



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**



**CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL MÓDULO
DIABETIMSS PORTADORES Y NO PORTADORES DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA-
DEPRESIVA**

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. BEATRIZ MARTINEZ CRUZ

DIRECTORA DE TESIS :

DRA. ESTHER AZCARATE GARCIA

MEXICO, D F. 2012



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.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DELEGACION NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**



**CONTROL GLUCÉMICO DE LOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EN EL MÓDULO
DIABETIMSS PORTADORES Y NO PORTADORES DE SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA-
DEPRESIVA**

T E S I S

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

PRESENTA:

DRA. BEATRIZ MARTINEZ CRUZ

DIRECTORA DE TESIS :

DRA. ESTHER AZCARATE GARCIA

MEXICO, D F. 2011

AUTORIZACIONES

Tesis respaldada por el protocolo de investigación con número de registro R-2011-3515-10 emitido por el Comité Local de Investigación de UMF No. 94 del IMSS.

Dr. Víctor Manuel Aguilar
Coordinador Delegacional de Investigación

Dr. Humberto Pedraza Méndez
Coordinador Delegacional de Educación en Salud

Dr. Alejandro Hernández Flores
Director UMF No. 94

Dr. Guillermo Arroyo Fregoso
Coordinadora Clínico de Educación e Investigación
en Salud UMF No. 94

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

A mis padres

María Cruz Moreno y José Dolores Martínez Sánchez

**Dr. Ricardo Betancourt Chavarría
Desde ese lugar hermoso, vives en mí.**

Agradezco profundamente:

Instituto Mexicano del Seguro Social

Universidad Nacional Autónoma de México

Con respeto, admiración y cariño:

Dra. Patricia Ocampo Barrio

Dra. Esther Azcarate García

Ing. Antonio Rojas Ruiz

GRACIAS

Por ayudarme a crecer y ser mejor persona

Control glucémico de pacientes diabéticos atendidos en módulo Diabetimss portadores y no portadores de sintomatología ansiosa-depresiva

Azcarate – García E.¹ Martínez –Cruz B.²

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 94, México Distrito Federal

RESUMEN

La presencia de sintomatología ansiosa-depresiva en personas que viven con diabetes determina deficiente control glucémico; suelen valorar su enfermedad como pérdida irreparable de la salud, reflejado en apego terapéutico. En la UMF solo 25–30% de los pacientes diabéticos están controlados.

Objetivo.

Comparar el control glucémico de los pacientes diabéticos atendidos en el módulo diabetimss portadores y no portadores de sintomatología ansiosa-depresiva.

Material y Métodos. Estudio observacional, comparativo y transversal en la Unidad de Medicina Familiar 94. Muestra calculada estadísticamente: determinada en 118 diabéticos, del módulo Diabetimss con mínimo 2 controles glucémicos previos, de manera voluntaria, ambos sexos, sin antecedentes de ansiedad-depresión. Mediante Escala HAD se identifico sintomatología ansiosa-depresiva. Análisis estadístico con prueba X^2

Resultados. Pacientes controlados 47.5% (n=56). La media de edad 51.81 años. Ambos casos, mayor frecuencia por grupo de edad 46-60 años (45%). Predominando sexo femenino 64.4% donde 72.6% eran descontroladas. Estado civil; casados (61%). Escolaridad primaria y ocupación el hogar. Para ansiedad: pacientes controlados como caso dudoso 23%, probable 16.1%. Pacientes no controlados 33.9% como caso probable, 25.8% caso dudoso. La X^2 fue 6.194 (significancia 0.05). Depresión: pacientes controlados 80.4% sin depresión, 14.3% casos dudosos, 5.4% caso probable. Los No controlados sin depresión 66.1%, 19.4% casos dudosos, 14.5% casos probables, resultado X^2 de 3.69.

Conclusiones. Hay diferencia estadística entre los pacientes con control glucemico y la ausencia de sintomatología ansiosa contra los pacientes que si la presentan; existe significativamente mayor descontrol entre los pacientes diabéticos con sintomatología ansiosa.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, diabetes mellitus.

¹ Médico Especialista en Medicina Familiar. Unidad de Medicina Familiar No 94 IMSS

² Médico Residente del 3º año del Curso de Especialización en Medicina Familiar No. 94 IMSS.

ÍNDICE	
INTRODUCCIÓN	4
• Definición del problema de investigación.	5
• Objetivo de la investigación.	5
• Relevancia del estudio	5
Propósito	6
Hipótesis.	6
• Definición operacional de las variables	6
• Justificación.	6
CAPITULO I	7
• MARCO TEÓRICO	15
• ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	15
CAPITULO II	
METODOLOGÍA	18
• Diseño de la investigación	18
• Población	18
• Escenario	18
• Diseño de los instrumentos	18
• Obtención de la información	19
CAPITULO III	
• RESULTADOS	20
• ANALISIS DE RESULTADOS	21
CAPITULO IV	
• DISCUSIÓN	22
• CONCLUSIONES	25
• RECOMENDACIONES	26
• BIBLIOGRAFÍA.	26
• WEWBIBLIOGRAFIA	30
• ANEXOS	31

INTRODUCCION

La diabetes conocida como un problema de salud pública por su alta frecuencia e impacto en la calidad de vida de los pacientes, es una de las enfermedades crónicas que más requiere de la colaboración del paciente con su Médico Familiar para favorecer su evolución adecuada, debido a que de su control dependerá la calidad de vida del paciente. Así mismo los trastornos depresivos aparecen con mayor frecuencia en enfermedades crónicas como la diabetes, los pacientes tienen una sensación de pérdida, durante el transcurso de la enfermedad desde su diagnóstico. Tan solo la prevalencia a nivel mundial en el primer nivel de atención es del 12% y en México se ha reportado de 14%, para depresión del 10%, en diabéticos del 30 hasta el 65%. Se han realizado diversas investigaciones que documentan la influencia de la ansiedad y depresión sobre la diabetes, donde existe mayor probabilidad de descontrol glucémico cuando hay un trastorno depresivo y viceversa, consecuentemente hay una baja adherencia al tratamiento. Aun con los esfuerzos realizados por el equipo multidisciplinario de salud, existe un pobre control glucémico en los pacientes que acuden a la unidad de medicina familiar No. 94, donde tan solo el 25 a 30 % de los pacientes registrados tienen control glucémico.

Este trabajo de investigación surge como una necesidad de plantear una posible respuesta, que permita documentar en esta unidad de medicina familiar la relación existente entre la diabetes y la sintomatología ansiosa y depresiva para buscar estrategias, así como apoyo multidisciplinario del equipo de salud, ante la falta de adherencia al tratamiento observado en los pacientes diabéticos en su pobre control glucémico, contribuyendo así a mejorar la calidad de vida del paciente y favoreciendo a la institución por los altos costos que genera su atención.

DEFINICION DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

En la UMF No 94 se tiene un censo aproximado de 13 389 diabéticos en el año 2010, desafortunadamente el porcentaje de pacientes controlados es solo de alrededor del 25-30%, siendo uno de los principales motivos de consulta. Investigación previa sobre frecuencia de depresión en diabéticas han reportado la presencia hasta en un 63.7% de la población estudiada.

La observación empírica realizada durante la rotación por los diferentes consultorios de la Unidad, así como en el modulo de atención DIABETIMSS, muestra que un número importante de paciente diabéticos cursan con sintomatología propia de ansiedad o depresión (no apego al tratamiento médico).

Por lo que consideramos de suma importancia identificar si los pacientes que cursan con síntomas ansiosos o depresivos presentan mal control glucémico.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Comparar el control glucémico de los pacientes diabéticos atendidos en el módulo Diabetimss portadores y no portadores de sintomatología ansiosa-depresiva.

RELEVANCIA DEL ESTUDIO

En la actualidad, se ha documentado la importancia del estado de ánimo sobre el control glucémico de los pacientes que padecen Diabetes. En la práctica diaria en consultorios y modulo Diabetimss, se observa de manera empírica que los pacientes con DMt2 y sintomatología ansiosa y/o depresiva, presentan problemas en su autocuidado y en la interacción para vivir con su enfermedad, lo cual explica su transgresión y conducta renuente ante las indicaciones médicas establecidas para su adecuado control; como consecuencia hay un pobre control glucémico y un riesgo elevado de presentar complicaciones. Por lo que consideramos de vital importancia valorar mediante una herramienta clínica el estado de ansiedad y depresión de los pacientes diabéticos que permitan al médico familiar y a la Institución planear estrategias que favorezcan el control glucémico de dichos pacientes y disminuir los riesgos para complicaciones.

PROPÓSITO

La finalidad de esta investigación es documentar la presencia de reacciones emocionales negativas: ansiedad y depresión, relacionadas a un pobre control glucémico en

esta unidad de primer nivel de atención; partiendo de los resultados encontrar alternativas medicas preventivas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes que viven con diabetes, promoviendo la integración del equipo multidisciplinario.

HIPÓTESIS

Los pacientes diabéticos atendidos en el módulo Diabetimss no portadores de sintomatología ansiosa-depresiva presentan un mejor control glucémico, en comparación con los diabéticos portadores de sintomatología ansiosa o depresiva.

DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

Control glucémico: Promedio de los 2 últimos reportes de glucemia, expresado en glucosa y medido en mg/dl.

Sintomatología ansiosa-depresiva: Síntomas y signos del estado de ánimo identificados por la escala Hospital Ansiedad y depresión (HAD).

Variables universales

- **Estado civil:** Estado civil referido por el paciente en el instrumento.
- **Ocupación:** Actividad referida por el paciente en el instrumento.
- **Escolaridad:** Escolaridad referida por el paciente en el instrumento.
- **Sexo:** El referido por el paciente en el instrumento.
- **Edad:** La referida por el paciente en el instrumento.

JUSTIFICACION

La evidencia científica actual señala que los pacientes diabéticos son dos veces más susceptibles de padecer depresión que los no diabéticos. En nuestro país la depresión se considerada como el trastorno afectivo más frecuente tanto en población ambulatoria (Prevalencia del 6 al 20%) como hospitalizada (15-47%).

La prevalencia de depresión que manifiestan estos pacientes puede ser atribuida al proceso de duelo desencadenado ante la pérdida irrecuperable de la salud.

Ello explica una mayor prevalencia de depresión en el período que acompaña el establecimiento del diagnóstico, así como en la etapa en que el paciente se ve obligado a realizar cambios a sus hábitos de vida ó bien cuando ya presenta complicaciones crónicas de la enfermedad.

Desafortunadamente, el diagnóstico de ansiedad y/o depresión en este tipo de pacientes resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes.

Lo que se asocia a una escasa participación del paciente en el apego terapéutico establecido, manifestado en un pobre control metabólico y una elevada incidencia de complicaciones diabéticas.

CAPITULO I

MARCO TEORICO

El objetivo de la atención del Médico Familiar es cuidar el proceso de salud-enfermedad del individuo dentro de su núcleo familiar. De tal forma que la atención del paciente diabético tipo 2 es una de las acciones médicas, educativas y preventivas que realiza durante su práctica clínica.

La Diabetes Mellitus (DM) se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos. Clínicamente se manifiesta con la elevación de glucosa. En el caso de la DM tipo 2 la hiperglucemia es atribuible a un doble mecanismo: producción deficiente de insulina y resistencia periférica a la acción de la misma. De acuerdo con sus características fisiopatológicas y clínicas se clasifica:

- DM tipo 1. El 7% de todos los casos de DM corresponde a este tipo, se caracteriza por una deficiencia absoluta en la producción de insulina a causa una alteración autoinmune de los islotes pancreáticos, generalmente afecta a niños, adolescentes o adultos jóvenes.
- DM tipo 2. Alrededor del 90% de los pacientes diabéticos presentan este tipo, se caracteriza por una deficiencia relativa y resistencia de los tejidos periféricos a la acción de la insulina, generalmente afecta a la población adulta obesa.
- DM gestacional. Este tipo de DM se desencadena por los cambios hormonales característicos del embarazo, se manifiesta entre la semana 24-28 de la gestación y puede persistir aún después del parto.
- Otros tipos específicos de DM. Generalmente secundarios a diversas enfermedades metabólicas. ¹.

Los factores de riesgo relacionados con la DM tipo 2 son:

- Antecedente familiar de diabetes ó macrosomias
- Sobre peso u Obesidad
- Resistencia de tejidos periféricos a la acción de la insulina
- Sedentarismo
- Estrés crônico
- Edad mayor de 45 años
- Dislipidemias
- Hipertensión arterial sistêmica
- Diabetes gestacional

El comportamiento epidemiológico de la DM, ha llevado a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Federación Internacional de Diabetes (FID) ha etiquetar a la DM como la epidemia que del siglo XXI. Se estima que en año 2010 existirán cerca de 285 millones de diabéticos en todo el mundo. La FID señala que las complicaciones asociadas con la diabetes ocasionan una pérdida de 23 millones de años de vida. ²

Dada su asociación con los estilos de vida poco saludables se considera que para el año 2025, el 75% de la población mundial con diabetes habitará en los países en desarrollo. Actualmente la India, China y los Estados Unidos de Norteamérica son los países con la mayor población de adultos con DM. ³

Una particularidad en el perfil epidemiológico de esta epidemia es el hecho de que en los países desarrollados la población más afecta por la DM son los adultos mayores de 65 años, en tanto que en los países en desarrollo son los adultos de entre 45 a 64 años. ⁴

En México, en el año de 1980 la DM tipo 2 ocupaba la 9ª causa de muerte, desafortunadamente este comportamiento ha cambiado drásticamente, pues desde del año 2000 paso a ser la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. Entre los años 2001 a 2005 anualmente la mortalidad por diabetes ha crecido a un ritmo sostenido de 3%. La ser la principal causa de incapacidad laboral, ceguera e insuficiencia renal, se ha colocado como la segunda causa de pérdida de años de vida saludable y consume entre 4.5 y 6.5 % del presupuesto total nacional para la atención de la salud.

La Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (ENSA 2005) estimó que la prevalencia de diabetes entre los mayores de 20 años de edad es del 9.5 %. Siendo el sexo femenino más afectado (7.3%) en relación con los hombres (6.5%). En este mismo año el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI) reportó que la DM (junto con otras enfermedades como hipertensión arterial, las enfermedades del corazón y los accidentes vasculares), es una de las principales causas de muerte en los últimos diez años.⁵

El cuadro clínico inicial de la DM desafortunadamente es muy escaso, llegando a estar asintomáticos casi la mitad de los pacientes portadores de esta enfermedad, teniendo como único elemento diagnóstico el hallazgo casual de hiperglucemia o glucosuria. Los síntomas y signos de la DM, son tan clásicos que también son empleados como criterios diagnósticos.

La tríada clínica se caracteriza por aparición gradual de polidipsia, poliuria (en ocasiones nicturia) y polifagia. Acompañada de alteración en la energía del paciente que se manifiesta con cansancio, fatiga, debilidad, pesadez y sueño; así como pérdida inexplicable de peso inexplicable.⁶

Complicaciones de la DM⁷

Agudas

Cetoacidosis diabética: La tríada clínica se caracteriza por aparición gradual de polidipsia, poliuria (en ocasiones nicturia) y polifagia. Acompañada de alteración en la energía del paciente que se manifiesta con cansancio, fatiga, debilidad, pesadez y sueño; así como pérdida inexplicable de peso inexplicable.⁶

Estado hiperosmolar hiperglucémico: Es un estado clínico que se caracteriza por osmolaridad plasmática \geq a 320, hiperglucemia $>$ 600mg/dl y ausencia de cetonas en sangre. Generalmente afecta a los diabéticos tipo 2, esta complicaciones esta desencadenada por factores precipitantes como infecciones, enfermedades coexistentes, medicamentos que disminuyen la liberación o acción de la insulina.

Hipoglucemia: Se caracteriza por glucosa sérica $<$ 60mg/dl., lo que desencadena hipoglucemia severa puede llevar a un paciente a un estado de neuroglucopenia y la muerte.

Crónicas

Microangiopáticas: retinopatía y nefropatía.

Macroangiopáticas: genera enfermedad cardiovascular y cerebrovascular.

Neuropatía: incluye afectación de fibras somáticas y autonómicas del SNP.

Alteraciones dérmicas: destacan la dermatopatía diabética, pie diabético, infecciones y necrobiosis lipoídica.

El tratamiento farmacológico de la DM se presenta en el siguiente cuadro de acuerdo a los lineamientos de las guías y normas vigentes.^{8, 9, 10}

Medicamento	Mecanismo acción	Indicaciones	Contraindicaciones	Efecto HBA1c	Efecto
Sulfonilureas	Incrementa secreción pancreática de insulina	DM2 recién diagnóstico Sin sobrepeso	DM1 Embarazo IRC Insuficiencia Hepática	Reduce 1-2%	Aumenta
Biguanidas	Disminuye producción hepática de glucosa	DM2 recién diagnóstico Con sobrepeso	Embarazo IRC Insuficiencia hepática Insuficiencia cardíaca Acidemia Infección grave	Reduce 1-2%	Disminuye
Glinidas	Incrementa secreción pancreática de insulina	Hiperglucemia postprandial IRC	DM1 Embarazo Insuficiencia cardíaca	Reduce 1-2%	Aumenta
Tiazolidinedionas	Incrementa captación de glucosa en el músculo estriado	Falla de sulfonilureas y biguanidas	Embarazo Retención hídrica Insuficiencia cardíaca Insuficiencia hepática Anemia DM1	Reduce 0.9-1.5%	Aumenta
Inhibidores alfa glucosidasa	Disminuye absorción intestinal de glucosa	Falla con sulfonilureas y biguanidas. Hipeglucemia postprandial	Absorción intestinal deficiente SII Insuficiencia hepática	Reduce 0.5-1%	Neutro
Incretinas Análogos de amilina	Incrementa secreción de insulina. Disminuye producción hepática de glucosa. Retarda el vaciamiento gástrico.	Falla a biguanidas, hiperglucemia postprandial	Embarazo, IRC ó hepática, DM1	Reduce 0.5-1%	Disminuye

La decisión terapéutica definitiva dependerá en cada momento del médico, que deberá individualizar el tratamiento según las características del paciente en cuestión.¹¹

El tratamiento no farmacológico de la DM, en la actualidad tiene una gran importancia, a nivel mundial.¹² Ya en las últimas décadas se ha demostrado que entre la población con más alto riesgo de desarrollar ó no alcanzar el control de DM tipo 2 son los portadores de sobre peso u obesidad, de tal manera la reducción de 5 a 10% del peso corporal (promedio 3.5kg)

ofrecer una prevención o control de la enfermedad del casi 60 %. Así mismo la realización diaria de por lo menos 30 minutos de actividad aeróbica moderada durante cinco días a la semana, puede proporcionar una prevención ó control de la enfermedad del 30 %. De tal manera que la combinación de ambas acciones estaría dando una protección del 90%, quedando solo un 10% a cargo de los fármacos. El paciente diabético, requiere alcanzar glucemias y control de lípidos cercanos a lo normal, para proporcionar la energía necesaria y conseguir un peso razonable, además de prevenir, retardar y tratar las complicaciones.¹³

Los parámetros de control que indican control metabólico de la DM tipo 2 son los siguientes.

1. Tensión Arterial < 130/80 mm Hg.
2. Glucosa <115 mg/dL,
3. Hemoglobina glicada < 7 %
4. Colesterol total < 200 mg/dL
5. Colesterol HDL \geq 40 mg/dL en hombres
6. Colesterol HDK \geq 50 mg/dL en mujeres
7. Colesterol LDL < 100 mg/dL
8. Triglicéridos < 150 mg/dl.

El tratamiento de la DM tiene tres objetivos: a) mejorar el estado anímico, b) alcanzar un buen control metabólico y c) mejorar la calidad de vida. En los diabéticos merecen especial atención los trastornos depresivos por su incidencia e impacto en el curso de la enfermedad. En poblaciones de personas diabéticas, la depresión presenta una prevalencia variable del 8.5% al 27.3%. De estos el 64% han presentado un episodio depresivo durante el primer año de haberse establecido el diagnóstico.¹⁴

Durante el devenir de la vida, el ser humano afronta ineludiblemente un sin número de diversas pérdidas. **La pérdida irreparable de la salud**, como sucede en el caso específico de las enfermedades crónicas produce un gran impacto emocional, lo que trastorna todos los aspectos de vida de los enfermos, ya que está pérdida obliga a replantear y revalorar el estilo de vida que se ha llevado hasta el momento.

Es así como el diabético enfrenta paralela y simultánea malestares físicos (derivados de la enfermedad misma) y emocionales (derivado del saberse diabético y las restricciones que la enfermedad traerá sobre su estilo de vida); este proceso es conocido como “duelo”, manifestado por sintomatología ansiosa y/o depresiva.¹⁵

El duelo se define como una experiencia universal, única y dolorosa por la pérdida de un ser

querido, objeto o función significativa, que desencadena una compleja reacción psicológica. La intensidad y evolución del duelo depende de la personalidad y marco referencial de cada individuo, la relación establecida con la pérdida y redes de apoyo social.¹⁶

La clasificación internacional de enfermedades 10 (CIE-10) define el duelo como un sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, lo que se manifiesta como humor depresivo, ansiedad, preocupación, sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas. Así mismo establece criterios para diagnóstico de ansiedad y depresión de manera independiente. El manual diagnóstico de enfermedades mentales IV (DSM IV) considera el duelo como una reacción ante alguna pérdida significativa que se manifiesta como un episodio depresivo mayor, estrés postraumático, melancolía, insomnio y anorexia. La duración del duelo es muy variable, la mayoría de los artículos refieren que la duración normal del duelo es inferior a un año; sin embargo otros artículos consideran que el duelo no complicado puede tener una duración de hasta dos años.¹⁷ Existen guías clínicas del IMSS, que se refieren a trastornos de ansiedad y depresión, estableciendo criterios diagnóstico y terapéuticos. Cuando el duelo se prolonga más allá de este tiempo se habla de duelo complicado, manifestado como ansiedad complicada y depresión, entidades que provoca diversos daños a la salud y generalmente requiere de apoyo profesional.¹⁸

La Depresión y la DM son entidades patológicas con susceptibilidad genética biológica independiente, de tal manera que hasta el momento no se ha podido establecer quien preside a quien. Lo que si está bien identificado es que en su evolución clínica están intrínsecamente relacionadas. Las alteraciones bioquímicas de la Depresión estimulan la secreción de neurotransmisores que producen hiperglucemia. El mal control metabólico produce alteración de los neurotransmisores serotoninérgicos que precipitan o agravan la depresión.

Lo que da por resultado una doble cascada de síntomas: estima individual baja, inestabilidad emocional, irritabilidad, desesperanza, rebelión y vacío existencial, etc. Metabólicamente se presentan cifras de glucosa, colesterol, triglicéridos, y peso elevadas, que pueden ya estar señalando la existencia de complicaciones.¹⁹

El solo hecho de diagnosticar a una persona como portadora de diabetes mellitus tipo 2, desencadena un duelo. Con esta simple acción el médico altera la imagen y concepto que el

paciente tenía de sí mismo, así mismo se trastorna su status familiar, social y laboral. Así mismo el paciente se ve obligado a reflexionar sobre su vida y replantearse su muerte (la enfermedad viene a devorar algo más profundo y esencial, algo de lo que dependen los sueños y las metas aún por cumplir). De tal forma, el sufrimiento físico y emocional derivado de saberse diabético, hace que el enfermo adopte diversas reacciones adaptativas (rabia, culpa, tristeza, enojo, desesperación, tristeza, desesperanza, impotencia, depresión, etc.) que pueden conducirlo a una disfunción importante en los diversos roles sociales y laborales que desempeña. Lo que explica la conducta oposicionista y renuente que muestran los pacientes ante las indicaciones médicas establecidas. Así mismo es frecuente observar que una cuarta parte de las personas que tienen una pérdida presenta depresión o ansiedad en el primer año de ocurrida esta.²⁰

El proceso de duelo normal desde la perspectiva psicológica es el siguiente:

Inicio. Se caracteriza por alteraciones afectivas, que producen una sensibilidad anestesiada y un intelecto paralizado e irregularidades fisiológicas a nivel de sistema nervioso autónomo que alteran el ritmo cardiaco, producen náuseas, temblor, etc. La primera reacción que presenta la persona es el rechazo y la incredulidad que puede llegar hasta la negación, manifestada por un comportamiento tranquilo e insensible, o por el contrario, exaltado. Se trata de un sistema de defensa. La persona que ha sufrido la pérdida activa inconscientemente un bloqueo de sus facultades de información. Esta fase es de corta duración, se extiende desde el anuncio de la muerte hasta el término de las honras fúnebres. En el caso de las enfermedades crónicas esta etapa puede prolongarse hasta agotar las alternativas de rechazo al diagnóstico establecido.

Desarrollo. Es la etapa del duelo de mayor duración, ya que se constituye en el núcleo mismo del este proceso, clínica y fisiopatológicamente se caracteriza como un proceso depresivo condicionado por el recuerdo persistente y activo de la pérdida. Conforme pasa el tiempo, alterna momentos de recuerdo doloroso con la paulatina reorganización de la vida externa e interna de quien sufrió la pérdida. En esta fase la persona de manera "obsesiva" se tiene presente el recuerdo del ser querido o de la pérdida experimentada, añorando los pequeños detalles de la vida cotidiana que ha perdido.

Desenlace. Corresponde al periodo de restablecimiento, comienza cuando el sujeto mira hacia el futuro, se interesa por nuevos objetos y es capaz de volver a sentir nuevos deseos y de expresarlos. Este periodo de adaptación se manifiesta por el desarrollo de nuevas relaciones sociales. Se separa de los objetos personales del fallecido, guardando solamente los significativos. El estado depresivo se disipa, el dolor y la pena van disminuyendo, la persona experimenta un alivio. El final del duelo se manifiesta, esencialmente, por la capacidad de amar de nuevo.²¹

Las fases del duelo varía de acuerdo a los distintos investigadores, en el siguiente cuadro se concentra la clasificación de los autores más reconocidos.²²

INVESTIGADORES					
<i>Lindemann</i>	<i>Parkes & Bowlby</i>	<i>Ángel</i>	<i>Kübler & Ross</i>	<i>Rando</i>	<i>Neimeyer</i>
1ª Fase					
Conmoción Incredulidad	Aturdimiento	Conmoción Incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
2ª Fase					
Duelo agudo	Anhelos Búsqueda	Desarrollo de Conciencia	Ira	Confrontación	Asimilación
3ª Fase					
Resolución	Desorganización Desesperación	Restitución	Negociación	Restablecimiento	Acomodamiento
4ª Fase					
	Reorganización	Restitución	Depresión		
5ª Fase					
		Resolución	Aceptación		
6ª Fase					
		Idealización			
7ª Fase					
		Resolución			

Desde hace varios años diversos autores han defendido la idea de que para superar el duelo es necesario pasar por varias fases o etapas. No obstante, y siguiendo el planteamiento propuesto por J.W. Worden, el hecho de hablar de fases y/o etapas puede colocar a la persona en una posición pasiva frente a su dolor, donde no sea posible hacer nada más que esperar que se vayan sucediendo gradual o progresivamente dichas etapas. Por este motivo, este autor prefiere hablar de “tareas del duelo”, lo que sitúa al sujeto en una postura más activa de cara a la elaboración del mismo. Hablar de tareas implica que la persona puede hacer algo para manejar su dolor. Aunque esas tareas requieren un cierto esfuerzo. Las tareas no siguen necesariamente un orden específico, en su definición se sugiere un cierto

ordenamiento. No obstante, pueden darse en cualquier momento.

Una persona pocas veces solicita asistencia médica o psiquiátrica; por lo tanto el médico de primer contacto debe reconocer que muchas de sus acciones implican una serie de pérdidas para su paciente. De tal manera que cuando establece el diagnóstico de una enfermedad crónica, encubiertamente está enviando el mensaje de que se ha producido una pérdida irreparable de la salud, y no solo eso, sino momento disfrutaba, lo que también significa una pérdida.²³

En la actualidad se ha identificado que la persona a la que se ha etiquetado como diabética presenta las siguientes manifestaciones psicológicas y físicas ligadas a su proceso:

- Sentimientos: tristeza, soledad, añoranza, ira, llanto fácil, culpabilidad y auto reproche, ansiedad, depresión, paranoia, etc.
- Sensaciones físicas: estomago vacío, tirantez en tórax o garganta, hipersensibilidad a los ruidos, sentido de despersonalización, sensación de ahogo, boca seca, palpitaciones, somatización, etc.
- Cogniciones o pensamientos: negación, rechazo, incredulidad, confusión, preocupación, recuerdo constante de la pérdida, alucinaciones visuales y auditivas.
- Comportamiento o conductas: sueños repetitivos alrededor de la pérdida, trastornos del apetito, conductas temerarias, auto agresión, aislamiento social, suspiros, hiperactividad o impulsividad.

Ante esta circunstancia el médico debe estar alerta en reconocer y apoyar a sus pacientes, pues los duelos insuficientemente elaborados pueden precipitar la aparición de psicopatología. Entendiendo como elaboración del proceso de duelo a la serie de procesos psicológicos complejos que comenzando con la pérdida y termina con la aceptación de la nueva realidad.²⁴

Para poder brindar una adecuada detección se debe crear un clima de seguridad y confianza entre el prestador de servicios y el paciente, por lo que se deben considerarse los siguientes aspectos:

- Iniciar y mantener una comunicación altamente efectiva
- Mantener una actitud de empatía y comprensión.
- Escuchar sus necesidades sin emitir juicios.

- Atender las reacciones iniciales del duelo.
- Proporcionar un espacio privado para escuchar sus dudas y demandas.
- Informar sobre el proceso de duelo que enfrentan.
- Enviar con otro especialista a los pacientes que así lo requieran.

No se olvidar que el objetivo es prevenir el deterioro de la salud mental, evitar sufrimientos innecesarios y optimizar los costos de las instituciones de salud. ⁽¹⁾

En la actualidad se han construido y validado diversos **instrumentos** que identifican depresión y ansiedad, aunque de manera separada: Para fines de nuestro estudio utilizaremos la escala de ansiedad y depresión HAD), instrumento construido por Zigmond y Snaith (1983) basados en la elevada prevalencia de depresión que observaron en los pacientes con enfermedad crónica que eran hospitalizados. Su traducción y validación al español fue realizada por Tejero, reportando una confiabilidad por alfa cronbach de 0.81 para ansiedad y 0.82 para depresión y concluyeron que es un instrumento corto, de fácil aplicación que proporciona información separada de ansiedad y depresión. ⁽²⁾

Este instrumento consta de 14 ítems divididos en dos subescalas: 7 ítems para ansiedad (1,3,5,7,9,11 y13) y 7 ítems para depresión (2,4,6, 8,10,12 y 14). Los cuales tienen la característica de estar contruidos en una escala tipo liker con posibilidad de cuatro respuestas (0 al 3).

La interpretación de este instrumento señala que puntuaciones menores a 8 indica la ausencia de ansiedad-depresión; de 8 a 10 son calificadas como casos fronterizos o borderline para ansiedad-depresión, y puntuaciones mayor a 10 se considera con estados ansiosos-depresivos. Sin embargo la puntuación es solo un indicador clínico, más no el diagnóstico.

Cabe mencionar que esta escala también ha sido utilizada en otros grupos, tal es el caso de pacientes, obesos, con cáncer, en insuficientes renales, adolescentes y embarazadas. ⁽³⁾

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La evidencia científica indica que el estado de ánimo y la diabetes están clínicamente relacionados. Es tal el caso de la depresión, donde hay alteraciones bioquímicas que estimulan la secreción de neurotransmisores que producen hiperglucemia. Así mismo un mal control de cifras metabólicas provoca una alteración de neurotransmisores serotoninergicos,

dando como resultado los síntomas propios como baja estima, inestabilidad emocional, irritabilidad, desesperanza, rebelión y vacío existencial. Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos pico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos. Se refiere que la persona con diabetes puede desarrollar un proceso de duelo que prácticamente puede desencadenar cualquier tipo de 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 sociodemográficas 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. ²⁵

Otro estudio donde se asocia Depresión y DM es el realizado por Larijani y colaboradores, quienes estudiaron a 375 pacientes portadores de DM2, aplicándoles la escala de Beck encontraron que el 41% de los pacientes tenían depresión leve y 23% cursaron con depresión severa y el 9.3% cursaron con desorden distímico. Estos investigadores concluyen que la asociación de DM y depresión es más frecuente en las mujeres y esto les lleva a presentar descontrol metabólico crónico y aparición de complicaciones tempranas. Finalmente concluyen que en poblaciones de personas diabéticas, la depresión presenta una prevalencia variable del 8.5% al 27.3%. De estos el 64% han presentado un episodio depresivo durante el primer año de haberse establecido el diagnóstico. ²⁶

En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas., por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México. Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación, por las que suelen atravesar el paciente; sin embargo, en estas etapas, existen grandes agujeros negros en los que permanece por muchos años la persona o de los que nunca avanza para llegar a la aceptación, donde hay

más probabilidades de lograr autocontrol. ²⁷

En 2004 López-Amador, en la UMF 94, realizaron un estudio acerca de las creencias que tienen los pacientes diabéticos sobre su enfermedad, mediante entrevistas a 60 pacientes , los cuales coincidieron en que la diabetes es una enfermedad peligrosa , que los lleva a un deterioro orgánico con un destino y complicaciones inevitables. Refieren a la enfermedad como malestar crónico y limitante de su vida, lo que les causa angustia, puesto que ya no es normal. Los investigadores percibieron un sufrimiento psíquico permanente, donde el paciente relaciona el tratamiento de su enfermedad con una carga y con cambios drásticos en su vida. ²⁸

Isla- Moncho en España en 2008, presentaron un estudio acerca del proceso de adaptación de la DM Tipo 1 y su concordancia con las etapas del proceso de duelo descrito por Kubler Ross, el cual se realizó mediante entrevistas a 20 pacientes a sus familiares y al equipo de salud (médicos y enfermeras), con los siguientes resultados: los pacientes y sus familias afrontan la enfermedad relacionándola al cambio en su estilo de vida, abarcando etapas semejantes a las descritas por Kubler Ross (negación, rebeldía, negociación y aceptación). Hubo diferencias debidas a factores psicosociales y personales. Además de sentirse amenazados por las implicaciones del tratamiento y sus consecuencias por lo que justifican no seguir las indicaciones. Y en cuanto a los profesionales de la salud, relacionan la mala adherencia con la negación de la enfermedad. Por lo que concluyen que es mejor hablar de la adaptación de la enfermedad que la aceptación, ya que los procesos de duelo están en curso, los pacientes tienen que reconstruir su identidad de acuerdo a su situación. El ciclo de dolor también afecta a la familia y pueden diferir de la del paciente en su duración, intensidad y evaluación de los problemas. ²⁹

La investigación realizada por Lorrabaquio, ofrecen valiosos datos acerca del duelo y la diabetes. Señala que el total de personas que reciben la noticia de ser diabéticos perciben este diagnóstico como una agresión. 17% refirieron haber experimentado un intenso miedo y 9% no aceptaron este diagnóstico. Se encontró en etapa de negación el 51% y en etapa de enojo 46% y solo 3% en etapa de resignación. ³⁰

Colunga y García de Alba realizaron un estudio en 2005 donde la prevalencia de depresión

fue de 63 %, en una proporción de 3 a 1, mayor en mujeres que en hombres con razón de momios 3,17(IC 95 % 2,08-4,82) $p=0,0000$. Existieron diferencias en escolaridad, estado civil y ocupación entre deprimidos y no deprimidos ($p<0.05$), la edad no represento diferencias, al igual que las variables metabólicas, excepto IMC. Respecto a las variables socio-demográficas y clínico-metabólicas por sexo, no encontraron asociación en las primeras, sin embargo, antigüedad diagnóstica y estadio clínico si se asocian con sexo, la primera de estas se asoció solo en hombres y la segunda en ambos sexos.³¹

En 2009 Castro realizó en Yucatán un estudio de investigación en una muestra de 186 pacientes, de estos solo el 4.3% se encontraban con niveles de glucosa menor de 140mg/dl y el 27.4% presentaban un trastorno ansioso-depresivo. Concluyeron que el trastorno depresivo está asociado a descontrol glucémico en estos pacientes diabéticos estudiados.³²

CAPITULO II

METODOLOGIA

DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Descriptivo, transversal, comparativo y prolectivo.

POBLACION

118 Personas portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, atendidas en el módulo Diabetimss.

ESCENARIO

Modulo DIABETIMSS de la Unidad de Medicina Familiar No. 94, incluyendo aula de sesiones y consultorio.

DISEÑO DEL INSTRUMENTO

Se utilizó el instrumento denominado Hospital Anxiety and depression Scale (HAD), fue construido y validado por Zigmond y Snaith (1983), éste permite identificar y clasificar la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes portadores de una enfermedad física crónica y fue diseñada para la evaluación de la ansiedad y depresión en servicios de consulta externa no psiquiátricos. Tejero y cols. lo tradujeron y validaron al castellano determinando una consistencia interna de 0.81 para ansiedad y 0.82 para depresión, además es un instrumento corto y de fácil aplicación.

Este instrumento consta de 14 ítems divididos en dos subescalas: 7 ítems para ansiedad (número 1,3,5,7,9,10,11 y13) y 7 ítems para depresión (número 2,4,6, 8,10,12 y 14). Los cuales tienen la característica de estar contruidos en una escala tipo licker con posibilidad de cuatro respuestas (0 al 3).

La interpretación de este instrumento señala que puntuaciones de 8 a 10 son calificadas como casos fronterizos o borderline para ansiedad-depresión, puntuación mayor a 10 se considera con estados ansiosos-depresivos y una puntuación menor a 8 indica la ausencia de ansiedad-depresión.

Es importante señalar que Torres y cols. Documentaron una sensibilidad para un punto de corte de 8 para ambas subescalas. Con sensibilidad de 0.97 y especificidad de 0.96.

OBTENCION DE LA INFORMACION

La integración de la muestra fue realizada por el residente responsable al inicio de las actividades del módulo Diabetimss (8, 11, 14 y 17 horas).

Previo a la sesión de Diabetimss, se les invito a los pacientes que acuden al modulo a participar del estudio, explicándoles los objetivos del mismo.

Después de identificar a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión a través de la revisión de los expedientes utilizados en el módulo diabetimss y en entrevista directa, se procedió a realizar el promedio de las 2 últimas glucemias presentadas en cada paciente, documentado en el expediente clínico.

El Médico Residente dio la instrucción acerca del llenado del instrumento HAD, así como de los datos personales.

De manera inmediata se calificó el instrumento y en los pacientes con puntuaciones mayores de 10 se sugirió envió a su Médico Familiar, con el propósito de complementar el diagnostico.

Los pacientes fueron catalogados de acuerdo a los parámetros utilizados en el modulo como controlados con una glicemia de 115mg/dl y como descontrolados con la cifra mayor a esta. También se realizo la clasificación en cuanto a pacientes cómo controlados con y sin trastorno ansioso o depresivo y descontrolado con y sin trastorno ansioso o depresivo.

En este estudio se utilizó la estadística descriptiva y medida de tendencia central y la relevancia estadística de variables se evaluó con ji cuadrada, el nivel de confianza fue 95%,

se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.

CAPITULO III

RESULTADOS

Los resultados obtenidos son los siguientes: participaron 118 pacientes portadores de DM2: en cuanto a la distribución por Edad y Sexo con una media de edad de 51.81 años. Se observó en el grupo con control glucémico una mayor frecuencia en el grupo de 46 a 60 años con 29 (51.78%); seguida del grupo de 61 a 75 años con 16 (28.6%). En el grupo sin control glucémico se observa una frecuencia para el grupo de 46 a 60 años de 25 (45.4%) y en el intervalo de 61 a 75 años de 22 (35.5%). (Cuadro 1)

En ambos grupos predomina el sexo femenino con 55.4%(n= 31) de las pacientes con control glucémico y 72.6% (n=41) de las pacientes no controladas. (Cuadro 2)

En referencia al Estado Civil, hay un predominio de casados con una frecuencia de 37 (66.1%) en los pacientes controlados, seguido por pacientes viudos 6 (10.7%). En el grupo de no controlados encontramos una frecuencia de casados de 35 (56.5%) y viudez con frecuencia de 11 (17.7%) en ambos grupos los pacientes solteros soltería ocuparon el tercer sitio con 5 (8.9%) y 4 (6.5%) respectivamente para cada grupo. (Cuadro 3)

Respecto a Escolaridad, en cada grupo se encontró el nivel primaria mayores frecuencias; en el grupo con control glucémico 16(28.6%) y en el grupo sin control glucémico 18 (29%), así mismo seguido de nivel secundaria en ambos grupos; para el primero una frecuencia de 14 (25%) y para el segundo una frecuencia de 15 (24.3%). En el grupo de controlados se encontró una tercer frecuencia para licenciatura y lecto escritura de 7 (12.5%) para cada uno y finalmente en pacientes no controlados 12 (19.4%) sabe leer y escribir. (Cuadro 4)

En relación a la ocupación, los pacientes se dedican al hogar en ambos grupos con y sin control glucémico con frecuencias de 20 (35.7%) y 28 (45.2%) respectivamente; El grupo de controlados la frecuencia para jubilado o pensionado y empleado fue de 13 (23.2%) en cada una de ellas. El grupo de no controlados encontramos a empleados como segunda frecuencia de 12 (19.4%), finalmente 11(17.7%), para jubilados o pensionados. (Cuadro 5).

Los resultados en relación a ansiedad fueron los siguientes: el grupo con control glucémico

presento No ansiedad en frecuencia de 34(60.7%), como caso dudoso 13 personas (23.2%) y caso probable 9 personas (16.1%). En el grupo de los pacientes no controlados 25 pacientes (40.3%) sin ansiedad, 21 (33.9%) como caso probable y 16 pacientes (25.8) caso dudoso. Mediante la prueba X^2 , se obtuvo un resultado de 6.194, con un nivel de significancia de 0.05, con una X^2 de tabla de 5.99. (Cuadro 6)

En cuanto a los resultados de depresión, encontramos que en el grupo de pacientes controlados hay una frecuencia de 45 (80.4%) de pacientes sin depresión, 8 pacientes (14.3%) se presentan como casos dudosos y solo 3 pacientes (5.4%) como caso probable. En lo referente a los pacientes reportados como No controlados observamos 41 pacientes (66.1%) sin depresión, 12 (19.4%) casos dudosos y concluimos con 9 pacientes (14.5%) como casos probables. Se realizó la prueba estadística X^2 obteniendo un resultado de 3.691, con un nivel de significancia de 0.05. (Cuadro 7)

ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados que encontramos en cuanto a variables sociodemográficas muestran un patrón esperado, es decir, en cuanto al sexo predomina el femenino para ambos grupos, sin embargo llama la atención que el 72.6% de estas pacientes no tienen control glucémico.

El grupo de edad más frecuente con y sin control glucémico es de 46 a 60 años, así como la edad promedio de 51 años podríamos decir que va acorde con lo descrito por el INEGI, donde el grupo más afectado por esta enfermedad es de 50 a 59 años. Sin embargo debemos tomar en cuenta la población de más de 60 años que seguiría en orden de frecuencia.

El nivel de escolaridad predominante en esta población es la primaria en los dos grupos, en segundo sitio la secundaria, cabe mencionar que el 19% de los no controlados solo reporto lectoescritura; el nivel educativo de la población es un factor que favorece el apego terapéutico y por lo tanto el control glucémico, posiblemente sea uno de los factores que determine el control glucémico ya que se encontró solo un 47.5% de pacientes controlados contra 52% de no controlados del total de la muestra.

La mayoría de los pacientes se dedican al hogar en ambos grupos, donde se esperaría encontrar mejor control glucémico por las actividades dentro de la casa, el 45.2% de las mujeres se dedican al hogar. Y posteriormente encontramos a los empleados y jubilados igualmente en ambos grupos.

En lo que se refiere a lo encontrado para ansiedad tenemos a los paciente con control glucémico sin ansiedad en un 60.7%, caso probable 16.1%. El 40.3 % de los pacientes sin control glucémico sin ansiedad con 25.8% como caso probable 33.9 %, siendo un total del 50% de pacientes como casos probables de ansiedad en general, lo que corrobora y documenta que las enfermedades crónicas como lo es el caso de la diabetes aumenta la probabilidad de que una persona experimente trastornos del estado de ánimo como ansiedad y depresión. De acuerdo con el resultado 6.194 de la prueba estadística X^2 , que es superior a 5.99 de la tabla por lo que inferimos que es significativo, aceptando la hipótesis planteada.

Por lo anteriormente descrito y la significancia encontrada en ansiedad, se documenta que los pacientes que son atendidos en el módulo de Diabetimss sin sintomatología ansiosa presentan mejor control de la glucemia en comparación con los que si presentan ansiedad.

En el caso de la depresión en la población estudiada encontramos que el 80.4% de los pacientes controlados no tienen depresión, así como el 66.1% de los pacientes no controlados; como caso probables tenemos un 19.9 % del total de pacientes, de los cuales sin control glucémico es el 14.5%. Con los resultados obtenidos de la prueba estadística x^2 no encontramos significancia, puesto que 3.691 es menor a 5.99 de la tabla. Continúa siendo importante aun con estas cifras tomar en cuenta que los pacientes con diabetes y depresión tienen mayores cifras de glucemia y por tanto mayor riesgo de complicaciones, generando mayores costos de atención, por lo que se hace necesario actuar en consecuencia dando tratamiento oportunamente a estos pacientes.

CAPITULO IV

DISCUSION

En relación a los datos sociodemográficos hay diferencias y semejanzas que describimos a

continuación : la OMS (2006) reporta una prevalencia de ansiedad del 12 % en adultos, con mayor frecuencia en mujeres y la edad más prevalente de los 25 a 42 años. Específicamente en México a lo largo de la vida la prevalencia era de 14%. En nuestro estudio, respecto al sexo, las mujeres predominaron en ambos grupos, como lo mostrado por Castro (2009), con una relación de 2.7 a 1 respecto a los hombres. Colunga y colaboradores realizaron otro estudio con 450 persona con diabetes mellitus tipo 2 y depresión, donde el 62% correspondiente al sexo femenino. También se reporta la frecuencia por rango de edad, donde predomino el grupo de 46 a 60 años de edad, acorde a lo reportado, pero contrasta en lo mencionado por Castro, mayor frecuencia en el grupo de 30 a 45 años. Colunga y colaboradores reporta una edad promedio de 60 años diferente a la de nuestro estudio con edad promedio de 51 años. En cuanto a escolaridad hay un promedio de 4 a 5 años semejante a nuestros resultados donde predominio la instrucción primaria para ambos grupos de pacientes. Los datos de estado civil muestran 36% casados o con pareja a diferencia de nuestra muestra con 72% aunado a 11% en unión libre y finalmente en lo referente a ocupación el 49% eran amas de casa, 19% jubilados y pensionados, como lo encontrado en esta muestra para ambos grupos (48% y 24% respectivamente).³³

La literatura refiere que dentro de los factores que intervienen en el control de la glucemia se encuentra la edad, es decir, conforme avanza la edad hay mayor descontrol glucémico acompañado de trastornos del estado de ánimo, aunado a razones psicosociales diversas y relaciones familiares negativas. Se menciona también que el sexo masculino era un factor de resigo sin embargo hemos corroborado en este y diferentes estudios, donde predomina el sexo femenino, y en el caso nuestro hay un mayor descontrol glucémico, que contrasta con lo mencionado en una revisión de una investigación cualitativa, donde encontraron que las mujeres con diabetes ejercían mejor autocuidado que el hombre. Por lo cual debe dedicarse especial interés en alternativas que ayuden a mejorar el autocuidado en las mujeres.^{34, 35}

En el presente estudio observamos que la frecuencia de trastorno depresivo menor (19.9 %) a la obtenida por Castro y colaboradores donde se encontró una frecuencia de 27.4%, analizando a una población en el sur de México, este estudio comparo el control glucémico y

la depresión en 186 pacientes diabéticos, mediante el MINI (international neuropsychiatric interview) Además en nuestra muestra el 14.5% de dichos pacientes no estaban controlados, aunque no se estableció significancia estadística para el caso de depresión. Otras frecuencias encontradas muestran cifras evidentemente más elevadas como 39% reportada por Garduño, mediante la utilización de la escala de Beck.³⁶ Lo que contrasta con los estudios referidos. Dichos estudios establecieron una asociación entre depresión en diabetes y control glucémico.

Es importante mencionar que la escala HAD en nuestro estudio muestra sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes de la consulta externa de unidades no psiquiátricas, no es diagnóstica a diferencia del MINI que si lo es, y la escala de Beck valora sintomatología somática solo para depresión).

Collins revela en su estudio de la diabetes como factor de riesgo para padecer ansiedad y depresión refiere que el 68% de los pacientes no presentaban ansiedad, es decir que el 38 % si presentaban sintomatología ansiosa, de acuerdo con el resultado de la HADS, pero no se menciona si estaban o no controlados. En nuestro estudio el 50% del total de pacientes presento sintomatología ansiosa, de los cuales el grupo de pacientes sin control glucémico correspondían al 33.9% a diferencia de los del grupo de controlados que registro como caso probable a 16.1%, este porcentaje dobla la frecuencia referida en la literatura del 15.3%.³⁷

Fabián (2010) presento su investigación de prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes diabéticos encontrando síntomas de ansiedad en el 8% de los pacientes y depresión en el 24%, ambas de 5.4%. Así mismo reporto que el 50.4% no presento ninguna sintomatología, llama la atención la prevalencia de depresión en comparación con la nuestra del 19.9 % Aun mas contrastante con nuestro resultado para ansiedad. Es importante mencionar que para reconocer tal sintomatología realizó preguntas dirigidas, por la escasez de tiempo para aplicarlos, y no valoró el control glucémico, solo la presencia de diabetes. Los datos sociodemográficos fueron semejantes, es decir, la media de edad que

obtuvieron de 57 años, donde el 76% eran mujeres.³⁸

Corroboramos que el hecho de padecer diabetes es un factor de riesgo para padecer síntomas de ansiedad. Y que se ve reflejado en el descontrol glucémico de los pacientes. Sin embargo en los datos de depresión no hubo significancia estadística, posiblemente en la práctica clínica no se hace adecuadamente la diferencia en cuanto a síntomas de ansiedad con los de depresión. Mediante el HADS es posible identificar dicha sintomatología ansiosa y depresiva en una misma herramienta, de fácil aplicación, útil en estos casos de pacientes diabéticos que asisten a la consulta concertada de medicina familiar, ya previamente recomendada en la guía de práctica clínica para depresión y ansiedad, sin olvidar que no hace diagnóstico por lo que se debe complementarse con otros criterios.

CONCLUSIONES

Concluimos que la ansiedad y depresión son más frecuentes en el sexo femenino, siendo los pacientes entre 46 a 60 años el grupo más afectado. El nivel escolar de primaria es el más frecuente y en cuanto a ocupación, el hogar. Con lo anterior podemos mencionar que tanto la edad, como el sexo y escolaridad de los pacientes son factores que intervienen en el control glucémico.

El instrumento HAD es de rápida y fácil auto aplicación en la consulta de medicina familiar, ya que el tiempo asignado para la consulta de cada paciente es de 15 minutos, limitado para poder realizar otro tipo de instrumento que valore ansiedad y depresión.

La presencia de depresión no fue significativa estadísticamente, a diferencia de otros estudios ya mencionados, sin embargo el 19.9% si presento sintomatología; no así en el caso de ansiedad, donde encontramos sintomatología ansiosa en un 50% del total de los pacientes, siendo más frecuente en los pacientes sin control glucémico, hay diferencia estadística significativa. Los pacientes con DM tipo 2 suelen presentar un bajo cumplimiento terapéutico y se concluye que existe mayor descontrol glucémico en los pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva que en los pacientes con control glucémico, siendo relevante en el caso de la ansiedad, en la población Diabetimss en la UMF No. 94 del IMSS.

RECOMENDACIONES

- El Médico Familiar, quien es el médico de primer contacto con el paciente diabético, puede valorar desde el diagnóstico de esta enfermedad si existe sintomatología ansiosa o depresiva que permita evaluar la colaboración del paciente en su tratamiento. Además determinar si la sintomatología ya estaba presente antes del diagnóstico o bien, si llegó con la enfermedad. Es posible utilizar en la consulta de Medicina Familiar el instrumento HAD, dada la facilidad y rapidez de su aplicación, así como su interpretación. Tomando en cuenta que debe utilizarse como una herramienta clínica, no diagnóstica.
- Reforzar las estrategias educativas de grupo, de manera oportunas con los pacientes diabéticos, enfocadas a los aspectos emocionales, aunadas a las actuales en el grupo Diabetimss y hacerlas extensivas a los consultorios en la UMF no 94, para mejorar el apego terapéutico.
- Facilitar la valiosa colaboración del equipo multidisciplinario de atención al derechohabiente diabético como trabajo social, enfermería y asistentes médicas.
- Continuar realizando trabajos de investigación como medio para la búsqueda de alternativas que favorezcan el control glucémico de los pacientes diabéticos.

BIBLIOGRAFIA

1. Kasper D, Fauci A, Longo D, Braunwald E, Hauser S, Jameson J. Harrison Principios de Medicina Interna 16a ed Mc Graw Hill 2005 México; 323(2): 2367-2368.
2. Dirección de Prestaciones Médicas. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención: Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad; IMSS 2009.
3. Anderson J, Freedland E, Clouse E, Lustman H. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. Diabetes Care. 2001; 24: 1069–1078.

4. Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: Propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL. *Psicothema*.2003; 15 (2): 247-252.
5. Comité de Educación en Diabetes. Fundación IMSS. Prevención y control de la diabetes. El papel del derechohabiente en la prevención y control de la diabetes mellitus *Revista Médica del IMSS, México* 2007; 45 (2):101-103.
6. Alpizar M. Guía de manejo integral del paciente diabético. 1ª ed. México: Manual Moderno, 2001: 127-136.
7. González A. Manual de Medicina Interna. Hospital General de México. 1ª ed. México: Prado, 2006: 446-458.
8. Del Olmo P, Carrillo M, Aguilera S. Actualización del Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud* 2008; 32(1):1-16.
9. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes. Secretaría de Salud México.
10. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín de Práctica Médica Efectiva. Diabetes Mellitus 2006.
11. Ménendez E, Lafita J, Artola S, Millan J, García A, Puig D Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. *Avances en Diabetología* 2010; 26:331-8.
12. American Diabetes Association. Clinical Practice. Recommendations 2007. *Diabetes Care*. 2008.
13. Reyes M, Morales J, Osiris E. Diabetes. Tratamiento Nutricional. *Medicina Interna de México* 2009; 25(6).
14. Canelo M. Informe Final para obtener el título de especialista en Psiquiatría: Incidencia y

- el tipo de la depresión en pacientes que asisten al programa de dispensarizados en los centros de salud del SILAIS Carazo, en el segundo semestre del 2002. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencia Médica. Managua. Febrero 2003.
15. Ruiz G, Vázquez F, Corlay I, et al. Depresión en pacientes diabéticos y su relación con el control metabólico medido por HbA1c. *Revista Psiquiatría* 1996; 12(3):66-71.
 16. Gil B, Bellver A, Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología*, España 2008; 5(1): 103-116.
 17. Meza E, García S, Torres A, Castillo L, Sauri S, Martínez B. El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2008; 13(1):28-31.
 18. Guía de Práctica Clínica Trastornos de Ansiedad, Instituto Mexicano del Seguro Social 2010.
 19. Gundel MD, Mary Frances O'connor, Ph D, Lindsey Littrell, B.A, Carolyn Fort B S, Rivard D, Lane MD. Neuroanatomía funcional del duelo un estudio de RMfam J psychiatry España 2004; 7:28-89.
 20. Pineda N, Bermudez V, Cano C, Ambard M, Mengual E, Medina M. los aspectos psicológicos y personales em El manejo de La diabetes mellitus. *Archivos venezolanos de Farmacología y terapéutica Venezuela* 2004; 23(1): 2-6.
 21. Isla P, Moncho J, Guasch O, Torras A. Proceso de adaptación de la diabetes mellitus tipo 1: concordancia con las etapas de duelo descrito por Kubler-Ross. *Salud pública unidad de enfermería Perú* 2008.
 22. Ballester R. Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento. *Psicooncología* 2008; 5(1): 103-106.
 23. Rivera A, Montero M. Estructura de pérdidas en la adultez mayor: una propuesta de Medida. *Salud Mental* 2008; 31: 461-468.

24. Perez T. The diabetes elderly and its adaptative response to disease. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 2010; 26(2)309-320.
25. Peralta G. Depression and diabetes. *Avances en Diabetología* 2007; 23(2): 105-108.
26. Larinjani B, Shahi K, Khalili M, et al. Association Between Depression and Diabetes. *Journal of Psychiatry* 2004; 1433: 62-65
27. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara. *Revista de Salud Pública México* 2008; 10 (1):137-149.
28. López KH, Ocampo P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos de Medicina familiar México* 2007; 9(2): 80-86.
29. Isla P, Moncho J, Guasch O, Torras A. Proceso de adaptación de la diabetes mellitus tipo 1: concordancia con las etapas de duelo descrito por Kubler-Ross. *Salud pública unidad de enfermería Perú* 2008.
30. Lorrabaquio MP. Tesina Pérdidas que presentan los pacientes que acuden al grupo del diabético del Hospital Naval de Veracruz IMSS 2009.
31. Colunga R. García J. Salazar J. González M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara. *Revista de Salud Pública México*. 2008; 10 (1):137-149.
32. Castro G. Tovar A, Mendoza U. Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2009; 47 (4): 377-382.
33. Colunga R. García J. Salazar J. González M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara. *Revista de Salud Pública México*. 2008; 10 (1):137-149.
34. Anderson R. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A metanalysis. *Diabetes Care*. 2001; 24 (6): 1069-1078

35. Daniulaityte R. Making sense of diabetes: cultural models, gender and individual adjustment to type 2 diabetes in a Mexican community. *Soc Sci Med* 2004; 59:1899-1912.
36. Martínez J, Martínez V, Esquivel C, Velasco V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto hospitalizado. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro social* 2007; 45(1):21-28.
37. Collins M. La diabetes como factor de riesgo para presentar ansiedad y depresión. University College Cork, Irlanda 2009.
38. Fabián M, García M, Cabo C. prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y sus comorbilidades. *Revista medicina interna de México* 2010; 26(2): 100-108.

WEBBIBLIOGRAFIA

1. Guía de Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL, disponible www.secpal.com
2. Instrumentos de evaluación para los trastornos del humor. 22-23. Disponible en: www.novartis.es/ic3v2.pdf file placementild.
3. García J, Petralanda MC, Triguero I. Inventario de Experiencias de Duelo. Adaptación al castellano, fiabilidad y validez. Centro de Salud de Kueto Basauri y Ortuella, Vizcaya. Unidad de Investigación de Atención Primaria de Vizcaya Servicio Vasco de Salud. Disponible en www.psiquiatria.com.

ANEXOS

ESCALA HOSPITAL ANSIEDAD Y DEPRESION

Instrucciones:

Este cuestionario tiene como propósito identificar su estado emocional, recuerde que sus emociones pueden ayudar ó dificultar el control de su azúcar.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta, que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho tiempo cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que se piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a)	Todo el día (3)	Casi todo el día (2)	De vez en cuando (1)	Nunca (0)
2. Disfruto la vida igual que antes de saber que soy diabético (a)	Siempre (0)	Más o menos (1)	Casi No (2)	No (3)
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder	Si y muy intenso (3)	Sí, pero no muy intenso (2)	Si pero no me preocupa (1)	No siento nada de eso (0)
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas	Casi siempre (0)	Frecuentemente (1)	Rara vez (2)	No en absoluto (3)
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones	Todo el día (3)	Casi todo el día (2)	De vez en cuando (1)	Nunca (0)
6. Me siento alegre	Casi siempre (3)	Frecuentemente (2)	Rara vez (1)	No en absoluto (0)
7. Soy capaz de permanecer sentado (a) tranquila y relajadamente	Casi siempre (0)	Frecuentemente (1)	Rara vez (2)	No en absoluto (3)
8. Me siento lento (a) y torpe	Todo el día (3)	Casi todo el día (2)	De vez en cuando (1)	Nunca (0)
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estomago	Casi siempre (0)	Frecuentemente (1)	Rara vez (2)	No en absoluto (3)
10. He perdido el interés por mi aspecto personal	Casi siempre (3)	Frecuentemente (2)	Rara vez (1)	No en absoluto (0)

11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme	Casi siempre (3)	Frecuentemente (2)	Rara vez (1)	No en absoluto (0)
12. Espero las cosas con ilusión	Casi siempre (0)	Frecuentemente (1)	Rara vez (2)	No en absoluto (3)
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:	Casi siempre (3)	Frecuentemente (2)	Rara vez (1)	No en absoluto (0)
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, programa de radio o televisión:	Casi siempre (0)	Frecuentemente (1)	Rara vez (2)	No en absoluto (3)

A continuación responda las siguientes preguntas:

Señale su:

Edad (____)

Sexo (Masculino) (Femenino)

Estado civil: (Soltero) (Casado) (Unión libre) (Separado) (Divorciado) (Vuido)

Ocupación: (Jubilado o pensionado) (Hogar) (Obrero) (Comerciante) (Empleado)

Escolaridad: (Se leer y escribir) (Primaria) (Secundaria) (Carrera Técnica) (Bachillerato) (Licenciatura)

Gracias por haber participado.

Cuadro 1. Distribución por edad

Grupo de edad	Glicemia		Total
	controlado	no controlado	
16 a 30	3 (5.4%)	0 (.0%)	3 (2.5%)
31 a 45	5 (8.9%)	8 (12.9%)	13 (11.0%)
46 a 60	29 (51.8%)	25 (40.3%)	54 (45.7%)
61 a 75	16 (28.6%)	22 (35.5%)	38 (32.2%)
76 a 90	3 (5.4%)	7 (11.3%)	10 (8.5%)
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en grupo Diabetimss en la UMF 94. IMSS

Cuadro 2. Distribución por sexo

Sexo	glicemia		Total
	controlado	no controlado	controlado
masculino	25 44.6%	17 27.4%	42 35.6%
femenino	31 55.4%	45 72.6%	76 64.4%
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en grupo Diabetimss en la UMF 94. IMSS

Cuadro 3. Distribución por estado civil

estado civil	glicemia		Total
	controlado	no controlado	controlado
soltero	5 8.9%	4 6.5%	9 7.6%
casado	37 66.1%	35 56.5%	72 61.0%
unión libre	3 5.4%	8 12.9%	11 9.3%
separado	3 5.4%	3 4.8%	6 5.1%
divorciado	2 3.6%	1 1.6%	3 2.5%
viudo	6 10.7%	11 17.7%	17 14.4%
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en grupo Diabetimss en la UMF 94. IMSS

Cuadro 4. Distribución por escolaridad

escolaridad	glicemia		Total
	controlado	no controlado	controlado
se leer y escribir	7 12.5%	12 19.4%	19 16.1%
primaria	16 28.6%	18 29.0%	34 28.8%
secundaria	14 25.0%	15 24.2%	29 24.6%
carrera técnica	6 10.7%	6 9.7%	12 10.2%
bachillerato	6 10.7%	8 12.9%	14 11.9%
licenciatura	7 12.5%	3 4.8%	10 8.5%
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en grupo Diabetimss en la UMF 94. IMSS

Cuadro 5. Distribución por ocupación

Escolaridad	glicemia		Total
	controlado	no controlado	Controlado
jubilado o pensionado	13 23.2%	11 17.7%	24 20.3%
hogar	20 35.7%	28 45.2%	48 40.7%
obrero	3 5.4%	1 1.6%	4 3.4%
comerciante	3 5.4%	10 16.1%	13 11.0%
empleado	13 23.2%	12 19.4%	25 21.2%
desempleado	3 5.4%	0 .0%	3 2.5%
estudiante	1 1.8%	0 .0%	1 .8%
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: Instrumento aplicado en grupo Diabetimss en la UMF 94. IMSS

Cuadro 5. Ansiedad

Ansiedad	glicemia		Total
	controlado	no controlado	controlado
no ansiedad	34 (60.7%)	25 (40.3%)	59 50.0%
caso dudoso	13 (23.2%)	16 (25.8%)	29 24.6%
caso probable	9 (16.1%)	21 (33.9%)	30 25.4%
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: 118 Instrumentos aplicados en grupo Diabetimss, UMF No. 94, 2011.

Prueba: **Prueba de chi-cuadrado valor 6.194, gl 2, sig asintótica .045**

Cuadro 6. Depresión.

Depresión	glicemia		Total
	controlado	no controlado	controlado
no depresión	45 (80.4%)	41 (66.1%)	86 72.9%
caso dudoso	8 (14.3%)	12 (19.4%)	20 16.9%
caso probable	3 (5.4%)	9 (14.5%)	12 10.2%
Total	56 100.0%	62 100.0%	118 100.0%

Fuente: 118 Instrumentos aplicado en grupo Diabetimss, UMF No. 94, 2011.
 Prueba **Pruebas de chi-cuadrado valor 3.691, gl 2, sig asintótica .158**