos sedentarios. <sup>(2)</sup>

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000, la prevalencia nacional de Diabetes Mellitus para adultos de más de 20 años fue de 7.5% (IC 95% 7.1-7.9), lo que representa 3.6 millones de casos prevalentes, de los cuales 77% contaba con diagnóstico médico previo. La prevalencia fue ligeramente mayor en mujeres (7.8%) respecto de los hombres (7.2%). <sup>(3)</sup>

La epidemia de la Diabetes Mellitus es reconocida como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios como es el caso de México. La información obtenida de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005, reporto que la prevalencia aumentó al 9.5%, lo que representa un total de 5.5 millones de personas; Así mismo, señalo los siguientes factores de riesgo:

- Pertenecer a la raza Latino/Hispánica, negros no hispanicos, Asiático Americanos, Nativos de América y étnicos de las islas del Pacífico.
- Sobrepeso y obesidad.
- Sedentarismo.
- Familiares de primer grado con diabetes.
- $\geq 65$  años de edad.
- Mujeres con antecedentes de productos macrosómicos ( $>4$  kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional.
- Mujeres con antecedente de ovarios poliquísticos.
- Individuos con hipertensión arterial ( $\geq 140/90$ ), dislipidemias (colesterol HDL  $\leq 35$  mg/dl, triglicéridos  $\geq 150$  mg/dl).
- Pacientes con enfermedades cardiovasculares (cardiopatía isquémica, insuficiencia vascular cerebral, o insuficiencia arterial de miembros inferiores). <sup>(4)</sup>

En el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS la Diabetes mellitus ocupa el segundo lugar de motivo de demanda de consulta en Medicina Familiar y el primer lugar en la especialidad endocrinológica; constituye la principal causa de ingreso y egreso hospitalario e incide de forma significativa en la tasa de mortalidad. <sup>(5)</sup>

En ADAMEC de la UMF No. 8 se realizó una investigación interna en donde se proporcionaron los últimos reportes donde se informa que para enero del 2010 se cuenta con una población adscrita de 124,849 pacientes con 91,412 asegurados a esta unidad, así también, se cuenta con un censo de pacientes Diabéticos tipo 2 con 6382 (5.1%) pacientes.

Para hacer el diagnóstico de diabetes Mellitus se requiere cumplir cualquiera de los siguientes criterios:

- \* presencia de síntomas clásicos (poliuria, polidipsia y polifagia).
- \* una glucemia plasmática casual  $\geq 200$  mg/dl.
- \* glucemia plasmática en ayuno  $\geq 126$  mg/dl; o bien,
- \* glucemia  $\geq 200$  mg/dl a las dos horas después de una carga oral de 75g de glucosa disuelta en agua.

La glucosa en ayunas alterada e intolerancia a la glucosa son dos estadios que suelen presentarse antes de la Diabetes Mellitus las cuales se diagnostican si la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl (GAA) y/o cuando la glucosa 2 horas post-carga oral de 75 gramos de glucosa es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (ITG) respectivamente. <sup>(6)</sup>

La meta del control glicémico más recientemente recomendada por la American Diabetes Association es de hemoglobina glucosilada menor 6.5%. <sup>(6,7)</sup>

En la actualidad, contamos con seis tipos de fármacos hipoglucemiantes orales: biguanidas, sulfonilureas, secretagogos de acción rápida (glinidas), tiazolidinedionas e inhibidores de las alfa-glucosidasas, inhibidores de DPP-4 y las insulinas. <sup>(7)</sup>

Las tres complicaciones crónicas que más influyen en el pronóstico de salud y el costo de los diabéticos fueron la nefropatía, la retinopatía y pie diabético. La diabetes es la causa más importante de amputación de miembros inferiores, de origen no traumático. Respecto a la retinopatía se estima que 50% de los pacientes la presenta después de 10 años y 80% a los 20 años de diagnóstico e insuficiencia renal en el 35% de pacientes con diabetes tipo 1 desarrollará insuficiencia renal terminal después de 15 a 20 años de diagnóstico y 15% de los pacientes con diabetes tipo 2 después de 5 a 10 años. <sup>(8)</sup>

El estudio de Kumamoto determina que un adecuado control de la glucosa en pacientes con diabetes disminuye la mortalidad por enfermedad cardiovascular y vascular periférica en un 54%; el estudio de UKPDS fortalece lo anterior al reportar que la reducción de glucosa a valores normales reduce un 16% el infarto al miocardio y un 12% las complicaciones de diabetes. <sup>(9)</sup>

El incremento exponencial de la diabetes mellitus obliga al médico familiar a reconocer además de los aspectos biológicos, otros factores como los hábitos, estilos de vida, nivel socioeconómico y recursos disponibles que involucran al individuo y la familia con la Diabetes mellitus; de esta manera el médico familiar realizará una intervención efectiva, jerarquizando y estableciendo prioridades en su práctica médica. <sup>(10)</sup>

Los trastornos del estado de ánimo es un grupo de psicopatologías en las cuales el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general. Entre las que se encuentran:

- La **distimia** es un trastorno crónico que se caracteriza por un ánimo deprimido la mayoría del tiempo al menos durante dos años en adultos, y uno en niños y adolescentes, sin la presencia de síntomas de trastorno depresivo mayor o algún episodio maníaco o hipomaníaco.
- El trastorno **ciclotímico** se caracteriza por oscilaciones bruscas de una fase a otra de hipomanía o depresión, en la que cada fase dura días, con ánimo normal poco

frecuente. Difiere del estado bipolar porque sus síntomas son menos graves y disfuncionales.

- La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto.<sup>(11)</sup>

La mayoría de los investigadores creen que la depresión es el resultado de la interacción entre las características biológicas y las vulnerabilidades fisiológicas de una persona y la frecuencia de sucesos estresantes o situaciones difíciles de superar en su vida.

La depresión es una enfermedad médica mayor con alta morbimortalidad e impacto económico. Puede subdividirse en:

- Depresión primaria o endógena o melancólica, en la que tiene factores psicosociales, es la depresión neurótica o distímica, está ligada a la personalidad del individuo y fracaso de sus mecanismos de adaptación y son cuadros depresivos reactivos o adaptativos a diferentes causas ambientales.
- Depresión secundaria a una enfermedad médica, es un síndrome que está ligado a una causa orgánica conocida, como las relacionadas con enfermedades médicas, son depresión somatogena o las ocasionadas por los fármacos, así como uso, abuso o dependencia alcohólica.<sup>(12)</sup>

Con respecto a la gravedad de la depresión se considera leve, mínima o ligera; moderada, marcada o grave; la gravedad de los síntomas y el grado de incapacidad funcional y malestar es con base al número de síntomas de los criterios referidos en el CIE 10 y DSM IV.<sup>(13)</sup>

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres.<sup>(14)</sup>

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.<sup>(15)</sup>

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%).<sup>(16)</sup>

Con respecto al grado de depresión un estudio realizado en el 2009 reportó que del total de depresión el leve fue del 58%, depresión moderada del 29% y depresión severa del 13% de los pacientes entrevistados de la consulta externa de rehabilitación.<sup>(17)</sup>

Para realizar el diagnóstico de depresión no se cuenta con un estudio de laboratorio o gabinete; Se utiliza la clínica y escalas clinimétricas auxiliares dentro de las cuales se encuentran:

- Escala de Hamilton para la Depresión que consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo, la cual debe ser aplicada por un clínico.

- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg que consta de 10 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad de la depresión, la cual debe ser aplicada por un clínico.
- Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 ítems que evalúan fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento distintivo es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Este instrumento es autoaplicable.
- Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde es una escala breve, autoaplicada, en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados. Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores: factor depresivo, factor biológico, factor psicológico y factor psicosocial.<sup>(18)</sup>

En el presente estudio se utilizara la ECDD teniendo en cuenta la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima edición), en la que se nombra la presencia de:

- Humor depresivo
- Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas

Mas:

- Disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.
- Disminución de la atención y concentración.
- Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves).
- Perspectiva sombría del futuro.
- Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- Trastornos del sueño.
- Pérdida del apetito o pérdida de peso (del orden de 5 % o más del peso corporal en el último mes).

La duración de los síntomas debe ser de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.<sup>(19)</sup>

Los medicamentos que más frecuentemente se usan para trastornos depresivos son:

- Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina, (ISRS), como la fluoxetina, la paroxetina,
- Los inhibidores de la MAO (monoaminoxidasa) y
- Los medicamentos tricíclicos como la imipramina.

Sus efectos se observan después de 2 a 3 semanas aproximadamente de iniciado el tratamiento así como debe tomarse por al menos 6 meses hasta 2 años.

En caso de que los medicamentos no sean efectivos, la terapia electroconvulsiva (TEC) puede ser el tratamiento adecuado porque produce un efecto más rápido, con lo que disminuye el tiempo de hospitalización y, por lo tanto, los costos médicos. Comprende el paso de una corriente eléctrica de entre 70 y 130 volts por la cabeza del paciente. Se emplea en la depresión grave en la cual existen muchos pensamientos delirantes; depresiones que no responden al tratamiento farmacológico, o que tienen alto riesgo suicida.

Por último la terapia psicológica a pesar de que cada teoría como la psicodinámica, conductual, cognitiva, humanista-existencial, difieren en su planteamiento de la depresión, no presentan gran diferencia en su efectividad.

Algunos investigadores sugieren que la combinación de tratamiento antidepressivo y la terapia que emplea elementos cognoscitivos y conductuales pueden producir mejores efectos.

Actualmente muchos autores recomiendan los ISRS en el tratamiento de la depresión en los pacientes diabéticos, por que facilitan la hipoglucemia y poseen una escasa repercusión ponderal con tendencia incluso a la pérdida de peso y un menor compromiso amnésico. Dentro de estos el menor efecto antimuscarínico y menor interacción farmacológica es la sertralina que con otros fármacos ha llevado incluso a indicarla como el antidepressivo de elección en la depresión del diabético. <sup>(20)</sup>

La depresión puede aparecer en cualquier etapa de la vida, presenta un espectro continuo y su frecuencia es mayor cuando existen enfermedades crónicas, como diabetes mellitus 2. A escala mundial, actualmente la prevalencia de depresión en población adulta, en el ámbito de la atención primaria, es de 21.7% en mujeres y de 12.7% en hombres y en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es hasta de 49.3%. En la República Mexicana se documenta una prevalencia de entre 6 a 15% en población general, 5 y 5.8% en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México, mientras que en el Distrito Federal en pacientes con DM2, de dos diferentes instituciones, se ha reportado en más de 45%. <sup>(21)</sup>

Estudios realizados encontraron que el apoyo social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a mejor control. Se encontró que a mayor adherencia al tratamiento había mejor control metabólico y menor presencia de complicaciones. <sup>(22)</sup>

Se ha reportado que las experiencias estresantes pueden ser importantes factores desencadenantes de la diabetes y la enfermedad vascular coronaria. Otras investigaciones mostraron que niveles elevados de estrés se han asociado con descontrol metabólico y este puede ser por dos mecanismos:

- Un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, ejercicio y la medicación; favoreciendo un deterioro del control metabólico,
- Por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un incremento de secreción de hormonas contra reguladoras, principalmente catecolaminas y cortisol, lo cual incrementa los niveles sanguíneos de glucosa. Aunque otros estudios no apoyan esta asociación, esto se debe a que existe la influencia de varios factores como el tipo e intensidad del estrés y los rasgos de personalidad del paciente que pueden explicar las diferentes respuestas del control glicémico a un estresor. <sup>(23)</sup>

De manera contraria un estudio presentado en la IX Reunión Delegacional de Investigación Médica en febrero del 2005, en Monterrey México, concluyó que la disfunción familiar tiene poca importancia en la falta de control del paciente diabético tipo 2, ya que aun con funcionalidad familiar normal, el índice de no control de glucosa es alto. <sup>(24)</sup>

Así pues, la depresión es común en los pacientes con enfermedades crónico degenerativas, en especial con DM2, el impacto con respecto a la enfermedad es el mal apego al tratamiento, la falta de compromiso con la dieta y los descuidos de la toma de medicamentos. <sup>(25)</sup>

La tarea difícil del control metabólico condiciona aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales. Al respecto, algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2.<sup>(26)</sup>

Algunos factores de índole psicosocial interfieren en el adecuado control metabólico, tales como: la funcionalidad familiar, el nivel socioeconómico, el grado de escolaridad y la instrucción y conocimiento del paciente sobre su enfermedad.<sup>(27)</sup>

En las Unidades de atención primaria el médico reconoce únicamente 30% de los casos, lo que lleva al paciente a un pobre control glucémico, aumento en las complicaciones propias de la diabetes, deterioro de la calidad de vida, mayor número de consultas e importante consumo de recursos institucionales.<sup>(28)</sup>

El éxito o fracaso del autocuidado en pacientes diabéticos tipo 2 está determinado por los siguientes aspectos:

- a) el tratamiento y la enfermedad (complejidad del tratamiento, duración de la enfermedad y prestación de la atención médica);
- b) los factores intrapersonales (edad, sexo, autoestima, auto efectividad, estrés, depresión y abuso de alcohol);
- c) los factores interpersonales (calidad de la relación entre los pacientes y los prestadores de la atención y apoyo familiar y social);
- d) los factores ambientales (las situaciones de alto riesgo y los sistemas ambientales).<sup>(19)</sup>

Un informe demostró que las personas con diabetes corren un riesgo como mínimo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen. También se cree que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus tipo 2. Las investigaciones más recientes sobre diabetes y depresión indican que tener ambas afecciones aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas, como enfermedad cardiovascular. Las personas con diabetes y depresión tienen más probabilidades de morir a una edad temprana.<sup>(29)</sup>

*Lustman refiere que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión. Se ha relacionado el control de la depresión con reducción de HbA1c de 0.8-1.2 %.*<sup>(30)</sup>

Como señalamos en párrafos previos no contamos con un estudio de gabinete para diagnosticar depresión, por lo que en el presente estudio se utilizará la escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión (ECDD) en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria. Fue validada con un estudio que se llevó a cabo en 528 pacientes con DM2, en la Unidad de Medicina Familiar No. 10, del Instituto Mexicano del Seguro Social, durante 2003. Presentó una concordancia interobservador de 0.7739 se obtuvo una sensibilidad de 95.3%, especificidad 96.8%, VPP 92.2% y VPN 98.1%, por lo que es un instrumento consistente, válido y de fácil aplicación.<sup>(31)</sup>

El instrumento ECDD es válido para identificar depresión en pacientes con diabetes mellitus, en atención primaria, ya que mostró una alta capacidad para:

- \* Diagnosticar la depresión cuando ésta se encuentra presente.
- \* Identificar correctamente la ausencia de depresión.
- \* Predecir depresión en los pacientes que tuvieron resultados positivos durante la prueba.

\* Predecir que los pacientes no tuvieran depresión en aquellos en quienes la prueba fue negativa.

Este instrumento es de fácil aplicación y fácil comprensión, permite su utilización en un tiempo corto de aproximadamente 15 minutos; estas características son una ventaja si se comparan con otras escalas. <sup>(31)</sup>

La Federación Internacional de Diabetes (FID) ha publicado que los tratamientos antidepressivos tienen efectos benéficos adicionales sobre el control glucémico. <sup>(32)</sup>

Por último el método de Graffard fue desarrollado en Francia y adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez Castellanos. Consiste en una estratificación de la población a partir de la profesión del jefe/a de la familia, nivel de instrucción de los padres, fuente de ingreso y alojamiento y aspecto de la vivienda. Con resultado cinco estratos:

- Estrato I, población con las mejores condiciones de vida.
- Estrato II, buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I.
- Estrato III, población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales.
- Estrato IV es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales.
- Estrato V es la población en pobreza crítica, son las personas que están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas.

Este método permite evaluar las potencialidades que tiene la población para cubrir sus necesidades y para el desarrollo de sus capacidades lo que es importante evaluar en los pacientes diabéticos ya que se ha comprobado su importancia en el autocuidado y prevención de las complicaciones. <sup>(33)</sup>

## **1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

La Diabetes Mellitus tipo 2 al considerarse la primer endocrinopatía en nuestro País además de sus secuelas discapacitantes y económicas, se ha encontrado una amplia relación de esta con la depresión la cual es una enfermedad mental muy frecuentemente vista en la consulta externa; que al presentarse ambas, se ha observado un mal control, desapego al tratamiento y complicaciones prematuras micro y macrovasculares con la consecuente muerte prematura de los pacientes.

He considerado importante estudiar la frecuencia de depresión en la población de la Consulta Externa de la UMF 8 “Gilberto Flores Izquierdo” en pacientes con Diabetes tipo 2 ya que solo el 30% de ella es detectada y tratada evitando todas las secuelas antes mencionadas.

*¿Cuál es la frecuencia de depresión en los pacientes con DM2 de la Consulta Externa de la UMF 8 “Gilberto Flores Izquierdo”?*

### **1.3 JUSTIFICACION:**

Los pacientes diabéticos sufren de un estrés psicológico importante; después de todo ellos tienen una enfermedad que puede acortar su tiempo de vida y puede llevarlos a complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía; además que se enfrentan día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que les da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa.

Se sabe que para tener un adecuada control de glucosa en los pacientes diabéticos es necesario primeramente un compromiso para el ajuste en el estilo de vida además de un apoyo familiar y adecuadas redes de apoyo, por ello en los últimos años se han realizado diversos estudios para determinar que tanto influyen los estados de ánimo con el control de la glucosa en estos pacientes y la mayoría de resultados han arrojado una amplia correlación entre ambos.

En el presente estudio se propone diagnosticar a los pacientes portadores de depresión de manera precoz y oportuna con el instrumento de evaluación ECDD y así facilitar el tratamiento y prevención de las complicaciones.

#### **1.4 OBJETIVO GENERAL:**

“Evaluar la frecuencia de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Consulta Externa en la Clínica 8 “Gilberto Flores Izquierdo” IMSS.

#### ***1.5 OBJETIVOS ESPECÍFICO:***

- Obtener datos personales de cada uno de los pacientes diabético tipo 2 encuestados.
- Identificar por medio del ECDD la presencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 8 IMSS
- Medir el grado de depresión en los pacientes detectados con depresión de la consulta externa con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF No.8
- Medir el control y descontrol en los pacientes DM2 con y sin depresión.
- Medir en nivel socioeconómico de los pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2.

## **1.6 HIPOTESIS:**

*SE SEÑALAN POR FINES EDUCATIVOS*

HIPOTESIS ALTERNA:

H1: La Depresión es frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Consulta Externa de la UMF No.8 IMSS.

HIPOTESIS NULA:

H2: La Depresión no es frecuente en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden a la Consulta Externa de la UMF No. 8 IMSS.

## **2. MATERIALES Y METODOS**

### ***2.1 TIPO DE INVESTIGACION:***

1.- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO

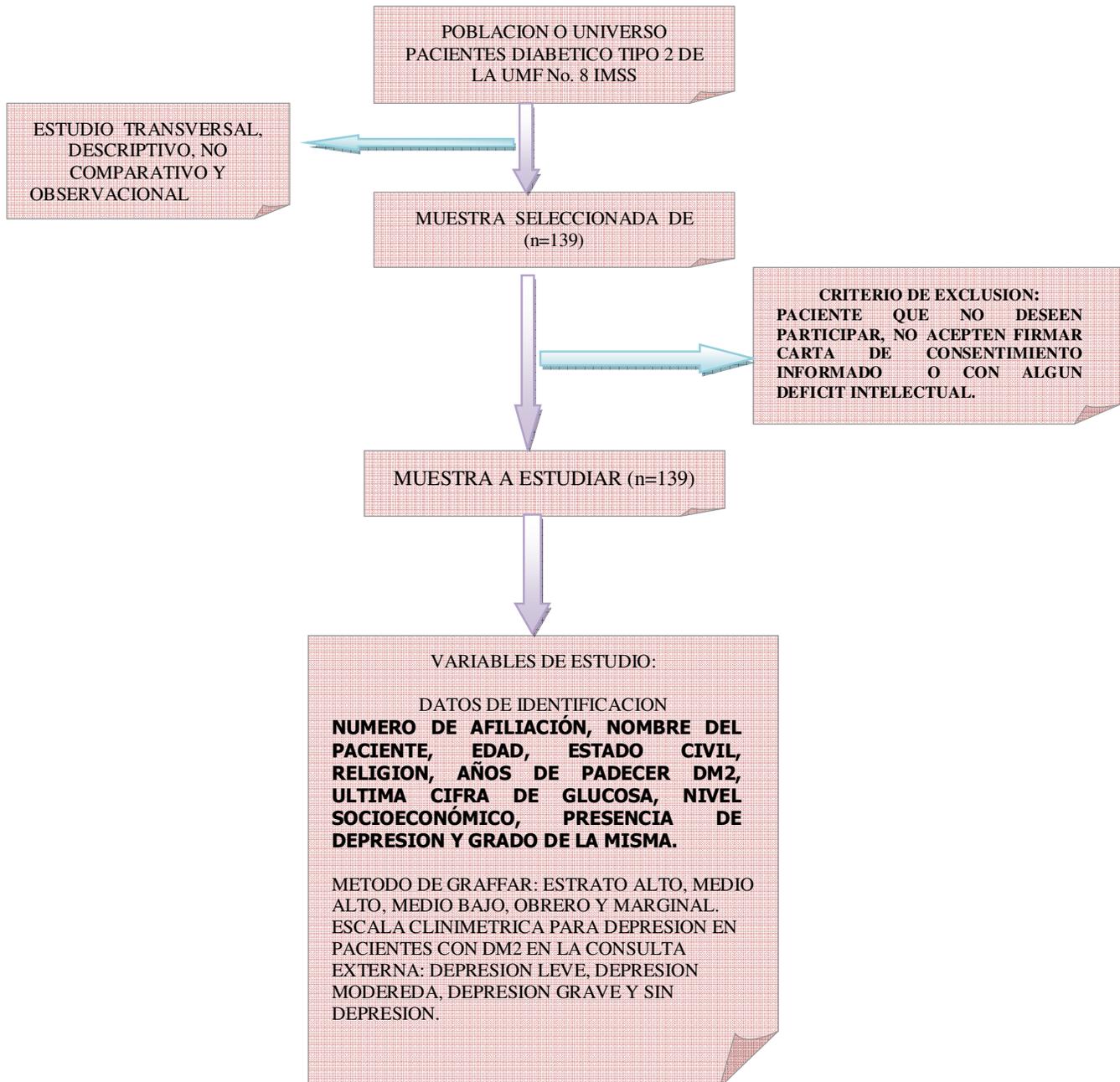
2.- Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL

3.- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO

4.- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO

5.- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL.

## 2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACION:



### **2.3 POBLACION Ó UNIVERSO:**

El estudio se realizara en la Consulta Externa de la Unidad de Medicina Familiar No 8 “Gilberto Flores Izquierdo”, en el Distrito Federal, México. Esta es una población urbana.

#### **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

La investigación se realizara en la Unidad de Medicina familiar No 8. IMSS. En Rio Magdalena No.264, Colonia Tizapan la Hormiga que se encuentra en el Distrito Federal de México. En el periodo comprendido de Diciembre del 2009 a Febrero del 2010.

#### 2.4 MUESTRA:

El tamaño de la muestra para el presente estudio descriptivo con variable dicotómica de presencia o ausencia de depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 de la consulta externa en el HGZ/UMF No. 8 requerirá **139 pacientes** con un intervalo de confianza de 95%, proporción del 0.10 y una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

FORMULA DEL TAMAÑO DE MUESTRA:

$$N = \frac{4Z^2 \alpha P (1 - P)}{W^2}$$

N = Número total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P = Proporción Esperada

(1 - P) = Nivel de Confianza

W = Amplitud del intervalo de confianza

### **2.5 CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Nuestra población diana serán pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF No. 8 que acuden a la consulta externa.
- Se incluirán pacientes diabéticos tipo 2 sin distinción de sexo, edad, religión o estado civil.
- Se realizara en todos los pacientes con diagnostico confirmados de DM2 sin importar el tiempo de padecer la enfermedad.

### **CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Se excluirán a los pacientes que no deseen participar.
- Que no acepten firmar la carta de consentimiento informado.
- Así como con algún déficit intelectual.

### **CRITERIOS DE ELIMINACION:**

- Por fallecimiento del paciente.
- Porque el paciente ya no sea derechohabiente al IMSS.
- Pacientes que no contesten completamente y correctamente el instrumento de evaluación.
- Que ya no deseen participar en algún momento de la entrevista.

## **2.6 VARIABLES:**

### **DATOS DE IDENTIFICACION:**

- 1.- NUMERO DE AFILIACIÓN
- 2.- NOMBRE DEL PACIENTE
- 3.- SEXO
- 4.- EDAD
- 5.- RELIGION
- 6.- ESTADO CIVIL
- 7.- TIEMPO DE PADECER LA ENFERMEDAD
- 8.- CONTROL DE GLUCOSA
- 9.- ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO
- 10.- PRESENCIA DE DEPRESIÓN
- 11.- GRADO DE DEPRESIÓN

### **VARIABLES CONCEPTUALES:**

1. Numero de Afiliación.
2. Nombre del Paciente.
3. Sexo.
4. Edad.
5. Religión: Creencia y practica personal que profesan los pacientes con diabetes tipo 2.
6. Estado Civil: Situaciones jurídicas a partir de las cuales se relacionan las personas.
7. Tiempo de padecer la Enfermedad: Determinar con una escala de medición el periodo de padecer Diabetes tipo 2.
8. Control de Glucosa: Según las Guías para el manejo y control de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del 2006 y actualizadas en el 2007, así como la NOM actualizada del 2007, (anexo 6). En el presente estudio se utilizarán los criterios de la ADA y de la NOM.
9. Estrato Socio-Económico: Son las características sociales, culturales y económicas con las que una familia cuenta para formar parte de un nivel determinado en la sociedad, en este estudio se utilizara e Método de Graffard (anexo 2).
10. Presencia de Depresión: Que tengan los criterios del CIE 10 antes señalados, adaptados y validados en el instrumento ECDD el cual se utilizara en este estudio (anexo 3).
11. Grado de Depresión: Según el numero de respuestas positivas se dividirá en: depresión leve, depresión moderada y depresión grave, (anexo 3)

**DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES  
CARACTERISTICAS GENERALES**

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	DISCRETA	NUMEROS CONSECUTIVOS
EDAD	CUANTITATIVA	DISCRETA	AÑOS CUMPLIDOS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=FEMENINO 2=MASCULINO
RELIGION	CUALITATIVA	NOMINAL	1= CATOLICA 2= CRISTIANA 3= TEST. DE JEHOVA 4= OTROS
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3= UNION LIBRE 4=VIUDO 5= OTROS
AÑOS DE PADECER DM2	CUALITATIVA	NOMINAL	1= 0 A 10 AÑOS 2= DE 11 A 20 AÑOS 3= DE 21 A 30 AÑOS 4= MAS DE 31 AÑOS
CONTROL DE GLUCOSA	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1= CONTROLADA 2=DESCONTROLADA
ESTRATO SOCIO-ECONÓMICO	CUALITATIVA	ORDINAL	1= ESTRATO ALTO 2= MEDIO ALTO 3= MEDIO BAJO 4= OBRERO 5= MARGINAL
PRESENCIA DE DEPRESIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1= CON DEPRESION 2= SIN DEPRESION
GRADO DE DEPRESIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= DEPRESION LEVE 2= DEPRESION MODERADA 3= DEPRESION GRAVE
RANGOS DE EDADES	CUALITATIVA	NOMINAL	1= DE 20 A 40 AÑOS 2= DE 41 A 60 AÑOS 3= MAS DE 61 A 80 AÑOS

## **2.7 DISEÑO ESTADISTICO:**

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS versión 17 y Excel 2007. Para el análisis de los resultados se utilizara medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza (IC) del 90%. El tipo de muestra es representativa y se calculo a través de su prevaecía del 7%. Se realizaran análisis con tablas de contingencia para la presencia o ausencia de depresión, el grado y todos los datos que les solicitaremos a los pacientes.

## **2.8 INSTRUMENTO DE RECOLECCION:**

Se utilizará un instrumento de recolección validado para detectar Depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Consulta de Primer Nivel, el cual consta de 27 ítems, de los cuales 4 son con respuestas abiertas, 2 con 5 opciones y el resto con 2 opciones.

El cuestionario consta de 3 segmentos:

- El primero es la ficha de identificación,
- La segunda parte está formada por la Clasificación del Estrato Socioeconómico Método de Graffar y
- La tercera parte por la escala clinimétrica para Diagnóstico de Depresión la cual se subdivide en dos, primero se realizan 3 preguntas y si 2 de ellas son positivas se pasará a la segunda parte en la cual se graficará la depresión en leve, moderada y grave según el número de afirmativas.

## **2.9 METODO DE RECOLECCION:**

Se realizara una entrevista individual a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que asistan a consulta externa de forma ordinaria. Se puede contestar con un aplicador o auto aplicable en un lapso no mayor a 5 minutos, toda esta información se obtendrá en un plazo de 2 meses.

## **2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS:**

Se aplicará el instrumento de recolección para detectar depresión en forma individual realizada por un aplicador capacitado previamente.

Se aplicara a adultos de 20-85 años de edad, y quienes puedan escuchar. Si el administrador de la prueba sospecha que el paciente es ambiguo con sus respuestas o que cambia de parecer con respecto a sus respuestas será eliminado.

La prueba deberá realizarse en 5 minutos. Durante la aplicación de la misma no requerirá ayuda de otras personas. El aplicador no debe plantear las preguntas con posibles respuestas, hay razones para creer que los resultados pueden verse influenciados si la prueba es presentada con tal comentario.

Los sujetos deben ser informados de que no necesitan responder a una pregunta que no quieran o no sepan contestar. El examinador debe decir: Usted puede dejar la encuesta si lo desea, cuando no esté seguro de que alternativa elegir o de si la pregunta le parece inapropiada u ofensiva.

El examinador no debe discutir ninguna pregunta con el sujeto, explicando que debe ser él quien deberá buscar sus percepciones u opiniones. Si el sujeto pregunta el significado de una palabra, si es posible, deberá darse la definición con base al diccionario.

examinador deberá revisar la prueba, para asegurar de que solo una de las respuestas ha sido señalada para cada pregunta.

### **PRUEBA PILOTO:**

En el presente estudio se utilizarán instrumentos de evaluación ya validados en estudios previos por lo que en este caso no se realizará una prueba piloto.

## 2.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA  
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

### ***FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"***

FECHA	NOV 08	DIC 08	ENE 09	FEB 09	MAR 09	ABR 09	MAY 09	JUN 09	JUL 09	AGO 09	SEP 09	OCT 09	NOV 09	DIC 09	ENE 10	FEB 10
TÍTULO	X															
ANTECEDENTES		X														
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X													
OBJETIVOS				X												
HIPÓTESIS				X												
PROPOSITOS					X											
DISEÑO METODOLÓGICO						X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO							X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS								X								
RECURSOS								X								
BIBLIOGRAFIA									X	X						
ASPECTOS GENERALES										X	X	X				
ACCEPTACION													X			
MAPA DE EVOLUCION DEL PROYECTO													X	X	X	
SELECCION DE DATOS													X	X	X	
ALMACENAMIENTO DE DATOS															X	
ANÁLISIS DE DATOS															X	
DESCRIPCION DE DATOS															X	
DISCUSIÓN DE DATOS																X
CONCLUSION DEL ESTUDIO																X
INTEGRACION Y EVOLUCION FINAL																X
REPORTE FINAL																X
AUTORIZACIONES																X
IMPRESIÓN DEL TRABAJO																X
PUBLICACION																X

## **2.12 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:**

Para la realización de este proyecto se cuenta con un investigador, dos aplicadores de cuestionarios, un recolector de datos, se espera la participación en cuanto a orientación de la realización de la investigación del asesor de investigación.

Para la realización de esta investigación se contara con una computado portátil mini Hp, con procesador Intel Atom inside, Windows 7, impresora canon Mp 2010. Servicio de fotocopiado para reproducir el instrumento de evaluación y consentimiento informado, lápices, borradores, plumas y grapas. Los gastos en general se absorberán por la Residente de Medicina Familiar Dra. María Elena Chaparro Anaya.

### **2.13 CONSIDERACIONES ETICAS:**

El presente protocolo de investigación se apega a la declaración de Helsinki de la asociación Médica mundial. El reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación.

### **3.- RESULTADOS**

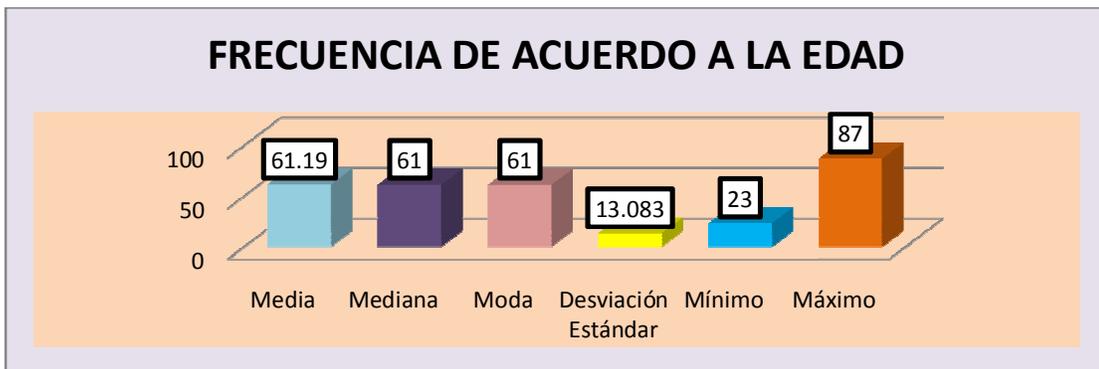
#### ***DESCRIPCION.-***

- ✿ Se estudio una población de 139 pacientes con Diabetes tipo 2 de la consulta externa de ambos turnos de la UMF No.8, donde predominó el sexo femenino con 82 pacientes (59%) y el sexo masculino con 57 pacientes (41%).
- ✿ La media de edad que se obtuvo fue 61.19 años, con un valor mínimo de 23 años y un valor máximo de 87 años, con desviación estándar de 13.08 años.
- ✿ Los rangos de edad reportaron las frecuencias siguientes: de 20 a 40 años con 7 (5%), de 41 a 60 años con 55 (39.6%) y mayores de 61 años con 77 (55.4%).
- ✿ En el rubro de religión se encontró una frecuencia de pacientes católicos de 126 (90.6%), de cristianos 7 (5%) y de otros con 6 (4.3%).
- ✿ En el Estado civil se encontró una frecuencia de 16 pacientes solteros (11.5%), 96 pacientes casados (69.1%), 4 unión libre (2.9%), 16 viudos (11.5%) y 7 (5%) en otros en donde se englobaron a los separados y divorciados.
- ✿ Con respecto al tiempo de padecer diabetes tipo 2 se formaron tres rangos, se obtuvo de 0 a 10 años una frecuencia de 64 (46.1%), de 11 a 20 años 57 (41%) y más de 21 años 18 pacientes (12.9%).
- ✿ La frecuencia del control en el nivel de glucosa en los pacientes reportó a controlados 62 (44.6%) y descontrolados 77 (55.4%).
- ✿ El estrato socioeconómico reportó una frecuencia en el estrato alto de 3 (2.2%), en el estrato medio alto de 19 (13.7%), en el estrato medio bajo de 44 (31.7%), en el estrato obrero de 61 (43.9%) y por ultimo en el estrato marginal de 12(8.6%).
- ✿ La frecuencia de depresión reportó 57(41.%) pacientes y sin depresion 82(59%) pacientes.
- ✿ La frecuencia en el grado de depresión reporto en depresión leve 32 (23%) pacientes, en depresión moderada 22 (15.8%) pacientes, en depresión grave 3 (2.2%) y sin depresión 82 (59%) pacientes.
- ✿ Se encontró una frecuencia de depresión con respecto al género en pacientes femeninas con depresión leve de 22 (15.8%), depresión moderada de 14 (10.3%), depresión grave 2 (1.4%) y sin depresión 44 (31.7%) en el sexo masculino con depresión leve de 10 (7.2%), depresión moderada de 8 (5.8%), depresión grave de 1(0.7%) y sin depresión 38 (27.3%).

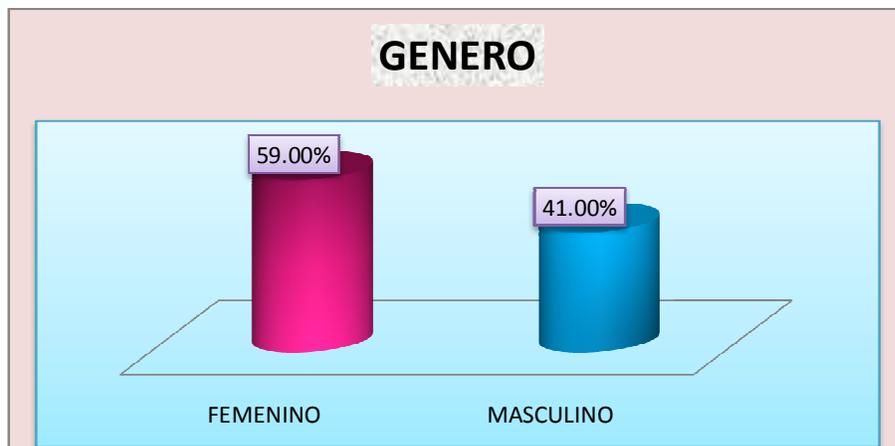
- ✿ La frecuencia de depresión relacionada con la religión reportó en la Católica depresión leve 29 (20.9%), en depresión moderada 21 (15.1%), en depresión grave 3 (2.2%) y sin depresión 73 (52.5%). En la Cristiana depresión leve de 1 (0.7%), depresión moderada 0 (0%), depresión grave 0 y sin depresión 6 (4.8%) y en otras depresión leve con 2 (1.4%), depresión moderada 1 (0.7%), depresión grave 0 y sin depresión 3 (2.2%).
- ✿ La frecuencia de depresión asociada con el estado civil reportó en los solteros una depresión leve con 6 (4.3%), depresión moderada con 1 (30.7%), depresión grave 0 (0%) y sin depresión 9 (6.5%), en los casados una depresión leve 21 (15.1%), depresión moderada 17 (12.2%), depresión grave 3 (2.2%) y sin depresión 55 (39.6%), en unión libre una depresión leve 0 (0%), depresión moderada 0 (0%), depresión grave 0(0%) y sin depresión 4 (2.9%), en viudos una depresión leve 3 (2.2%), depresión moderada 4 (2.9%), depresión grave 0 (0%) y sin depresión 9 (6.5%) y por ultimo en otros una depresión leve de 2 (1.4%), depresión moderada 0, depresión grave de 0 (0 %) y sin depresión de 5 (3.6%).
- ✿ La frecuencia de depresión y el estrato socioeconómico reportó en el estrato alto depresión leve de 1 (0.7%), depresión moderada 0, depresión grave 1 (0.7%), sin depresión 1 (0.7%). En estrato medio alto depresión leve de 6 (4.3%), depresión moderada 3 (2.2%), depresión grave 1 (0.7%), sin depresión 10 (7.2%). En el medio bajo depresión leve 9 (6.5%), depresión moderada 6 (4.3%), depresión grave 1(0.7%) y sin depresión 28 (20%), en estrato obrero depresión leve 12 (8.6 %), depresión moderada 13 (9.4%), depresión grave 1 (0.7%) y sin depresión 35 (25.2%) y estrato marginal con depresión leve 4 (2.9%), depresión moderada (0%), depresión grave 0 (0 %), y sin depresión 8 (5.8%).
- ✿ La frecuencia de depresión asociada con rangos de edad reportó de 20 a 40 años una depresión leve con 3 (2.2%), depresión moderada 1 (0.7%), depresión grave 0 (0%) y sin depresión 3 (2.2%). De 41 a 60 años una depresión leve con 12 (8.6%), depresión moderada con 9 (6.5%), depresión grave con 2 (1.4%) y sin depresión 32 (23%) y en pacientes mayores de 61 años con depresión leve 17 (12.2%), depresión moderada con 12 (8.6%), depresión grave con 1 (0.7%) y sin depresión con 47 (33.8%).
- ✿ La frecuencia de depresión asociado con el tiempo de padecer diabetes tipo 2 reporto lo siguiente: De 0 a 10 años con depresión leve 16 (11.5%), depresión moderada 6 (4.3%), depresión grave con 1 (0.7%) y sin depresión 41 (29.5%), De 11 a 20 años con depresión leve 13 (9.4%), depresión moderada 13 (9.4%), depresión grave con 1 (0.7%) y sin depresión 30 (21.6%), En más de 21 años con depresión leve de 3 (2.2%), depresión moderada con 3 (3.2%), depresión grave con 1 (0.7%) y sin depresión 11 (7.9%).
- ✿ La frecuencia de depresión relacionada con los niveles de glucosa en los pacientes diabéticos tipo 2 reportó una frecuencia en controlados con depresión 25 (28%) y sin depresión 37 (26.6%), y los pacientes no controlados con depresión una frecuencia de 32 (23%) y sin depresión 45 (32.4%).

### 3. SECCION DE CUADROS Y GRAFICAS

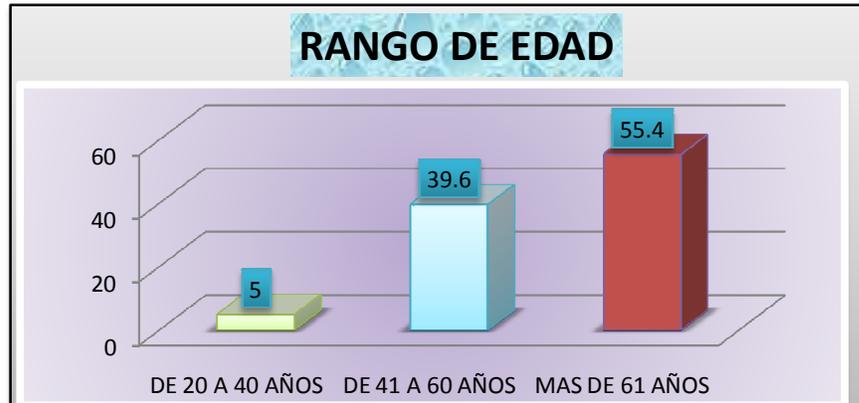
Media	61.19
Mediana	61.00
Moda	61
Desviación Estándar	13.083
Mínimo	23
Máximo	87



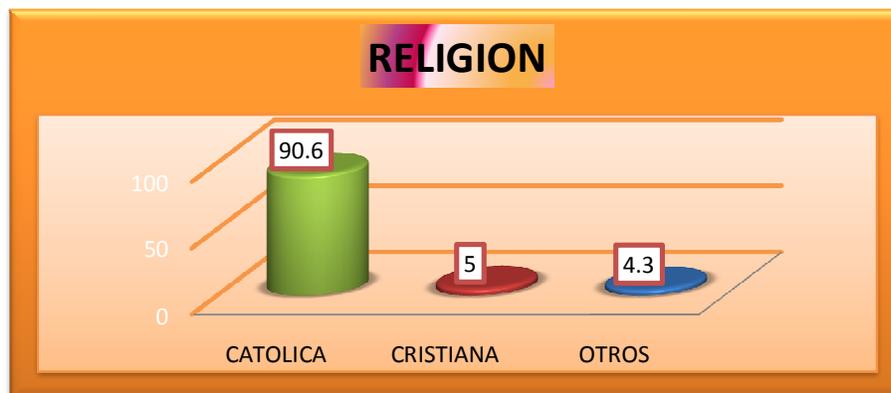
GENERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	82	59.0 %
MASCULINO	57	41.0%
Total	139	100.0%



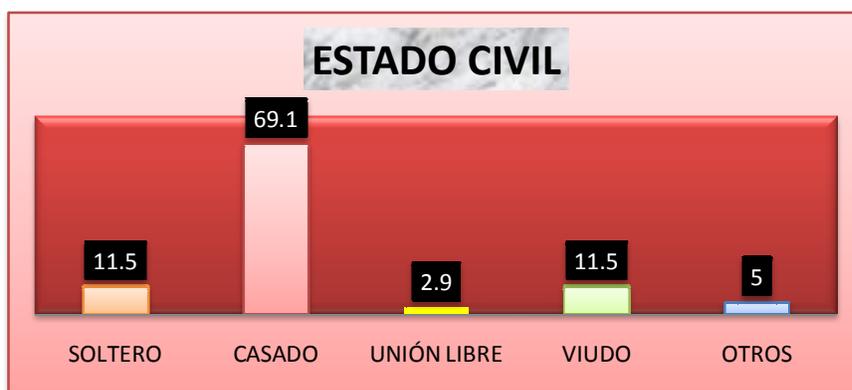
RANGO DE EDAD	Frecuencia	Porcentaje
DE 20 A 40 AÑOS	7	5.0
DE 41 A 60 AÑOS	55	39.6
MAS DE 61 AÑOS	77	55.4
Total	139	100.0



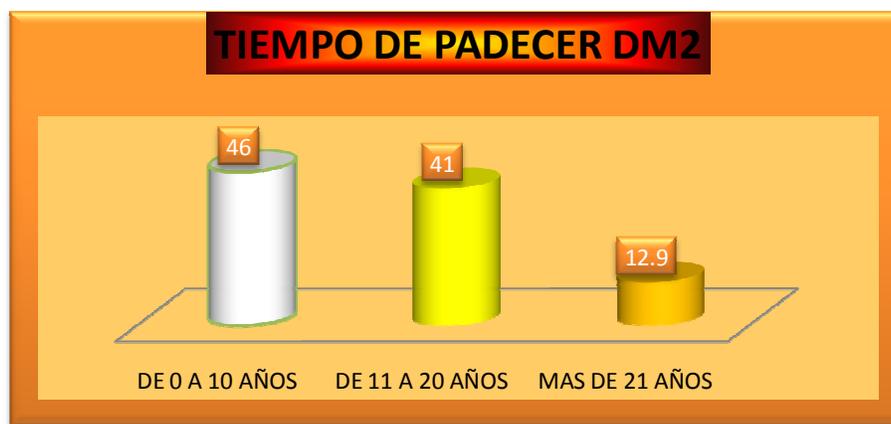
RELIGION	Frecuencia	Porcentaje
CATOLICA	126	90.6
CRISTIANA	7	5.0
OTROS	6	4.3
Total	139	100.0



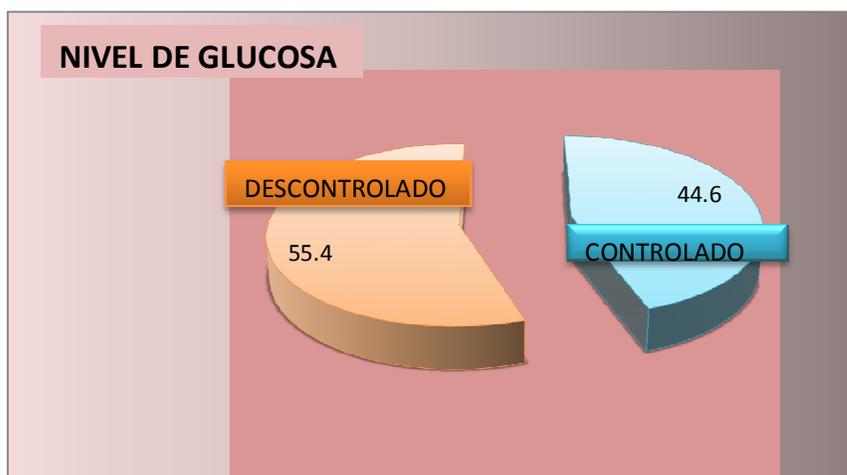
ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	16	11.5
CASADO	96	69.1
UNIÓN LIBRE	4	2.9
VIUDO	16	11.5
OTROS	7	5.0
Total	139	100.0



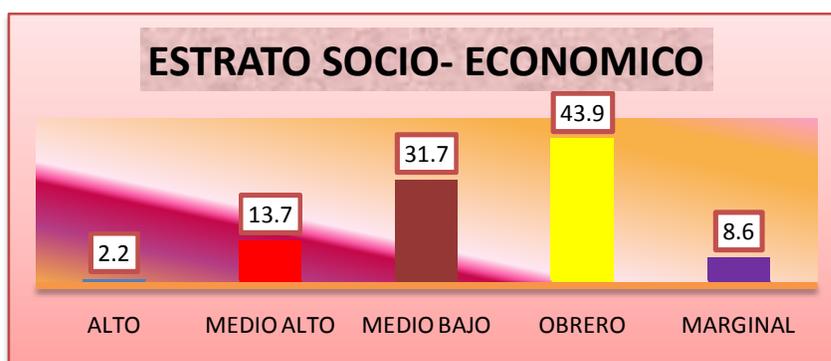
TIEMPO DE PADECER DM2	Frecuencia	Porcentaje
DE 0 A 10 AÑOS	64	46.0
DE 11 A 20 AÑOS	57	41.0
MAS DE 21 AÑOS	18	12.9
Total	139	100.0



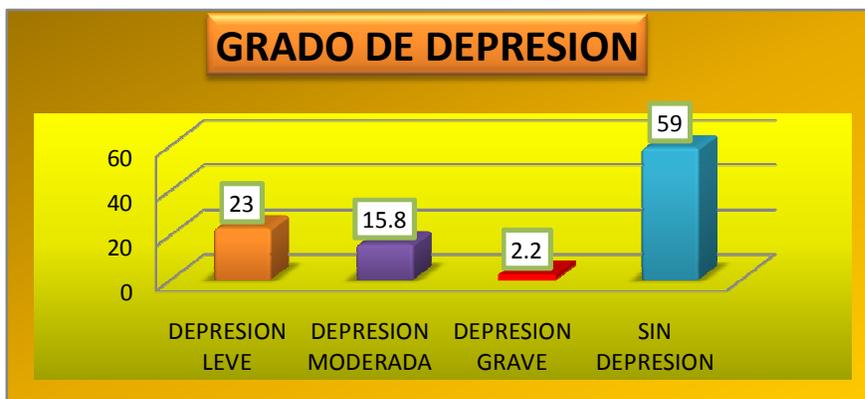
NIVEL DE GLUCOSA	Frecuencia	Porcentaje
CONTROLADO	62	44.6
DESCONTROLADO	77	55.4
Total	139	100.0



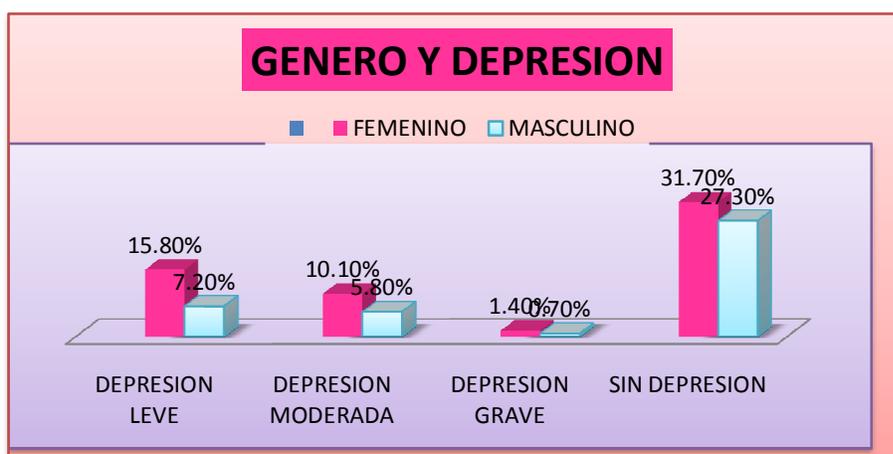
ESTRATO SOCIO-ECONOMICO	Frecuencia	Porcentaje
ALTO	3	2.2
MEDIO ALTO	19	13.7
MEDIO BAJO	44	31.7
OBRERO	61	43.9
MARGINAL	12	8.6
Total	139	100.0



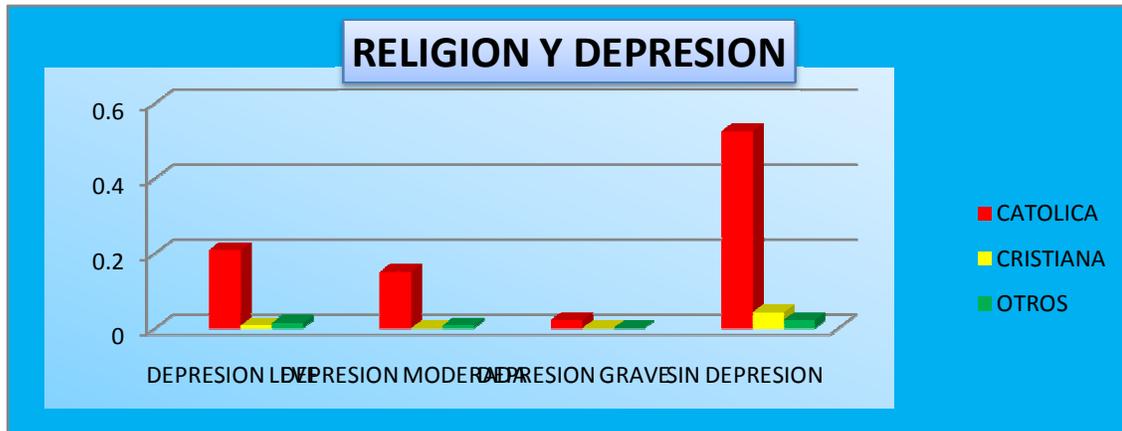
GRADO DE DEPRESION	Frecuencia	Porcentaje
DEPRESION LEVE	32	23.0
DEPRESION MODERADA	22	15.8
DEPRESION GRAVE	3	2.2
SIN DEPRESION	82	59.0
Total	139	100.0



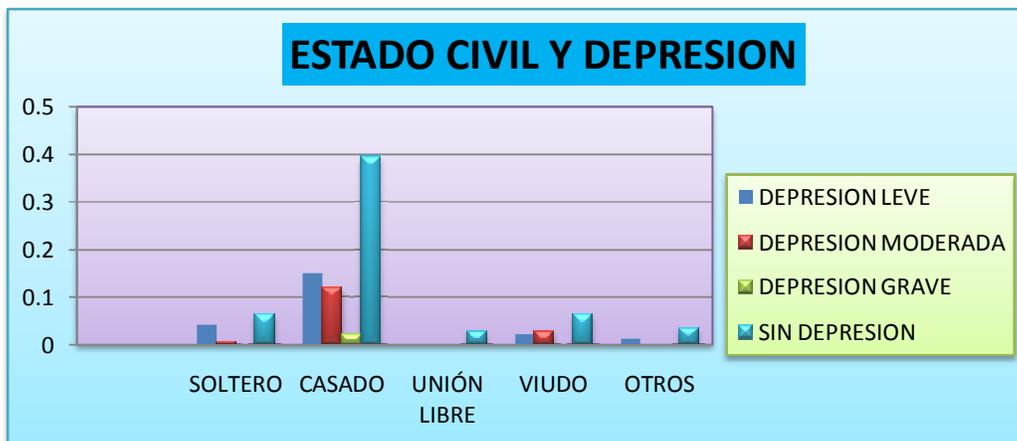
GENERO Y DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	DEPRESION GRAVE	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
FEMENINO	22	15.8%	14	10.1%	2	1.4%	44	31.7%
MASCULINO	10	7.2%	8	5.8%	1	.7%	38	27.3%
TOTAL	32	23.0%	22	15.8%	3	2.2%	82	59.0%



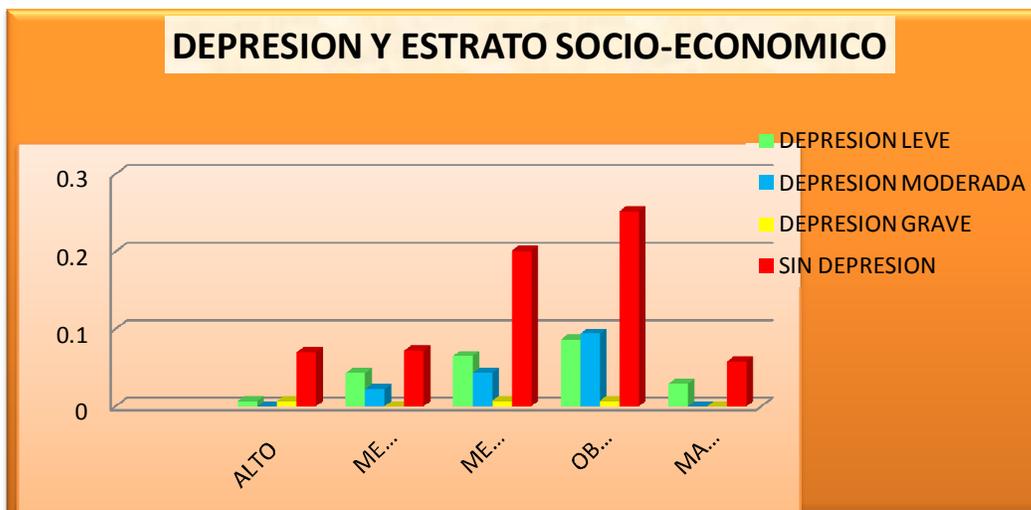
RELIGION Y DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	DEPRESION GRAVE	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CATOLICA	29	20.9%	21	15.1%	3	2.2%	73	52.5%
CRISTIANA	1	.7%	0	.0%	0	.0%	6	4.3%
OTROS	2	1.4%	1	.7%	0	0%	3	2.2%
TOTAL	32	23.0%	22	15.8%	3	2.2%	82	59.0%



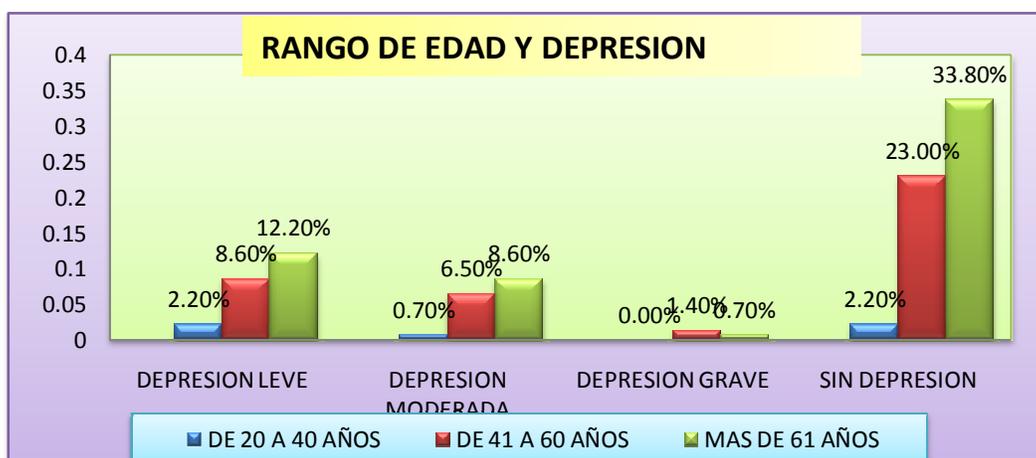
ESTADO CIVIL Y DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	DEPRESION GRAVE	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
SOLTERO	6	4.3%	1	.7%	0	0%	9	6.5%
CASADO	21	15.1%	17	12.2%	3	2.2%	55	39.6%
UNIÓN LIBRE	0	.0%	0	.0%	0	0%	4	2.9%
VIUDO	3	2.2%	4	2.9%	0	.0%	9	6.5%
OTROS	2	1.4%	0	.0%	0	.0%	5	3.6%
TOTAL	32	23.0%	22	15.8%	3	2.2%	82	59.0%



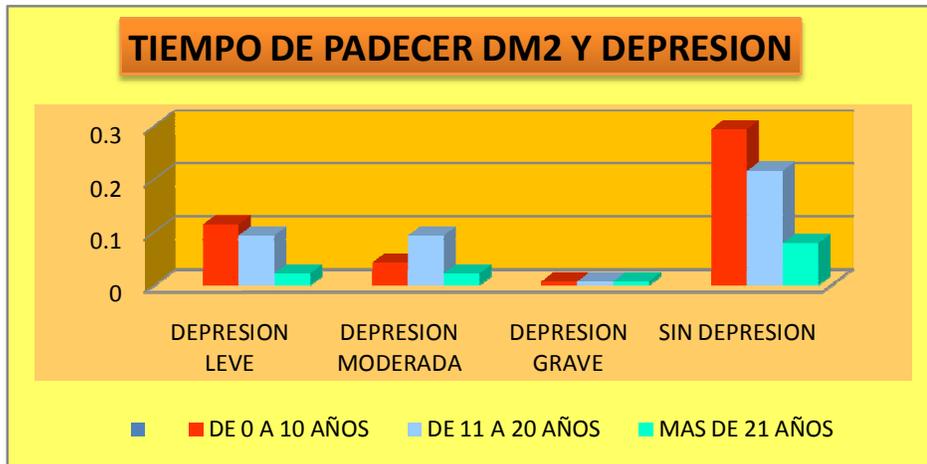
DEPRESION Y ESTRATO SOCIO-ECONOMICO	DEPRESION LEVE Frecuencia	DEPRESION LEVE %	DEPRESION MODERADA Frecuencia	DEPRESION MODERADA %	DEPRESION GRAVE Frecuencia	DEPRESION GRAVE %	SIN DEPRESION Frecuencia	SIN DEPRESION %
ALTO	1	.7%	0	.0%	1	.7%	1	7%
MEDIO ALTO	6	4.3%	3	2.2%	0	0%	10	7.2%
MEDIO BAJO	9	6.5%	6	4.3%	1	.7%	28	20.1%
OBRERO	12	8.6%	13	9.4%	1	.7%	35	25.2%
MARGINAL	4	2.9%	0	.0%	0	.0%	8	5.8%
TOTAL	32	23.0%	22	15.8%	3	2.2%	82	59.0%



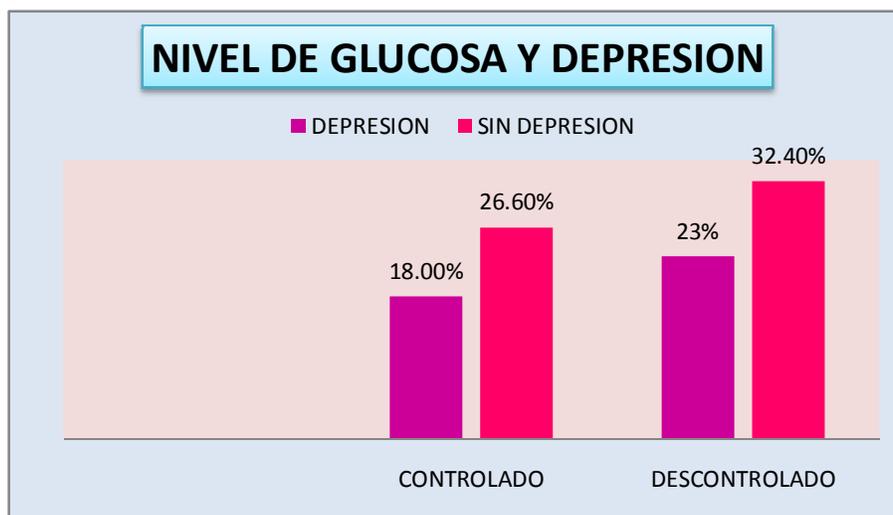
RANGO DE EDAD y DEPRESION	DEPRESION LEVE Frecuencia	DEPRESION LEVE %	DEPRESION MODERADA Frecuencia	DEPRESION MODERADA %	DEPRESION GRAVE Frecuencia	DEPRESION GRAVE %	SIN DEPRESION Frecuencia	SIN DEPRESION %
DE 20 A 40 AÑOS	3	2.2%	1	.7%	0	.0%	3	2.2%
DE 41 A 60 AÑOS	12	8.6%	9	6.5%	2	1.4%	32	23.0%
MAS DE 61 AÑOS	17	12.2%	12	8.6%	1	.7%	47	33.8%
TOTAL	32	23.0%	22	15.8%	3	2.2%	82	59.0%



TIEMPO DE PADECER DM2 Y DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION LEVE	DEPRESION MODERADA	DEPRESION MODERADA	DEPRESION GRAVE	DEPRESION GRAVE	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
DE 0 A 10 AÑOS	16	11.5%	6	4.3%	1	.7%	41	29.5%
DE 11 A 20 AÑOS	13	9.4%	13	9.4%	1	.7%	30	21.6%
MAS DE 21 AÑOS	3	2.2%	3	2.2%	1	.7%	11	7.9%
TOTAL	32	23.0%	22	15.8%	3	2.2%	82	59.0%



NIVEL DE GLUCOSA Y DEPRESION	DEPRESION	DEPRESION	SIN DEPRESION	SIN DEPRESION
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CONTROLADO	25	18.0%	37	26.6%
DESCONTROLADO	32	23%	45	32.4%
TOTAL	57	41%	82	59%



#### **4.- CONCLUSION:**

La frecuencia de depresión en pacientes de la consulta externa fue del 41%, siendo más frecuente el grado leve siguiendo el moderado y por último el grave; con respecto al género es más frecuente en las mujeres con 27.5%.

En cuanto a la presencia de depresión en enfermedades crónico degenerativas se reportó en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México del 2005 más del 45.7%. Existen muchos estudios en los cuales se observó que ambas patologías al presentarse de manera conjunta tienen como consecuencia un mal apego al tratamiento de las mismas, en el caso de nuestra investigación con descontrol de las cifras de glucosa, deterioro prematuro del paciente con aparición de complicaciones micro y macrovasculares de la enfermedad y por ende aumento en la morbimortalidad.

Los resultados al estudiar a la población de la consulta externa que acude a la Consulta de Medicina Familiar de la UMF No.8 fueron que 59 % no presentó depresión y 41% si la presenta lo que corrobora a la literatura. Así mismo nos hace pensar que los pacientes con depresión grave no acuden a la consulta externa por lo que en este estudio se reportó una frecuencia de 2.2%.

De igual manera es importante señalar que 59% de pacientes entrevistados fueron del sexo femenino 41% del masculino, por la mayor asistencia de las mismas a su control mensual, encontrándose con mayor frecuencia depresión leve en mujeres coincidiendo con la literatura que refiere que dos tercios de los pacientes deprimidos son mujeres. Señalando igualmente que dos de los 3 casos de depresión grave fue reportada en mujeres.

La religión mas practicada fue la católica en la cual se encontró una mayor frecuencia de todos los grados de depresión y ausencia de la misma, al parecer este resultado es por la mayoría de población católicos.

En el rubro que corresponde al estado civil fue mayor los casados con 69.1% en ellos se encontró mayor frecuencia de todos los grados de depresión, Contrario en los rubros de viudo y unión libre en donde se encontró menos frecuencia de depresión y sus grados.

El estrato socioeconómico que más se observó en nuestra población fue obrero y medio bajo reportando mayor depresión en todos sus grados en el estrato de obrero al parecer por ser la mayoría de la población y con respecto a depresión grave no predomino en algún estrato socio-económico.

Llamó la atención que el tiempo de padecer diabetes tipo 2 en su mayoría fue de 0 a 10 años con la mayoría de paciente con depresión leve y los pacientes con depresión moderada se encontraron de 11 a 20 años de padecerla, en depresión grave no se encontró algún predominio. Estos pacientes en su mayoría no presentan actualmente complicaciones de microangiopatía aparentes por lo que podría predecir un mal pronóstico en poco tiempo. Es por esto que la finalidad de esta evaluación es detectar a esta clase de pacientes, tratar su depresión y mejorar su pronóstico tanto a corto como a largo plazo.

## 5.- DISCUSIONES:

La Diabetes Mellitus tipo 2 es la segunda causa de consulta en Medicina Familiar, sus complicaciones microangiopáticas son las principales causas de muerte en nuestra población mexicana. Por estas dos razones vale la pena estudiar a fondo su evolución y sus comorbilidades, las cuales influyen en la evolución y mal pronóstico como es el caso de la depresión que por sí misma es un problema de salud pública el cual actualmente está incrementando por la evolución tecnológica y sociocultural de nuestra población.

Al adentrarme en esta investigación encontré nueva información de gran importancia como el papel que juega las alteraciones del estado de ánimo con el control de la diabetes tipo 2.

En nuestro estudio la población diabética tipo 2 de la clínica 8 y su frecuencia de depresión reportó cifras que al comparada con el 45.7% de las publicadas en Encuestas Psiquiátricas Mexicanas, es muy similar.

En esta población el estrato socioeconómico que más se calculó fue el obrero por ello se esperaba mayor desapego y descontrol en los pacientes diabéticos así como mayor frecuencia de depresión, me encontré con la sorpresa de que no fue así y que al contrario, no tiene relación con la depresión y la actitud para enfrentar la enfermedad.

La media de edad obtenida fue de 61.19 años con un rango de edad mayor reportado de mayores de 61 años, así como tiempo de padecer la enfermedad de 0 a 10 años. Lo que nos indica que se trata de una población con poco tiempo de padecer la enfermedad en pacientes de la tercera edad, lo que también es un buen indicador ya que tiene poco riesgo de complicaciones microvasculares en el transcurso de la vida productiva de los portadores.

Otro dato importante es haber encontrado que en el rango de padecer la enfermedad que comprende de 11 a 20 años, es en donde más se encuentra presente la depresión, lo que explicaría en muchos casos la apatía, con falta de cuidado, desapego y descontrol de la diabetes tipo 2, que tiene como consecuencia un aumento de la morbimortalidad de manera prematura.

Por último con respecto al control de la glucosa y la presencia o ausencia de depresión es ligeramente mejor controlado el paciente sin depresión ya que en paciente controlados sin depresión se reportó una frecuencia de 37 (26.6%) y con depresión de 25 (18%).

## **6. BIBLIOGRAFIA**

1. Trejo Gutiérrez Jorge F et al. Epidemiología del síndrome metabólico y diabetes Mellitus tipo 2: ¿El diluvio que viene? . Archivo de cardiología de México. 2004 Vol. 74, Supl. 2, 60 Aniversario/Abril-Junio 2004:267-270.
2. Jara Albarán, Antonio. Endocrinología. México. 2003. Editorial Panamericana, 479-485.
3. Lara Esqueda Agustín, Gómez Montero Adriana Tapia Olarte Fernando, Martínez Marroquín Martha Yolanda, et al. Programa de Acción Diabetes Mellitus. Primera Edición, México, 2005-11-22. 9-58
4. Nom-015-ssa2-2007, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
5. González Juárez, L., Flores-Fernández, Verónica, Vélez-Márquez MG., et al. Valoración de factores de riesgo para DM 2 en una comunidad semiurbana de la Ciudad de México. Revista Enfermería IMSS 2004; 12 (2): 65-70.
6. Nathan, D. Buse, J, et al. Manejo de la hiperglucemia en la Diabetes tipo 2: algoritmo de consenso para el comienzo y los ajustes de la terapia. Diabetes Care. Vol.11 No.12, Dic. 2008. 1-12.
7. Árcega Domínguez Arturo, Lara Muñoz Carmen et al. Sergio Ponce de León Rosales. Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes. Revista Investigación Clínica 2005; 57 (5): 676-684.
8. *Andrew F. Shorr, MD, MPH* Walter Reed Army Medical Center Washington et al. Psychotherapy for Depression in Diabetes, · *Annals of Internal Medicine* 6 July 1999 · Volume 131 · Number 1. 1-2
9. Garay Sevilla, Eugenia et al. El paciente diabético y sus emociones, Medicina familiar. México, 2004, VOL4. 27-40
10. González Juárez Liliana, Flores Fernández Verónica, Vélez-Márquez Ma. Guadalupe Doris. Valoración de factores de riesgo para DM 2 en una comunidad semiurbana de la Ciudad de México. Revista Enfermería IMSS 2004; 12 (2): 65-70.
11. Los trastornos del estado de ánimo. Revista UNAM. 2007. Alicia Bello. <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/art110.htm>.
12. Kaplan Harold. Sadock Benjamín, Sinopsis de Psiquiatría, Trastornos depresivos, octava edición, Madrid España, Panaméricana,1999. Pág. 593-656.

13. Pierre P. Coordinación Coordinador general de las traducciones española, francesa e italiana. DSM IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona : Masson; 2000
14. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30
15. Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2009; 21: 56-63. Prevalencia y grado de depresión en pacientes de rehabilitación.
16. Roca Bennasar M, Trastornos del humor, capítulo 21, Trastornos del humor secundario a daño cerebral enfermedades médicas o fármacos, Décima edición, Madrid España, MEDITOR, 1992, pág. 587-628.
17. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1995
18. Banco de instrumentos de evaluación psiquiátrica. 3era edición. Julio Bobes. Ars Medica. 2004. 54 a 70pp
19. Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Ment 2003; 26(4):1-16pp.
20. López, J., y Aliño, I. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Trastornos del estado de ánimo. Barcelona, España.: Masson. 1ª edición. 2003. (3) 1-77.
21. Zarragoitia Alonso Ignacio, Corey-Lisle PK, Nash R, Stang P, Swindle R. Response, partial response and nonresponse in primary care treatment of depression. Arch Intern Med 2004; 164:1197-204.
22. Larrañaga, Osvaldo. et al. Las brechas de salud y las desigualdades en el ingreso. Nivel socioeconómico. Departamento de Salud Pública de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2004. 32-36
23. Paul S. Ciechanowski, MD, MPH; Wayne J. Katon, MD; Joan E. Russo, PhD. Depression and Diabetes, *Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs*. ARCH INTERN MED/VOL 160. December 6, 2009. 1-8

24. Malacara Juan Manuel et al. Nuevas perspectivas sobre las causas de la diabetes, 2003. *Diabetes Metab Res and Rev*; 18: 173-175.
25. Colunga Rodríguez Cecilia, García de Alba, José G. Salazar Estrada y Mario Ángel González et. al. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Revista de salud pública · Volumen 10 (1), Febrero 2008*. 137-149.
26. Ariza Evelyn, Camacho Nazly, Londoño Edwin, Niño Clemencia, Sequeda1 Claudia, Solano Carlos, Borda Mariela et al. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 28-40*.
27. Díaz Amador MB, Márquez Celedonio FG, Sighler Sabido AS al et. Factores asociados al auto cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2. *Archivos en Artículo Medicina Familiar 2007. Vol. 9 (2) 99-45*.
28. Arauz AG et al. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. *Revista Panamericana Salud Pública/Pan Am J Public Health 2004; 9(3):145-153*
29. Cathy Lloyd et al. Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes. *Diabetes voice, México, Marzo 2008, Vol. 53, Núm. 1. 2*
30. Soto Fernando. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. *Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 28-40*
31. Hall Ramírez Víctor et al. Depresión fisiopatología y tratamiento. Centro de información de medicamentos, Costa Rica, Dic. 2003, 1-53.
32. Díaz Rodríguez G, et al. Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria *Revista Investigación Clínica 2006; 58 (5): 432-440*
33. Castellanos et al. Método Graffar. 2001.

7. ANEXOS:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.  
ASPECTOS ETICOS:  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO:  
Para la participación en el proyecto:

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
DE PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

*PARA REALIZAR EL ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE FRECUENCIA DE DEPRESION Y SU RELACION CON EL ESTRATO SOCIOECONOMICO EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DE RECIEN DIAGNOSTICO SOLO CON FINES EDUCATIVOS*

NOMBRE \_\_\_\_\_ DEL  
PACIENTE \_\_\_\_\_  
EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_  
AFILIACION \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
DOMICILIO \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_

Esta investigación tiene la autorización para realizarse en la HGZ/UMF No.8 “Gilberto Flores Izquierdo”, la información que usted proporcione mediante sus respuestas serán de carácter confidencial, anónima y obtenido de manera voluntaria.

Su usted considera que alguna pregunta le causa incomodidad tiene la libertad de no contestar respetando su pensamiento y decisión, así como por sentirse herido, incomodo o molesto se interrumpirá el cuestionario y se romperá en su presencia, terminando así con su valiosa colaboración.

La información que se obtiene será utilizada para fines de investigación que permita obtener información útil para mejorar la atención médica integral de la población que asiste y utiliza los servicios que proporciona esta Unidad Médica.

El cuestionario tiene 23 preguntas y se contestan en aproximadamente 20 minutos. No existen respuestas buenas ni malas, únicamente le pedimos que sus respuestas sean honestas y sinceras. GRACIAS.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL MEDICO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA TESTIGO

## ANEXO 2

### ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACION



### INSTRUMENTO DE EVALUACION

Fecha \_\_\_\_\_

No. Afiliación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: (1) F (2) M.

Religión:

1.-Católica 2.-cristiana 3-testigo de Jehová 4.-Otros \_\_\_\_\_

Su estado civil es:

1.- Soltero 2.- casado 3.- unión libre 4.- viudo 5.- Otros \_\_\_\_\_

Tiempo que padece la enfermedad (Diabetes Mellitus 2): \_\_\_\_\_

Ultimo Nivel de Glucosa: \_\_\_\_\_

#### CLASIFICACION DEL ESTRATO SOCIO-ECONOMICO. METODO DE GRAFFAR.

##### A.- PROFESION DEL JEFE DE FAMILIA.

- 1.- Universitario, gran comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- 2.- Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria, etc.
- 3.- Empleado sin profesión técnica definida o universidad inconclusa.
- 4.- Obrero especializado: tractoristas, taxistas, etc.
- 5.- Obrero no especializado: servicio doméstico, etc.

##### B.- NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE.

- 1.- Universitaria o su equivalente.
- 2.- Enseñanza técnica superior y/o secundaria completa.
- 3.- Secundaria incompleta o técnico inferior (cursos cortos).
- 4.- Educación primaria completa.
- 5.- Primaria incompleta, analfabeta.

##### C.- PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS.

- 1.- Fortuna heredada o adquirida repentinamente (grandes negocios, juegos de azar).
- 2.- Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados, etc.), deportistas profesionales.
- 3.- Sueldo quincenal o mensual.
- 4.- Salario diario o semanal.
- 5.- Ingresos de origen público o privado (subsidios).

##### D.- CONDICIONES DE LA VIVIENDA.

- 1.- Vivienda amplia, lujosa y con óptimas condiciones sanitarias.
- 2.- Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias.
- 3.- Vivienda con espacios reducidos pero confortable y buenas condiciones sanitarias.
- 4.- Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.
- 5.- Vivienda improvisada, construida con materiales de desecho o de construcción relativamente sólida pero con deficientes condiciones sanitarias.

PARA CLASIFICAR EL ESTRATO SOCIOECONOMICO SE SUMAN LAS CANTIDADES DE CADA VARIABLE Y SE UBICAN EN LA SIGUIENTE TABLA:

04 - 06: ESTRATO ALTO	1
07 - 09: MEDIO ALTO	2
10 - 12: MEDIO BAJO	3
13 - 16: OBRERO	4
17 - 20: MARGINAL	5

## **ANEXO 3** med

### **ESCALA CLINIMÉTRICA PARA DIAGNOSTICAR DEPRESIÓN**

#### **SÍNTOMAS PARA SOSPECHAR DEPRESIÓN**

Entrevista clínica al paciente

#### **Criterio B (Preguntas 1 a la 3)**

ENUNCIADO GENERAL QUE DEBE REALIZARSE PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS, CASI TODOS LOS DÍAS? SÍ NO

1. ¿Se ha sentido triste, desanimado o deprimido? ( ) ( )

2. ¿Ha perdido el interés en las actividades que antes le ocasionaban placer, como el trabajo o sus pasatiempos? ( ) ( )

( ) ( )

3. ¿Se ha sentido con falta de energía o cansado todo el tiempo, aun cuando no haya trabajado todo el tiempo? ( ) ( )

( ) ( )

• Si dos de las tres preguntas anteriores son positivas, pase a las preguntas 4 a la 13a para confirmar depresión.

• Si en las tres preguntas anteriores solamente hay una respuesta positiva o ninguna, no continuar con la entrevista.

#### **SÍNTOMAS PARA CONFIRMAR DEPRESIÓN**

#### **Criterio C (Preguntas 4 a la 13a)**

ENUNCIADO GENERAL PARA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

¿EN ESTE ÚLTIMO MES DURANTE DOS SEMANAS O MÁS CASI TODOS LOS DÍAS? SÍ NO

4. ¿Ha tenido menos ganas de comer o más ganas de comer que lo habitual? ( ) ( )

5. ¿Ha perdido peso, por lo menos un kilo por semana o más sin utilizar dieta alguna o ha aumentado más de un kilo por semana? ( ) ( )

6. ¿Ha presentado dificultad para empezar a dormir en el momento de acostarse? ( ) ( )

6a. ¿Ha presentado dificultad para poder permanecer dormido? ( ) ( )

6b. ¿Se ha despertado más temprano de lo habitual? ( ) ( )

7. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo, a un grado que no se atreve a opinar acerca de nada? ( ) ( )

8. ¿Se ha sentido inferior a otras personas? ( ) ( )

9. ¿Se ha sentido culpable por todo lo que le pasa o por todo lo que pasa a su alrededor? ( ) ( )

10. ¿Ha presentado dificultad para concentrarse en cosas como leer o ver televisión? ( ) ( )

11. ¿Ha presentado dificultad para tomar sus propias decisiones sobre las cosas que antes no le costaban trabajo? ( ) ( )

( ) ( )

12. ¿Ha pensado usted en querer matarse? ( ) ( )

13. ¿Ha notado que se encuentre intranquilo o inquieto? ( ) ( )

13a. ¿Ha notado usted que habla o se mueve más lento? ( ) ( )

Al finalizar esta entrevista, por favor clasifique el nivel de depresión que presenta el paciente de acuerdo con los siguientes criterios y coloque una X en el paréntesis en el diagnóstico que corresponda en el recuadro final de esta sección.

#### **DEPRESIÓN LEVE**

• Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos cuatro respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva

las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

#### **DEPRESIÓN MODERADA**

• Presencia de dos o más respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A, más la presencia de al menos seis respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva

las preguntas 6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

#### **DEPRESIÓN GRAVE**

• Presencia de respuestas positivas de los tres síntomas del **Criterio B** (preguntas 1 a la 3) del anexo A más la presencia de al menos ocho respuestas positivas de los síntomas del **Criterio C** (preguntas 4 a la 13a) del anexo A, considerando como una sola respuesta positiva las preguntas

6, 6a o 6b, así también la pregunta 13 o 13a.

#### **AUSENCIA DE DEPRESIÓN**

• No reúne ninguno de los criterios anteriores.

1. DEPRESIÓN LEVE ( )

2. DEPRESIÓN MODERADA ( )

3. DEPRESIÓN GRAVE ( )

4. AUSENCIA DE DEPRESIÓN ( )

## **ANEXO 4**

### **METODO DE GRAFFAR**

<b>Variables</b>	<b>Puntaje</b>	<b>Ítems</b>
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeto (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

### **INTERPRETACIÓN**

<b>Estrato</b>	<b>Total de Puntaje Obtenido</b>
I	4-6
II	7-9
III	10-12
IV	13-16
V	17-20

## ANEXO 5

REGLÓN	POBLACIÓN ADSCRITA	ASEGURADOS ADSCRITOS A LA UNIDAD	ADSCRITA A MEDICO FAMILIAR	CITAS CUMPLIDAS EN MEDICINA FAMILIAR	PASES EN MEDICINA FAMILIAR A ESPECIALISTAS		MEDICOS FAMILIARES CON POBLACIÓN ADSCRITA	CITA CONCERTADA
					DE LA UNIDAD	OTRA UNIDAD		
100	124,849	91,412	66,794	8,656	0	933	32	8,656

## ANEXO 6

	ADA (Asociación Americana de Diabetes)	AACE (Asociación Americana de Endocrinólogos Clínicos)	NOM 2007
Glucosa en ayuno	90-130	Menos 110	90-130
Glucosa post prandial	Menos 180	Menos 140	Menos 180
HbA1c	Menos 7%	Menos 6.5%	Menos 7%