



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION CHIAPAS**

**SEDE: UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 23
TUXTLA GUTIERREZ CHIAPAS**

Protocolo de investigación

**“GRADO DE DEPRESION Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL
PACIENTE DIABÉTICO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL IMSS EN CHIAPAS.”**

PRESENTA

DRA. MA. CLEOFAS MARIANO NARCISO

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

Chiapas 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS 2010
“GRADO DE DEPRESION Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL
PACIENTE DIABÉTICO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL IMSS EN CHIAPAS.”

PRESENTA:

DRA. MA CLEOFAS MARIANO NARCISO.

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

AUTORIZACIONES:

DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES CON SEDE EN:
UMF. No.23 IMSS EN TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS

ASESOR METODOLOGICO

DR. FILIBERTO LINALDI YÉPEZ
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACION

ASESOR DE TEMA

DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU.

DR. FRANCISCO ESCOBAR DIAZ
COORD. CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

HGZ No. 2 DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS 2010

**“GRADO DE DEPRESION Y AUTOESTIMA EN PACIENTES
DIABÉTICOS EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. MA CLEOFAS MARIANO NARCISO

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
UNAM

ÍNDICE

TEMAS	Pag.
Resumen	5
Marco teórico	6
Planteamiento del problema	20
Justificación	21
Objetivos	22
Hipótesis	23
Diseño Metodológico	23
Criterios de selección	25
Variables	26
Procedimiento	27
Recursos para la investigación	29
Resultados	30
Discusión	38
Conclusión	40
Propuesta	41
Bibliografía	42
Anexos	46

RESUMEN

Introducción: Determinar el grado de depresión y el nivel de autoestima en derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo II en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del IMSS en San Cristóbal, Chiapas.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, observacional en la Unidad Médica Familiar Núm. 17 del IMSS en el Municipio de San Cristóbal de las Casas, Chiapas de enero –agosto de 2009, con una muestra finita a conveniencia del investigador con un universo de estudio de 223 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 25 años de edad. Se aplicó la cédula de registro de datos sociodemográficos y tiempo de diagnóstico de la diabetes tipo 2, así como la revisión de los expedientes, además se aplicó la escala de ZUNG modificado por Calderón para identificar la sintomatología depresiva en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y el Inventario de Autoestima de Coopersmith.

Resultados: 133 pacientes (59.6%) fueron mujeres, 53.4% de nivel socioeconómico medio, 28.7% con primaria completa, predominó una evolución de 10 años de enfermedad. 77.1% tenía glicemia descontrolada, 41.7 % dedicados al hogar y 41.3% tenían sobrepeso. 53.4 % no tenían cuadro depresivo y 84.3% reportó autoestima alta. **Discusión:** Se comparó nuestro estudio con diversos estudios realizados encontrando similitud en cuanto a variables de edad, género, nivel de escolaridad, excepto en lo referente al nivel de depresión y autoestima donde reportan depresión moderada a notable en pacientes diabéticos tipo 2 descontrolados.²⁰**Conclusión y Propuesta:** De los 223 pacientes 172 (77.1%) se encuentran descontrolados, 93 (54.0%) sin depresión, 30 (17.4%) con depresión media y 8 (4.6%) con depresión severa; 145 pacientes reportaron autoestima alta. Por lo que se sugiere realizar de rutina estas valoraciones para nuevos estudios en otras poblaciones de pacientes diabéticos tipo 2.

MARCO TEORICO

Antecedentes generales:

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica y degenerativa que puede aparecer a edades tempranas o avanzadas de la vida, y ser el resultado de un proceso autoinmunitario asociado a una predisposición genética por factores hereditarios y ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica (cifras elevadas de glucosa

sanguínea) debido a la deficiencia en producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.^{1,2,3,4}

Según la Asociación Americana de Diabetes (ADA) define a la diabetes como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción insulínica, en la acción de la insulina o ambas.

Los principales tipos de diabetes son:

- DM tipo I. caracterizada comúnmente por presentarse durante la infancia o en adultos jóvenes, con normopeso y dependencia insulínica.
- DM tipo II. Representa del 90 al 95% de los casos de DM, que aunque puede ocurrir a cualquier edad es habitual su comienzo a partir de la quinta década de la vida. El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, la obesidad (80% de los pacientes) y la falta de actividad física; es más frecuente en mujeres con antecedentes de diabetes gestacional y en individuos con hipertensión arterial o dislipidemia. No precisan insulina para mantener la vida, aunque pueden requerirla para conseguir control glucémico.⁵

El factor hereditario es el que seguramente llegará a surgir tarde o temprano, entre quienes tienen antecedentes de familiares diabéticos y no se sometieron a un programa de actividad física regular y una dieta balanceada; el riesgo aumenta cuando se trata de personas con sobrepeso.⁶

Las primeras descripciones acerca de la diabetes mellitus aparecen en el Papiro de Ebers, 1550 años antes de cristo, pero no es hasta el descubrimiento de la insulina, realizado por Banting y Bess, que comienza a modificarse favorablemente la expectativa de vida de estos enfermos.

La diabetes no es una enfermedad como tal, sino un grupo heterogéneo de síndromes que englobando a diversas entidades clínicas tiene en común la elevación permanente de la glucemia.

Epidemiología

Incidencia

Los estudios sobre incidencia de la diabetes, siendo longitudinales y más costosos, son de menor cuantía en la literatura universal. Los pocos estudios de incidencia de Diabetes Mellitus 2 han mostrado que está puede variar desde 0.22% hasta un 21% según los grupos de edad, el país, la etnia y el grado de prevalencia de factores de riesgo de la población estudiada.

En un estudio realizado en Costa Rica durante el período 2000-2004 se reportó una incidencia acumulada de Diabetes Mellitus 2 de 4.77% (IC 95%:1.38-1.86). La tasa de incidencia por 100 personas-año según sexo fue de 1.5 para las mujeres y de 1.93 para hombres sin diferencia estadística significativa ($p=0.1215$). La incidencia en las personas con riesgo de desarrollar diabetes fue de 1.62%; por lo que se pueden esperar 16 diabéticos nuevos por año por cada 1000 personas con riesgo de desarrollar diabetes.⁹

En México el Sistema Nacional de Salud notifica más de 200,000 casos nuevos cada año.^{4,10,11}

Prevalencia

En la actualidad se calcula que la frecuencia mundial de la diabetes mellitus en adultos es de un 4%, lo cual se verá incrementada en un 5.4% para el año 2025.^{4,7}

Aun con el avance de la ciencia y la técnica, la DM constituye un problema de salud en estos momentos, pues más de 25% de los ingresos hospitalarios son ocasionados por esta enfermedad, la cual da lugar a limitaciones en la capacidad física y exhibe una prevalencia en Cuba de 15.4 x 1000 habitantes.

En México se calcula que la prevalencia actual en adultos es de un 8 a 10%, con una prevalencia en el norte del país de 9% en las poblaciones urbanas y de 3.2% en las rurales. La Federación Mexicana de Diabetes A.C. en el 2002 considera que la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 1 o insulino dependiente podría alcanzar 1% de la población general.⁸

La unidad de medicina familiar No. 17 del IMSS de San Cristóbal de Las Casas Chiapas tiene una población de derechohabientes de 10 500, con una prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 del 5.39% en base al censo nominal de pacientes diabéticos de la unidad.

Mortalidad

En los Estados Unidos cerca del 40% de los pacientes diabéticos fallecen de Infarto Agudo del Miocardio, 15% fallecen por otra cardiopatía y 10% fallecen por un Accidente Vascular Encefálico. Lo anterior plantea un serio problema de salud pública si se considera que el año 2010 se espera que la población diabética duplique su número respecto del año 1994 y alcance cerca de los 240 millones de personas en todo el mundo.¹²

En Cuba se reporta una tasa bruta de mortalidad de 20.6 x 1000 habitantes.¹³ El boletín de información estadística No. 26 del año 2006 de la Secretaría de Salud informa

que la primera causa de muerte es la diabetes mellitus seguida por las enfermedades del corazón y tumores malignos.

La diabetes figura como la principal causa de muerte en el IMSS, siendo las enfermedades del corazón, las que predominan en el ISSSTE, PEMEX y SEMAR. En otras instituciones como la Secretaría de Salud esta causa figura en el tercer lugar.¹⁴

En Chiapas la subsecretaría de innovación y calidad de la secretaría de salud reporta en los indicadores básicos 2000-2004 una tasa de mortalidad total de 32.8 por 100,000 habitantes de los cuales el 39.7 corresponden al sexo femenino y el 26.1 al sexo masculino.

14

Factores de riesgo de la DM2.

Los factores de riesgo asociados con la DM2 incluyen los siguientes:

1. Historia familiar de DM2.
2. Edad, sobre todo en personas mayores de 45 años.
3. Obesidad, sobre todo en personas con aumento en la circunferencia abdominal.
4. Antecedentes de diabetes gestacional o de haber tenido productos que pesaron más de 4. kg al nacer.
5. Dislipidemia.
6. Sedentarismo.
7. Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP) manifestados por irregularidades menstruales y/o exceso de vello, hirsutismo.^{13,15,16}

Diabetes y depresión:

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las causas más importantes de incapacidad en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial; la depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad. La prevalencia de la depresión para la población en general varía de 5 a 10 % con una incidencia de casos nuevos de 13%, sin embargo, esta prevalencia entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general oscilando del 30 % al 65%.¹⁵

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.^{17, 18}

En México se han llevado a cabo algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos de estas investigaciones muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio.

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas de entre 18 y 65 años de edad. Uno de los principales hallazgos fue que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres.¹⁸

En Chiapas la prevalencia de la depresión en pacientes adultos ha variado ampliamente en el caso de los hombres oscila entre los 6.2 - 5% y las mujeres 2.9%.⁸

Comenzando con las descripciones más tempranas de la diabetes Mellitus, los médicos han especulado sobre la interacción posible de factores emocionales y de la enfermedad. En los últimos 40 años se han incrementado los estudios sobre estas relaciones; esta atención creciente a la calidad de la vida del diabético ha seguido naturalmente a los grandes logros de la medicina acerca de prolongar la vida a los pacientes con el desarrollo y el uso de la insulina y de los antibióticos.¹⁹

Algunos estudiosos de los trastornos emocionales en la diabetes mellitus presentan algunas evidencias sobre las causas más frecuentes que originan este padecimiento secundario. Haciendo un análisis de la literatura podemos señalar a Méndez Carrillo que en 1994 abordó a diferentes autores que se enfocaron al estudio de dicha patología. En un estudio realizado en 1985 se encontró que la primera causa que puede generar estrés en un individuo diabético se refiere a la complejidad y las demandas diarias del

tratamiento en donde 92 de 100 sujetos afirmaron sentir algún grado de estrés con su régimen de tratamiento, por tanto, una de las fuentes de estrés más relevante la constituye las repercusiones que el tratamiento tiene en la esfera social del individuo. En 1991 estos mismos autores emiten que otros estresores propios de la diabetes son la presencia de complicaciones, la incertidumbre sobre las complicaciones futuras, los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados.²

Por otro lado Garner refiere que de acuerdo con Jaconson y Leibovich el curso de la diabetes puede desarrollarse a lo largo de tres distintos periodos: inicio, manejo y complicaciones. Cada uno presenta distintos estresores tanto para el paciente como para la familia.

La diabetes mellitus es una influencia significativa entre la modificación de la personalidad y de la vida; entre la estabilidad emocional y las relaciones familiares.

La dinámica psicológica de la familia queda envuelta en la adherencia del miembro enfermo al tratamiento que incluye: dieta, ejercicio adecuado y medicación; y esto se refleja en la habilidad de la familia para crear una atmósfera sana o patológica para sus miembros. Así, el propósito del tratamiento de la diabetes no solo debe ser una larga vida, sino, proveer una adecuada calidad de vida.⁴

Actualmente se reconoce la existencia de varias fuentes potenciales de apoyo en la atención a la enfermedad. Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra.⁸

El manejo exitoso de la diabetes mellitus depende de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que la presencia de la depresión es determinante en su evolución y pronóstico. Existe controversia acerca de la relación entre la depresión y el control glucémico, sin que hasta el momento haya un estudio concluyente al respecto.¹¹

En este tipo de pacientes suelen presentarse signos leves o agudos de importancia física y psicológica que afectan la calidad de vida. La depresión se encuentra estrechamente relacionada con la diabetes mellitus, afectando físicamente el estado general del paciente.

En estudios anteriores se ha investigado que los síntomas de la depresión pueden influir en el control de la glucosa y precipitar las complicaciones de esta enfermedad, mismas que pueden agravar el cuadro de depresión, lo que se revierte nuevamente en el comportamiento clínico del paciente. El inadecuado control del paciente diabético y el

desconocimiento de su depresión precipitarán sus complicaciones tales como la neuropatía diabética, micro y macroangioplastia, disminución de la sensibilidad periférica.¹⁹

Se ha demostrado que un 27% de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés crónico, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones entre otras.¹⁵

Las personas con diabetes mellitus tipo 2 deprimidas además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas de autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares.¹⁵

La medición de la depresión en diabéticos se realiza con la escala de Zung diseñada para ser autoaplicada, sencilla y conocida en el medio, además que es útil sobre todo en investigaciones de tipo epidemiológico. Calderón Narváz en 1992 la modificó para el caso de México ya que permite que el médico, cualquiera que sea su especialidad pueda hacer el diagnóstico en un tiempo breve. Es una escala tipo likert que consta de 20 ítems correspondientes a los síntomas de depresión como disforia, anhedonia, apatía y aislamiento, ocurridos durante las últimas 2 semanas, tiene coeficiente de confiabilidad de 0.85; con alfa de crombach de 0.77, sensibilidad de 92.3% (IC95% 87.9-96.7) y especificidad de 71.4% (IC 95% 63.9-78.9). La calificación es muy sencilla anotándole a cada síntoma la escala del 1 al 4, pudiendo obtenerse un puntaje mínimo de 20 y uno máximo de 80 de acuerdo con la experiencia clínica los resultados obtenidos deben valorarse en la siguiente forma:

1. de 20 a 35 puntos,, corresponde a personas normales.
2. 36 a 45 puntos pueden corresponder a un estado de ansiedad que puede ser originado por una simple visita al médico o por el hecho de ser entrevistado.
3. 46-65 puntos implica un cuadro depresivo de mediana intensidad.
4. 66 a 80 puntos, corresponde a un estado depresivo severo.

La división que hace Zung de los enfermos depresivos en enfermos hospitalizados y ambulatorios, no tiene ninguna relación con la realidad clínica del cuadro.¹⁵

Existen otros cuestionarios que se pueden emplear para medir la depresión como es el de Beck y el de Hamilton. El inventario de Beck y la escala de Hamilton han sido

extensamente empleados en pacientes depresivos de instituciones psiquiátricas. Su empleo ha revelado discrepancias entre la depresividad medida externamente, y la depresividad medida por autoevaluación. Estas discrepancias han sido corroboradas por numerosos autores.²⁰

Para los pacientes diabéticos la escala de Zung es una de las más utilizadas ya que miden el grado de depresión, además de que en México se han utilizado diversos instrumentos que han sido traducidos del inglés, pero no se tienen datos de confiabilidad ni de validez.²¹

Por otra parte Jiménez Enrique y colaboradores en su estudio para determinar el grado de depresión y valorar su prevalencia en diabéticos dentro de un servicio de medicina interna del ISSSTE. En sus resultados observaron que la depresión moderada más notable, es frecuente en mujeres diabéticas. En 76% del grupo de diabetes se encontró algún tipo de depresión.¹⁹

Otro estudio relacionado con la diabetes tipos 2 y la depresión es el realizado por Colunga Rodríguez y colaboradores en su estudio transversal comparativo en una muestra de 450 paciente diabéticos tipo 2 mayores de 30 años, con más de un año de diagnóstico y sin determinación de psicopatología. Se aplicó la escala de Zung modificada y encuesta socioeconómica. La prevalencia de depresión fue alta en las personas con diabetes siendo las mujeres quienes tienen mayor riesgo. La depresión se presentó predominantemente en personas con mayor antigüedad diagnóstica de diabetes y mayor IMC.¹⁵

Considerando que la diabetes es un proceso que afecta al ser humano como una unidad biopsicosocial y presenta así una reacción ante una causa determinada.

Los factores asociados que se han encontrado principalmente como complicaciones relacionadas a la enfermedad por si solas, alteraciones en el ámbito familiar y sus relaciones interpersonales, la educación y el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente son imprescindibles para poder buscar mecanismos que puedan ayudar en los momentos críticos que los pacientes diabéticos cursan.

Por lo tanto, el paciente diabético se enfrenta a su enfermedad de tipo crónico y a una serie de alteraciones en su homeostasis o equilibrio biopsicosocial, afectando directamente su personalidad, lo cual aunado a las complicaciones de la enfermedad, constituye a que curse con cierto grado de depresión, por lo tanto la mayoría de los pacientes diabéticos presentaran un cuadro depresivo durante el curso de su enfermedad.¹⁹

Otro trastorno emocional que también causa problemas en el descontrol metabólico del paciente diabético es la pérdida de la autoestima; se presenta cuando el paciente

empieza a verse a si mismo de la misma manera como él piensa que los demás lo ven. Siente que la gente a su alrededor lo considera inútil y es posible que empiece a sentirse como tal, es tanta la tristeza y la infelicidad que el paciente se sumerge en la más profunda de las depresiones y llegar a pensar que es preferible la muerte.³

Abud y Bojorquez (1997) consideran a la autoestima como un concepto, una actitud, un sentimiento, una imagen; como la capacidad para valorar el yo y tratarse con dignidad, amor y realidad, y como “el juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor”. Describen así mismo tres componentes importantes que se relacionan entre sí, el deterioro de uno de los cuales afecta negativamente a los restantes:

- Componente cognitivo. Se refiere a ideas, opiniones, creencias, percepción y procesamiento de información; conjunto de autoesquemas usados para reconocer e interpretar estímulos importantes del ambiente social y experiencias pasadas; incluye el autoconcepto como origen y desarrollo de la autoestima.
- Componente afectivo. Valoración de lo que en cada persona es positivo y negativo, e implica una sensación de lo que se considera favorable o desfavorable, agradable o desagradable.
- Componente conductual. Tensión, intención y decisión de actuar; manifestación de comportamiento consecuente y coherente.²²

El hablar de alta o baja autoestima, se ha convertido en parte cotidiana del vocabular de los trabajadores de la salud mental. Debido a la influencia que la autoestima puede tener en la vida de las personas, se han desarrollado diferentes instrumentos con el fin de evaluarla. Coopersmith comienza en 1959 un estudio sobre la autoestima, y en 1967 publica una escala de medición de autoestima para niños de 5to y 6to grados, que es ampliamente utilizada. Coopersmith utilizó esta prueba de 58 reactivos (ítems) como base para el desarrollo de la versión para adultos (Coopersmith, 1967).

Debido a que en lengua hispana existen pocos datos estadísticos sobre instrumentos de medición de autoestima, Lara-Cantú y colaboradores realizaron un estudio en 1993 para determinar la validez de constructo y concurrente, así como la confiabilidad del Inventario de Autoestima de Coopersmith, 1967 y estudiar las diferencias en autoestima por sexo, edad, estado civil, escolaridad y ocupación en población adulta mexicana. La muestra estuvo constituida por 411 sujetos, 200 hombres y 211 mujeres, de la ciudad de México. Se uso la versión para adultos del Inventario de Autoestima de Coopersmith que consta de 25 afirmaciones con respuestas dicotómicas, con un valor de 4 puntos por afirmaciones que vayan de acuerdo a una alta autoestima (mínimo 0, máximo 100 puntos). Debido al tipo de

respuesta, es una prueba que cae dentro de la clasificación de presencia-ausencia. Fue traducido al español con base en la traducción del mismo inventario en su versión para niños. Las normas de calificación son, a saber: baja autoestima, de 1 a 25 puntos; autoestima media, de 26 a 49, y alta autoestima, de 50 y más. Se obtuvieron los siguientes resultados: la media del inventario de autoestima fue de 17.55, con una desviación estándar de 4.6; con un rango de 2 a 25 puntos, una kurtosis de 0.171 y simetría de -0.76. La validez de constructo del instrumento mostró que todos los reactivos (ítems) discriminaron significativamente ($p=.05$).

La confiabilidad, evaluada con el coeficiente de Alfa de Cronbach mostró un valor de 0.81. No se encontraron diferencias significativas entre la media de los hombres ($x= 17.91$, D.S. = 4.59) y de las mujeres ($x= 17.18$, D.S. = 4.7) en la prueba T. Con respecto a las diferencias en autoestima de los diferentes grupos, no se encontraron diferencias significativas para la población total, siendo el grupo de 51 o más años quien obtuvo la media más baja. En relación con el Estado Civil, sólo se encontraron diferencias significativas entre los hombres, en los que el menor puntaje correspondió a los divorciados y a los viudos. En cuanto a la escolaridad, se encontraron diferencias significativas tanto en el grupo total, así como entre hombres y mujeres; en todos los casos se observó una relación directamente proporcional entre la escolaridad y los puntajes de autoestima. Finalmente, se observaron diferencias significativas en relación con la variable ocupación, tanto en el grupo total como entre los hombres. Las puntuaciones mayores correspondieron al grupo de profesionales, en contraste con las puntuaciones más bajas asociadas con los obreros y campesinos.²³

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El incremento de las enfermedades degenerativas cada día se ve influenciado por otros factores que no son propios de la atención médica como tal dirigida a la población usuarios de los servicios médicos sino que además, lo económico, político y social son clave fundamental en los principios que rigen al sector salud en todos los programas encaminados a favorecer a este tipo de población diabética.

La diabetes mellitus tipo II en la actualidad es uno de los principales problemas que enfrenta el sistema de salud en México como en muchos otros países de características similares.¹² El enorme grado de descontrol metabólico y la alta incidencia de complicaciones crónicas reportadas en diversos contextos son evidencia de que el modelo actual de atención se encuentra totalmente rebasado y que requiere urgentemente una reforma estructural, donde sea parte de un abordaje integral y multidisciplinario involucrando no solamente a los servicios de salud sino también a las familias de pacientes diabéticos.

Si bien se reconoce que pacientes con peor control metabólico se muestran ansiosos o deprimidos, hasta el presente no se puede afirmar si estos síntomas llevan al descontrol o si el descontrol los provoca. Probablemente se den ambos mecanismos.

A pesar de la falta de evidencias de una respuesta psicológica generalizada, no hay dudas de que el padecer la diabetes mellitus genera reacciones emocionales que se reflejan en todas las esferas de la vida del que la padece y pueden incidir negativamente en la adhesión (adherencia) al tratamiento y por tanto en su control metabólico.

La autoestima es otro factor importante ya que los sentimientos que favorecen una mayor proximidad con las consecuencias en la vida cotidiana del diabético pueden facilitar la adquisición de habilidades y actitudes que incrementan la adhesión al tratamiento. De la misma forma, inversamente, los sentimientos negativos como consecuencia de la convivencia prolongada con las limitaciones impuestas por la enfermedad crónica, pueden favorecer al alejamiento de aquello que puede evocar enfermedad o tratamiento.

La población diabética de la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del IMSS de San Cristóbal de Las Casas se encuentra descontrolada; realizando una revisión exhaustiva de los reportes de consulta diaria no se encuentra registrado ningún paciente con diagnóstico de depresión y/o baja autoestima, reportando la literatura que su prevalencia en la población diabética oscila entre el 30 al 65% nos hemos dado cuenta que el médico familiar no detecta estos padecimientos y es evidente en diversos estudios realizados que los conflictos y tensiones vivenciadas por el paciente en el ámbito, personal, familiar,

laboral, para los que no tiene una solución adecuada y que afectan su estabilidad constituyen con frecuencia motivo de consulta e ingreso por provocar descompensación de la diabetes.

Es por esto que se pretendió identificar lo siguiente.

¿Cuál es el grado de depresión y el nivel de autoestima en el paciente diabético tipo 2 en la UMF No.17 del IMSS en San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

JUSTIFICACION

En los últimos años se ha puesto mayor atención al paciente diabético y la relación que existe con la depresión, se considera que la diabetes es un proceso que afecta al ser humano como una unidad biopsicosocial y presenta así una reacción ante una causa determinada. Los factores asociados que se han encontrado principalmente como complicaciones relacionadas a la enfermedad por si solas, alteraciones en el ámbito familiar y sus relaciones interpersonales, la educación y el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente.

El paciente diabético se enfrenta a su enfermedad de tipo crónico y a una serie de alteraciones en su homeostasis o equilibrio biopsicosocial, afectando directamente su personalidad, lo cual aunado a las complicaciones de la enfermedad, constituye a que curse con cierto grado de depresión, por lo tanto la mayoría de los pacientes diabéticos presentarán un cuadro depresivo durante el curso de su enfermedad.

El impacto que aun se tiene de estos padecimientos han sido abordados desde distintos paradigmas, sin embargo en nuestro medio aun no existen estudios relacionados con el grado de depresión y el nivel de autoestima en pacientes diabéticos y aun en nuestra población en donde existen multiculturalismo.

Consideramos de suma importancia determinar el grado de depresión y el nivel de autoestima en los pacientes diabéticos en la unidad Medica Familiar No. 17 de San Cristóbal de las Casas ya que la población usuaria de la consulta cada día se ve incrementa con dichos pacientes y con objeto de dar un tratamiento oportuno y adecuado en la esfera psicológica lo cual incluirá en forma importante la mejoría de los pacientes.

OBJETIVO GENERAL:

- Se determinó el grado de depresión y el nivel de autoestima en derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo II en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del IMSS en San Cristóbal De Las Casas, Chiapas.

Objetivos Específicos:

- Se determinó la edad promedio de los pacientes diabéticos.
- Se determinó el género.
- Se determinó el nivel socioeconómico.
- Se determinó el grado de escolaridad.
- Se determinó los años de evolución del padecimiento.
- Se identificó el tipo de tratamiento.
- Se determinó el número de pacientes con glucosa controlada.
- Se determinó el grado de depresión.
- Se determinó el nivel de autoestima.
- Se determinó la asociación entre el grado de depresión y nivel de autoestima y el control de la glucosa.

HIPÓTESIS (NO SE REQUIERE)

Diseño Metodológico

El presente estudio es de tipo:

- Descriptivo.
- Prospectivo.
- Observacional.

Población de estudio:

Derechohabientes con diabetes mellitus tipo II que pertenecen a la UMF. 17.

Lugar de estudio:

Unidad Medica Familiar Num. 17 del IMSS en el Municipio de San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Tiempo de estudio:

De octubre –diciembre de 2009.

Tipo de muestra:

Por conveniencia.

Universo de estudio:

223 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

TIPO Y TAMAÑO.

UNIDAD DE ESTUDIO:

Se integró por todos los pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF No. 17.

TAMAÑO DE MUESTRA.

El cálculo del tamaño de muestra se realizó en base a la estimación del parámetro de **P** para la prevalencia de depresión que es de 40%, con un α del 95% y un poder del 80%, correspondiendo a una muestra de 223 pacientes.

Tamaño poblacional: 566

Prevalencia esperada: 40%

Peor resultado: 35%

Nivel de confianza	Tamaño de muestra
95%	223

FORMULA: Tamaño maestra= $n / (1 - (n / población))$

$$N = Z_{\alpha/2}^2 (P (1-P)) / (DxD)$$

Referencia: Kish y Leslie, Survey Sampling, John Wiley y Sons, NY, 1965.

CRITERIO DE SELECCIÓN

CRITERIO DE INCLUSION.-

- Todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2
- Todos aquellos con reporte de glucosa central no mayor de 3 meses.

CRITERIO DE EXCLUSION.-

- Diabéticos que no desearon participar en el estudio.

CRITERIO DE ELIMINACION.-

- Pacientes graves con imposibilidad de contestar el cuestionario.

VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	Clasificación	TIPO	ESCALA	INDICADOR
Sexo	Condición orgánica que distingue a un hombre con una mujer	Características fenotípicas	Independiente	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido Desde el nacimiento	Años de vida desde la fecha de nacimiento a la fecha actual	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Expresada en Años cumplidos
Estado civil	Característica de una persona que la ubica en una situación legal al momento del registro.	Lazos que unen a las personas.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Soltero Unión libre Casado (a) Viudo (a) Divorciado(a)
Ocupación	Tarea o función que desempeña	Actividad que realiza en la sociedad	Independiente	Cualitativa	Nominal	Licenciado Medico Enfermera Ingeniero Contador Otra
Glucosa controlada	Niveles de glucosa en sangre en parámetros normales	Glucosa central entre 80-110mg/dl	Dependiente	Cuantitativa	Númerica	Controlada Descontrolada
Nivel socioeconómico	Determinación en relación al numero de salarios percibidos por día	Esta dado por el numero de salarios mínimos que gana diarios el jefe de familia u otro miembro	Independiente	Cuantitativa	Ordinal	Alto Medio Medio alto Bajo Muy bajo
Escolaridad	Grado de estudios realizados	Formación para el desarrollo personal	Independiente	Cualitativa	Nominal	Analfabeta Primaria Secundaria Preparatoria Profesional
Índice de masa corporal	Método empleado para diagnosticar problemas de sobrepeso u obesidad	la masa en kilogramos dividida por el cuadrado de la estatura en metros	Independiente	Cuantitativa	ordinal	Normal Sobrepeso Obesidad 1 Obesidad 2 Obesidad 3
Años de evolución del padecimiento	Tiempo transcurrido desde el diagnóstico del padecimiento y la fecha actual	Años desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la fecha actual	Independiente	Cuantitativa	Discreta	Años Meses Días
Tipo de tratamiento farmacológico	Clase de fármaco que el paciente utiliza para control de su enfermedad.	Fármaco que actualmente está utilizando el paciente.	Independiente	Cualitativa	Nominal	Sulfonilureas Biguanidas Inhibidores de alfa-glucosidasa Insulina
Autoestima	El juicio personal que hace el individuo acerca de su propio valor.	Estará dada por el puntaje que obtenga el entrevistado al momento del registro con el inventario de autoestima de Coopersmith	Dependiente	Cualitativa	Ordinal	Baja autoestima Autoestima media Alta autoestima
Depresión	Es un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente al área afectiva de una persona.	Evaluated mediante la aplicación de la escala de Zung	Dependiente	Cualitativa	Nominal	-Normal -Estado de ansiedad -Depresión de mediana intensidad -Estado depresivo severo

PROCEDIMIENTO

El protocolo se sometió a revisión del comité local de investigación número 702 y fue aceptado y registrado al Sistema de registro electrónico del comité de investigación una vez aceptación final, una vez registrado se giraron los oficios correspondientes para que el director de la unidad de estudio brindará todas las facilidades para la realización del estudio. Se solicitó la participación de los pacientes que desearon ser parte del estudio mediante el consentimiento informado, explicándoles detalladamente que el estudio no representa ningún riesgo para su salud.

Posteriormente se aplicó la cédula de registro de datos sociodemográficos, tiempo de evolución del padecimiento y tipo de tratamiento tomando en cuenta los criterios de selección.

Se aplicó la escala de ZUNG modificado por Calderón para identificar la sintomatología depresiva en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y el inventario de autoestima de Coopersmith versión para adultos.

Elaboración de datos:

Una vez obtenida y seleccionada la información se procedió al análisis para su interpretación posterior determinando las variables con mayor proximidad al problema planteado, ésta se vaciará en el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), donde se utilizará la versión 11.5 en español para windows.

Análisis de información:

El análisis se realizó mediante estadísticas descriptiva, utilizando frecuencias simples y porcentajes para la descripción de las variables.

Consideraciones éticas:

Este proyecto de investigación se apegó a la ley general de salud y a las normas éticas. Se sometió a evaluación por el consejo de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del HGZ No. 2. La información fue confidencial y se protegió la privacidad de los pacientes involucrados en el estudio. A cada participante se le entregó el formato de consentimiento informado (anexo 1) en el que otorgó su aceptación a participar en el estudio.

El estudio fue prospectivo, descriptivo y observacional, sin implicación de riesgos para la salud, intimidad y derechos individuales de los encuestados, así mismo se realizó el consentimiento informado sobre el objetivo de este trabajo de investigación. Además se ajustó a las normas e instructivos institucionales en Materia de investigación científica.

RECURSOS PARA LA INVESTIGACION

Recursos materiales:

Hojas de papel bond tamaño carta

Un escritorio

Lápices

Un equipo de cómputo

Una impresora

Memoria USB

Borradores

Bolígrafos

Lápiz corrector

Engrapadora

Fólderes

Recursos Humanos

- 1 Médico Especialista en medicina familiar.

Recursos financieros

- Propios del investigador.

RESULTADOS

De los 223 pacientes objetos de estudio la moda de la edad fue de 48 años, con una media de 58.73, el valor mínimo presentado fue de 25 años y el máximo 86 años.

El sexo predominante fue el femenino con 133 pacientes (59.6%) seguido del masculino con 90 (40.4%). El nivel socioeconómico presentado con mayor frecuencia fue el medio con 53.4%. Ver detalles en tabla 1

Tabla No. 1 **Nivel Socioeconómico**

Niveles	Frecuencia	Porcentaje (%)
Muy bajo	13	5.8
Bajo	84	37.7
Medio	119	53.4
Medio alto	7	3.1
Total	223	100.0

Fuente: Cédula de registro de datos sociodemográficos y tiempo de diagnóstico de la Diabetes tipo 2.

En cuanto a la escolaridad predomino con un 28.7% los pacientes con primaria completa, con menor porcentaje en los de primaria incompleta (2.7%). Se especifica en tabla 2.

Tabla 2. Escolaridad

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	16	7.2
primaria incompleta	54	24.2
primaria completa	64	28.7
secundaria incompleta	6	2.7
secundaria completa	31	13.9
preparatoria	19	8.5
profesional	33	14.8
Total	223	100.0

Fuente: Cédula de registro de datos de escolaridad y tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2.

Los pacientes con 10 años de evolución del padecimiento son los que predominaron con un 9.9% seguidos de los que tuvieron 5 años (6.7%).

La mayor parte de los pacientes consumen diariamente una combinación de sulfonilureas y biguanidas con un 45.7% seguidos de los que consumen sulfonilureas como monoterapia (15.7%) y biguanidas (14.8%).

Más de la mitad de los pacientes sujetos a estudio se encontraban con glicemia descontrolada (77.1%) y solamente el 22.9% estaban controlados tabla 3

Tabla 3.**Glicemia**

Glicemia	Frecuencia	Porcentaje
Controlado	51	22.9
Descontrolado	172	77.1
Total	223	100.0

Fuente: Cédula de registro de datos de glicemia y tiempo de registro de glicemia, así como tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2.

En su mayor porcentaje los pacientes se dedican al hogar (41.7%) seguidos de los que se desempeñan como empleados (29.6%). Ver tabla 4.

Tabla 4.**Ocupación**

	Frecuencia	Porcentaje
Profesionista	7	3.1
Empleado	66	29.6
Comerciante	18	8.1
Hogar	93	41.7
pensionado y jubilado	36	16.1
otros	3	1.3
Total	223	100.0

Fuente: Cédula de registro de datos de ocupación y tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 2.

De los 223 pacientes sujetos a estudio el 61.4% son casados seguidos de los viudos (17.5%). Ver

Tabla 5. Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	11	4.9
Unión libre	22	9.9
casado	137	61.4
viudo	39	17.5
Divorciado	7	3.1
6	7	
Total	223	100.0

Fuente: Cédula de registro de datos de estado civil y tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo.2.

Los pacientes con sobrepeso predominan con un 41.3% seguidos de los que tienen obesidad grado 1 (28.7%). Ver tabla 6.

Tabla 6. Índice de masa corporal

	Frecuencia	Porcentaje
Normal	44	19.7
Sobrepeso	92	41.3
Obesidad grado 1	64	28.7
Obesidad grado 2	14	6.3
Obesidad severa	9	4.0
Total	223	

Fuente: Cédula de registro de datos de índice de masa corporal y tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo.2.

El test de Zung reportó que el 53.4% de los pacientes no tienen cuadro depresivo seguido de los que presentaron reacciones de ansiedad (22.9%). Ver tabla 7.

Tabla 7. Test de Zung

Test de Zung.	Frecuencia	Porcentaje
normal	119	53.4
reacciones de ansiedad	51	22.9
depresión media	44	19.7
depresión severa	9	4.0
Total	223	100.0

Fuente: Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos modificada de Zung por Calderón Narváez aplicado a los pacientes del estudio de “grado de depresión y nivel de autoestima en el paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Chiapas.”

Los resultados de la aplicación del inventario de autoestima de Coopersmith reportan en 84.3% autoestima alta y en un 13% autoestima media. Ver tabla 8.

Tabla 8. Autoestima

Test de Autoestima.	Frecuencia	Porcentaje
Baja autoestima	6	2.7
Media autoestima	29	13.0
Alta autoestima	188	84.3
Total	223	100.0

Fuente: Inventario de autoestima de Coopersmith versión para adultos ,aplicado en el estudio "Grado de depresión y nivel de autoestima en el paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Chiapas."

De los 223 pacientes 172 se encuentran descontrolados de ellos 93 sin presentar depresión; 41 con reacciones de ansiedad reacciones de ansiedad; 30 con depresión media y 8 con depresión severa. Se muestra en tabla 9

Tabla 9. Test de Zung y su relación con la glicemia

Test de Zung	glucosa		Total
	controlado	descontrolado	
normal	26	93	119
reacciones de ansiedad	10	41	51
depresión media	14	30	44
depresión severa	1	8	9
Total	51	172	223

Fuente: Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos modificado de Zung por Calderón Narváez, aplicado a los pacientes del estudio "Grado de depresión y nivel de Autoestima en el paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Chiapas."

Al relacionar el nivel de autoestima con las cifras de glicemia se encontró que 145 pacientes descontrolados tuvieron una autoestima alta, 22 con un nivel medio y 5 con baja autoestima. Se detalla en tabla 10.

Tabla 10. Test de Coopersmith y su relación con la glicemia.

Autoestima	glucosa		Total
	controlado	descontrolado	
Baja autoestima	1	5	6
Media autoestima	7	22	29
Alta autoestima	43	145	188
Total	51	172	223

Fuente: Inventario de Autoestima de Coopersmith versión para adultos, aplicado en el estudio “Grado de Depresión y nivel de Autoestima en el paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Chiapas.”

El 53.3% de los pacientes que presentaron una autoestima alta no reportaron depresión, el 18.3% con autoestima alta presentaron reacciones de ansiedad. De los 9 pacientes con depresión severa 3 se encontraron con baja autoestima, 3 con autoestima media y los otros 3 con alta autoestima. Tabla 11.

Tabla 11. Relación del nivel de autoestima y grado de depresión

Autoestima	Test Zung				Total
	normal	reacciones de ansiedad	depresión media	depresión severa	
Baja autoestima	1	1	1	3	6
Media autoestima	0	9	17	3	29
Alta autoestima	118	41	26	3	188
Total	119	51	44	9	223

Fuente: Inventario de Autoestima de Coopersmith versión para adultos aplicado en el estudio "Grado de Depresión y nivel de Autoestima en el paciente diabético en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS en Chiapas."

DISCUSIÓN

En el presente estudio se describen las características existentes en relación al grado de depresión y el nivel de autoestima en pacientes diabéticos tipo 2 de la UMF 17, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Los resultados muestran que la edad media de los pacientes sujetos a estudio fue de 48 años similar a lo reportado en un estudio realizado por José Lauro en San Luis Potosí, México en el 2004 en el que la edad predominante fue de 50 años. Y difiere a lo encontrado por Delahanty LM y colaboradores en un estudio realizado en Boston, EE.UU en el 2007 que reporta una edad promedio de 67 años.^{3, 25}

El sexo femenino predominó con 113 pacientes (59.6%) seguido del masculino con 90 (40.4%). En el estudio realizado por Jiménez Enríquez y colaboradores en México en 1999, encontraron que en relación al sexo no hubo diferencias significativas.²⁰

El nivel socioeconómico encontrado en mayor porcentaje fue el medio, y en cuanto a la ocupación predominaron las amas de casa con un 41.7% seguido de los empleados con un 29.6 % empleados, resultados similares a lo reportado por un estudio realizado por Colunga Rodríguez Cecilia y colaboradores en México en el 2005.^{16, 20}

En cuanto a la escolaridad predominaron con un 28.7% los pacientes con primaria completa, igual a lo referido por Cecilia Colunga y colaboradores.^{16, 20}

En su mayoría los pacientes tuvieron 10 años o más de evolución del padecimiento con un 41.2% , seguidos de los que tuvieron 5 años (6.7%), similar a lo reportado de 10.6 y 7.6 años respectivamente por Cecilia Colunga y colaboradores.^{16, 20}

La mayor parte de los pacientes consumen diariamente una combinación de sulfonilureas y biguanidas (45.7%) seguidos de los que consumen sulfonilureas como monoterapia (15.7%) y biguanidas (14.8%).

Más de la mitad de los pacientes sujetos estudiados se encontraban con glicemia descontrolada (77.1%) y solamente el 22.9% estaban controlados al igual que lo referido por Cesar Escobedo donde refiere que el descontrol glucémico fue el grupo más numeroso de su estudio.¹¹

Del total de pacientes, 172 se encontraron descontrolados en su glicemia, 93 de los cuales no presentaban manifestaciones de depresión.

La mayor parte de los pacientes descontrolados en su glicemia reportaron una autoestima alta, seguidos por los de autoestima media.

Al relacionar nivel de autoestima y depresión se encontró que la mayor parte de pacientes con autoestima alta no reportaron depresión, pero si reacciones de ansiedad y solo una tercera parte de los pacientes con depresión severa presentaban baja autoestima.

Enrique Jiménez y colaboradores en México en 1999, al igual que José Lauro en el 2004 y Delahanty LM y colaboradores en Boston, EE.UU. en 2007 reportaron alteraciones emocionales graves en este tipo de población que van desde depresión moderada a grave en el primero, ansiedad e insomnio en el segundo y angustia en el tercero. Cecilia Colunga y colaboradores en México 2005 reporta una alta prevalencia de Depresión en pacientes con diabetes tipo 2.^{20, 16}

Cesar Escobedo y colaboradores en México 2007 establece una relación entre los niveles de glucosa en estos pacientes y el grado de depresión.¹¹

José Lauro en su trabajo menciona que la pérdida de la autoestima también causa problemas en el descontrol metabólico en estos pacientes, resultado que no coincide con lo reportado en el presente estudio.³

CONCLUSIÓN

La edad predominante fue de 48 años con máxima de 86 y una mínima de 25, siendo más frecuente el sexo femenino. El nivel socioeconómico encontrando en mayor porcentaje fue el medio, la mayor parte dedicados al hogar. La escolaridad referida fue primaria completa, seguida de la primaria incompleta. La mayor parte tenían una evolución de la enfermedad de 10 años o más. Se detecto que la mayor parte de los pacientes consumen diariamente una combinación de sulfonilureas y biguanidas, seguidos de los que consumen sulfonilureas como monoterapia y biguanidas. Más de la mitad de los pacientes se encontraron con glicemias descontroladas.

Los resultados obtenidos en este estudio en los pacientes diabéticos tipo 2 predomino el estado de ansiedad, la depresión moderada y un nivel de autoestima alta. No encontrando relación entre depresión-autoestima – descontrol de glicemia.

PROPUESTAS

Por los resultados obtenidos se sugiere realizar estudios en pacientes diabéticos tipos 2 manejando otras variables por ejemplo: dinámica familiar, relación médico paciente, relación nutricionista-paciente, relación del familiar del paciente diabético con el equipo de salud o implementar talleres con pacientes diabéticos donde se le concientice con información sobre su enfermedad y los lineamientos que tiene que seguir acorde a sus realidades, incluyendo el ejercicio y manualidades ,etc.

Por otro lado se sugiere la aplicación rutinaria del test de Zung a los pacientes diabéticos para detectar a los que cursan con estado de ansiedad y darles seguimiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Marble A, White P, Bradley RF, Krall LP. Joslin's Diabetes Mellitus.—11a. ed. Philadelphia, Lea and Febiger, 1971.
2. Méndez Carrillo FX, Beléndez Vázquez M. Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención. *Anales de psicología* 1994; 10(2):189-198.
3. Ríos Castillos JL, Barrio Santiago P, Avila Rojas TL. Alteraciones emocionales en pacientes Diabéticos con nefropatía. *Rev Med IMSS* 2004; 42(5):379-385.
4. Arroyo Rojas Dasilva M, Bonilla Muñoz MP, Trejo Gonzalez L. Perspectiva familiar alrededor del paciente diabético. *Rev Neurología, Neurocirugía y psiquiatría*. Marzo Junio 2005; 38(2):63-68.
5. Pérez Fernández MR, Nóvoa Castro B. El ejercicio terapéutico en la diabetes. *Fisioterapia* 2000; 22(1):12-22.
6. Holguin ME. La diabetes un enemigo mortal. *El siglo de Torreón* viernes 14 de Nov de 2003.
7. Quesada Vázquez AJ. Trastornos del funcionamiento sexual en pacientes diabéticos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2002; 2(1).
8. Méndez López DM, Gómez López VM, García Ruiz ME, Pérez López JH, Navarrete Escobar A. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. *Rev Med IMSS* 2004; 42(4):281-284.
9. Laclé Murray A, Valero Juan LF. Incidencia de Diabetes Tipo 2 en un área urbano marginal de Costa Rica. *AMC* 2008; 50(1):29-34.
10. López Fernández R. La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Parte II. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1996; 12(4).
11. Escobedo Lugo C, Rubio Guerra AF, Lozano Nuevo JJ, Díaz García NA. Descontrol metabólico asociado al grado de depresión de acuerdo al inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de recién diagnóstico del Hospital General de Ticoman. *Medicina Interna de México* 2006; 22(Sup 2)

12. Lahsen MR, Liberman GC. Prevención de diabetes mellitus tipo 2. *Rev Chil Nutr* 2003;30(1).
13. Alcaraz Agüero M, Ferer La O. El juego como técnica de intervención en el autocontrol del paciente diabético. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1998;14(3):231-235.
14. Boletín de información estadística de la Secretaría de Salud Chiapas; 2006(26).
15. Subsecretaría de Innovación y calidad. Dirección General de Información en Salud. Indicadores Básicos de Salud 2000-2004.
16. Colunga Rodríguez C, García de Alba JE, Salazar Estrada JG, González Ángel M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México 2005. *Rev Salud Pública* 2008; 10(1):137-149.
17. Calderón Narváez G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. *Rev Med IMSS* 1992; 30(5,6):377-380.
18. Bello M, Puentes Rosas E., Medina Mora ME, Lozano R. prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México* 2005; 47(Supl 1):S4-S11.
19. Guallar Castellón P. y otros. Prevalencia de depresión y factores biomédicos y psicosociales asociados en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España. *Rev. Esp Cardiol* 2006; 59(8):770-778.
20. Jiménez ER, García Ramírez LA, López Núñez JJ, Macías Belman AP, Utrilla Ávila MJ, Madariaga Márquez JB. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. *Medicina Interna de México* 1999;15(1).
21. Ruiz TA, Silva IH, Miranda CE. Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general. *Rev Md de Chila* 2001; 129(6).
22. Villatoro Velázquez JA, Andrade Palos P, Fleiz Bautista C, Medina-Mora Icaza MA, Reyes Lagunes I, Rivera Guevara E. La relación padres-hijos: Una escala para evaluar el ambiente familiar de los adolescentes. *Salud Mental* 1997; 20(2):21-27.
23. Canto Pech HG, Castro Rena EK. Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en psicología* 2004; 9(2):257-270.

24. Lara Cantú MA, Verduzco MA, Acevedo M, Cortés J. Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Coopersmith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología* 1993; 25(2):247-255.
25. Delahanty LM, Grant RW, Meigs JB. Relación entre angustia emocional en pacientes Diabéticos y la modalidad de tratamiento. *Diabetic Medicine* 24 (1):48-54 Ene 2007
26. Artola S, Iglesias R, et al. Recomendaciones de la American Diabetes Association en la práctica clínica para el manejo de la diabetes mellitus. 2008
27. Palacios de Schneider CM, Diabetes tipo 2 “Análisis de los objetivos, alternativas de tratamiento y riesgos en adultos mayores”. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas* 2005
28. Papelbaum M. Comorbilidad psiquiátrica en la diabetes mellitus tipo 2: del diagnóstico al tratamiento. *Sociedad Iberoamericana de Información Científica* 2008
29. De los Ríos CJL et al. Depresión en pacientes con nefropatía diabética. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* 2005; 13 (1-2): 9-14
- 30.- La diabetes y las enfermedades mentales. American Diabetes Association www.diabetes.org.

ANEXOS.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMANDO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente autorizo que mi _____

Participo en el proyecto de investigación titulado. **“GRADO DE DEPRESIÓN Y NIVEL DE AUTOESTIMA EN EL PACIENTE DIABÉTICO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS EN CHIAPAS”**

”

Registrado ante el comité Local de Investigación en salud con el numero _____

- **El objetivo del estudio es.** Determinar el grado de depresión y el nivel de autoestima en derechohabientes con Diabetes Mellitus tipo II en la Unidad de Medicina Familiar No. 17 del IMSS en San Cristóbal, Chiapas

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Participar sin ningún tipo de riesgo para mi salud y poder responder a todas las preguntas que se generen en este proyecto

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente el investigador se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia de mi representado (a) en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Ma. Cleofás Mariano Narciso Matrícula 8459231

Nombre, firma, matrícula del investigador principal.

Números telefónicos a los cuales se puede comunicar en caso de emergencia y/o dudas y preguntas relacionadas con el estudio.

ANEXO 2

CUESTIONARIO CLINICO PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS CUADROS DEPRESIVOS MODIFICADO DE ZUNG POR CALDERON NARVAEZ.

Nombre _____
 Sexo _____ Edad _____ Estado _____
 civil _____

	NO	SI		
		Poco	Regular	Mucho
1. ¿Se siente triste y afligido?				
2. ¿Llora o tiene ganas de llorar?				
3. ¿Duerme mal de noche?				
4. ¿En las mañanas de siente peor?				
5. ¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
6. ¿Le ha disminuido el apetito?				
7. ¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
8. ¿Ha disminuido su interés sexual?				
9. ¿Considera que su rendimiento en el trabajo es menor?				
10. ¿Siente palpitaciones o presión en el pecho?				
11. ¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso? (solicitar que precise la molestia)				
12. ¿Se siente cansado o decaído?				
13. ¿Se siente pesimista, siente que las cosas le van a salir mal?				
14. ¿Le duele con frecuencia la cabeza o la nuca?				
15. ¿Está más irritable o enojón que antes?				
16. ¿Se siente inseguro con la falta de confianza en usted mismo?				
17. ¿Siente que le es menos útil a su familia?				
18. ¿Siente miedo de algunas cosas?				
19. ¿Ha sentido deseo de morirse?				
20. ¿Se siente apático, como si las cosas que antes le interesaban ahora le fueran indiferentes?				

Calificación.

Preguntas contestadas en la primera columna (no) _____ x 1 = _____
 Preguntas contestadas en la segunda columna (poco) _____ x 2 = _____
 Preguntas contestadas en la tercera columna (regular) _____ x 3 = _____
 Preguntas contestadas en la primera columna (mucho) _____ x 4 = _____

Equivalente A:

Puntaje:
 20 A 35 Normal
 36 A 45 Reacciones De Ansiedad
 46 A 65 Depresion Media
 66 A 80 Depresion Severa

Elaboró el estudio: _____
 Fecha: _____ Firma: _____

ANEXO 3.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSION PARA ADULTOS.

1. Generalmente los problemas me afectan muy poco.....SI NO
2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público.....SI NO
3. Si pudiera cambiaría muchas cosas de mí.....SI NO
4. Puedo tomar una decisión fácilmente.....SI NO
5. Soy una persona simpática.....SI NO
6. En mi casa me enoja fácilmente.....SI NO
7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo.....SI NO
8. Soy popular entre las personas de mi edad.....SI NO
9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos.....SI NO
10. Me doy por vencido(a) muy fácilmente.....SI NO
11. Mi familia espera demasiado de mí.....SI NO
12. Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy.....SI NO
13. Mi vida es muy complicada.....SI NO
14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas.....SI NO
15. Tengo mala opinión de mí mismo(a).....SI NO
16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa.....SI NO
17. Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo.....SI NO
18. Soy menos guapo (o bonita) que la mayoría de la gente.....SI NO
19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.....SI NO
20. Mi familia me comprende.....SI NO
21. Los demás son mejor aceptados que yo.....SI NO
22. Siento que mi familia me presiona.....SI NO
23. Con frecuencia me desanimo en lo que hago.....SI NO
24. Muchas veces me gustaría ser otra persona.....SI NO
25. Se puede confiar muy poco en mí.....SI NO

**ANEXO 4. CÉDULA DE REGISTRO DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
Y TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE LA DIABETES TIPO 2**

DATOS GENERALES

Sexo: M: _____ F: _____ Edad : _____

NIVEL SOCIOECONÓMICO:

Muy Bajo: _____ Bajo: _____ Medio: _____ Medio alto : _____

Alto: _____

Grado de escolaridad: _____

Ocupación: _____

IMC: _____

Cifras de glicemia de los últimos 3 meses: _____

Tiempo de evolución de su enfermedad: _____

¿Qué medicamento utiliza para su diabetes?

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Marzo-abril 2008	Mayo-Oct.08 Sept-2009.	Octubre 2009	Nov- 2009	Dic- 2009	Enero- Feb 2010	Marzo- Agosto 2010	Sept- Nov 2010
Elección del tema								
Revisión de la lectura								
Elaboración del protocolo								
Revisión del protocolo								
Presentación del protocolo								
Modificación del protocolo								
Evaluación del protocolo por el comité								
Inicio de investigación								
Recolección de datos								
Análisis y codificación de datos								
Interpretación de los resultados								
Conclusión del estudio								
Entrega del escrito final								