



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL JALISCO
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 53
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

TITULO

“DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA U.M.F.
No. 171 DEL IMSS”

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR



ESTADIOS DE EDUCACION
E INVESTIGACION U.M.F. No. 53

PRESENTA

• **DRA. MARIA TERESA SAHAGUN LORETO**

ZAPOPAN, JALISCO.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**"DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA U.M.F. No. 171 DEL IMSS"**

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

PRESENTA.

DRA. MARIA TERESA SAHAGUN LORETO

**Alumna del Curso de Especialización de Medicina Familiar Para
Médicos Generales Convenio IMSS-UNAM**

ASESOR METODOLOGICO Y TEMA:

**DRA. PRISCILA MIREYA JIMENEZ-ARIAS.
COORDINADOR CL. DE ENS. E INV. UMF No.78
MATRICULA: 5349311**

**"DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA U.M.F. No. 171 DEL IMSS"**

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

PRESENTA.

DRA. MARIA TERESA SAHAGÚN LORETO

**Alumna del Curso de Especialización de Medicina Familiar Para
Médicos Generales Convenio IMSS-UNAM**

AUTORIZACIONES

PROFESOR

DRA. MARIA ELENA HERNÁNDEZ VÁZQUEZ

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
UMF No. 53, ZAPOPAN JAL.**

ASESOR DE TEMA

DRA. ALEJANDRA YAÑEZ ORTEGA

**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR
UMF No. 171, ZAPOPAN JAL.**

ASESOR METODOLOGICO

DRA. PRISCILA MIREYA JIMÉNEZ ARIAS

COORDINADOR DE EDUCACION E INVESTIGACION UMF 78

DR. MARIA DEL REFUGIO VARGAS ZAMBRANO

**COORDINADOR DE INVESTIGACION Y ENSEÑANZA DE LA UMF 53 IMSS
COORDINADOR DE LA ESPECIALIDAD
SEMIPRESENCIAL DE MEDICINA FAMILIAR**

ZAPOPAN, JALISCO

2010

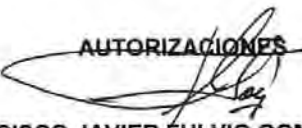
**“DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11
T.V. DE LA U.M.F. No. 171 DEL IMSS”**

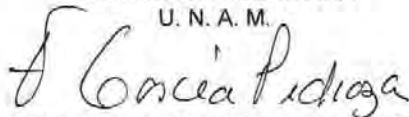
PRESENTA

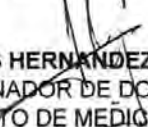
DRA. MARIA TERESA SAHAGUN LORETO

ALUMNA DEL DE TERCER AÑO
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES

~~AUTORIZACIONES~~


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


DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A mi esposo: Por su enorme apoyo y más grande aún su paciencia, ya que juntos cursamos con estrés, angustia y lejanía en momentos que nos dejaron magnificas experiencias y reafirmaron nuestra relación después de comprenderlos.

A mi hija: Por padecer las ausencias y faltas de atención en el devenir del tiempo de mi preparación en busca de mis anhelos de superación.

A mis padres: A quienes debo lo que soy y les viviré eternamente agradecida por su gran apoyo.

A mis pacientes: Por dejarme introducirme en su vida privada y tener la confianza de aceptar ser parte de mi estudio.

A mis asesores: Por su dedicación y paciencia para ayudarme a hacer posible mi realización.

A mis maestros: Ya que sin su guía, esto no hubiese podido culminar. Gracias por compartir sus experiencias y sus conocimientos.

A Dios: Que en todo momento me acompaño siempre y me dio la fuerza para seguir.

INDICE

TITULO DEL PROYECTO	1
INDICE.....	5
RESUMEN	6
MARCO TEÓRICO	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
PREGUNTA DE INVESTIGACION	14
JUSTIFICACION	15
OBJETIVOS	18
- GENERAL	
- ESPECIFICOS	
HIPOTESIS	18
MATERIAL Y METODOS	19
- TIPO DE ESTUDIO	
- POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	
- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	
- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACIÓN..	
- VARIABLES DE ESTUDIO.	
- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES	
- PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION	
- CONSIDERACIONES ÉTICAS	
RESULTADOS	23
- DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS	
- TABLAS (CUADROS Y GRAFICAS)	
DISCUSION	
CONCLUSIONES	
BIBLIOGRAFIA	32
ANEXOS:	
- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES (ANEXO 1).....	34
- CUESTIONARIO (ANEXO2)	35
- CONSENTIMIENTO INFORMADO (ANEXO 3)	36
- ESCALA DE HAMILTON (ANEXO 4)	37

RESUMEN

TITULO: "DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA U.M.F. No. 171 DEL IMSS"

MARCO TEORICO: La Diabetes es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Los factores de riesgo más importantes son el sobrepeso y obesidad, que se asocian con inactividad física y alimentación inadecuada.

La Diabetes mellitus tipo 2, Es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos. La persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión. La prevalencia de la depresión en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es de 49.3% en unidades de atención primaria. El médico reconoce únicamente el 30% de los casos, lo que lleva al paciente a un pobre control glucémico, aumento de las complicaciones propias de la diabetes y deterioro de la calidad de vida.

En el consultorio 11 turno vespertino de la UMF 171 del IMSS se cuenta con una población adscrita de 2 364 pacientes de la cual 148 pacientes presentan diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. El llegar a estar conscientes de la asociación de la depresión y la diabetes, nos ayudara a brindar un mejor control al paciente y disminuir la incidencia de sus complicaciones así como un mejor estado de estilo de vida. **Con base a lo anterior se plantea la siguiente pregunta:** ¿Existe depresión en los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 del consultorio 11 T.V. de la UMF 171, del IMSS?

OBJETIVO GENERAL: Determinar cuál es la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 adscritos al consultorio 11 T.V. de la UMF No. 171 en Zapopan, Jal. México

MATERIAL Y METODOS: Se trata de un estudio Descriptivo, Observacional, Transversal, Prospectivo. El tamaño de la muestra será por conveniencia formado por el grupo de pacientes diabéticos del consultorio. Se estudiará a los pacientes con diagnostico ya establecido de diabetes mellitus tipo 2 del consultorio 11 T.V. de la UMF 171 del IMSS en Zapopan, que acudan a sus citas de control en un periodo de 6 meses entre los meses de marzo a agosto del 2009, a los cuales se les aplicará la encuesta de Hamilton para Depresión. La variable dependiente: Depresión. Y la variable independiente: Diabetes Mellitus. Se cuenta con la experiencia de la investigadora y además como ex maestra de la especialidad de Medicina Familiar.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública que no es exclusivo de países en desarrollo como México, es una condición crónica que afecta a millones de personas a nivel mundial, no afecta solamente la salud física del paciente que la padece, sino que influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial, el sistema neuroendocrino y nervioso, los cuáles forman el sistema psiconeuroendócrino que son capaces de coordinar e integrar las funciones metabólicas del organismo. La Diabetes es una enfermedad compleja con muchas variables clínicas y fisiológicas, presentando frecuentemente Depresión de diversa gravedad, tanto en el periodo de duelo que acompaña al diagnóstico como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad, posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y sobre todo si ha cursado con control irregular de cifras de glucosa. Por lo tanto el sistema nervioso y endocrino están estrechamente relacionados. (1,2,3,4)

Actualmente hay 143 millones de Diabéticos en el mundo y se prevé que la cifra se eleve a 300 millones para el año 2025, debido al envejecimiento y urbanización de la población, de los cuáles 42% en los países desarrollados. (5)

Los trastornos emocionales constituyen alteraciones psíquicas comunes y pueden generar afcción a los sistemas hormonales, autónomo, inmunológico y endócrino. (6,7,8). Hormonas como las catecolaminas, neurotransmisores cerebrales que ayudan a regular la presión sanguínea, la frecuencia cardiaca y los niveles de glucosa en sangre, son significativos en la vinculación entre los aspectos psicológicos y la salud, esto genera un nuevo campo de estudio; La Psicología de la Salud y la Medicina Conductual. (9)

Recientes investigaciones indican que la sintomatología más común en los pacientes con patologías médicas como la Diabetes Mellitus 2 y Depresión afectan las funciones ocupacionales y de relación social, a diferencia de trastornos afectivos sin asociación a enfermedad médica. (10)

Los trastornos psiquiátricos en enfermedades endócrino-metabólicas, se han relacionado con anomalías en el metabolismo de los neurotransmisores (noradrenalina, serotonina y dopamina) en el cerebro (11)

CON BASE A LO ANTERIOR SE PLANTEA LA SIGUIENTE PREGUNTA
¿EXISTE DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DEL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA UMF 171, DEL IMSS?

MARCO TEORICO

La Diabetes es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por concentraciones elevadas de glucosa en sangre. Los factores de riesgo más importantes son el sobrepeso y obesidad, que se asocian con inactividad física y alimentación inadecuada. (1)

En el mundo, la prevalencia de la Diabetes se triplicó en 30 años y se estima que en 30 años más, se duplicará nuevamente.(2) En México, en 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) informó una prevalencia de 9.5%, 20% mayor que 5 años antes.(3) En un período de 5 años, la incidencia de Diabetes creció 35%.(4) La Diabetes es la primera causa de muerte tanto en el ámbito nacional como en el IMSS y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año, (5) que consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud (6) y que en 2005, tuvo un costo para el IMSS de 38,000 millones de pesos.(7)

La Diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública que no es exclusivo de países en desarrollo como México, esta enfermedad por sus características de cronicidad, ocasiona no sólo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psico afectivos en enfermos crónicos (8)

La Diabetes es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una **insensibilidad o resistencia de los tejidos a los efectos de la insulina**. La hiperglucemia es la consecuencia directa de estas deficiencias de secreción y de acción de la insulina. (9)

Hay dos formas básicas de Diabetes: la Diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID o de tipo 1) y la diabetes mellitus no insulino-dependiente (DMNID o de tipo 2). (9)

La DM T2 es la resultante de una interacción dinámica entre los defectos en la secreción y acción de insulina.(10)

La **insulino resistencia / intolerancia a glucosa** indica una serie de estados que pueden, si no son controlados, preceder a la diabetes (pre diabetes) y son definidos por una glucosa alterada en ayunas (GTA) y/o una prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO) anormal. Los criterios la American Diabetes Association (ADA) en este punto son:

TABLA 1. CRITERIOS DE LA ADA PARA DEFINIR PREDIABETES Y DIABETES

	Glucemia ayunas (mmol/L)	en mg/dl	PTGO (mmol/L)	mg/dL
Normal	<100 (< 5)		<140 (< 7,8)	
GAA	100-125 (5,6 - 6,9)		--	
ITG	--		140 – 199 (7,8 - 11)	
Diabetes	> / = 126 (> / = 7,0)		> / = 200 (> / = 11,1)	

Para la PTGO se toma la glucemia Basal y a las 2 horas una carga de 75 g de glucosa en ayunas. Para diabetes la glucosa, en ayunas \geq 126 mg/dL en dos oportunidades (día diferentes).

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos ⁽¹¹⁾

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa y progresiva y especialmente pobremente controlada, se asocia a múltiples complicaciones a largo plazo y tiene importantes implicaciones en la calidad de vida del paciente. La ansiedad y depresión ocurre comúnmente en pacientes diabéticos y comúnmente los debilita. En un meta análisis reciente la prevalencia de depresión en aquellos pacientes con diabetes era el doble de aquellos que no tenían diabetes. La depresión esta asociada con el pobre mantenimiento del control metabólico y la poca adherencia al tratamiento, lo cuál resulta en más complicaciones relacionadas con la diabetes, particularmente cardiovasculares y retinopatías y aquellas que afectan la calidad de vida. Mejoramiento en el tratamiento de la depresión puede llevar aún mejoramiento clínico en el control de la glucemia. ⁽¹²⁾

La Diabetes afecta a una gran proporción de adultos mexicanos (8.18%). Esta cifra puede ser subestimada. En un estudio se determino que la mayoría de los sujetos tuvieron factores de riesgo modificables para complicaciones crónicas de Diabetes, y solo pocos lograron un control adecuado de la presión arterial y otras metas del tratamiento. ⁽¹³⁾

Lustman refiere que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados, quedando confusa la asociación con variables socio demográficas y clínico-metabólicas, principalmente hemoglobina glucosilada (HbA1c) e indicadores de control, además de patrones que guíen a etapas de evolución donde se presenta más frecuentemente la depresión, ya sea para prevenirla, o para disminuir o retrasar complicaciones. ⁽¹⁴⁾

Las enfermedades crónicas son particularmente capaces de deprimirnos. La proporción de personas deprimidas es mucho mayor entre quienes sufren de alguna enfermedad crónica que en el resto de la población. En un estudio reciente se encontraron los siguientes índices de depresión entre personas con diversas enfermedades crónicas:

- Diabetes 33%
- Enfermedad de Parkinson 40%
- Pacientes de cáncer hospitalizados 42%
- Esclerosis múltiple 40%

Numerosos estudios señalan que las personas diabéticas son más propensas a la depresión que el resto de la población. Un estudio dado a la luz pública en febrero de 2006 documentó cambios en la sustancia gris del cerebro en las personas diabéticas que pueden ser al menos parcialmente responsables de esto. Las personas diabéticas que también padecen de depresión tienen por lo general un control de sus niveles de glucosa más pobre, síntomas y complicaciones más severas, que las que no padecen de depresión. La mayor parte de los casos de depresión en las personas diabéticas no son identificados ni tratados. En términos generales se piensa que el tratamiento de la depresión en los diabéticos está asociado a una mejoría en el manejo y control de la diabetes y que por el contrario la depresión no tratada está asociada a un aumento en los daños causados por la diabetes. En términos generales se piensa que el tratamiento de la depresión en los diabéticos está asociado a una mejoría en el manejo y control de la diabetes y que por el contrario la depresión no tratada está asociada a un aumento en los daños causados por la diabetes.

⁽¹⁵⁾

Similar a otras poblaciones, la muestra se caracterizó por tener alto porcentaje de mujeres, descontrol glucémico, 10 años de diagnóstico, ocupación el hogar, estado civil casados o con pareja, edad quinta década de la vida y baja escolaridad.¹

La autoestima de media a baja registrada coincidió con lo informado por otros autores que refieren que con la enfermedad crónica, la autoestima disminuye; al respecto un estudio en japoneses comunica que pacientes con inadecuado control glucémico, a los 2 años tenían sentimientos de inferioridad, baja actividad y aislamiento, así como más demanda de atención emocional que quienes tuvieron mejor control glucémico.

Se realizó un estudio descriptivo transversal en una muestra de pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social adscritos a la Unidad de Medicina Familiar número 93 de Tonalá Jalisco, en México. Se incluyeron pacientes diagnosticados por su médico familiar con diabetes tipo 2, con expediente clínico completo, mayores de 30 años de edad al diagnóstico y con más de un año de antigüedad con la diabetes, que supieran leer y escribir y no presentaran limitaciones físicas que les impidieran contestar los instrumentos que se aplicarían. Con los datos del expediente, se procedió a clasificar el estadio clínico de la Diabetes de acuerdo a la escala UISESS, que encasilla a los pacientes según el grado de evolución de la enfermedad en: estadio 1, pacientes que sólo tienen diabetes de reciente diagnóstico y metabólicamente controlados; estadio 2, pacientes con diabetes en descontrol metabólico; estadio 3, pacientes que tienen enfermedades agregadas a la Diabetes; estadio 4, pacientes con complicaciones de la Diabetes; estadio 5, pacientes con secuelas de las complicaciones de la Diabetes. En el expediente, se verificó que los pacientes no tuvieran diagnóstico previo de depresión o de cualquier enfermedad psiquiátrica, ni que estuvieran tomando medicamentos antidepresivos o algún otro psicofármaco. En los resultados se identificaron altos síntomas depresivos, lo que confirmó hallazgos previos, ya que se ha encontrado que la depresión en la Diabetes es una condición crónica prevaleciente. Del total de la muestra estudiada, el 74 % correspondió a mujeres y el 26 % a hombres, la edad media fue de $59,2 \pm 11,5$, la escolaridad promedio, de 3er. grado, sin embargo 25 % no tenían ninguna escolaridad y el 41 % sólo tenían primaria terminada, 24 % cursaron la educación secundaria, 8 % el bachillerato y sólo el 2 % tenían licenciatura concluida. El estado civil correspondió a 80 % casados o con pareja, 3 % solteros, 14 % viudos y 3 % en situación de separación marital o divorciados; la ocupación se distribuyó en 55 % personas dedicadas al hogar, 2 % desempleados, 6 % obreros, 11 % empleados, 12 % comerciantes y 14 % pensionados o jubilados. Por otra parte, la antigüedad del diagnóstico fue de $10,3 \pm 8,5$ años, glucemia de ayuno promedio $174,2 \pm 75,9$, el estadio clínico de la diabetes correspondió en su mayoría a descontrol y complicaciones. (8)

Desde el momento del diagnóstico, el paciente inicia un proceso de comprensión y entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad crónica degenerativa. a este tipo de enfermedades por lo regular se les asocia con ceguera, infartos, afectaciones graves de los riñones, embolias o derrames cerebrales, amputaciones, diálisis peritoneal y muerte. A diferencia de las enfermedades infectocontagiosas, en las crónicas su desarrollo no avanza hacia la curación sino hacia el control adecuado buscando prevenir las complicaciones. Dicho control depende necesariamente de una serie de cambios que el individuo debe realizar en sus conductas frente al padecimiento, además de las indicaciones terapéuticas y farmacológicas.

Los cambios o modificaciones involucran aspectos de los hábitos cotidianos más profundamente interiorizados en el estilo de vida, como la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante circunstancias que provocan estrés emocional.

En un trabajo que se realizó en dos unidades de medicina familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalajara, Jalisco. Se estudiaron 88 pacientes, encontrando que el perfil sociodemográfico de los pacientes entrevistados no presentó diferencias estadísticamente significativas para los grupos de pacientes de las unidades de medicina familiar A y B; respectivamente para cada una se encontró edad promedio de 63.5 y 60.9 años; sexo, 36 % mujeres; estado civil, 71 y 72 % casados o en unión libre; años de escolaridad formal, 6.6 y 7.1 años.

Se encontró que el gusto, el coraje, la mala alimentación y las preocupaciones, son los cuatro primeros factores que los pacientes identifican como causas de diabetes mellitus tipo 2, aunque para los pacientes de la unidad de medicina familiar B, el estrés es más importante que la herencia, la cual le sigue en orden de frecuencia a las preocupaciones en el caso de la unidad de medicina familiar A. Es notable que también aparezcan entre las diez primeras causas otras emociones como la tristeza, el gusto y la sensación de fatiga crónica.

En los dos universos de estudio, aparece sintomatología que puede ser adjudicada a múltiples patologías como el mareo, la debilidad, el cansancio y el dolor de cabeza. Un aspecto peculiar con estos pacientes es que en su gran mayoría refieren cambios de carácter durante el transcurso del padecimiento. Mencionan que se vuelven irascibles, enojones, con ansiedad, desesperación, coraje o depresión excesivos. De hecho, cuando los niveles de glucemia se elevan, un dato característico que reconocen en su cuerpo es que se vuelven más sensibles y reaccionan en forma desmedida ante los estímulos externos, sobre todo a los que les provocan estrés emocional. Pocos refirieron estabilidad emocional constante, más bien presentan fluctuaciones variables entre estados de ansiedad y estados de depresión. ⁽¹⁶⁾

Los pacientes diabéticos que manifiestan su deseo de hablar con alguien sobre distintos aspectos de su enfermedad son generalmente aquellos que presentan algún tipo de distrés psicológico relacionado a la diabetes. El Dr. Mark Davies y sus colegas de la Queens University de Belfast decidieron investigar si las personas diabéticas que solicitan apoyo psicológico son aquellas que están experimentando niveles significativos de distrés psicológico. Para ello solicitaron a 300 pacientes diabéticos que completaran cuestionarios validados para evaluar la necesidad subjetiva y el distrés psicológico objetivo. El 25% de los enfermos informó sintomatología depresiva, el 41% manifestó niveles de ansiedad clínicamente significativos, y el 51% informó algún comportamiento alimentario tipo "atracción" especialmente depresión, expresaron con mayor frecuencia el deseo de hablar con alguien acerca de lo que significa vivir con diabetes. ⁽¹⁷⁾

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial. ⁽¹⁸⁾

La prevalencia de la depresión en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 (DMT2) es de 49.3% en unidades de atención primaria. El médico reconoce únicamente el 30% de los casos, lo que lleva al paciente a un pobre control glucémico, aumento de las complicaciones propias de la diabetes y deterioro de la calidad de vida. (19)

Sufrir de depresión los pacientes diabéticos se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro macro vasculares.(18)

La depresión es un problema importante para la salud pública y una de las principales causas de enfermedad en todo el mundo. Con frecuencia, la depresión es una comorbilidad de otras enfermedades crónicas como la artritis reumatoidea, la Diabetes, la angina de pecho y el asma y puede empeorar la evolución de estas patologías. (14)

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por tristeza, inhibición, sentimientos de culpa y pérdida del impulso vital. Casi siempre relacionada con la vivencia de la enfermedad, gravedad, aislamiento, dureza de los tratamientos. También puede aparecer una depresión endógena preexistente o relacionarse el trastorno con el efecto de algunos fármacos (corticoides). Como consecuencia de la depresión puede aparecer anorexia.

De acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992, las demencias forman parte de los trastornos mentales orgánicos y la depresión de los trastornos del humor y afectivos. Dicha clasificación y su homóloga, el DSM IV, son las más aceptadas en el mundo y describen los trastornos mentales y del comportamiento.

Signos y Síntomas de la depresión:

- Sentirse triste o ansioso durante casi todo el día la mayoría de los días
- Pérdida de interés por actividades que antes disfrutaba, incluyendo sexo
- Pérdida o ganancia de peso por mal apetito
- Desesperación, sensación de inutilidad
- Dormir menos o más de lo necesario
- Agitación, irritabilidad, alucinaciones, ansiedad
- Sentirse cansado, sin energía o sin fuerzas permanentes
- Sentirse irritado o que no ha descansado lo suficiente todo el tiempo
- Dificultad para concentrarse y tomar decisiones
- Tener dolores de cabeza, dolores de estómago o de otro tipo que no responden al tratamiento médico
- Tener ideas recurrentes de suicidio o muerte
- Sentimientos de falta de valor, auto reproche, culpa excesiva, resentimientos
- Problemas de escuela o de trabajo

- Pérdida de memoria, apatía, distracción, ilusiones, lloriqueo, intranquilidad, ataques de pánico, agresividad, retiro social, mala apariencia o desorientación

Se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes del primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que solo el 37% son detectados.

La prevalencia de depresión para la población general es de un 5 a 10% con una incidencia de casos nuevos de 13%, sin embargo esta prevalencia entre los pacientes diabéticos puede oscilar entre el 30 al 65% y se ha demostrado que el 27% de las personas con diabetes pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años por los factores relacionados con la diabetes, el estrés de la cronicidad de la enfermedad, la demanda de auto cuidado y tratamiento de complicaciones entre otros.

La Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HAM-D, por su nombre en inglés) es uno de los instrumentos de medida más populares de la psicología clínica para evaluar los síntomas depresivos y de la que se han construido algunas versiones. ⁽²⁰⁾

Es una escala puntual que trata de evaluar los síntomas y signos depresivos de los pacientes estableciendo la presencia de depresión y su severidad. Fue ideada por Hamilton en 1960 y consiste en un test de valoración que consta de 17 ítems basados en la observación del paciente deprimido, de acuerdo a los criterios de la DSM-IV para el diagnóstico de depresión. Este puede ser aplicado por un personal entrenado especializado, con los datos referidos por el propio paciente o por un familiar cercano que se encuentra en contacto directo con el paciente.

Los ítems que toma en cuenta la Escala de Hamilton son: el humor depresivo, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, trabajo y actividades de la vida diaria, enlentecimiento psicomotor, agitación, ansiedad psíquica, ansiedad somática, síntomas somáticos gastrointestinales y generales, desinterés por el sexo, hipocondría, impresión sobre la enfermedad y pérdida de peso. A cada uno de estos ítems se le asigna un puntaje de acuerdo al grado de afectación encontrada durante la evaluación del paciente. Los puntajes mayores de 15 puntos se consideran depresión.

La Escala de Hamilton para la depresión tiene en cuenta la presencia e intensidad de estos ítems basada en la valoración que realiza el entrevistador del estado del paciente en el momento de la entrevista. Sin embargo, algunos ítems como el sueño, valoran el estado retrospectivamente en los últimos días. Cuando no es posible que el paciente responda algunas preguntas, la información puede ser obtenida por personal de enfermería o familiares cercanos que han estado con el paciente. Esta escala ha sido ampliamente utilizada por los expertos en múltiples trabajos de investigación, no solamente para el diagnóstico, sino también para evaluar el tratamiento de la depresión.

(21)

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

DETERMINAR CUAL ES LA FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 171 EN ZAPOPAN, JALISCO, MEXICO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- DETECTAR EL PREDOMINIO DEL GÉNERO DE LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 CON DEPRESION ADSCRITOS AL CONS. 11 T.V. DE LA UMF 171.
- DETERMINAR LA EDAD MAS FRECUENTE EN QUE SE PRESENTA DEPRESION EN LOS PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 ADSCRITOS AL CONS. 11 T.V. DE LA UMF 171.
- CONOCER LAS DOS ÚLTIMAS CIFRAS DE GLUCEMIA QUE HAN PRESENTADO LOS PACIENTES DIABETICOS DE ESTE ESTUDIO.

HIPÓTESIS

NO NECESARIA POR SER UN ESTUDIO DESCRIPTIVO

JUSTIFICACION

La Diabetes mellitus 2 es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino afecta la salud mental de quién lo padece, se ha demostrado una alta prevalencia de trastornos psico-afectivos sobre todo la depresión en enfermos crónicos (1,8).

La interacción de la Diabetes mellitus tipo 2 y depresión tienen un efecto sinérgico y predicen mayor mortalidad, mayor incidencia de enfermedades tanto micro como macro nodulares. (19)

La depresión y la ansiedad también se han asociado a un pobre control metabólico, se ha encontrado que la depresión impacta significativamente a la adherencia al tratamiento y un 33% de pacientes diabéticos cursan con depresión.

El tratamiento de la depresión en pacientes diabéticos hacen que se reduzcan los costos médicos de estos pacientes ya que el mejorar el estado depresivo le permite a los pacientes manejar mejor su tratamiento para diabéticos incluyendo dieta, ejercicios y la ingesta de medicamentos. (8)

La depresión es una preocupación crítica para las personas con diabetes: la coexistencia de estas enfermedades suele generar un mal control glucémico y dificultades para mantener y seguir un plan de control diabético (23) La depresión de no tratarse lleva a todas las personas con diabetes a correr un mayor riesgo de complicaciones que podrían prevenirse. Estas preocupaciones destacan la necesidad de aumentar la concientización acerca de la comorbilidad de Diabetes y Depresión e informar a las personas sobre las opciones de tratamiento eficaz y disponible. (23)

En México la encuesta Nacional de de Salud y Nutrición en el 2006, informa una prevalencia de 9.5%, 20% mayor que 5 años antes. En un periodo de 5 años la incidencia de Diabetes creció 35% y es la primera causa de muerte tanto en el ámbito nacional como en el IMSS y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año, que consume entre 4.7% y 6.5% del presupuesto para la atención de la salud y que en el 2005 tuvo un costo para el IMSS de 38,000 millones de pesos.

La ansiedad y la depresión ocurren comúnmente en pacientes diabéticos debilitándolos y la depresión se asocia con pobre mantenimiento del control metabólico y poca adherencia al tratamiento y el mejoramiento en el tratamiento de la depresión puede llevar al mejoramiento clínico de la glucemia, no obstante se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes diabéticos en el primer nivel de atención en cuanto a la prevalencia y complejidad ya que solo el 37% de los pacientes son detectados por el médico del primer contacto.

La Unidad de Medicina Familiar No.- 171 de Zapopan , Jalisco, México cuenta con 18360 pacientes que cursan con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo ésta una

Unidad que cuenta con 25 consultorios en turnos Matutino y Vespertino, es la causa número 2 de las consultas otorgadas en dicha unidad y en el consultorio 11 turno vespertino de la misma, se cuenta con una población adscrita de 2 364 pacientes de la cual 148 pacientes presentan diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y solo 42 padecen esta enfermedad sin aun comorbilidad aparente.

El llegar a estar conscientes de la asociación de la depresión y la Diabetes y el tratar ambas en forma multidisciplinaria, nos ayudara a brindar un mejor control al paciente y disminuir la incidencia de sus complicaciones así como un mejor estado de estilo de vida.

Se concluye que el tratamiento de la depresión más integrado con el tratamiento de la Diabetes puede ser de gran ayuda al paciente y sus complicaciones. (15)

Por tanto, para el médico familiar es importante conocer el apoyo con que cuenta el paciente ya que los pacientes que no cuentan con ninguno pueden ser presos mas fáciles de la depresión que acompaña a las enfermedades crónicas degenerativas. Hay que integrarlos a los programas en forma oportuna e instruirlos acerca de su enfermedad pues entre mas conozcan de ella mejor podrán ser sus cuidados y sentir el apoyo de su médico y la confianza para lograr mejores controles metabólicos. (22)

MAGNITUD:

La Diabetes es un problema de Salud mundial, crónica que afecta a millones de personas y no afecta solo la salud física del paciente sino que influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial, siendo ésta una enfermedad compleja con muchas variables físicas y fisiológicas .La prevalencia nacional de la Diabetes en la población de 20 a 69 años es del 8.2% de acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, y actualmente 143 millones de diabéticos en el mundo y se prevén cifras de 300 millones para el año 2025. Es por eso que se presenta la gran necesidad de que el Médico de primer contacto adquiera cada vez más conocimientos del tema.

TRASCENDENCIA:

La Diabetes es un problema de gran magnitud tanto por el número de casos , como por sus complicaciones, así como los gastos que representan para las instituciones, aunado a la asociación de trastornos afectivos y ocupacionales de la misma, y en nuestro quehacer diario podemos observar el pobre control que se logra obtener en ellos, no haciendo énfasis en la importancia que

conlleva el detectar y apoyar los casos en los que se presenta la Depresión como factor contribuyente al pobre control de los niveles de la glucosa de nuestros pacientes, se debiera dar igual importancia al control de la Diabetes como al control de la Depresión para mejorar la probabilidad de la presentación de las complicaciones y ofrecerle al paciente y a su familia una mejor calidad de vida, Se estima que los síntomas de Depresión pueden aparecer entre el 12 y el 36% en algunos casos reportan hasta el 49 % de los pacientes con alguna enfermedad y en los casos de Depresión alcanzan una prevalencia de 3 veces más representando hasta el 33% de los padecimientos con Enfermedades crónico degenerativas.

VULNERABILIDAD:

Al convertirse en unos problemas de gran trascendencia, podemos observar también que a su vez la Diabetes y la depresión son vulnerables, ya que puede el Médico y el equipo de salud, prevenirla, controlarla, propiciar cambios en el estilo de vida y evitar las complicaciones de las misma procurando una mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias.

FACTIBILIDAD:

Estos problemas tienen la posibilidad de detectarse, prevenirse, controlarse y nos permite que junto con el equipo de salud nuestros pacientes y familiares de los mismos logren cambios en su estilo de vida y mejores la calidad de la misma, ya que el IMSS tiene un número importante de pacientes con la Diabetes, posee expedientes para su seguimiento, controles de laboratorio y personal de salud capacitado para la atención y prevención de la misma, así como su control y evitar las complicaciones que cada vez se presentan en forma más temprana propiciando pérdidas económicas y deterioro emocional significativo en nuestros pacientes, sus familias y las Instituciones de salud.

VIABILIDAD:

Este proyecto es factible ya que se cuenta con una infraestructura adecuada en el Instituto, el tiempo, la disponibilidad, colaboración y experiencia de los asesores, se adapta al cumplimiento de las normas éticas, la experiencia del investigador es apoyada por sus experimentados maestros y asesores en la materia, los pacientes que colaboran en el estudio están informados y han firmado la carta de consentimiento informado y el tamaño del estudio, aunque puede no ser significativo por el número pequeño de los pacientes estudiados es preámbulo para futuras investigaciones.

MATERIAL Y METODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Transversal, Descriptivo, Observacional, Retrospectivo.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO:

Se estudiará a los 55 pacientes con diagnóstico ya establecido de Diabetes Mellitus tipo 2 del consultorio 11 T.V. de la UMF 171 del IMSS en Zapopan, Jalisco, México, que acudan a sus citas de control en un periodo de 6 meses entre los meses de marzo a agosto del 2008, a los cuales se les aplicará la encuesta de Hamilton para Depresión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

Universo de estudio: El tamaño de la muestra será por conveniencia formado por el grupo de pacientes diabéticos del consultorio 11 T.V. de la UMF 171 que acudieron a control con su medico familiar y que cumplieron con los criterios de inclusión.

FORMULA PARA OBTENCION E LA MUESTRA:

$$N = Z \alpha^2 (P.q) / C$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con diagnóstico de DM tipo 2 del consultorio 11 T .V. UMF No. 171
- Acudir a sus citas de control mensualmente.
- Que cuente con examen de laboratorio con cifras de glucemia reciente.
- Todo paciente diabético tipo 2 que acceda a contestar el cuestionario.
- Ser derechohabiente del IMSS y pertenecer al consultorio 11 T.V. de la UMF 171.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes que no contesten el cuestionario completo.
- Instrumentos con información incompleta.
-

CRITERIOS DE NO INCLUSION:

- Haber presentado datos clínicos sugestivos de depresión por otra etiología.

VARIABLES:

VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESION

VARIABLE INDEPENDIENTE: DIABETES MELLITUS

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERATIVA	CONDICION DE MEDICION
DIABETES MELLITUS	INDEPENDIENTE	Con diagnóstico comprobado de DM 2. Según los criterios de la ADA	CUALITATIVA DM 2
DEPRESION	DEPENDIENTE	El diagnóstico que se obtenga de el Test de Hamilton. . DSM IV (DISFORIA, ANHEDONIA, APATÍA Y AISLAMIENTO	CUALITATIVA SI-NO Leve, Moderada,.Severa

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERATIVA	NATURALEZA	CONDICION DE MEDICION												
EDAD	La actual. Tiempo de existencia desde su nacimiento hasta la fecha actual. En quinquenios.	Cuantitativa	Intervalo												
GENERO	Hombre o Mujer. Archivos de sexología.	Cualitativa	Nominal												
NIVEL DE DEPRESION SEGÚN TEST DE HAMILTON	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Puntuación</th> <th style="width: 15%;">Gravedad del cuadro</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0-7</td> <td>estado normal</td> </tr> <tr> <td>8-12</td> <td>depresión menor</td> </tr> <tr> <td>13-17</td> <td>menos que depresión mayor</td> </tr> <tr> <td>18-29</td> <td>depresión mayor</td> </tr> <tr> <td>30-52</td> <td>Más que depresión mayor. Estado de ánimo caracterizado por tristeza inhibición, sentimientos de culpa y pérdida del impulso vital. Según CIE-10 la Depresión forma parte de los trastornos del humor y afectivos.</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación	Gravedad del cuadro	0-7	estado normal	8-12	depresión menor	13-17	menos que depresión mayor	18-29	depresión mayor	30-52	Más que depresión mayor. Estado de ánimo caracterizado por tristeza inhibición, sentimientos de culpa y pérdida del impulso vital. Según CIE-10 la Depresión forma parte de los trastornos del humor y afectivos.	Cuantitativa	Intervalo
Puntuación	Gravedad del cuadro														
0-7	estado normal														
8-12	depresión menor														
13-17	menos que depresión mayor														
18-29	depresión mayor														
30-52	Más que depresión mayor. Estado de ánimo caracterizado por tristeza inhibición, sentimientos de culpa y pérdida del impulso vital. Según CIE-10 la Depresión forma parte de los trastornos del humor y afectivos.														

--	--	--	--	--

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTURAR LA INFORMACION:

- Estadística descriptiva, Medidas de tendencia central
- (medias, desviación estándar) y regresión y correlación simple.
- Se uso el programa SPSS 15

ASPECTOS ETICOS.

El proyecto previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud (CLIS) 1304 dirigido por el Presidente Dr. José Fredy Raygoza Hernández se realizará siguiendo las normas éticas, del reglamento de la Ley General Salud en materia de investigación para la salud y la declaración de Helsinki de 1975 enmendada en 1989 y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas practicas de la investigación clínica. Se considerará la aceptación del paciente con previo consentimiento y explicación del estudio para incluirlo, ya que es un estudio CLASE II de acuerdo a la Ley General de Salud.

Además se obtendrá una declaración escrita de que se respetarán cabalmente los principios contenidos en el código de Nuremberg, la declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

RESULTADOS

La presente investigación se realizó en el consultorio No.- 11 del T.V. de la Unidad de Medicina Familiar 171 de Zapopan, Jalisco México. En donde se seleccionaron 55 pacientes, todos ellos con Diagnóstico previo de Diabetes Mellitus 2, con los criterios ya establecidos por la ADA y las Guías Clínicas del IMSS para el diagnóstico de la misma excluyendo todos los pacientes que pudieran cursar con trastornos de Depresión por otras índoles, de los cuáles 29 fueron hombres representando un (51.8%) y 26 mujeres (46.4%) del total de la muestra, con edades cumplidas de entre 20 y 83 años de edad, de los cuáles solo 1 se encontraba entre los 20 y los 30 años de edad (1.8%), 3 entre los 31 y 40 años (5.4%), 9 entre los 41 y 50 años (12%), 22 entre los 61 y 70 (39.3%), 7 entre los 71 y 80 años (12.5%) y solo 1 por encima de los 81 años de edad (1.8%), de éstos 20 hombres estaban deprimidos (29%) y 19 mujeres (26%) el resto de la muestra 9 hombres y 7 mujeres no se encontraban deprimidos, la depresión en los pacientes diabéticos se encontró en 39 de ellos representando un 69.6% de la muestra.

DISCUSION

La Diabetes es un grupo heterogéneo que se de trastornos que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, mientras que la depresión es un desorden afectivo más frecuente en población adulta. ⁽¹⁾

La Diabetes mellitus tipo 2 representa un problema de salud pública que no es exclusiva de países en desarrollo como México, en el mundo la prevalencia se triplica en 30 años y se estima que en 30 años más se duplicará nuevamente.

^(2,6,7,19)

Las enfermedades crónicas son particularmente capaces de deprimir a los pacientes, los diabéticos presentan dicha alteración hasta en 33%. En términos generales se piensa que el tratamiento de la depresión en los diabéticos está asociado a una mejoría en el manejo y control de la diabetes y que por el contrario, la depresión no tratada está asociada a un aumento en los daños causado por la diabetes. ^(8,11)

La literatura reporta que la Diabetes mellitus 2 se presenta más frecuentemente en las mujeres, en los datos obtenidos en el estudio se encontró que los hombres eran el género más afectado en un 51.8% (29) contra 46.4% (26) de las mujeres presentadas, en cuanto a la edad si se encontró similitud con lo referido en la bibliografía, ya que los grupos de edad más afectados por la Diabetes mellitus son los de entre 61 y 70 años representando un 39.3% (22) de la muestra en estudio, la depresión y el género no fueron significativamente diferentes pues representó el 29% en 20 hombres deprimidos, contra el 26% 19 mujeres deprimidas, dato que no es similar al de la literatura pues continúan reportando a la mujer con el proceso de depresión más alto en

porcentaje y más crónico, el tiempo de padecimiento y la depresión encontrada en ese momento se presentó en un 48% (27) en los pacientes que cursaban con menor tiempo de padecer la enfermedad, que tampoco corresponde con o reportado en la bibliografía, la depresión por sí se presenta en un 69.6% de los pacientes en estudio y la literatura reporta que es frecuente en un 34.8% pero puede aumentar hasta un 69% cuando se busca en los pacientes intencionalmente, ya que en la mayoría de los casos no se le da la importancia debida al proceso de la depresión que acompaña a la Diabetes mellitus, el control metabólica y el grado de depresión encontrado no tuvieron significancia ya que se encontraron pacientes deprimidos tanto en los de buen control como en los metabólicamente descontrolados, por lo tanto no podemos confiar en que la depresión va a la mano con el descontrol metabólica de la Diabetes.

(8,11,14,15)

EDAD: La tabla 1 muestra que el mayor porcentaje de los pacientes con Diabetes Mellitus se encontró entre los 61 y 70 años de edad, siendo esto un porcentaje del 39.3 % de los pacientes estudiados.

		Frequency	Percent
Valid	20 - 30 años	1	1.8
	31 - 40 años	3	5.4
	41 - 50 años	9	16.1
	51 - 60 años	12	21.4
	61 - 70 años	22	39.3
	71 - 80 años	7	12.5
	> 81 años	1	1.8
Total		55	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

GENERO: La Tabla 2 muestra una mayor incidencia del genero masculino con predominancia del sexo femenino en un 51%.

		Frequency	Percent
Valid	Femenino	26	46.4
	Masculino	29	51.8
Total		55	100.0

Fuente: Expediente Clínico.

SEXO VS. DEPRESION: La tabla 3 observamos que en los pacientes que cursaban con Depresión en esos momentos el mayor porcentaje aunque no significativo era del sexo masculino con un porcentaje del 29%.

	Depresión		Total
	Si	No	
{Femenino	19	7	26
{Masculino	20	9	29
Total	39	16	55

Fuente: Expediente clínico y cuestionario de Hamilton

TIEMPO DEL PADECIMIENTO: La tabla 4 muestra que el mayor número de pacientes se encontraba con un tiempo de evolución del padecimiento entre menos de 1 mes a 5 años, representando un porcentaje del 48.2%.

	Frequency	Percent
Valid < 1 mes a 5 años	27	48.2
6 a 10 años	13	23.2
> 10 años	15	26.8
Total	55	98.2
Total	55	100.0

Fuente: Expediente clínico

DEPRESION: La tabla 5 muestra que el 69% de los pacientes estudiados cursaban con depresión de algún grado.

	Frequency	Percent
Si	39	69.6
No	16	28.6
Total	55	100.0

Fuente: Escala de Hamilton. Cuestionario

CONTROL METABOLICO VS. GRADO DE DEPRESION: Tabla 6 muestra un mayor porcentaje de pacientes con Depresión mayor aun encontrándose en buen control metabólico, y algunos pacientes sin depresión que están en mal control, representando porcentajes similares de mal control entre normales, depresión mayor y más que Depresión mayor.

		Grado de depresión				Total
		Normal 0 - 7	Depresión menor 8 - 12	Depresión Mayor 18 - 29	Más que depresión mayor 30 - 52	
Control metabólico	Buen control < 126 mg/dl	7	7	11	5	30
	Regular control 127 a 140 mg/dl	3	1	1	0	5
	Mal Control > 141 mg/dl	6	2	6	6	20
Total		16	10	18	11	55

Fuente: Expediente clínico y Escala de Hamilton. Cuestionario.

DEPRESION Y TIEMPO DEL PADECIMIENTO: La tabla 7 muestra que la Depresión se encontraba mayormente en los pacientes con menor tiempo de evolución de su Diabetes, posteriormente en los de menos de 10 años y en un número menor los de más de 10 años del padecimiento.

		Tiempo del padecimiento			Total
		< 1 mes a 5 años	6 a 10 años	> 10 años	
Depresión	Si	18	10	11	39
	No	9	3	4	16
Total		27	13	15	55

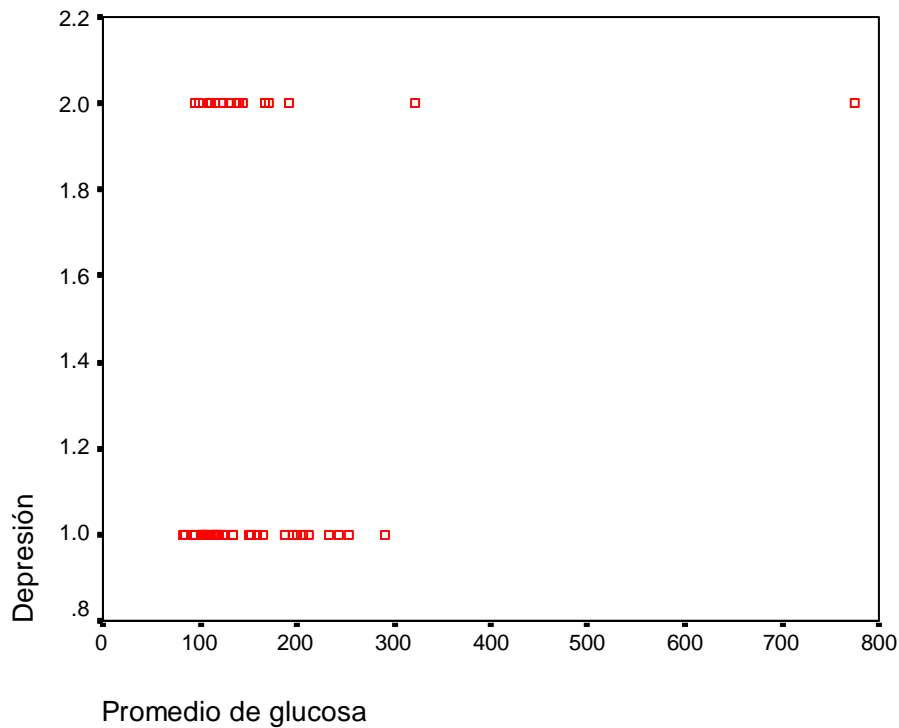
Fuente: Expediente clínico y Escala de Hamilton. Cuestionario.

PRUEBA NO PARAMETRICA DE SPEARMAN

Correlaciones

	Promedio de glucosa	Promedio de Depresión
Rho de Spearman	1.000	.146
		Sig. (bilateral)
		N
Depresión	.146	1.000
		Sig. (bilateral)
		N

REPRESENTACION GRAFICA DE LA PRUEBA DE SPEARMAN



La gráfica muestra que no hay correlación aparente entre los promedios de glucosa de los pacientes en relación a la depresión calificada por la escala de Hamilton.

CONCLUSION

Aunque el tamaño de muestra no es significativo para obtener el resultado deseado del estudio realizado, nos podemos dar cuenta de que SI existe depresión en los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 del consultorio 11 del T.V. de la UMF 171 del IMSS en Zapopan, Jalisco, México, que los mayormente afectados fueron pacientes del sexo masculino y no del femenino aunque la diferencia no es significativa, pero sin embargo comprobamos que como se refiere en la literatura los mayormente afectados se encuentran entre los 61 y 70 años de edad, debemos tomar en cuenta que el universo estudiado es de solo un consultorio, y aunque la muestra no sea significativa estadísticamente hablando, esta permitiendo conocer a la población con Diabetes mellitus tipo 2 del mismo.

Y evitar la presentación de las complicaciones y el alto costo que representa la atención de las mismas para las instituciones y los pacientes, así como su deterioro psicoafectivo por el impacto que este problema de salud conlleva y sus procesos comorvidos acompañantes, por lo tanto deberemos todos los que formamos el equipo de salud hacer más énfasis en estos rubros, e interesarnos más en la capacitación de estos pacientes tanto en el terreno de la salud física como en la salud mental.

Este estudio deberá servir para promover la realización de un estudio con una muestra significativa y darle a los resultados la relevancia que corresponda, llamando la atención entre los médicos del primer contacto y el equipo de salud encargado de los nuevos programas que el Instituto está promoviendo , despertando el interés de todos personal de salud y pacientes por prevenir, detectar oportunamente y colaborar ampliamente para el buen control metabólico de la Glucosa evitando así las presentaciones tardías en la forma temprana como se han venido presentando actualmente, logrando mejoría en la salud de los afectados y bajar costos en la atención de los pacientes con procesos comorvidos que comprometen la vida de nuestros pacientes y producen a su vez crisis para normativas dentro de sus familias, buscando con esto incrementar las redes de apoyo en sus propias familias principalmente.

ANEXOS

ANEXO 1

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Enero 2009	Febrero 2009	Marzo 2009	Abril 2009	Mayo 2009	Junio 2009	Julio 2009	Agosto 2009	Sept. 2009	Octubr e 2009	Nov. 2009
Realización y entrega de proyecto de investigación	X	X	X	X	X	X					
Detección de pacientes diabéticos aplicación de la escala de Hamilton.							X	X	X	X	
Recopilación de resultados y manejo estadístico										X	
Finalización y entrega del trabajo de investigación											X

ANEXO 2

**FORMATO DE RECOLECCION DE DATOS
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 171
DELEGACION ESTATAL JALISCO
JEFATURA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA**

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: _____

Edad: _____

No. Afiliación: _____

Domicilio: _____ CD: _____

Escolaridad: _____

Ocupación: _____ Sexo: Masculino Femenino

Estado Civil: _____ Tiempo de padecer la DM 2 _____

Cifras de glucemia de las 2 últimas consultas de control. _____

Grado de Depresión _____

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO DE INVESTIGACION SOBRE DEPRESION EN LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS AL CONSULTORIO 11 T.V. DE LA U.M.F. No. 171 DEL IMSS

Constancia de recepción del formulario.

En el día de la fecha..... he recibido del Dra. el presente formulario conteniendo información del estudio de investigación, en el que me ha propuesto participar como parte del mismo, dándome una amplia explicación de sus riesgos y beneficios esperados en el presente estudio, y aclarando que en el momento en que yo decida puedo abandonar dicho estudio si a mi me parece conveniente, sin que esto afecte la atención que recibo del instituto. Luego de leer en mi casa detenidamente con mis familiares esta información, he sido citado(a) el día..... Para que me sean aclaradas todas mis dudas.

Lugar y fecha Titulo de la investigación..... Registrado ante el Comité Local de Investigación Médica con el número..... El objetivo de este estudio es..... Se me ha explicado que mi participación consistirá en..... Y por lo tanto, declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, siendo los que a continuación se mencionan..... El investigador principal me ha dado la certeza que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, así como todo lo relacionado con la privacidad que mi persona merece serán manejados de manera confidencial. También existe el compromiso a mantenerme informado y actualizado con respecto a los avances o retrocesos que se generen en el estudio, aunque esto implique un cambio en la decisión de permanecer como participante del estudio. Espacio para anotar dudas o preguntas

Autorización (consentimiento) Habiendo recibido este formulario con tiempo suficiente para su estudio y aclarado satisfactoriamente todas mis dudas, mi firma al pie certifica que doy voluntariamente mi autorización (consentimiento) para participar en el estudio de investigación..... llevada a cabo por la Dra..... investigador principal del mismo.

Nombre y firma del paciente
investigador

Nombre y firma del

Nombre y firma testigo
Nombre y firma testigo

Nombre y firma del familiar o apoderado en caso necesario:

ANEXO 4

ESCALA DE HAMILTON

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítem.

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

- 0 = Ausente
- 1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

- 0 = Ausente
- 1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente
- 2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones
- 3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo
- 4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

- 0 = Ausente
- 1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir
- 3 = Ideas de suicidio o amenazas
- 4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- 0 = No tiene dificultad
- 1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño
- 2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir
- 2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

- 0 = No hay dificultad
- 1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
- 2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- 3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la

productividad

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

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

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

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

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitations, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

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

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

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

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

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

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

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

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo

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

2 = No se da cuenta que está enfermo.

Puntuación total

Puntuación	Gravedad del cuadro
0-7	estado normal
8-12	depresión menor
13-17	menos que depresión mayor
18-29	depresión mayor
30-52	más que depresión mayor

La Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (HAM-D, por su nombre en inglés) es uno de los instrumentos de medida más populares de la psicología clínica para evaluar los síntomas depresivos .

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Colditz G, Liu S, Solomon CG et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N. Engl. J. Med* 2001; 345: 790–7.
- 2.-King H, Aubert R, Herman W. Global Burden of Diabetes,1995-2025. *Diabetes Care* 1998; 21:1414-1431
- 3.- Rojas R, Palma O, Quintana I Salud del adulto, en Olaíz G, Rivera J, Shama T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J Encuesta Nacional de salud y nutrición 2006, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, México, 2006.
- 4.- Secretaría de Salud Salud: México 2006. Información para la rendición de cuentas. Secretaría de Salud, México, 2007 consultado en <http://evaluacion.salud.gob.mx>
- 5.- González-Trujillo G, Flores-Huerta S, Fernández- Gárate I, Martínez Montañez O, Velazco Murillo V, Fernández-Cantón S, Muñoz-Hernández O *Rev Med IMSS* 2006;44 (supl 1):S3-S21.
- 6.- Arredondo A, Zúñiga A Economic Consequences of Epidemiological Changes in Middle Income Countries: the Mexican Case. *Diabetes Care* 2004;27:104-109.
- 7.-Muñoz O, Prevención en Salud: una respuesta impostergable ante los crecientes desafíos económicos y sociales para la atención médica. Una propuesta preliminar. Mecanograma no publicado. IMSS 2006.
- 8.- Colunga-Rodríguez Cecilia, García de Alba Javier E., Salazar-Estrada José G., Ángel-González Mario. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Rev. salud pública* ; 10(1): 137-149.
- 9.- Pineda, N, Bermudez, V, Cano, C *et al.* Aspectos Psicológicos y Personales en el manejo de la Diabetes Mellitus. *AVFT*, 2004, vol.23, no.1, p.13-17.
- 10.-Guías para el diagnóstico y tratamiento el síndrome metabólico y la diabetes tipo 2 (DM2). Nuevos criterios. Leon I. *Salus online* 8 (1) Guías DM2 p. 3.
- 11.- Colunga-Rodríguez Cecilia, García de Alba Javier E., Salazar-Estrada José G., Ángel-González Mario. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. *Rev. salud pública [serial on the Internet]*. 2008 Feb [cited 2009 June 05] ; 10(1): 137-149.
- 12.- Cai-Xia Zhang^a, Yu-Ming Chen^a and Wei-Qing Chen Association of psychosocial factors with anxiety and depressive symptoms in Chinese patients

with type 2 diabetes. [Diabetes Research and Clinical Practice Volume 79, Issue 3, March 2008, Pages 523-530](#)

13.- Aguilar CA, Velásquez O, Gómez F, González A, Lara A, Molina V, et al. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. *Diabetes Care* 2003; (26):2021-2026.

14.- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E y cols. [Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys.](#) *Lancet*. 2007 Sep 8:370.

15- ¿ Por qué nos deprimimos? <http://www.depresion.saludparati.com>.

16.- Gaytán-Hernández Ana Isabel. et al. Significado de la diabetes mellitas tipo 2 desde la perspectiva del paciente. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44 (2): 113-120 119

17.- *Davies, M.; Dempster, M. *; Malone, A. *Necesidad de apoyo psicológico en pacientes diabéticos Diabetic Medicine23(8):917-919, August 2006. Editora Médica Digital.*

18.- Borges G, Medina ME, López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México* 2004; 46:451-463.

19.- Díaz-Rodríguez G, et. al. Validación de escala simétrica para el diagnóstico de depresión, en pacientes con DM2, en unidades de atención primaria. *Rev. Invest. Clin.* 2006; 58 (5): 432-440

20.- López-Pina J. Sánchez-Meca J. Rosa-Alcázar A. La escala de evaluación de Hamilton para la depresión: Un estudio meta-analítico de la generalización de la fiabilidad. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY*. 2009 ENE;9(1):143-159

21.- Rojas Huerto, Edward. Influencia de la depresión en la recuperación física de los pacientes con secuela motora de la enfermedad vascular cerebral. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/Tesis/Salud/Rojas_H_E/Cap2.htm.

22.-Garay Sevilla María Eugenia. El mundo emocional del paciente diabético. <http://octi.guanajuato.gob.mx>

23.- Shea L. Owens-Gary m. Diabetes y depresión en mujeres mayores: doble riesgo, doble carga. www.diabetesvoice.org/files/attachments/2009.

24.- Leonardo Veniegra-Velázquez. Las enfermedades crónicas y la educación la Diabetes mellitus como paradigma. *Revista médica del IMSS* .2006 Enero-Feb. 44(1):47-59.