



SECRETARÍA  
DE SALUD - SESEQ  
Jurisdicción Sanitaria 4

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E  
INVESTIGACIÓN

**SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO**  
SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

**“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO YA CONOCIDOS PARA  
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL  
CENTRO DE SALUD LANDA DE MATAMOROS, QUERÉTARO DURANTE EL  
PERIODO MARZO 2011, SEPTIEMBRE 2012”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:  
IVÁN ALEJANDRO ALONSO SALDÍVAR

QUERÉTARO, QUERÉTARO

2014



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.

**“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO YA CONOCIDOS PARA  
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL  
CENTRO DE SALUD LANDA DE MATAMOROS, QUERÉTARO DURANTE EL  
PERIODO MARZO 2011, SEPTIEMBRE 2012”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

IVÁN ALEJANDRO ALONSO SALDÍVAR

AUTORIZACIONES:

---

DR. MARIO ORTIZ AMEZOLA

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE SESEQ

---

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLAS ORTIZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN  
SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO

---

DRA. MARÍA TERESITA ORTIZ ORTIZ  
JEFE DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN S.E.S.E.Q.  
ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

---

Dr. Javier López Sánchez. Médico Familiar  
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

**“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO YA CONOCIDOS PARA  
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL  
CENTRO DE SALUD LANDA DE MATAMOROS, QUERÉTARO DURANTE EL  
PERIODO MARZO 2011, SEPTIEMBRE 2012”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

IVÁN ALEJANDRO ALONSO SALDÍVAR

A U T O R I Z A C I O N E S :

---

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

---

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

---

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

*No se sabe si puede haber compasión humana ante la anemia del alma. Cuando decae el tono Vital y el ánimo está tan afectado y trastornado que sólo es terrible lo que antes era grato, mundano y cotidiano, la relación humana desaparece.*

OLIVER ONIONS

## ÍNDICE GENERAL

|     |   |                    |
|-----|---|--------------------|
| 1.  | TÍTULO .....                                | 1                  |
| 2.  | ÍNDICE GENERAL .....                        | 5                  |
| 3.  | INTRODUCCIÓN.....                           | 7                  |
| 5.  | RESUMEN .....                               | 9                  |
| 6.  | SUMMARY .....                               | 9                  |
| 7.  | MARCO TEÓRICO.....                          | 10                 |
| 8.  | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....            | 36                 |
| 9.  | JUSTIFICACIÓN .....                         | 38                 |
| 10. | OBJETIVOS.....                              | 39                 |
|     | GENERAL .....                               | 39                 |
|     | ESPECÍFICOS .....                           | 39                 |
| 11. | METODOLOGÍA .....                           | 41                 |
|     | TIPO DE ESTUDIO .....                       | <a href="#">41</a> |
|     | POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO .....  | <a href="#">41</a> |
|     | TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA .....           | <a href="#">41</a> |
|     | CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN .....       | <a href="#">41</a> |
|     | VARIABLES .....                             | <a href="#">42</a> |
|     | MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN ..... | <a href="#">48</a> |
| 12. | RESULTADOS.....                             | 49                 |
|     | DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS.....          | 49                 |
|     | TABLAS Y GRÁFICAS .....                     | 53                 |
| 13. | DISCUSIÓN (ANÁLISIS) DE RESULTADOS .....    | 68                 |
| 14. | CONCLUSIONES.....                           | 71                 |
| 15. | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....            | 72                 |
| 16. | ANEXOS .....                                | 79                 |

**“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO YA CONOCIDOS PARA  
DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL  
CENTRO DE SALUD LANDA DE MATAMOROS, QUERÉTARO DURANTE EL  
PERIODO MARZO 2011, SEPTIEMBRE 2012”**

## Introducción

Reportes de la Federación Internacional de Diabetes (FID), indican que existe un aumento de diabetes mellitus como epidemia global. Se estima que en el 2010 hubo alrededor de 285 millones de adultos con diabetes en el mundo y 3 millones de muertes, representando un incremento de 39 millones desde el 2007, y para el año 2030 se espera un incremento de esta enfermedad a 439 millones, es decir aproximadamente el 75% de la población mundial adulta (20 a 69 años).

La identificación y tratamiento de depresión en los enfermos crónico degenerativos se considera esencial en la atención de los mismos, aún por especialistas de segundo y tercer nivel de atención.

La mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas se tratan en el primer nivel de atención en lugar de los centros de atención especializados; el grado de severidad de la sintomatología depresiva se correlaciona con el auto cuidado del paciente que padece de diabetes mellitus, así como su estilo de vida saludable, incluyendo su plan de alimentación y plan de actividad física. Asociando la terapia hipoglucemiante vía oral con su estilo de vida y disminución del control de su patología.

Se ha observado, durante los estudios realizados a lo largo del tiempo, sobre la importante relación que presentan estas dos patologías, ya que los paciente que padecen diabetes mellitus muy probablemente, aunado su contexto biopsicosocial, en cualquier momento de su evolución padecerán depresión, pues el estado psicológico del paciente con diabetes mellitus cursa con un estado de duelo psicológico por el simple hecho de saberse enfermo y que ésta es una enfermedad con la que tendrá que aprender a vivir, para tener un excelente control de la misma y así evitar una disminución en su calidad de vida y disfuncionalidad en la dinámica familiar.

Como ya lo mencionamos en párrafos anteriores, la presencia de depresión en los pacientes con diabetes repercutirá sobre el control glucémico, y por ende en los costos institucionales, familiares y personales del paciente crónico degenerativo. Así mismo en el ámbito familiar contará con el apoyo o no por parte de los subsistemas, percibiéndolo por parte del enfermo generando en el dos perspectivas, la autoestima funcional o autoestima disfuncional agravando el estado depresivo del paciente y su



descontrol metabólico; sin dejar de mencionar sus características demográficas, comorbilidades, severidad de los síntomas depresivos con estado funcional tanto físico como mental.

Varios estudios han demostrado que la depresión se asocia directamente con un mayor riesgo de complicaciones de la diabetes micro y macrovasculares.

En general, Los estudios han demostrado que las personas con diabetes son más propensas a tener depresión que en los individuos que no tiene diabetes. Cabe señalar sin embargo que los mecanismos de vinculación de estas condiciones no están del todo claros. Es necesaria mayor investigación para definir con mayor precisión la relación entre estos dos trastornos comórbidos.

**RESUMEN**

La identificación y tratamiento de depresión en los enfermos crónico degenerativo se considera esencial en la atención de primero, segundo y tercer nivel de atención. La ENSANUT 2006, nos menciona que en México la prevalencia de diabetes mellitus por diagnóstico médico en adultos mayores de 20 años se ha incrementado de 4.6% en 1993, 5.8% en 2000 a 7% en 2006. La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica, involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social; se encontró una mayor prevalencia de depresión de 11% en personas con diabetes. Tipo de estudio: Estudio descriptivo transversal prospectivo; este estudio se realizó en la población del centro de salud Landa de Matamoros, que padecen diabetes mellitus tipo 2. En el periodo de tiempo de marzo a septiembre del 2012. Con un muestreo por conglomerado, un total de 70 pacientes; aplicando la escala de autoevaluación para la depresión de Zung; y el cuestionario de factores de riesgo. Resultados: Se encontró una relación del 11% de prevalencia de depresión, la prevalencia de depresión es mayor en mujeres (75%) que en hombres (25%). Conclusión: En este estudio podemos apreciar o concluir un perfil de población con diabetes mellitus tipo dos para riesgo de depresión: Mujer de 35 a 39 años, obesa, viuda, desempleada, más de 15 años de diagnóstico de diabetes mellitus, con tratamiento a base de tabletas y ejercicio, sin adicciones, con retinopatía diabética, comorbilidades que engloban un síndrome metabólico, de una familia extensa en una fase de retiro sin redes de apoyo.

**SUMMARY**

The identification and treatment of depression in patients chronic degenerative considered essential in the care of first, second and third levels of care. The ENSANUT 2006, we mentioned that in Mexico the prevalence of diabetes mellitus medically diagnosed in adults over 20 years has increased from 4.6% in 1993, 5.8% in 2000 to 7% in 2006. Depression is one of the most common mental disorders in psychiatric pathology involves emotional, cognitive, lifestyle and relationship with social structure; we found a higher prevalence of depression of 11% in people with diabetes. Type of study: prospective cross-sectional study, this study was conducted at the health center population Landa de Matamoros, with diabetes mellitus type 2. In the period from March to September 2012. With cluster sampling, a total of 70 patients, using the self-rating scale for depression Zung, and risk factor questionnaire. Results: We found a ratio of 11% prevalence of depression, the prevalence of depression is higher in women (75%) than men (25%). Conclusion: In this study we see or conclude a population profile with type two diabetes mellitus to depression risk: Women aged 35 to 39, obese, widowed, unemployed, over 15 years of diagnosis of diabetes mellitus, with treatment based tablet and exercise without addictions, with diabetic retinopathy, comorbidities that include metabolic syndrome, an extended family in a withdrawal phase without support networks.

## Marco teórico

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen diferentes tipos de DM, debidos a una compleja interacción entre genética y factores ambientales. Dependiendo de la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser: deficiencia de la secreción de insulina, disminución del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatológicas secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece esta enfermedad y para el sistema de salud. En Estados Unidos, la DM es la primera causa de nefropatía en etapa terminal (*end-stage renal disease*, ESRD), de amputaciones no traumáticas de extremidades inferiores y de ceguera en adultos. También predispone a enfermedades cardiovasculares. Dado que está aumentando su incidencia en todo el mundo, seguirá siendo una de las primeras causas de morbilidad y mortalidad en el futuro próximo (1).

Muchos adultos diabéticos tipo 2 la padecen muchos años antes de que se les diagnostique, ya que hay estudios en los que los hallazgos demuestran el gran impacto hereditario de esta enfermedad, pues en los gemelos idénticos la posibilidad de que ambos padezcan diabetes es del 80%; en gemelos no idénticos la probabilidad es menor (2).

Los familiares consanguíneos, entre hermanos, si uno de ellos padece diabetes, la probabilidad de que el resto de ellos la padezcan es de 50% y aumenta un 80% si ambos padres son diabéticos (2).

En los últimos años se han identificado algunas regiones de los genes 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 16, que se relacionan con el desarrollo de diabetes mellitus, tipo 2 (2).

Casi todas las células de nuestro cuerpo necesitan insulina, ahora bien, en las personas con diabetes mellitus su páncreas no produce insulina, hay una producción insuficiente de insulina, o cuando por alguna razón las células de nuestro cuerpo no pueden utilizarlas adecuadamente. Y si a estos mecanismos le agregamos una obesidad de tipo central, ya que la grasa almacenada proporciona sustancias que al llegar al hígado son utilizadas para producir más glucosa de la que realmente se

---

1. Tratado de Medicina interna, Harrison Vol 2 Edición 17, 2010, pp: 2275-2281  
2. Diabetes Mellitus, Herrea Cornejo M.A., 1 edición, Editorial AFIL 2011.

requiere, y que aparte estas sustancias liberadas desde la grasa abdominal llegan a competir con el buen funcionamiento de la insulina.

Si a esto le agregamos una vida sedentaria con mínima o nula actividad física (menos de 150 minutos de ejercicio aeróbico a la semana), ello contribuirá a que los músculos se hagan resistentes a la acción y el buen funcionamiento de la insulina y que la glucosa se eleve por falta de su uso a nivel muscular.

Otro aspecto importante para el desarrollo de DM es una mala alimentación; ya que los pacientes consumen altos contenidos de azúcares simples alimentos ricos en grasas y todo exceso que no este indicado en un plan de alimentación balanceado.

La prevalencia de los tipos 1 y 2 de diabetes aumenta a nivel mundial, pero la del tipo 2 lo hace con mayor rapidez, por el incremento en la frecuencia de obesidad y la disminución de los niveles de actividad física, conforme se industrializa un número cada vez mayor de países; seis de los 10 principales países con los Índices más altos de diabetes están en Asia. En Estados Unidos, la *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) han calculado que en el año 2005, 20.8 millones de personas o 7% de la población tenía diabetes (en promedio, 30% de los sujetos con el trastorno no fueron diagnosticados) (2). Aproximadamente 1.5 millones de personas (mayores de 20 años) fueron diagnosticadas por primera vez con diabetes en ese año. La frecuencia de diabetes aumenta con el envejecimiento. En el año 2005 se calculó que la prevalencia de la enfermedad en Estados Unidos era de 0.22% en personas menores de 20 años y 9.6% en quienes rebasaban dicha edad. En sujetos mayores de 60 años, la prevalencia de diabetes era de 20.9% (2). La prevalencia es semejante en varones y mujeres prácticamente en todos los rangos de edad (10.5 y 8.8% en personas mayores de 20 años), pero es levemente mayor en varones con más de 60 años. Las estimaciones a nivel mundial indican que en el año 2030 el mayor número de diabéticos tendrá entre 45 a 64 años de edad (2).

La diabetes es la principal causa de muerte pero algunos estudios indican que muchas enfermedades no se notifican con la debida frecuencia como causa de fallecimiento.

La ENSANUT 2006, nos menciona que en México la prevalencia de *diabetes mellitus* por diagnóstico médico en adultos mayores de 20 años se ha incrementado de 4.6% en 1993, 5.8% en 2000 a 7% en 2006. En el contexto nacional en 2007 la *diabetes mellitus* representa 13.7% de las defunciones de la población en general, teniendo como consiguiente el 11.7% de las defunciones de hombres y 16.2% en las mujeres de la población en general. La tasa de mortalidad es de 6.7 defunciones por cada 10 mil habitantes; entre las mujeres la tasa es ligeramente mayor (6.9) que entre los varones (3).

El *National Diabetes Data Group* y la Organización Mundial de la Salud han propuesto criterios diagnósticos para la DM basados en las siguientes premisas: 1) el espectro de la glucosa plasmática en ayunas (*fasting plasma glucose*, FPG) y la reacción a una carga oral de glucosa (prueba de tolerancia de glucosa ingerida [*oralglucose tolerance test*, OGTT]).

La tolerancia a la glucosa se clasifica en tres categorías, con base en la cifra de glucosa plasmática en el ayuno (FPG) 1) FPG <5.6 mmol/L (100 mg/100 mi) es la cifra normal; 2) FPG = 5.6 a 6.9 mmol/L (100 a 125 mg/ 100 mi) se define como prediabetes, es decir, alteración de la glucemia en el ayuno, y 3) FPG >7.0 mmol/L (126 mg/100 mi) justifica el diagnóstico de diabetes mellitus. Con base en los datos de la prueba de tolerancia a la glucosa oral (OGTT) se define IGT como los niveles de glucemia entre 7.8 y 11.1 mmol/L (140 y 199 mg/100 mi) y se define la diabetes como la cifra de glucosa mayor de 11.1 mmol/L (200 mg/100 mi) 2 h después de la ingestión de 75 g de glucosa, como estímulo o carga. Algunas personas tienen la combinación de IFG e IGT. Los individuos con IFG, IGT, o ambas, cuadro llamado recientemente *prediabetes* por la *American Diabetes Association* (ADA), estos sujetos están expuestos a un riesgo sustancial de mostrar DM de tipo 2 (riesgo de 25 a 40% en los siguientes cinco años) y también un mayor peligro de mostrar enfermedad cardiovascular.

Los criterios actuales de diagnóstico de la DM resaltan que la FPG es el método más fiable y cómodo de diagnóstico de DM en sujetos asintomáticos. Una concentración de glucosa plasmática >11.1 mmol/L (200 mg/100 mi) tomada al azar y acompañada de los síntomas clásicos de DM (poliuria, polidipsia y pérdida de peso) basta para el diagnóstico de DM.

---

3. Resultados de nutrición de la ENZANUT 2006, Carlos Oropeza Abundez, Instituto Nacional de Salud Pública, primera edición 2007

La prueba de sobrecarga oral de glucosa, aunque sigue siendo un método válido de diagnóstico de DM, no se recomienda como práctica sistemática ya que actualmente se recomienda el empleo generalizado de la FPG como prueba de detección de DM de tipo 2 porque: 1) gran número de los individuos que satisfacen los criterios actuales de DM son asintomáticos y no se percatan de que la padecen, 2) los estudios epidemiológicos sugieren que puede existir DM de tipo 2 hasta durante un decenio antes de establecerse el diagnóstico, 3) hasta 50% de los individuos con DM de tipo 2 tienen una o más complicaciones específicas de la diabetes en el momento de su diagnóstico y 4) el tratamiento de la DM tipo 2 puede alterar favorablemente la evolución natural de la enfermedad. La ADA recomienda practicar estudios de detección inicial (tamizaje) a toda persona mayor de 45 años, cada tres años, y hacer lo mismo en sujetos en fase más temprana de la vida si tienen sobrepeso [índice de masa corporal (*body mass index*, BMI) >25 kg/m<sup>2</sup>] y además, un factor de riesgo para mostrar diabetes, aquellos en los que presentan carga genética de primera línea con DM, distintas líneas de evidencia muestran que el desarrollo de la DM2 tienen un origen genético, entre las que se incluyen estudios de agregación familiar y en gemelos, estudios de mapeo genético, de asociación genómica y distintos modelos animales (4,5).

En la literatura encontramos los siguientes factores de riesgo para diabetes mellitus tipo dos: Antecedentes familiares de diabetes (p. ej., padres o hermanos con diabetes tipo 2); Obesidad (IMC; >25 kg/m<sup>2</sup>); Inactividad física habitual; Raza o etnicidad (p. ej., afroestadounidense, hispanoestadounidense, amerindio, ascendencia asiática, isleño del Pacífico); IFG o IGT previamente identificado; Antecedentes de diabetes mellitus gestacional o nacimiento de un niño que pesa >4 kg; Hipertensión (presión arterial 140/90 mmHg); Concentración de colesterol de HDL <35 mg/100 ml (0.90 mmol/L), concentración de triglicéridos >150 mg/100 ml (2.82 mmol/L) o ambas cosas; Síndrome de ovario poliquístico o acantosis nigricans Antecedentes de enfermedad vascular; **Nota:** IMC, índice de masa corporal; IFG. trastorno de la glucosa en ayunas; IGT, trastorno de la tolerancia a la glucosa; HDL. lipoproteína de alta densidad (4).

- 
4. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, DIABETES CARE, VOLUME 34, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2011.
  5. María Teresa Tusié Luna, El componente genético de la diabetes tipo dos, unidad de biología molecular y medicina genómica, instituto de investigaciones biomédicas. UNAM, e instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. Vol XXXII 2008

La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por una menor secreción de insulina, por resistencia a dicha hormona, por producción excesiva de glucosa por el hígado y por el metabolismo anormal de grasa. La obesidad, en particular la visceral o central (como se manifiesta en la razón de la circunferencia a nivel de la cadera/abdominal; 0.71 a 0.84 normal para mujeres, 0.78 a 0.94 normal para hombres) es muy frecuente en la diabetes de tipo 2. En las etapas iniciales del problema, la tolerancia a la glucosa sigue siendo casi normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta del páncreas logran la compensación al incrementar la producción de la hormona. Al evolucionar la resistencia a la insulina y surgir hiperinsulinemia compensatoria, los islotes pancreáticos en algunas personas no pueden ya conservar el estado hiperinsulinémico y en ese momento surge IGT, que se caracteriza por incrementos en el nivel de glucemia posprandial. La disminución ulterior en la secreción de insulina y el incremento de la producción de glucosa por el hígado culminan en la diabetes franca con hiperglucemia en el ayuno. Por último surge insuficiencia de las células beta.

Un signo notable de la DM de tipo 2 es la resistencia a la insulina, que es la menor capacidad de la hormona para actuar eficazmente en los tejidos destinatarios (en particular músculo, hígado y grasa) y es consecuencia de una combinación de susceptibilidad genética y obesidad. La resistencia es relativa, porque los niveles supranormales de insulina circulante normalizarán la glucemia plasmática. Las curvas dosis-respuesta de la insulina muestran un desplazamiento hacia la derecha, que indica menor sensibilidad, y una respuesta máxima reducida, refleja disminución global del empleo de glucosa (30 a 60% inferior al de los sujetos normales) (1). La resistencia a la acción de la insulina altera la utilización de glucosa por los tejidos sensibles a insulina y aumenta la producción hepática de glucosa; ambos efectos contribuyen a la hiperglucemia de la diabetes. El aumento de la producción hepática de glucosa es causa predominantemente de los elevados niveles de FPG, mientras que el decremento de la utilización periférica de glucosa produce hiperglucemia posprandial. En el músculo esquelético existe un trastorno mayor del uso no oxidativo de la glucosa (formación de glucógeno) que del metabolismo oxidativo de la glucosa por la glucólisis. La utilización de la glucosa por los tejidos independientes de la insulina no está alterada en la DM de tipo 2 (1).

---

1. Tratado de Medicina interna, Harrison Vol 2 Edición 17, 2010, pp: 2275-2281

La mayor masa de adipocitos hace que aumenten los niveles de ácidos grasos libres circulantes, y de otros productos de los adipocitos. Por ejemplo, dichas células secretan diversos productos biológicos (ácidos grasos libres no esterificados, proteína 4 que se liga a retinol; leptina, TNF-cx, resistina, y adiponectina) (1).

Las adipocinas, además de regular el peso corporal, el apetito, y el gasto de energía, también modulan la sensibilidad a la insulina. La mayor producción de ácidos grasos libres y de algunas adipocinas puede causar resistencia a la insulina en músculos de fibra estriada y en el hígado. Los productos de los adipocitos y las adipocinas también generan un estado inflamatorio y ello podría explicar por qué aumentan los niveles de marcadores de inflamación como IL-6 y la proteína C reactiva en la DM de tipo 2 (1).

La inhibición de las vías de señales inflamatorias como las del factor nuclear **KB** (*nuclear factor KB, NFKB*), al parecer mejoran la sensibilidad a la insulina y mejoran la hiperglucemia en modelos animales. En la DM de tipo 2, la resistencia hepática a la insulina refleja la incapacidad de la hiperinsulinemia de suprimir la gluconeogénesis, lo que produce hiperglucemia en ayunas y disminución del almacenamiento de glucosa en el hígado en el periodo posprandial.

El aumento de la producción hepática de glucosa ocurre en una fase temprana de la evolución de la diabetes, aunque probablemente es posterior al inicio de las alteraciones de la secreción insulínica y a la resistencia a la insulina en el músculo esquelético. Como resultado de la resistencia a la insulina en tejido adiposo y la obesidad, el flujo de ácidos grasos libres (*free fatty acid, FFA*) desde los adipocitos aumenta y ello hace que se incremente la síntesis de lípidos [lipoproteínas de muy baja densidad (*very low density lipoprotein, VLDL*) y de triglicéridos] en los hepatocitos. Este almacenamiento de lípido o esteatosis del hígado puede ocasionar hepatopatía grasa no alcohólica y anomalías en las pruebas de función hepática. La situación anterior también ocasiona la dislipidemia que aparece en la diabetes de tipo 2 [incremento del nivel de triglicéridos, disminución de la lipoproteína de alta densidad (*high-density lipoprotein, HDL*) e incremento del número de partículas densas pequeñas de lipoproteína de baja densidad (*low-density lipoprotein, LDL*)].

---

1. Tratado de Medicina interna, Harrison Vol 2 Edición 17, 2010, pp: 2275-2281



La tolerancia a la glucosa es menor a medida que avanzan los años, con el consiguiente incremento de la incidencia y la prevalencia de DM en las personas en edad geriátrica. Estimados consideran que más del 40% de los diabéticos son mayores de 65 años, que son diabéticos el 8% de todas las personas mayores de 65 años, el 13% de los mayores de 70 años y el 20% de los mayores de 80 años. Incluso se calcula que el 10% de los diabéticos de 60 a 74 años permanecen sin diagnóstico (6).

En cuanto a las causas o factores que favorecen la aparición y progresión de la RD (retinopatía diabética), se citan, de forma casi consensual, la duración de la diabetes, la edad del paciente y el tipo de diabetes.

El resultado por tipo de diabetes se relaciona con lo planteado por Harris y cols., que después de cinco años de padecer Diabetes un paciente que inicia su enfermedad antes de los treinta años, tiene 25% de probabilidad de tener Retinopatía y después de quince años, la cifra alcanza el 80% (6).

En aquellos pacientes en los que no ha existido control adecuado del nivel de la glucosa en sangre, se ha observado una progresión acelerada de la RD. Sin embargo, entre los resultados de los estudios varían considerablemente

El edema macular es la causa más frecuente de pérdida visual en los diabéticos tipo 2 con RD no proliferativa. Puede aparecer en cualquier etapa evolutiva de la Retinopatía, pero generalmente lo hace en etapas avanzadas como consiguiente la pérdida visual progresiva en los pacientes con diabetes mellitus, a medida que la incapacidad visual es mayor, mayor es el deterioro en los niveles de desempeño físico (6).

El déficit visual en ancianos con RD limita de forma importante su desempeño funcional, tanto en las actividades básicas como en las instrumentadas de la vida cotidiana con repercusión psicológica y social.

La diabetes en México, según las últimas estadísticas, es la primera causa de mortalidad general: 13 de cada 100 muertes son provocados por la diabetes, y el grupo de edad más afectado es el de 20 a 60 años, la población económicamente activa y a ambos sexos, siendo la mortalidad mayor en los hombres (2).

A nivel económico los costos serán elevados. En el 2010 la diabetes costó al país más o menos 320 millones de dólares (2).

---

2. Diabetes Mellitus, Herrea Cornejo M.A., 1 edición, Editorial AFIL 2011.

6. María Emoe Pérez Muñoz, Idalia Triana Casado, Ceija Molina Cisneros, Desempeño Funcional en adultos mayores con déficit visual por retinopatía diabética, GERONFO RNPS 2110 ISSN1816-8450, Vol. 5 No. 3 2010.

Aunque es difícil estimar la cantidad de personas complicadas de manera crónica se calcula que al menos una complicación está presente en el 50% de las personas que viven con diabetes, éstas se dividen en complicaciones macrovasculares o microvasculares. Las macrovasculares son enfermedad coronaria, enfermedades cerebrovasculares y enfermedad arterial periférica (2).

Comparados con la población general, las personas que viven con diabetes tienen un riesgo mayor de padecer un infarto al miocardio o enfermedad vascular cerebral. Siendo ocasionadas dichas alteraciones por la hiperglucemia y las anomalías de la arterioesclerosis y la inflamación que se ocasiona en los vasos sanguíneos por la hiperglucemia, en diferentes estudios se menciona que los efectos de tratamiento intensivo durante un periodo de 5 a 7 años, protege de las complicaciones a estos órganos vitales por lo menos 10 años (2).

El pie diabético es una complicación ocasionada por la complicación de neuropatía y alteraciones macrovasculares: se calcula que este problema lo padecen entre 10 y 25% de los pacientes con diabetes (2).

La retinopatía diabética es una complicación que afecta los pequeños vasos sanguíneos de la retina ocasionando hipoxia en esta, y por tanto alteraciones en la agudeza visual. Es la primera causa de incapacidad visual y se calcula que después de 15 años del diagnóstico 8 de cada 10 pacientes tienen alguna forma de retinopatía (2).

A nivel mundial la diabetes es la principal causa de nefropatía o enfermedad renal crónica, incrementando el riesgo de muerte. La predisposición genética y la hiperglucemia son factores de riesgo, pero el descontrol de la presión arterial la dislipidemia, la dieta y el tabaquismo favorecen la progresión de la nefropatía.

Debido a la historia natural de la enfermedad y lo mencionado en párrafos anteriores, al presentar esta serie de cambios los pacientes con diabetes, también se ven afectados en la esfera psicológica, teniendo como consecuencia diferentes grados de depresión de acuerdo al tiempo de evolución de su enfermedad.

---

2. Diabetes Mellitus, Herrea Cornejo M.A., 1 edición, Editorial AFIL 2011.

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio. Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; *cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y enmascara su evolución*. La depresión es difícil de diagnosticar ya que tiende a confundirse con otros padecimientos. Algunos autores mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres; otros la describen “como un grave problema de salud pública”. Se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral. *De la Gándara Magill y Moreno refieren que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en medicina familiar (7)*. Debido a que una gran cantidad de pacientes con depresión no llegan a ser atendidos por profesionales de la salud mental, el reconocimiento temprano por parte de los médicos familiares —así como su oportuna intervención— son esenciales. Las unidades de medicina familiar desempeñan funciones de puerta de entrada al sistema de salud, encontrándose por tanto en un lugar privilegiado no sólo para diagnosticar y tratar en forma oportuna estos padecimientos sino para desarrollar intervenciones enfocadas a su prevención.

La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Magill menciona que, el término depresión tiene una variedad de connotaciones dependientes del contexto en el que se use. Puede significar un sentimiento de tristeza que cae dentro del rango normal de experiencias de una persona, o un sentimiento asociado al dolor por la pérdida de algo o alguien importante; llamado duelo y cursa con cinco etapas durante la presentación de este: negación, ira, negociación, tristeza y aceptación; finalmente puede representar un grado anormal de humor disfórico asociado a otras características que lo distinguen claramente como un estado anormal. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales de persona a persona, así como dificultad de adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) involucrando un

---

7. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, Volumen 6, Núm. 3 septiembre-diciembre 2004.

componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado.

La prevalencia de depresión para población general, varía de 5 a 10 %, con una incidencia de casos nuevos de 13%.<sup>(7)</sup> Sin embargo, esta prevalencia entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general, oscilando del 30 % al 65 %. Se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años a partir del diagnóstico, <sup>(7)</sup> lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras; viendo este problema desde hace ya mucho tiempo atrás.

Hace 300 años, el Dr. Thomas Willis, un médico británico hizo la observación de que había una relación entre la diabetes y la depresión cuando sugirió que la diabetes es el resultado de la tristeza o el dolor “largo” <sup>(8)</sup>. Anderson et al. Realizaron un meta-análisis de 42 estudios publicados que incluyeron 21.351 adultos y encontró una mayor prevalencia de depresión de 11% en personas con diabetes y la prevalencia de depresión mayor del 31% <sup>(8)</sup>. Sin embargo, las estimaciones mundiales de prevalencia de depresión entre las personas con diabetes parecen variar por tipo de diabetes y entre las naciones desarrolladas y en desarrollo. Por ejemplo, en los EE.UU., Li et al. Los datos examinados en el Sistema 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance (BRFSS), una encuesta telefónica estandarizada de adultos de los EE.UU. mayores de 18 años y encontró que la tasa de depresión fue del 8,3% (IC 95% 7.3 a 9.3), con un rango desde un 2,0% a un máximo de 28,8% entre los 50 estados.<sup>(8)</sup> También se observó una diferencia de 25 veces en las tasas entre los subgrupos raciales / étnicos (el más bajo, el 1,1% entre los asiáticos, el más alto, el 27,8% de los estadounidenses nativos indios / de Alaska) <sup>(8)</sup>.

Li et al. También completó un segundo estudio con 2006 BRFSS para estimar la prevalencia de la depresión sin diagnosticar entre las personas con diabetes. Encontraron que las prevalencias de depresión diagnosticada y no diagnosticada era de 8,7% y 9,2%, respectivamente. Encontrando también que cerca del 45% de los pacientes con diabetes tenían depresión sin diagnosticar <sup>(8)</sup>.

---

7    Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, Volumen 6, Núm. 3 septiembre-diciembre 2004.

8    Leonard E. Egede, Charles Ellis, Diabetes and depression: Global perspectives; diabetes research and clinical practice 87 (2010) 302 – 312.

Asghar et al. encontraron evidencia de síntomas depresivos en el 29% de hombres y 30,5% de mujeres con diabetes recién diagnosticados en zonas rurales de Bangladesh (8). Del mismo modo, Sotiropoulos et al. encontraron que 33,4% de una cohorte de adultos griegos con diabetes tipo 2 informaron síntomas depresivos elevados (8). Zahid et al. encontraron mayor prevalencia de depresión moderada (14,7%) entre los pacientes con diabetes en una zona rural en Pakistán (8). Sin embargo, Khamseh et al. encontraron depresión mayor en el 71,8% de una muestra de 206 Pacientes iraníes con diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2 (8). En un estudio de 143 pacientes con diabetes tipo 2 y 132 controles sanos En Bahrein, un país insular con una alta prevalencia de diabetes tipo 2,(8) Almawi et al. encontraron una mayor proporción de pacientes con diabetes tipo 2, tanto en el leve-moderada y extremadamente severa. En un estudio binacional de más de 300 pacientes, diseñado para examinar la prevalencia de depresión en los hispanos de origen mexicano, Mier et al. encontraron que la tasa de depresión entre los hispanos fue de 39% en el sur de Texas (EE.UU.) y del 40,5% en el noreste de México (8). También se han reportado en los afroamericanos que residen en condados rurales en Georgia (EE.UU.) y clínicas de atención primaria en el este de Baltimore, Maryland (EE.UU.) depresión mayor en una alta prevalencia. En una revisión sistemática diseñada para estimar la prevalencia de los pacientes con depresión clínica con diabetes tipo 2, Ali et al. encontraron que la prevalencia de depresión fue significativamente mayor entre los pacientes con diabetes tipo 2 (17,6%) que los pacientes sin diabetes (9,8%). También encontraron que la prevalencia entre las mujeres con diabetes (23,8%) fue mayor que entre los hombres con diabetes (12,8%) (8).

En general, los estudios han demostrado que las personas con diabetes son más propensas a tener depresión que en los individuos que no tiene diabetes. Cabe señalar sin embargo que los mecanismos de vinculación de estas condiciones no están del todo claros requiriendo mayor investigación para definir con mayor precisión la relación entre estos dos trastornos comórbidos.

La evidencia sugiere una relación bidireccional entre la depresión y la diabetes tipo 2. Por ejemplo, los estudios de Knol et al. sugirieron que la depresión es una consecuencia de la diabetes o puede ser un factor de riesgo para la aparición de diabetes. (9)

---

8. Leonard E. Egede, Charles Ellis, Diabetes and depression: Global perspectives; diabetes research and clinical practice 87 (2010) 302 – 312.

9. Knol M.J. Twisk J.W., Beekman A.T., Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus, A meta-analysis, Diabetologia 49 (5) 82006) 837-835

El riesgo relativo combinado de la depresión asociados con la diabetes fue de 1,15 (IC 95%: 1,02 a 1,30), mientras que el riesgo relativo de diabetes asociada a la depresión fue de 1,60 (IC 95% 1.37-1.88) (8). En resumen, la depresión se asoció con un aumento del 60% de la diabetes tipo 2, mientras que la diabetes tipo 2 se asocian únicamente con un (15%) de riesgo de depresión (8). Esta relación bidireccional se confirmó en un estudio reciente realizado por Golden et al. en el que se encontró que entre las personas sin síntomas depresivos elevados al inicio del estudio, los pacientes tratados por diabetes tenían mayores probabilidades de desarrollar síntomas depresivos durante el período de seguimiento. En contraste, con las personas con glucemia basal alterada y los que tienen diabetes sin recibir tratamiento tenían un menor riesgo de síntomas depresivos (8).

La prevalencia de todos los trastornos depresivos es del 9 al 20%, los trastornos del estado de ánimo constituyen los problemas psiquiátricos que se observan con mayor frecuencia en primer nivel y la prevalencia de depresión mayor en el primer nivel de atención es del 4.8% - 9.2%, (10) encontrando que las estimaciones de la prevalencia de depresión mayor en las personas de edad avanzada (mayor de 60 años) son del 2 – 4 % en las muestras comunitarias, del 12% en los pacientes hospitalizados por enfermedad medica y del 16% en los *pacientes geriátricos con tratamientos crónicos* (10). La depresión geriátrica se asocia con un aumento de la probabilidad de enfermedad cerebrovascular y una dilatación de los ventrículos, y es más probable que esté acompañada de síntomas cognitivos relevantes en comparación con la depresión en pacientes más jóvenes.

La depresión se relaciona con un mayor deterioro de la actividad física, de los diferentes roles laborales, sociales y familiares; por ejemplo en el ámbito laboral el rendimiento y productividad, ausentismo; sociales falta de interacción con sus semejantes, apatía, familiares cambio de rol de proveedor (si es su caso), síndrome del cuidador, disfuncionalidad familiar en la dinámica de los subsistemas; y la percepción actual del estado de salud, está asociada a mayor dolor corporal y hace que los pacientes pasen más días en cama por la autopercepción de su salud, en comparación con la hipertensión, la diabetes, la artritis y la enfermedad pulmonar crónica .

---

8. Leonard E. Egede, Charles Ellis, Diabetes and depression: Global perspectives; diabetes research and clinical practice 87 (2010) 302 – 312.

10. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Juan J. López-Ibor Aliño, MASSON 1995, 4ª edición Española, (pp. 473-484)

En general se estima que el costo total de los trastornos depresivos en USA es de 44 000 millones de dólares anuales, es el equivalente total del costo de la cardiopatía coronaria y cuyo tratamiento es menos rápido que el de la depresión.

Se observa que 2% de la población mexicana, lo cual representa dos millones 26mil personas, ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años de edad. (10, 11)

Entre todos los que han padecido un episodio de depresión mayor alguna vez en su vida, 27.5% tuvo su primer episodio en la infancia o adolescencia. Si se excluyen a los que han padecido un episodio de manía ya que es un trastorno mental pasajero, la proporción es 26.0% (EE= 2.7). Los costos directos del tratamiento de la depresión son de aproximadamente 12000 millones de dólares, de los cuales 890 millones se destinan al pago de antidepresivos.

Los intentos de clasificación de depresión datan del siglo IV a. C., cuando Hipócrates acuñó los términos melancolía y manía en los que decía que en los organismos había cuatro fluidos básicos llamados humores sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. Cuando los humores estaban en proporciones debidas, la persona gozaba de una buena salud, pero cuando los humores se desequilibraban la persona estaba enferma. De la preponderancia de uno de estos humores, proceden las diferentes disposiciones temperamentales, temperamento «sanguíneo», cuando hay un exceso de sangre, como sucede por ejemplo con los pacientes que presentan facies enrojecidas y sudorosas, hiperactividad, y tendencia a la hipertensión esencial; temperamento «colérico», debido a un exceso de bilis amarilla (ictericia) y que se manifiesta por un carácter más bien violento, agresivo y mal genio; temperamento «melancólico», por un exceso de bilis negra proveniente del bazo, se manifiesta por estados depresivos de mayor o menor intensidad; temperamento «flemático», debido a un exceso o a una acumulación de flema o de mucus, que en particular se observan en las inflamaciones de las vías respiratorias (12).

---

10.- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Juan J. López-Ibor Aliño, MASSON 1995, 4ª edición Española, (pp. 473-484)

11.- Corina Benjet, Dra. en Psicol, Guilherme Borges, Dr. en C, Ma Elena Medina-Mora, Dra. en Psicol Soc, Clara Fleiz-Bautista, Psicol, Joaquín Zambrano-Ruiz, La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Actuario; salud publica México/ volumen 46, no 5, septiembre- octubre de 2004

12.- De los cuatro humores hipocráticos a los modernos sistemas dinámicos: la medicina en perspectiva histórica. Dr. Bruno Günther, Dr. Enrique Morgado, Contribuciones Científicas y Tecnológicas, Área Ciencias Básicas N° 123, abril 2000.



Dicha teoría desarrollaba la concepción de las formas a través de las cuales los cuatro contrarios que conforman el mundo caliente, seco, frío y húmedo se combinan en el cuerpo del hombre para producir los humores; de tal manera que la mezcla de caliente y húmedo forman sangre; caliente y seco, bilis; frío y húmedo, flema frío y seco, melancolía. La proporción en la que se combinan los humores en el cuerpo determina los distintos temperamentos: en el sanguíneo la sangre es dominante, y es considerado el mejor de los cuatro por la especial afinidad que la sangre mantiene con la naturaleza. Los hombres sanguíneos suelen distinguirse por su rostro pálido, por dormir mucho, soñar con cosas agradables e irritarse con facilidad. El hombre colérico, que está bajo el influjo de la bilis, es alto y delgado y vive en medio de permanentes arrebatos y de sueños resplandecientes, llenos de truenos y de cosas peligrosas. Como rasgos del temperamento melancólico se resaltan el insomnio, las pesadillas y las opiniones intransigentes, siendo un humor propicio para asumir la vida retirada, dedicada al estudio y a la meditación. El temperamento flemático fue considerado como el peor de los cuatro; a él se asociaban la gordura, el sueño excesivo, la lentitud en el aprendizaje y letargos. En 1854 las descripciones independientes de dos médicos franceses, Falret y Baillarger, fueron los dos primeros diagnósticos formales de episodios alternos de manía y depresión como trastorno único.

Los diagnósticos de los trastornos del estado de ánimo se basan en agrupaciones de síntomas más que en la presencia o ausencia de un factor precipitante identificable, ya que su presencia no se ha demostrado que afecte el curso o la respuesta del tratamiento de los trastornos del estado de ánimo.

La utilización original de los psiquiatras alemanes descriptivos, del término *reactivo* hacía referencia a la capacidad del paciente deprimido de reaccionar de manera positiva ante las interacciones y acontecimientos y, por tanto, implicaba la presencia de síntomas más leves.

A continuación enunciaremos los criterios diagnósticos para depresión que se maneja en el libro de enfermedades mentales en su cuarta edición:

El episodio depresivo mayor lo podemos diagnosticar con los siguientes criterios: A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. **Nota:** No incluir los síntomas que son claramente debidos



a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo: (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás) (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables (4) insomnio o hipersomnia casi cada día (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido) (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo) (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena) (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto. C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo). E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntoma. En muchos estudios de tratamiento, la *respuesta* se define como un mínimo del 50% de mejoría, la *respuesta parcial* es un 25-50% de mejoría y la *no respuesta* una mejoría inferior al 25%. Se habla de *recuperación*, el período posterior a la remisión, cuando no se presentan síntomas durante más de 8 semanas, e indica que el trastorno está en reposo. Una *recidiva* es la reaparición de los síntomas durante el período de remisión e implica una continuación del primer episodio;

finalmente, la *recurrencia* es la reaparición tardía de los síntomas (durante la recuperación), e implica el desarrollo de un nuevo episodio (10).

Al encontrarnos con síntomas melancólicos en nuestros pacientes debemos especificar si: Con síntomas melancólicos (puede aplicarse al episodio depresivo mayor actual o más reciente de un trastorno depresivo mayor y a un episodio depresivo mayor de un trastorno bipolar I o bipolar II sólo en caso de que éste sea el episodio afectivo más reciente) A. Presencia de uno de los siguientes síntomas durante el período más grave del episodio actual: (1) pérdida de placer en todas o casi todas las actividades (2) falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros (no se siente mejor, ni siquiera temporalmente, cuando sucede algo bueno) B. Tres (o más) de los siguientes: (1) una cualidad distintiva del estado de ánimo depresivo (p. ej., el estado de ánimo depresivo se experimenta de forma distinta del tipo de sentimiento experimentado tras la muerte de un ser querido) (2) la depresión es habitualmente peor por la mañana (3) despertar precoz (al menos 2 horas antes de la hora habitual de despertarse) (4) enlentecimiento o agitación psicomotores (5) anorexia significativa o pérdida de peso (6) culpabilidad excesiva o inapropiada (10).

En algunas ocasiones mostraran síntomas atípicos de melancolía, es este caso debemos especificar si: Con síntomas atípicos (puede aplicarse cuando estos síntomas predominan durante las 2 semanas más recientes de un episodio depresivo mayor de un trastorno depresivo mayor o en un trastorno bipolar I o bipolar II cuando el episodio depresivo mayor es el tipo más reciente de episodio afectivo, o cuando estos síntomas predominan durante los últimos 2 años de un trastorno distímico) A. Reactividad del estado de ánimo (el estado de ánimo mejora en respuesta a situaciones reales o potencialmente positivas). B. Dos (o más) de los síntomas siguientes: (1) aumento significativo del peso o del apetito (2) hipersomnia (3) abatimiento (sentir los brazos o las piernas pesadas o inertes) (4) patrón de larga duración de sensibilidad al rechazo interpersonal (no limitado a episodios de alteración del estado de ánimo) que provoca un deterioro social o laboral significativo C. En el mismo episodio no se cumplen los criterios para los síntomas melancólicos ni para los síntomas catatónicos. El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores en ausencia de manía o de hipomanía.

---

10.- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Juan J. López-Ibor Aliño, MASSON 1995, 4ª edición Española, (pp. 473-484)

Los síndromes depresivos causados por enfermedades médicas (trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica) y por medicaciones o sustancias psicoactivas (trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias) no se consideran trastornos primarios del estado de ánimo y no se les atribuye el diagnóstico de trastorno depresivo mayor. En el DSM-IV se recogen diversos especificadores de curso que pueden aplicarse al episodio depresivo actual o más reciente. Después de un único episodio depresivo mayor, el riesgo de presentar un segundo episodio es de aproximadamente el 50%; después del tercer episodio, el riesgo de un cuarto es aproximadamente del 90% (Thase, 1990).

Otra dificultad al evaluar la remisión de un episodio depresivo mayor consiste en juzgar si la psicología de la depresión representa una depresión residual. Los pacientes que presentan uno o dos síntomas depresivos mayores (p. ej., insomnio y disminución de la energía) junto con el tipo de pensamiento negativo persistente y característico de la depresión, pueden padecer una forma subsindrómica de depresión que podría resolverse completamente con un tratamiento más agresivo.

Cerca del 50% de los episodios depresivos mayores no se detectan porque el estado de ánimo depresivo es menos evidente que otros síntomas del trastorno. La alexitimia, o incapacidad para expresar los sentimientos con palabras, puede centrar la atención del paciente en los síntomas físicos de la depresión, como el insomnio, la disminución de la energía y los problemas de concentración, sin que el sujeto sea consciente de que está deprimido. Una disfunción física menor puede verse exagerada por una hipervigilancia frente a lo que se considera peligroso o perjudicial, por lo que en ocasiones es complicado distinguir una depresión mayor crónica de un trastorno de somatización o de la hipocondría.

Otros cuadros de depresión mayor que suelen estar enmascarados son los conflictos conyugales y familiares, el absentismo laboral, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social y la falta de motivación, ya que en la mayoría de los casos los médicos no lo perciben como un estado depresivo sino como algo banal o sin sentido en el momento del interrogatorio. Las formas crónicas de depresión explican el 12-35% de los trastornos depresivos. Las tasas de cronicidad en la depresión varían según la evaluación efectuada. Incluso tras la remisión de los síntomas depresivos específicos, muchos pacientes siguen experimentando disfunción familiar, deterioro laboral y mala salud física; la depresión crónica se define en parte por el deterioro en la actividad, algunos de estos pacientes pueden

considerarse crónicamente deprimidos a pesar de que no se manifiesten síntomas depresivos específicos.

El trastorno distímico (*distímia* significa «mal genio») se introdujo en el DSM-III para indicar una depresión crónica no episódica que se consideraba menos grave que la depresión mayor. La característica principal de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que se presenta la mayor parte del día, la mayoría de los días, al menos durante 2 años (10).

El trastorno distímico se presenta y debemos sospecharlo en el momento que los pacientes muestren: A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** *En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.* B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas: (1) pérdida o aumento de apetito (2) insomnio o hipersomnia (3) falta de energía o fatiga (4) baja autoestima (5) dificultades para concentrarse o para tomar decisiones (6) sentimientos de desesperanza C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

**Nota:** *Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.*

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico. F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

*Especificar* si: **Inicio temprano:** si el inicio es antes de los 21 años **Inicio tardío:** si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad *Especificar* (para los últimos 2 años del trastorno distímico) (10).

Con síntomas atípicos Síntomas confirmados por los pacientes que cumplen criterios DSM-IV para el trastorno distímico: Baja autoestima, sensación de inadecuación Pesimismo, desesperación o desesperanza Aislamiento social Fatiga o cansancio crónicos Sentimientos de culpa, rumiación sobre el pasado Sensación subjetiva de irritabilidad o ira excesivas Disminución de la actividad, eficiencia o productividad Dificultades para pensar, lo que se traduce en pobreza de concentración y de memoria o en indecisión Pérdida generalizada del interés o del placer (hipohedonía) El trastorno depresivo menor es un diagnóstico RDC en el cual la alteración más notable es un estado de ánimo deprimido mantenido sin el síndrome depresivo completo (Keller y cols., 1996). Los RDC para la depresión menor incluyen sentirse deprimido o triste durante 1 semana (probable) o 2 semanas (definido) Se requieren al menos dos síntomas de una lista más larga que la de criterios DSM-IV para el trastorno depresivo mayor, que incluye la actitud pesimista y la autocompasión como requisito para el diagnóstico; no se requiere la presencia de deterioro ni la búsqueda de tratamiento (M. T. Tsuang y Faraone, 1996). La depresión menor puede ser crónica y, al igual que el trastorno distímico, complicarse con episodios depresivos mayores superpuestos (10).

El alcohol es una sustancia que se halla en las bebidas fermentadas como el vino, la cerveza, la sidra y otras, o en las destiladas como el aguardiente, el ron, el coñac, la ginebra, el whisky, etc. El contenido de alcohol no es el mismo en todas las bebidas y viene indicado por el grado alcohólico, por ejemplo, 12º significa que en 1000 ml de bebida hay 120 ml de alcohol etílico de 96º.

El alcoholismo es una enfermedad viro-metabólica condicionada por la exposición continuada del cuerpo al alcohol. Está caracterizada por el deseo insaciable de beber dicha sustancia, pérdida de control para no seguir bebiendo después que se

---

10.- DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Juan J. López-Ibor Aliño, MASSON 1995, 4ª edición Española, (pp. 473-484)

comienza, dependencia física o aparición de síntomas después de la abstinencia, y tolerancia o necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida. Muchas veces las actividades de la persona giran en torno a la sustancia; es posible que dedique mucho tiempo a conseguirla, tomarla y recuperarse de sus efectos. Y a pesar de que vea las consecuencias, tanto físicas como psicológicas que le provoca el consumo, continúa consumiéndola.

El psiquiatra, Juan Antonio Vallejo- Nájera al referirse al alcoholismo hace la siguiente síntesis que nos da una información general sobre el tema, y que nos centra en la cuestión: El alcohol etílico se utiliza desde tiempo inmemorial como modificador del estado de ánimo, y también desde las épocas más remotas se conocen sus peligros. En general la ingestión de bebidas alcohólicas produce un optimismo transitorio, euforia, sensación subjetiva de bienestar y de cordialidad, una Percepción atenuada de la fatiga, de los dolores y de las penas o preocupaciones. Cada bebedor, por iniciativa propia o por influencia de su grupo busca alguno de tales efectos. Hay variaciones enormes en distintas culturas en cuanto a la aceptación de la bebida, e incluso del etilismo.

El patrón patológico de uso viene definido por una o más de estas características: intoxicación prolongada y habitual, dificultad para dejar de beber con fracaso en los intentos esporádicos de abstinencia o de disminuir la bebida (consigue dejar de beber durante unas horas al día, por ejemplo, las horas de trabajo, o algunos días, ejemplo, los “bebedores de fin de semana”; o en periodos de unas semanas; pero sigue bebiendo aunque sabe que empeora sus trastornos físicos y sus conflictos), y al mismo tiempo siente necesidad de beber para iniciar una actividad. En etapas avanzadas, la bebida produce amnesia de lo ocurrido durante los periodos de embriaguez. Nota que el alcohol le provoca serios daños físicos y graves consecuencias y no deja de beber.

Velasco Fernández (1981), Molina y col. (1982), Souza y Machorro (1988) y Donald (1991) <sup>(13)</sup> niegan el hecho de que exista una personalidad alcohólica definida pero refieren que existen ciertas características de personalidad que suelen preceder al alcoholismo, es decir, pueden hacer a la persona más susceptible al alcohol y más tarde a desarrollar una dependencia a éste; estas características son: baja tolerancia a la frustración, pasividad, impulsividad, ansiedad, inestabilidad emocional

---

13.- José Soriano Layla Abdó, Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionados en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Universidad Autónoma de Barcelona junio 2004

y económica, incapacidad para manejar la soledad, baja autoestima, sentimiento de inferioridad y conducta conflictiva. Así pues, al inicio de su carrera como alcohólico, la persona presenta ciertas actitudes comunes y fáciles de ser identificadas; preocupación exagerada por el alcohol, cuando piensa y habla con mucha frecuencia de bebidas alcohólicas, comienza a presentar sentimientos de incomodidad y molestia cuando no hay bebidas alcohólicas disponibles, cuando la ingestión de alcohol se realiza con la intención de resolver algún problema o aliviar síntomas desagradables como la ansiedad y la depresión, cuando se presenta el consumo de alcohol en horas de trabajo o por las mañanas para evitar la cruda o a cualquier hora del día (Souza y Machorro, 1988). Otros investigadores señalan que las características más comunes y predominantes de las personas alcohólicas es que les es difícil establecer relaciones adecuadas con los demás ya sean de pareja o no, en aspectos sexuales y emocionales por lo que se les considera personas inmaduras que se inclinan más por el aislamiento y suelen ser dependientes, manejan inadecuadamente sus frustraciones, se sienten indignos ante los demás y suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y problemas afectivos en sus hogares. Hiariart (1987), refiere que “parte de la enfermedad del alcoholismo es la ilusión de poder controlar y manejar la bebida y beber como las demás personas” y Lazo (1991) mencionan que los estados de ánimo por los que atraviesa el alcohólico son resultado de su molestia, es decir, de su alcoholismo y no precisamente de su causa.

Así, Black (1981) define a las personas alcohólicas como aquellos individuos incapaces de controlar consistentemente sus hábitos de bebida por lo que no pueden predecir cual será su comportamiento una vez que empiezan a tomar pues presentan una necesidad de beber que se vuelve progresivamente una preocupación cada vez mayor en sus vidas.

Steinglass (1987), refiere que el alcohol ocasiona importantes alteraciones en la función de la memoria, en el estado de ánimo, en el conocimiento, en el sueño, en la manera de relacionarse verbalmente, en el tono afectivo, en la conducta sexual y en su agresividad por lo que sus relaciones interpersonales se van deteriorando progresivamente.

Otro aspecto importante a ser considerado dentro de la personalidad del alcohólico es el rechazo social que sufre y es evidente que ante esto el sujeto preferiría dejar de beber y no lo hace (Velasco Fernández, 1981); en una etapa del alcoholismo, el



sujeto llega a perder sus relaciones importantes con los demás, lo que hace que disminuyan las personas que lo ayuden a sentirse aceptado ante lo que surge una sensación de soledad (Heinemann, 1989). La personalidad del alcohólico se va deteriorando conforme va avanzando la enfermedad, el pensamiento se centra cada vez más en la bebida y su conducta se va degradando, va perdiendo el interés por todo excepto por la bebida, también pierde responsabilidades que antes tenía incluyendo el área laboral hasta caer en el desempleo (Souza y Machorro, 1988). (13)

Alonso Fernández (1981) menciona como determinantes de alcoholismo en la mujer: su degradación, desajuste familiar, separación conyugal, disgregación familiar. (13)

La mujer alcohólica presenta mayores probabilidades de que el consumo de alcohol termine afectando su matrimonio (Vallejo, 1991). Es más fácil y probable que el hombre abandone a una esposa alcohólica que una mujer deje a su esposo alcohólico, principalmente por la situación económica de la familia (Griffith, 1986). (13)

La dinámica familiar y de pareja no difiere mucho de cuando el varón es la persona alcohólica y es más probable que un familiar cercano supla el papel de madre sustituta (Molina Piñeiro, 1982). Los hallazgos sobre las características de personalidad de la mujer alcohólica señalan que ésta posee una personalidad adulta inadecuada que se distingue por vivencias fuertes sentimientos de rechazo, soledad y tensión, sentimientos devaluados y por sentirse víctimas de su propia historia personal (Casco y Natera, 1993). (13)

De acuerdo a los resultados de laboratorio y la lipoproteína que esté alterada, podemos clasificar las dislipidemias en: a) Hipercolesterolemia; b) Hipertrigliceridemia; c) Dislipidemia mixta: hipercolesterolemia más hipertrigliceridemia; d) Hipoalfalipoproteinemia: disminución de las HDL-colesterol. Luego del fenotipo, las clasificamos si son de origen primario (familiar), o secundarias a factores ambientales o a enfermedades asociadas.

Si estamos ante una hipertrigliceridemia, dentro de las causas más frecuentes están:

1. La ingesta etílica (en estos casos se debe suspender el licor y repetir el perfil lipídico en un mes).
2. La diabetes mellitus descompensada (se debe tratar de compensar su diabetes),

---

13.- José Soriano Layla Abdó, Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionados en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Universidad Autónoma de Barcelona junio 2004



o los pacientes no conocidos diabéticos (ante una hipertrigliceridemia siempre debemos controlar la glicemia de ayuno).

3. La ingesta excesiva de carbohidratos simples (Ej.: azúcar, miel de abeja, confites, chocolates, postres).

Causas más frecuentes de disminución del HDL-colesterol; sedentarismo, tabaquismo, hipertrigliceridemia, drogas: progestinas, esteroides anabólicos y corticosteroides, dietas muy bajas en grasas.

La diabetes no solo afecta al paciente sino a todo su círculo más cercano. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí que es la familia del enfermo. (Navarro, 2004).

(13)

Esto porque la familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida. De aquí que se sabe que la rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece mucho con la presencia y la participación de una pareja sobre todo, o de los hijos durante el ciclo de la enfermedad.

El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre sí. Una cuestión importante para el proceso terapéutico será la construcción o la reconstrucción de la imagen de la familia ya que esta ha sido alterada por la aparición de la enfermedad. Esto a su vez demandará el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de resolución, para sobrellevar crisis, dificultades del tratamiento y algunos otros problemas específicos de las enfermedades, lo cual se logrará con el aprendizaje de nuevos métodos para enfrentar y resolver dichas situaciones, esto con la ayuda de la intervención terapéutica. (Satir, 1995) (13).

Como en el caso de cualquier enfermedad y enfermedad crónica principalmente, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo (Oblitas 2006). La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad (Rolland, 2000) (14).

---

13.- José Soriano Layla Abdó, Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionados en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Universidad Autónoma de Barcelona junio 2004

14.- Juan Pablo Heredia, Bismarck, Depresión en diabéticos, un enfoque sistémico, Pinto, Universidad Católica Boliviana San Pablo, AJAYU, 2008, Vol VI, No. 1

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías (Duarte, 2007. Navarro, 2004). (13) Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, se vería en una posición de minusvalía viéndose obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica.

La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglucémicos o comas diabéticos. El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que está a cargo de él mismo, y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes (Jiménez, 2005). Por esto se entiende la importancia de que la familia sea una buena red de apoyo, conociendo los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, conociendo los productos que su familiar puede consumir, aportando con menús nuevos, actualizándose con información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo. De todas formas el paciente acudirá a redes externas a su familia como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento (Oblitas, 2006).(14) Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena.

La depresión es la condición psicopatológica más común entre los pacientes con enfermedad renal terminal o insuficiencia renal crónica (IRC), aún así es poco diagnosticada y pasa desapercibida. La depresión puede ser tomada como una respuesta a la pérdida, sea esta real, anticipada o una fantasía. Aun cuando la depresión es genéticamente predispuesta, la pérdida precipita un episodio depresivo.

---

13.- José Soriano Layla Abdó, Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionados en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Universidad Autónoma de Barcelona junio 2004

14.- Juan Pablo Heredia, Bismarck, Depresión en diabéticos, un enfoque sistémico, Pinto, Universidad Católica Boliviana San Pablo, AJAYU, 2008, Vol VI, No. 1

Los pacientes con insuficiencia renal o que reciben algún tipo de terapia renal sustitutiva enfrentan o han pasado por muchas pérdidas, como ser su trabajo a tiempo completo, lo cual representa un problema de índole económico, la función renal normal, el rol en la familia, la función sexual, el tiempo, la movilización, todos estos influyen en la disminución de la calidad de vida del paciente y consecuentemente tiene un impacto negativo entre los que padecen esta enfermedad. A esto le podemos agregar estresores que irán apareciendo como ser, los efectos de los medicamentos, las limitaciones dietéticas, el miedo a la muerte y la dependencia al tratamiento.

La depresión aumenta el riesgo de mortalidad, particularmente vía enfermedad cardiovascular. Esto es importante entre los pacientes con IRC ya que la causa más común de muerte es la enfermedad cardiovascular. Los efectos psicológicos y somáticos de la depresión pueden complicar el curso de esta enfermedad, reducir la calidad de vida, reducir la motivación del auto cuidado y aumentar las tasas de hospitalización. Se ha encontrado asociación entre depresión y el estado inmunológico y estado nutricional que también se asocian a mortalidad entre este grupo de pacientes. El suicidio contribuye a la tasa de mortalidad en este tipo de paciente. El riesgo suicida en episodio depresivo mayor se estima es de 3.4%, entre los pacientes en diálisis se estima un 0.2 de las muertes que ocurren por cada 1000 pacientes anuales, esto representa que el 84% de la población en diálisis tiene riesgo suicida en comparación con la población general. (15) El 20% de los pacientes deciden retirarse de la diálisis y esto es considerado como un intento suicida, lo hacen por múltiples factores como ser la comorbilidad médica no psiquiátrica crónica, edad y raza. (15)

La adicción al tabaco es una de las principales causas de morbimortalidad y deterioro de la calidad de vida, y ocasiona cinco millones de muertes al año (una de cada diez defunciones de adultos en el mundo). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de mantenerse las tendencias actuales, para el año 2020 el Tabaquismo será responsable de diez millones de defunciones, de las cuales siete de cada diez ocurrirán en los países en desarrollo. (16)

---

15.- Orellana M, Munguía A, Insuficiencia Renal y depresión, Revista de postgrado de psiquiatría, UNAH Vol 1 No. 3, Enero Junio 2008

16.- Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina Mora Icaza, Tabaquismo y depresión, Salud Mental, Vol. 31, No. 5, septiembre-octubre 2008.

En México, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Adicciones, existen 14 millones de fumadores y 9.6 millones de exfumadores (ENA, 2002). Alrededor de 60000 personas mueren al año por padecimientos vinculados con el tabaquismo.

Por otro lado, la depresión es ya la principal causa de invalidez en el mundo, siendo 121 millones de personas las que la padecen, y se estima que para el año 2020 será la segunda causa de baja laboral en los países desarrollados. En nuestro país la prevalencia de la depresión con inicio temprano es del 2.0%, con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida y se clasifica entre las principales causas de mortalidad y morbilidad a nivel nacional. (16)

En los últimos años se ha reportado una fuerte asociación entre el tabaquismo y la depresión. Se sabe que las personas con historia de depresión son más susceptibles a fumar, y que los síntomas depresivos que se manifiestan durante la abstinencia son reversibles con la reintroducción del cigarro. (16)

Tanto la diabetes y la depresión interactúan negativamente, ya que la depresión conduce a un mal control metabólico y la hiperglucemia exacerba la depresión. (17)

Ahora, de acuerdo con la literatura es posible desarrollar depresión con o sin los factores de riesgo, sin embargo, mientras más factores de riesgo se tengan, será mayor su probabilidad de desarrollar depresión. A continuación los mencionaremos:

Antecedentes heredofamiliares de enfermedades mentales, trastornos físicos o psicológicos crónicos, contextos estresantes durante la vida, redes de apoyo sociales deficientes, factores psicológicos como baja autoestima, mal manejo de estrés, obsesividad por realizar sus cosas, sensibilidad a las pérdidas o rechazos, trastornos de ansiedad o de personalidad, bajo estatus socioeconómico, sexo femenino, entre los 60 años es más notorio el estado depresivo, las personas de raza negra son menos propensas a depresión y las de raza blanca presentan mayor riesgo de depresión, insomnio o trastornos del sueño, ingesta crónica de medicamentos (analgésicos, sedantes, pastillas para dormir, esteroides, algunos antihipertensivos, hipolipemiantes, y asma).

Por lo que al evaluar a los pacientes con DM sobre los factores de riesgo podremos ofrecer un mejor tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control glucémico y por ende disminuir su estado de depresión (18).

16.- Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina Mora Icaza, Tabaquismo y depresión, Salud Mental, Vol. 31, No. 5, septiembre-octubre 2008.

17.- Cecilia Colunga-Rodríguez<sup>1</sup>, Javier E. García de Alba, José G. Salazar-Estrada<sup>3</sup> y Mario Ángel-González, Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005, Rev. salud pública. 10 (1):137-149, 2008.

18.- Rich in Vanadium. Jian-You Guo, Chun-Chao Han and Yong-Mei Liu. A Contemporary Treatment Approach to Both Diabetes and Depression by Cordyceps sinensis eCAM 2010;7(3)387-389 doi:10.1093/ecam/hep2011.

## Planteamiento del problema.

### ***En pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, ¿qué factores de riesgo, ya conocidos, presentan para padecer depresión en el Centro de Salud Landa de Matamoros, Querétaro durante el año 2012?***

En el estudio realizado en la ciudad de Guadalajara en el año 2005, cita en sus conclusiones que “la prevalencia de depresión es alta en las personas con diabetes y las mujeres tienen mayor riesgo. La edad no muestra asociación entre personas con diabetes que están deprimidas, a diferencia de escolaridad, estado civil, y ocupación; la depresión se presentó más en personas con más antigüedad diagnóstica de diabetes y mayor IMC” (17); si tomamos en cuenta que de acuerdo a la ENSANUT 2006, en el plano nacional, la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (alrededor de 24 910 507 en todo el país) y 66.7% de los hombres (representativos de 16 231 820) tienen prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad (19). Fabian San Miguel MG. et al en el 2010 encontraron una prevalencia de diabetes mellitus tipo 2 en la población general, por diagnóstico médico previo en adultos del 7.0% mayor en mujeres (7.3%) que en hombres (6.5%) y que es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres, así como la principal causa de retiro prematuro, ceguera, e insuficiencia renal. Existe evidencia clínica y epidemiológica de que la diabetes se asocia con síntomas de ansiedad o depresión y depresión mayor, y su riesgo de depresión, en población mexicana, es de tres veces mayor comparado con la población en general (20). A. Nowen et al. encontraron que el padecer diabetes mellitus tipo 2 incrementa en un 24% el riesgo de padecer depresión con respecto a la población general con una OR de 1.5 e intervalo de confianza del 95% (21).

17.- Cecilia Colunga-Rodríguez1, Javier E. García de Alba, José G. Salazar-Estrada3 y Mario Ángel-González, Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005, Rev. salud pública. 10 (1):137-149, 2008.

19.- Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Rivera-Dommarco JA. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.

20.- María Guadalupe Fabián San Miguel, María Cecilia García Sancho, Carlos Cobo Abreu, 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 comorbilidades, Med Int Mex 2010, 26(2): 100-108

21.- Nouwen & K. Winkley & J. Twisk & C. E. Lloyd & M. Peyrot & K. Ismail & F.. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis A. Pouwer & for the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium, Diabetologia (2010) 53:2480–2486

Con los datos anteriores, observamos que existe un gran número de pacientes con depresión en diferentes entidades y países. En nuestra comunidad a estudiar, Landa de Matamoros, prevalecen factores de riesgo tanto para diabetes como para depresión, los cuales no hemos tomado en cuenta para un buen control metabólico, prevención de complicaciones tardías de la misma patología y disminuir el riesgo y grado de depresión en estos pacientes. (7,22)

---

7.- Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, Volumen 6, Núm. 3 septiembre-diciembre 2004.  
22.- Raymundo Rodríguez-Moctezuma, Martha E. Magdaleno-Tobías, Catarina Munguía-Miranda, José Luis Hernández-Santiago, E. Casas-De la Torre, Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitus, Gaceta Médica de México Número 2, Marzo-Abril 2003, Vol. 139.

## Justificación

De acuerdo a la literatura existe una relación importante entre la diabetes mellitus y depresión, ocasionando, mal control glucémico lo que lleva a complicaciones tardías, con un alto costo para los servicios de salud para un manejo adecuado de dichas patologías.

Si realizamos un test con factores de riesgo se podrán identificar los focos rojos y trabajar con ellos en conjunto con el servicio de psicología para prevenir dichas complicaciones por mal control y mejorar su control metabólico en las unidades de primer nivel de atención.

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por sí misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes *mellitus*, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica (Orland 1999 en Mendizábal 2006), hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse (Gagliardino, 1997)

A partir del año 2000, en México la diabetes mellitus tipo 2 es la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres. Es la principal causa de retiro prematuro en el área laboral aquí en México ya sea por ceguera, insuficiencia renal o amputaciones de miembros. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición realizada en México en el año 2006, la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en los adultos fue de 7.0%; mayor en mujeres (7.3%) que en los hombres (6.5%).

Existe una extensa evidencia clínica y epidemiológica de que la diabetes mellitus tipo 2 se asocia con síntomas de ansiedad y depresión mayor, en poblaciones urbanas y rurales. En un estudio realizado en la población mexicana el riesgo de depresión fue tres veces mayor en pacientes con diabetes mellitus tipo dos en comparación con la población sin esta enfermedad. Ese incremento en el riesgo fue mayor conforme mayor fue el tiempo de evolución de la diabetes y cuanto mayor fue el índice de masa corporal. Los síntomas de ansiedad y depresión en los

pacientes con diabetes mellitus tipo 2 son importantes, debido a sus efectos negativos en el control glucémico el apego al tratamiento y en la calidad de la vida. Por lo que en la comunidad de Landa de Matamoros no existe un estudio que correlaciones dichas patologías, depresión y diabetes mellitus tipo 2, desconociendo el número de pacientes con esta comorbilidad.

## **Objetivos**

### Objetivo General:

Determinar cuáles son los factores de riesgo, ya conocidos para depresión, se presentan con mayor frecuencia en los pacientes diabéticos tipo 2 en el centro de salud de Landa de Matamoros Querétaro durante el año 2012

### Objetivo específico

1. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de la edad.
2. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función del sexo.
3. Determinar la prevalencia de depresión los pacientes con diabetes mellitus en función de su índice de masa corporal.
4. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de su estado civil.
5. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de su ocupación.
6. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de su tiempo de diagnóstico.
7. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en relación al tratamiento antidiabético.
8. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de las toxicomanías.
9. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de las complicaciones tardías.



10. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de las comorbilidades que presenten.
11. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de su tipología familiar.
12. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de su ciclo vital familiar.
13. Determinar la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en función de su red de apoyo.

## Metodología

**Tipo de estudio:** Estudio descriptivo transversal prospectivo

Población, lugar y tiempo del estudio: se realizó en la población del Centro de Salud Landa de Matamoros, que padecen diabetes mellitus tipo 2 y se encuentren en el censo de crónico degenerativos, de la unidad. En el periodo de tiempo de marzo a septiembre del 2012.

**Tipo y tamaño de muestra:** el número total de pacientes entrevistados fueron 70, por lo que se considera la población total, sin muestra. Se aplicó la escala de autoevaluación para la depresión de Zung: el cual consta de 20 items con cuatro posibles respuestas, dando un valor de 1 a 4 según sea el caso de acuerdo a la escala de medición en la respuesta del entrevistado. Teniendo un rango de calificación de 20 a 80 con la siguiente clasificación: de 25 a 49 rango normal; 50-59 ligeramente deprimido; 60-69 moderadamente deprimido; 70 o más severamente deprimido.

Enseguida se aplicó el cuestionario de factores de riesgo realizado por el autor de esta investigación con un total de 18 items en los que se englobaran las variables, que funcionan como posibles factores de riesgo en los paciente que padecen diabetes mellitus tipo 2.

Posterior a ello se realiza la codificación de las variables en el programa SPSS versión 17.0 en español. Cruzando los resultados de control glucémico con las variables descritas y los resultados de la escala de Zung con las variables. Las graficas de realizan en power point versión 2010.

**Características de la población:** los pacientes que se encuentran en control y seguimiento en el Centro de Salud de Landa de Matamoros, de diferentes grupos etarios que van desde los 20 hasta los 90 años por lo que se considera una población de tipo rural por las condiciones sociodemográficas del lugar.

### **Criterios de inclusión.**

Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus Tipo 2, adscritos al Centro de Salud Lada de Matamoros

Pacientes que ingresan en el programa de crónico degenerativos con diagnóstico de diabetes mellitus durante el periodo de la recolección de datos.

Pacientes que acepten, firmando el consentimiento informado, realizar su test

Criterios de exclusión

Pacientes que padezcan alguna incapacidad para poder contestar los cuestionarios  
Criterios de Eliminación.

Pacientes que no firmen el consentimiento informado para realizar los cuestionarios

Pacientes que incurran en falsedad en cuanto a su estado de salud y/o capacidad de contestar los cuestionarios.

**Variables:** diabetes mellitus, edad, sexo, años de diagnóstico, tratamiento administrado (dieta, ejercicio, dieta y ejercicios, hipoglucemiantes orales, hipoglucemiantes orales e insulina, insulina, sin tratamiento), consumo actual de alcohol y/o tabaco, complicaciones de diabetes mellitus (insuficiencia renal crónica, retinopatía, neuropatía diabética), comorbilidades (dislipidemia, obesidad, hipertensión arterial, antecedentes de enfermedad cardiovascular), evaluación del estado de ánimo actual.

| Variable          | Definición   | Definición operacional  | Tipo de variable | Escala de medición |
|-------------------|--|---|------------------|--------------------|
| Depresión         | trastorno del estado de ánimo, caracterizado por tristeza por más de dos semanas | Escala de ZUNG: de 25 a 49 rango normal; 50-59 ligeramente deprimido; 60-69 moderadamente deprimido; 70 o más severamente deprimido | Cualitativa      | Ordinal            |
| Diabetes Mellitus | aumento de los niveles de glucosa en la sangre                                   | Pacientes con una glucemia mayor de 140 mg/dl en ayunas en dos tomas diferentes   | Cualitativa      | nominal            |
| Control Glucémico | Nivel de glucosa en sangre posterior al diagnóstico de diabetes mellitus         | Valor de glucosa en ayunas por destrostix < ó = a 126mg/dl  | Cuantitativa     | Continua           |
| Sexo              | es un proceso  | es el conjunto de   | Cualitativa      | Nominal            |

|                  |  |   |              |                       |
|------------------|--|---|--------------|-----------------------|
|                  | de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina | características biológicas que caracterizan a la especie humana en hombres y mujeres                                      |              | dicotónica            |
| Edad             | Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo  | Años cumplidos en el momento del estudio  | Cuantitativa | Discreta              |
| Dieta            | es una pauta en el consumo habitual de alimentos   | Conducta en los alimentos durante su enfermedad   | Cualitativa  | Ordinal               |
| Ejercicio        | conjunto de acciones motoras musculoesqueléticas   | Realizar actividad física más de 30 minutos durante 5 días de la semana   | Cualitativa  | Ordinal               |
| Hipoglucemiantes | fármaco que actúa disminuyendo los niveles de glucemia   | Medicamentos empleados para disminuir la glucosa vía oral   | Cualitativa  | Nominal no dicotónica |
| Alcohol          | aquellos compuestos químicos orgánicos que contienen un grupo hidroxilo  | Caracterizado por el deseo insaciable de beber dicha sustancia, pérdida de control para no seguir bebiendo después que se | Cualitativa  | Dicotónica            |

|                             |  |  |              |          |
|-----------------------------|--|--|--------------|----------|
|                             |  | comienza, dependencia física o aparición de síntomas después de la abstinencia, y tolerancia o necesidad de aumentar la cantidad de alcohol ingerida   |              |          |
| Tabaco                      | Es un producto de la agricultura originario de América y procesado a partir de las hojas de varias plantas del género <i>Nicotiana tabacum</i> . | adicción a la nicotina del tabaco, se manifiesta a través de dependencia, tolerancia y síndrome de abstinencia y en el individuo, se expresa por la necesidad compulsiva de consumir tabaco y la dificultad para abandonarlo; constituye una forma de dependencia como la que se evidencia en otras adicciones | Cuantitativa | Discreta |
| Insuficiencia renal crónica | es una pérdida progresiva (por 3 meses o más) e irreversible de las  | Es cuando los riñones fallan permanentemente en su función y el individuo necesita diálisis o trasplante   | Cuantitativa | Discreta |

|                           |   |  |             |                    |
|---------------------------|---|--|-------------|--------------------|
|                           | funciones renales   | (TFG<15 ml/min/1.73m <sup>2</sup> por ≥3 meses), reportada en su expediente clínico o tarjeta de control con estudio de laboratorio incluido   |             |                    |
| Retinopatía diabética     | es una complicación ocular de la diabetes que está causada por el deterioro de los vasos sanguíneos que irrigan la retina | Pérdida progresiva e irreversible de la agudeza visual originada por los altos niveles de glucosa en sangre evaluada previamente y citada en su expediente clínico o tarjeta de control de la unidad | Cualitativa | Nominal Dicotónica |
| Neuropatía diabética      | es resultado de una lesión microvascular diabética que involucra los vasos sanguíneos menores que irrigan los nervios     | Disminución de la sensibilidad con el test de monofilamento de siemens-welstein reportada en expediente clínico o tarjeta de control   | Cualitativa | Nominal Dicotónica |
| Enfermedad cardiovascular | enfermedad propia de las estructuras del corazón  | Antecedentes de infartos o anginas en el paciente reportado en su expediente clínico   | Cualitativa | Nominal Dicotónica |

|                       |  |  |              |                       |
|-----------------------|--|--|--------------|-----------------------|
|                       |  | de la unidad.  |              |                       |
| Dislipidemia          | una serie de diversas condiciones patológicas cuyo único elemento común es una alteración del metabolismo de los lípidos,                                    | Colesterol total > 200mg/dl, TGC > 150mg/dl<br>HDL < 40mg/dl<br>LDL > 100mg/dl<br>Reportado en su expediente clínico de la unidad. | Cuantitativa | Nominal<br>Dicotónica |
| Obesidad              | es la enfermedad crónica de origen multifactorial que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo | Índice de masa corporal > 30 kg/m <sup>2</sup> reportado en su expediente clínico de la unidad                                     | Cuantitativa | Continua              |
| Hipertensión arterial | es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias  | TA > 140/90 mmHg en dos registros en su expediente clínico o tarjeta de control  | Cuantitativa | Discreta              |

|                      |   |   |             |                       |
|----------------------|---|---|-------------|-----------------------|
| Ciclo vital familiar | desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común | Matrimonio: del momento de vivir juntos hasta el nacimiento del primer hijo.<br>Expansión: del nacimiento del primer hijo hasta el nacimiento del último hijo<br>Dispersión: inicio de ciclo escolar de primer hijo<br>Retiro: separación del primer hijo de su núcleo familiar por cualquier motivo que sea<br>Nido vacío: etapa en la que los padres se quedan solos con cambios de nivel corporal y emocional. | Cualitativa | Nominal no dicotónica |
| Red de apoyo social  | desarrollo de la familia tomada en su conjunto, a los diferentes "momentos" por los cuales van atravesando todos los miembros de la familia, quienes van a ir compartiendo una historia común | Conjunto de apoyo hacia el paciente en momentos de crisis paranormativas, pueden ser amigos, familiares, conocidos o  | Cualitativa | Nominal dicotónica    |



|  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|
|  |  | alguna instancia<br>gubernamental o<br>no gubernamental |  |  |
|--|--|---|--|--|

Instrumento de recolección de la información: se llevó a cabo con la escala de depresión de ZUNG y un cuestionario donde se incluyan todas las variables, interrogando de manera directa al paciente, previa autorización y firmado su consentimiento informado.

## RESULTADOS

Se realizaron 70 cuestionarios (N), sin embargo se excluyó uno de ellos por falta de firma en la carta de consentimiento informado, quedando así una muestra (n) de 69 mediciones, de las cuales 23 casos que corresponden al 33% de la muestra corresponden al sexo masculino y 46 mujeres quienes corresponden al 67% de la muestra (gráfica no. 2)

La distribución por grupos etarios fue: de 20 a 24 años hubo 1 caso; en el grupo de 25 a 29 años no ningún caso; de 30 a 34 años se presentaron 4 registros; de 35 a 39 años 3; de 40 a 44 años 4; de 45 a 49 años 7 casos; de 50 a 54 años 9; de 55 a 59 años 12 registros y entre los mayores de 60 años se encuentra la mayor frecuencia de pacientes con 29, de la muestra total se encontró una media de 56 años, con una moda de 47 y 67 años. (Gráfica no. 1)

En su totalidad los pacientes del presente estudio corresponden al área rural

Cuando consideramos el estado civil encontramos 40 casos que corresponde al 58% de ellos se encuentran casados, 13 casos que corresponde al 19% en unión libre, sumando ambas condiciones que finalmente representa el contar con una pareja el 77% de los casos, 14 casos que corresponde al 20% en estado de viudez, 1 caso que corresponde al 1% solteros y 1 caso que corresponde al 1% divorciado (Gráfica no. 6), el estado civil se encuentra asociado a cierta tipología familiar, en donde se encontró que el 58% viven en una familia nuclear, el 35% son miembros de una familia extensa y el 7% son integrantes de una familia extensa compuesta (Gráfica no. 13), así mismo es importante mencionar su condición de apoyo social a través de redes, en donde se encontró que el 75% si cuenta con redes de apoyo y el 25% carece de ellas (Gráfica no.15). Cabe mencionar que el 42% (29) de los casos se encuentran en etapa de dispersión, el 26% (18) corresponde a una etapa de retiro, el 17% (12) de los casos corresponde a una etapa de nido vacío, el 12% (8) de los casos corresponde a una etapa de expansión y solo el 3% (2) de los casos corresponde a una etapa de matrimonio (Gráfica no. 14)

Ocupacionalmente se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 70% corresponde a amas de casa, 10% empleados, 10% jornaleros, 9% campesinos y 1% desempleado (Gráfica no. 7)

Desde el punto de vista metabólico el 58% de los pacientes se encuentra descontrolado y solo el 42% se encuentra bajo control glucémico (Gráfica no. 4), es

importante saber el tiempo de evolución de los pacientes y al respecto se encontró que el 29% de los casos tiene menos de 5 años de haberse establecido el diagnóstico, seguidos de un 26% con evolución de entre 5 y 9 años, así como el grupo de 10 a 14 años con otro 26%, y un 16% con 15 años y más de haberse diagnosticado, (Gráfica no. 8) considerando las opciones de tratamiento obtuvimos los siguientes resultados: 45% de ellos se encuentran con tratamiento exclusivamente oral, 11% combina medidas generales como dieta y ejercicio a su tratamiento oral, en tanto que otro 11% solo lleva medidas alimentarias aunado al manejo farmacológico oral, hay un 6% que combina tratamiento oral e insulina pero que además sigue un régimen alimentario, hay otro 6% que realiza actividad física bajo un régimen y utiliza insulina, otro 6% ejercicio y tratamiento oral, 6% combina tratamiento sustitutivo con insulina, tratamiento oral y realiza ejercicio y sigue una dieta, y un 11% con dieta ejercicio y tratamiento oral. (Gráfica no. 9)

Al describir las condiciones generales de los pacientes encontramos obesidad y sobrepeso en el 44% y 45% respectivamente mientras que el 10% estaba con peso normal y solo el 1% con desnutrición (Gráfica no. 5); 74% de los casos libres de adicciones, 22% cursan exclusivamente con alcoholismo, en tanto que el 4% consume alcohol y tabaco (Gráfica no. 10).

Al evolucionar la historia natural de la diabetes es esperable encontrar complicaciones tardías sin embargo en el 96% de los casos estudiados no hubo evidencia de ellas, y solo 4% si las presentaba, 3% con retinopatía diabética y 1% con nefropatía (Gráfica no. 11), es también esperable la presencia de comorbilidad asociada a la presencia de diabetes, en nuestro estudio se encontró que únicamente el 5.8% se encontraba ausente de ellas, 10.1% diabetes asociada a hipertensión, 10.1% obesidad e hipertensión, otro 10.1% obesidad e hipertrigliceridemia, el 14.5% obesidad y el 24.6% obesidad, hipertensión y dislipidemia mixta asociada a la diabetes (Gráfica no. 12).

Al aplicar el cuestionario de la escala de Zung para depresión se obtuvo que el 89% de la muestra se encuentra con resultados para normalidad es decir sin depresión, 7% cursa con depresión leve y el 4% con depresión moderada, no hubo caso alguno de depresión severa (Gráfica no. 3), en la distribución por sexo entre quienes presentaron depresión leve, se encontró una mayoría importante entre mujeres con el 80% de los casos y 20% entre hombres; y entre los que cursan con depresión moderada el 67% son mujeres y el 33% hombres (Gráfica no. 17), la distribución de

los casos entre los grupos etarios, se encuentran entre los de 35 a 39 años donde el 33% de ellos padece de depresión leve y en el grupo de 55 a 59 años el 8% también con depresión leve, y entre el grupo de 60 años y mas el 10.3% cursan con depresión leve y un número igual (10.3%) con depresión moderada, es importante mencionar que el resto de categorías por edad se encuentra libres de depresión (Gráfica no. 18), en relación al estado civil se encontró que los casos de depresión se encuentra entre los casados con un 10% de ellos en su forma leve, el 7% de los viudos también en forma leve y el 21% de los viudos en forma moderada, en tanto que los pacientes solteros, en unión libre y divorciados no hubo un solo caso de depresión (Gráfica no. 20), el tipo de familia corresponde de alguna manera al estado civil como se comento anteriormente y al respecto encontramos los siguientes datos: de los pacientes con una familia nuclear sin depresión corresponde al 58%, con depresión leve corresponden al 80% y con depresión moderada un 33%, los pacientes que pertenecen a una familia extensa sin depresión corresponde al 34%, con depresión leve al 20%, y con depresión moderada corresponde al 67%, de los paciente que corresponden al tipo familiar de extensa compuesta sin depresión corresponde al 8%, para depresión leve y moderada no se encontró ningún tipo de depresión (Gráfica no. 27); el tipo de familia de cierta forma refleja una de las redes sociales de apoyo a todo enfermo aunado a otras disponibles en la comunidad, aquí encontramos que de los casos que presentan depresión leve y cuentan con una red de apoyo se encuentra el 60%, y del mismo grupo pero que no cuentan con red de apoyo se encuentra el 40%, de los casos que presentan depresión moderada y cuentan con red de apoyo corresponde al 67% de ellos, y de los casos que presentan depresión moderada y no cuentan con red de apoyo corresponde al 33% (Gráfica no. 29)

Se valoro también la depresión y la ocupación y aquí encontramos que el 8% de las amas de casa cursan con depresión leve y el 6% de ellas con depresión moderada, en tanto que el 100% de los desempleados padece de depresión, y entre los grupos de campesinos, jornaleros y empleados la depresión se encuentra ausente (Gráfica no. 21)

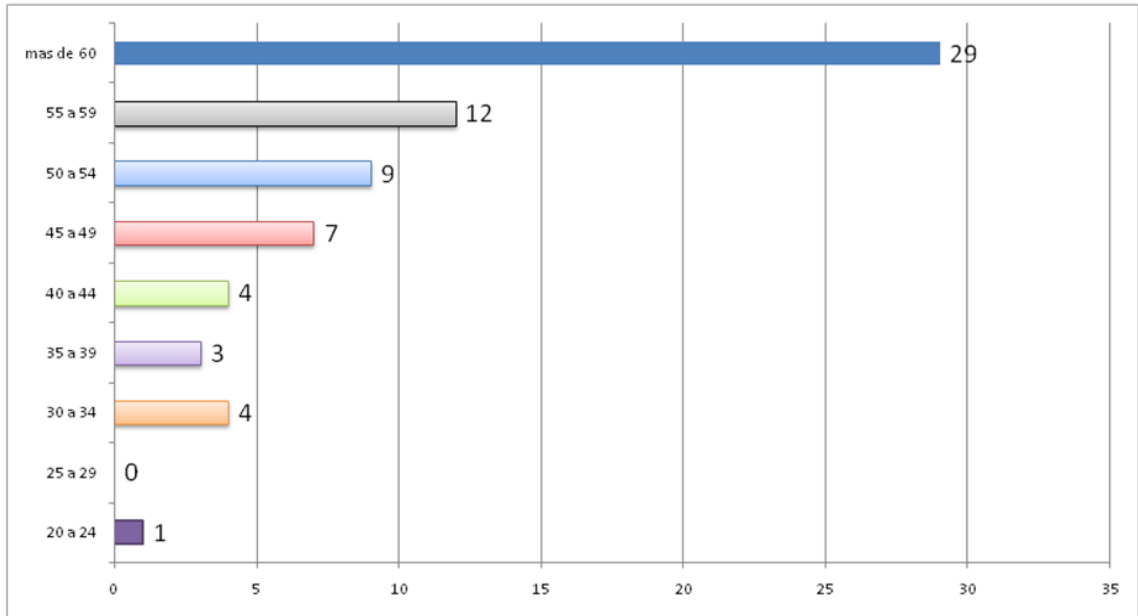
De los 5 (7%) de pacientes con resultado positivo para depresión leve, 40% están controlados metabólicamente y 60% no y entre los 3 (4%) con depresión moderada el 67% están en control glucémico y el 33% no, comparado con los que tienen resultado negativo para depresión quienes presentan control metabólico en el 41% y

descontrol glucémico el 59% de ellos (Gráfica no. 16), en función de la evolución entre los pacientes que tienen menos de 5 años de haberse diagnosticado el 5% presentan depresión leve, entre quienes tienen de 5 a 9 años de evolución el 5% de ellos presentan depresión moderada, de los pacientes que tienen entre 10 y 14 años desde su diagnóstico el 10% presenta depresión leve y el 5% moderada y finalmente entre quienes tienen más de 15 años de evolución el 8% presenta depresión leve y otro 8% moderada (Gráfica no. 22), de entre los pacientes con tratamiento exclusivo con tabletas el 84% se encuentra sin depresión, 6% cursa con depresión leve y 10% moderada, de quienes toman tabletas y siguen un régimen alimentario el 87% están sin depresión, y el 12.5% tiene depresión leve, por otra parte de los pacientes que toman tabletas y hacen ejercicio el 50% si cursa con depresión leve, en el resto de las categorías o alternativas terapéuticas no hubo casos de depresión (Gráfica no. 23)

Entre los pacientes obesos y con sobrepeso se encuentran concentrados los casos de depresión ya que entre los de sobrepeso el 10% presenta depresión leve y entre los obesos el 6% leve y el 11% moderada en tanto que entre los normales y desnutridos en el 100% se encuentran libres de depresión (Gráfica no. 19), entre las personas que presentan algún tipo de consumo encontramos que el 6% de quienes consumen solo alcohol presenta depresión leve, entre quienes se encuentran libres de consumos el 8% padece depresión leve y el 6% depresión moderada, entre quienes consumen alcohol y tabaco no hay un solo caso de depresión (Gráfica no. 24)

Considerando las complicaciones propias de la historia natural de la diabetes en el 50% de los casos con retinopatía hay depresión leve y de entre quienes se encuentran libres de complicaciones el 6% presenta depresión leve y el 4% depresión moderada (Gráfica no. 25), considerando la presencia de comorbilidad el 20% de los pacientes con obesidad y diabetes tienen depresión moderada, el 6% de quienes cursan con obesidad hipertensión y dislipidemia mixta tienen depresión moderada, el 100% de quienes presentan diabetes, hipertensión dislipidemia y cardiopatía cursan con depresión leve, entre quienes presentan diabetes, obesidad e hipertrigliceridemia un 14% presenta depresión leve, entre quienes presentan diabetes, hipertensión, obesidad y cardiopatía presentan depresión leve en un 100%, el resto de las categorías se encuentra libre de depresión (Gráfica no. 26)

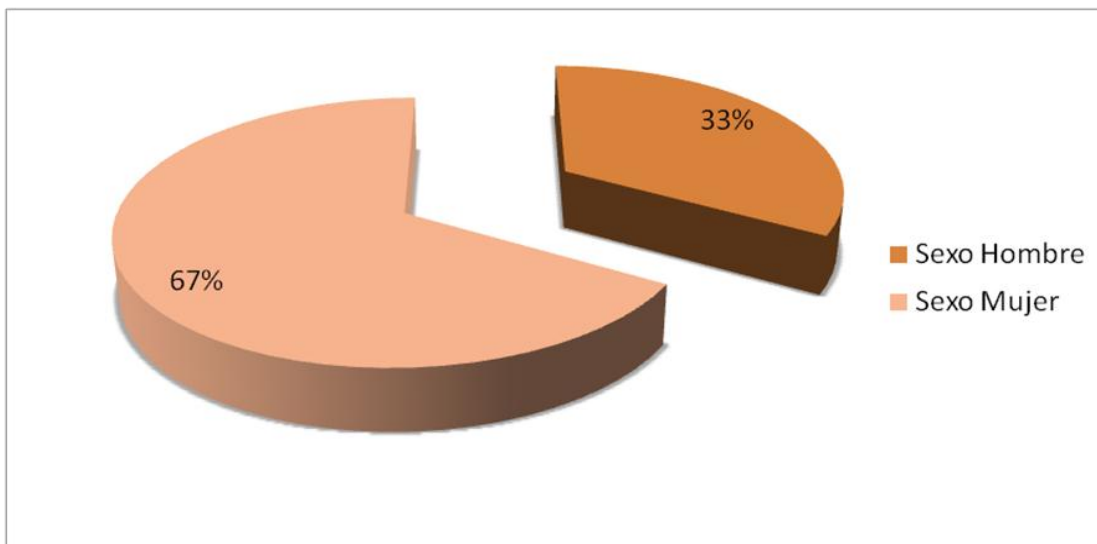
# Edad



FUENTE: ENCUESTA

Gráfico 1

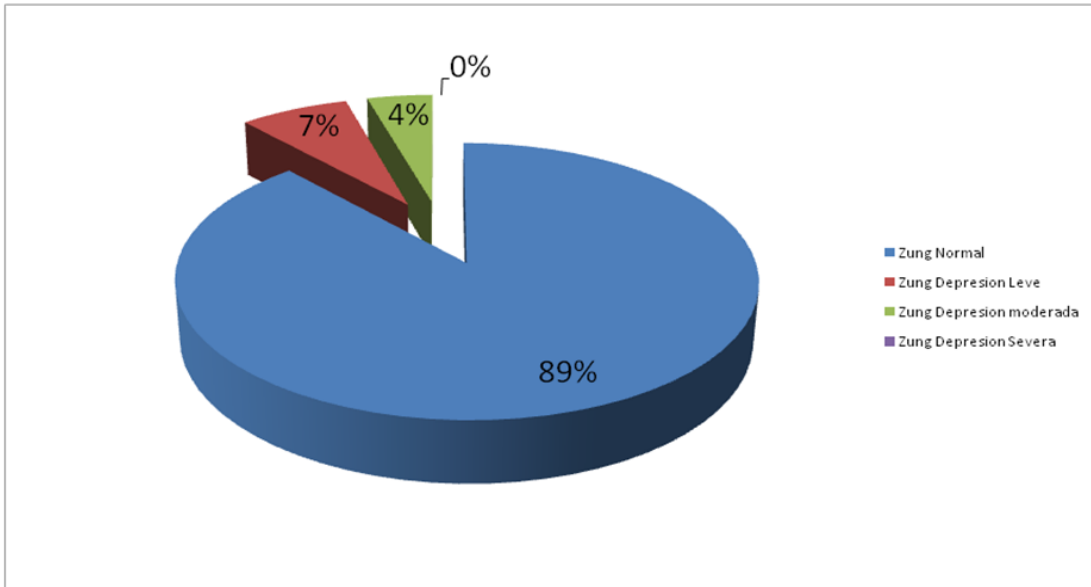
# Sexo



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 2

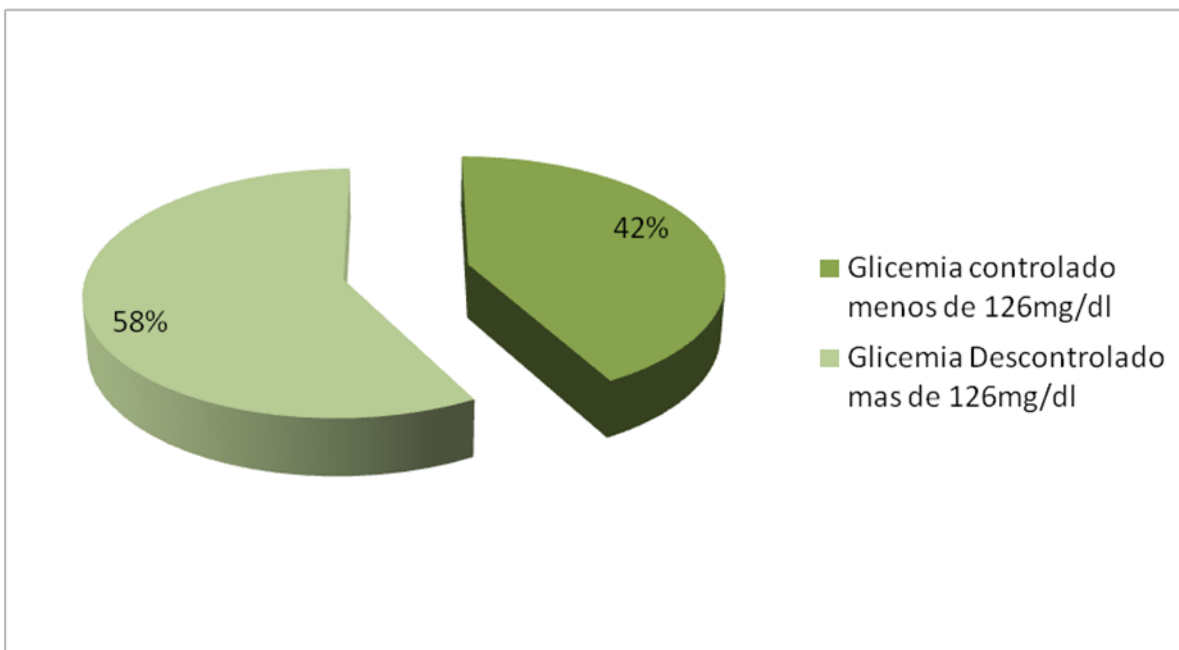
# ZUNG



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 3

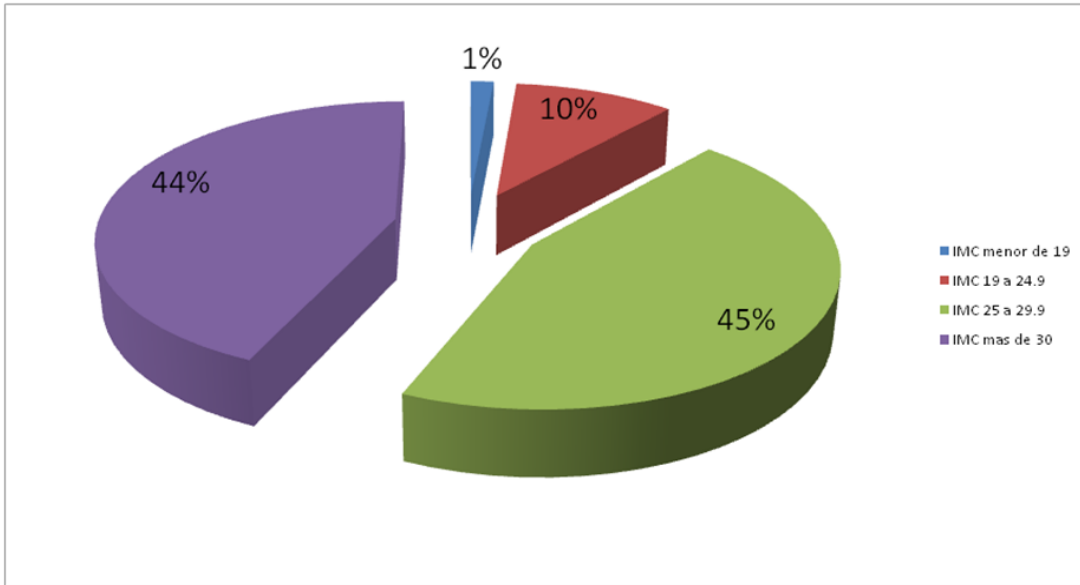
# Control Glucémico



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 4

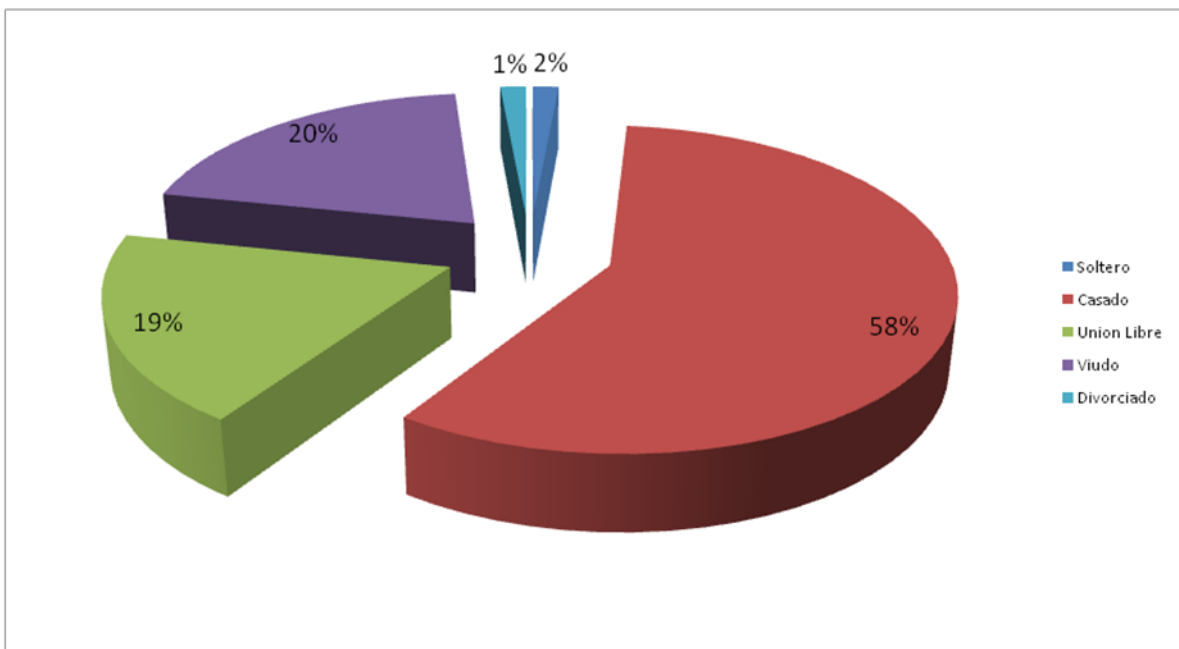
## IMC



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 5

## Estado Civil

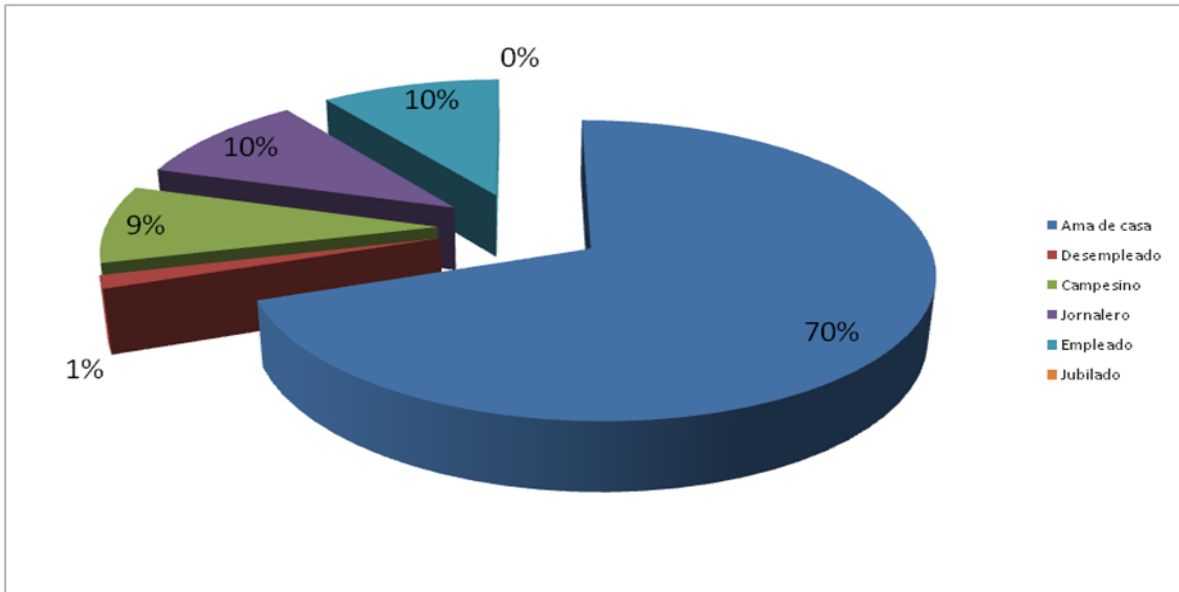


FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 6



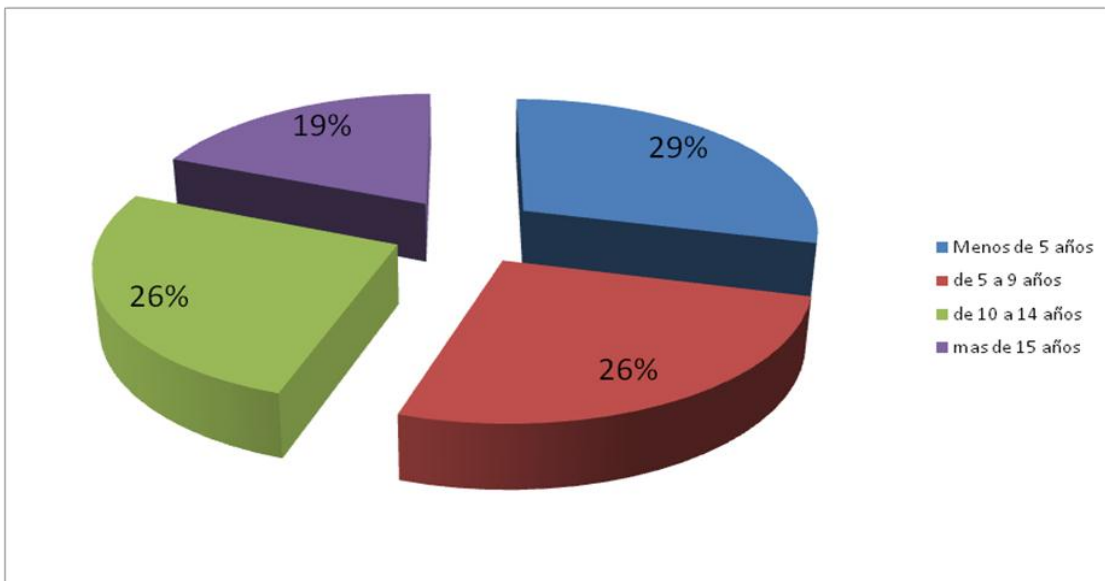
## Ocupación



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 7

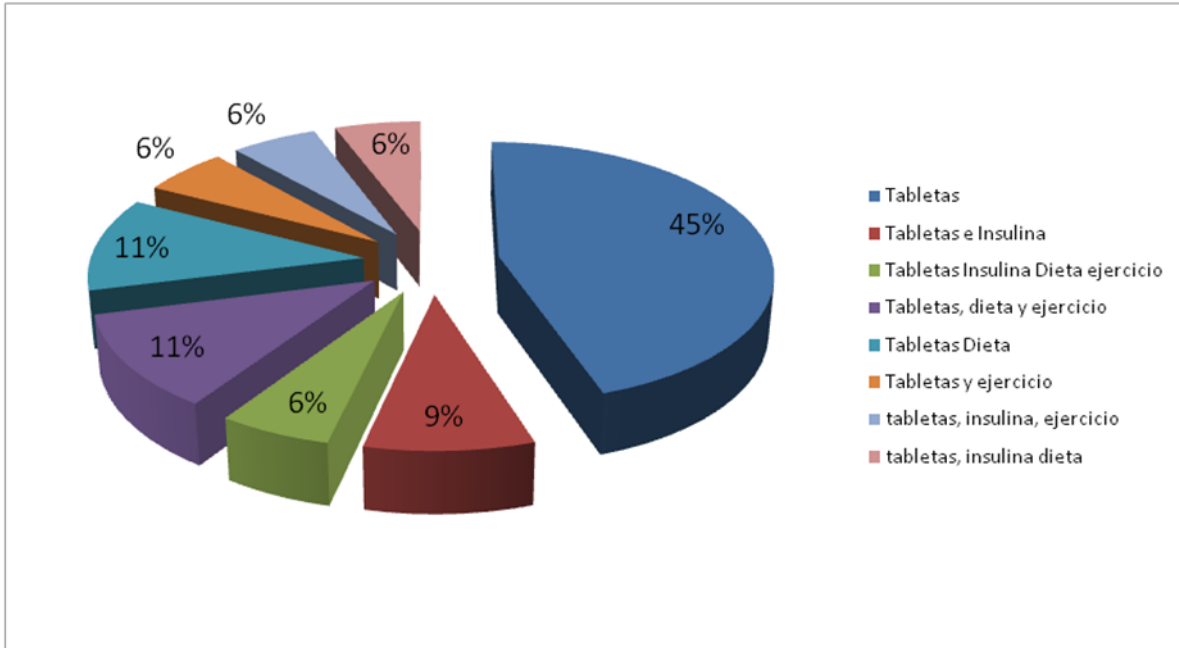
## Años de Diagnóstico



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 8

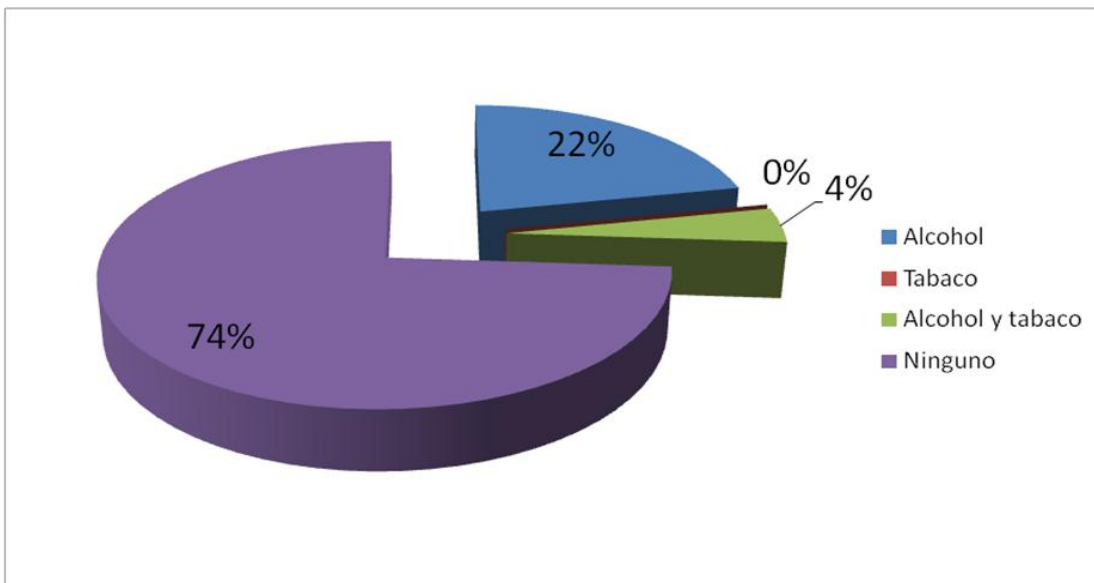
# Tratamiento



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 9

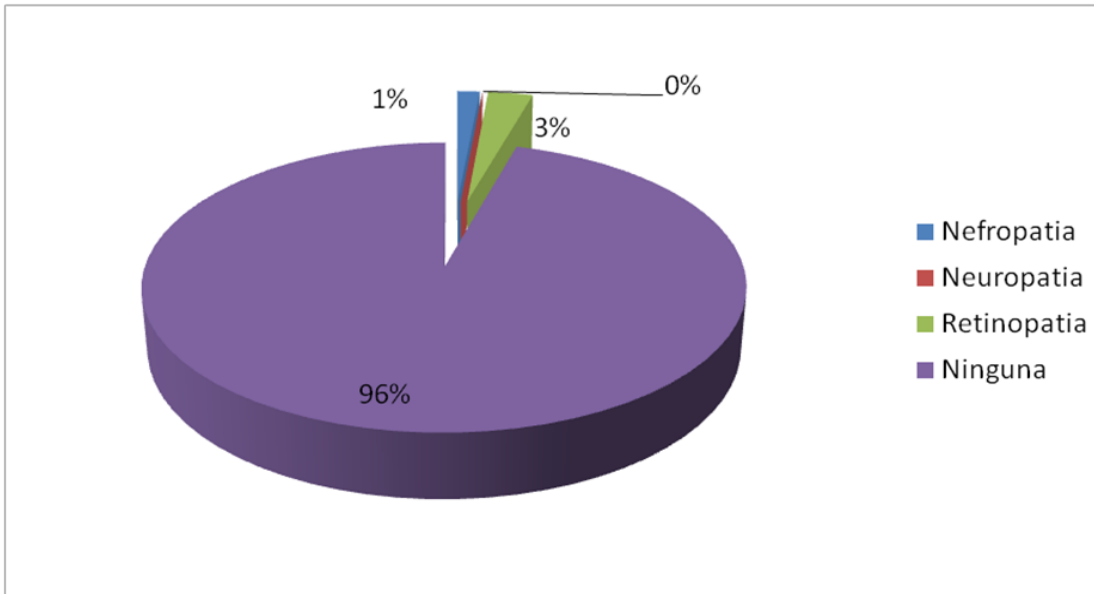
# Adicciones



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 10

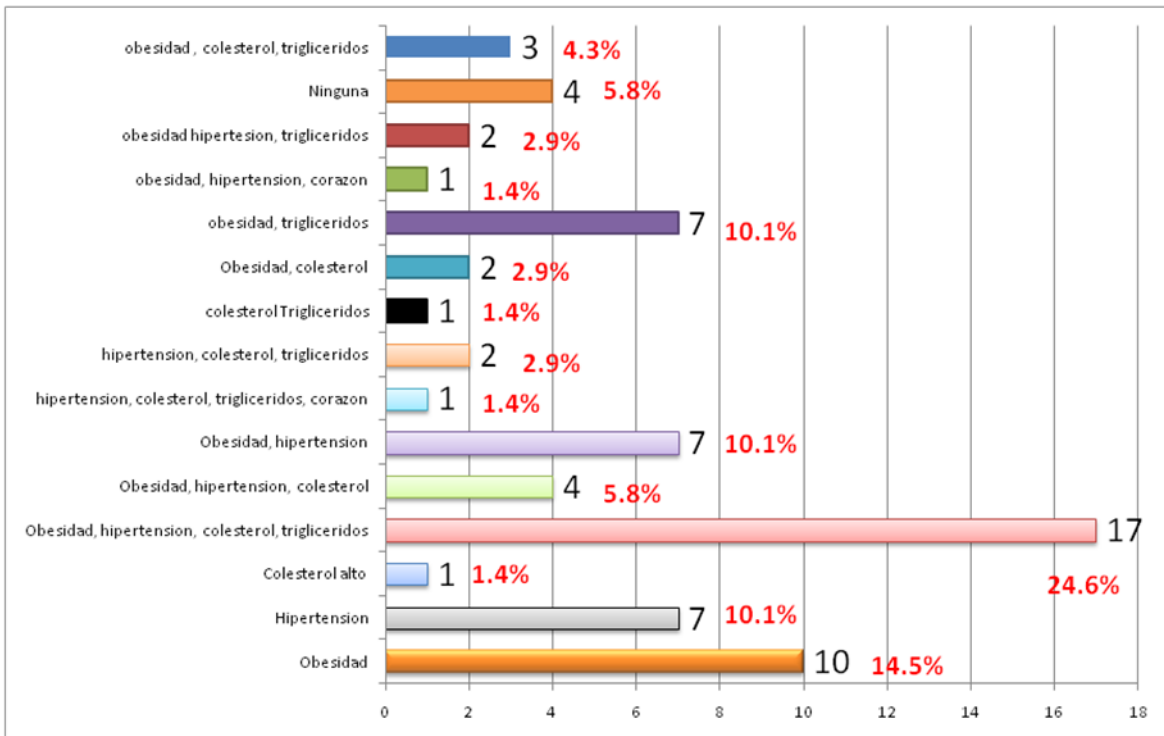
# Complicaciones



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 11

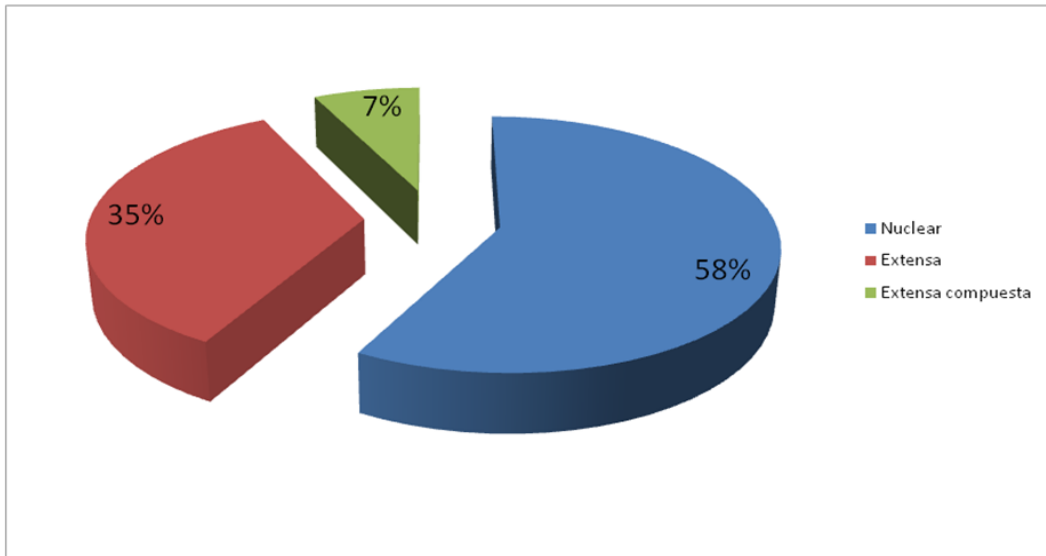
# Comorbilidades



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica12

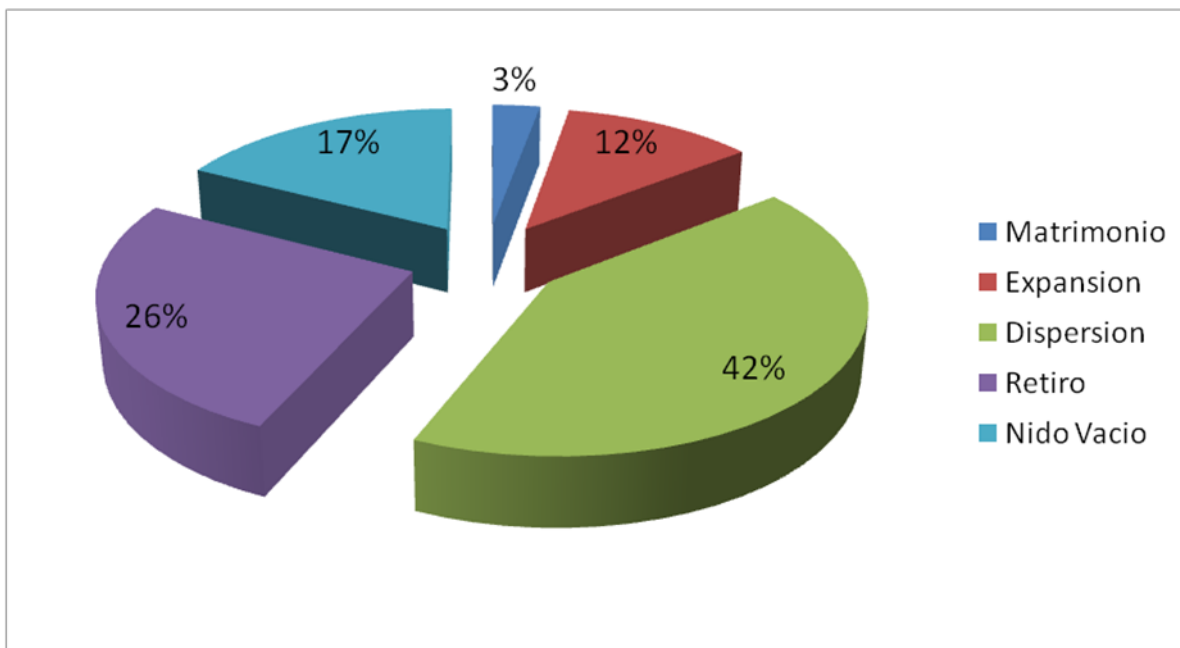
## Tipo de Familia



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 13

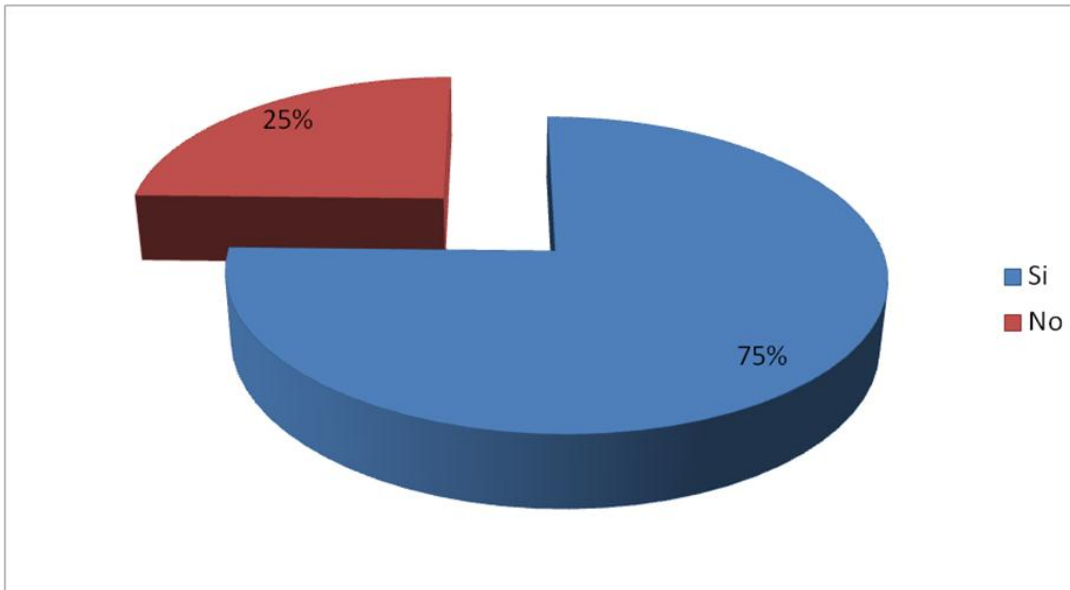
## Ciclo Familiar



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 14

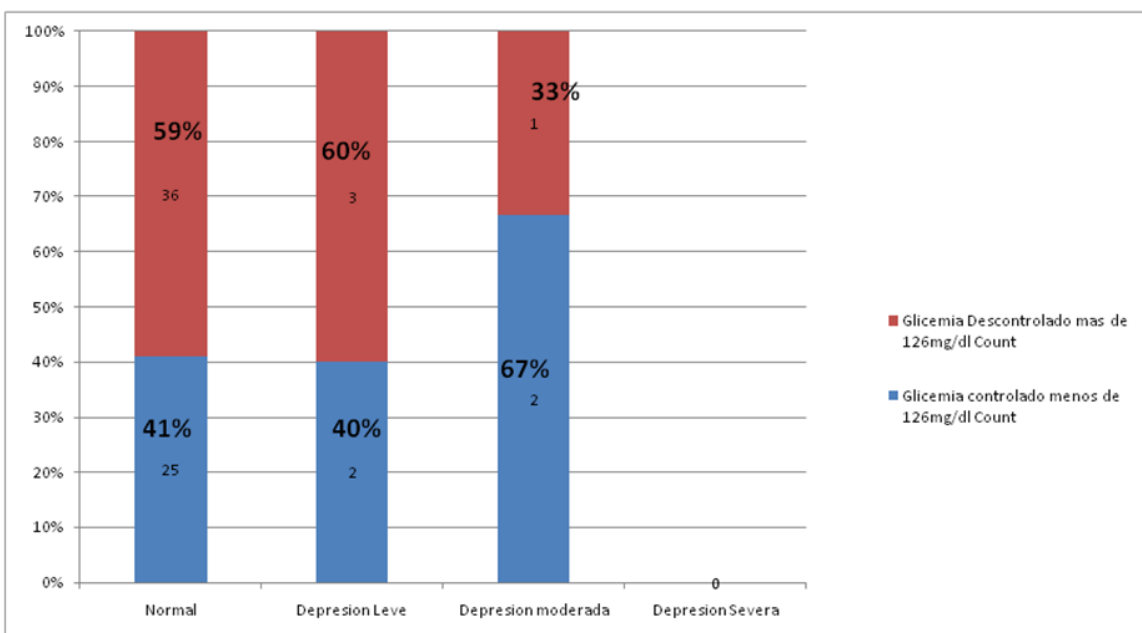
## Redes Sociales



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 15

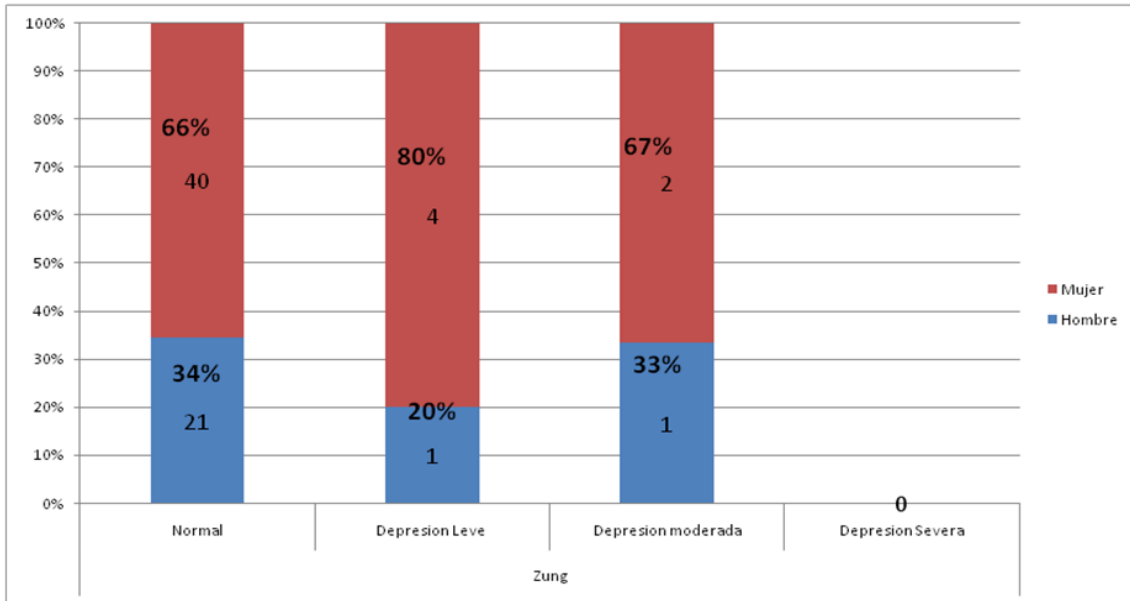
## Control Glucémico y Depresión



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 16

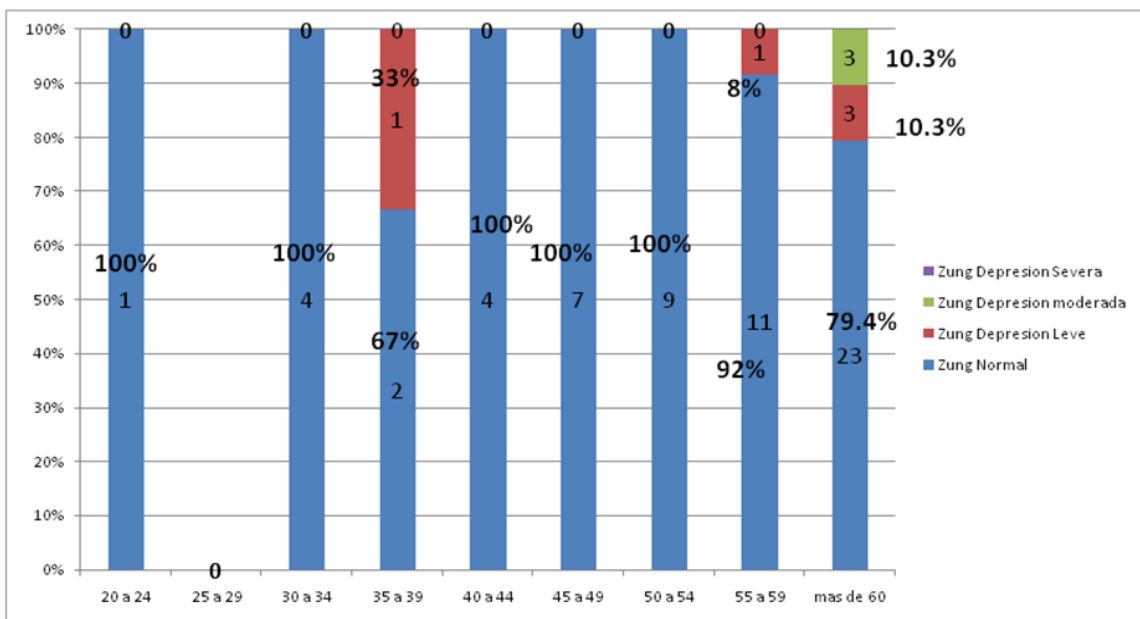
## Depresión por sexo



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 17

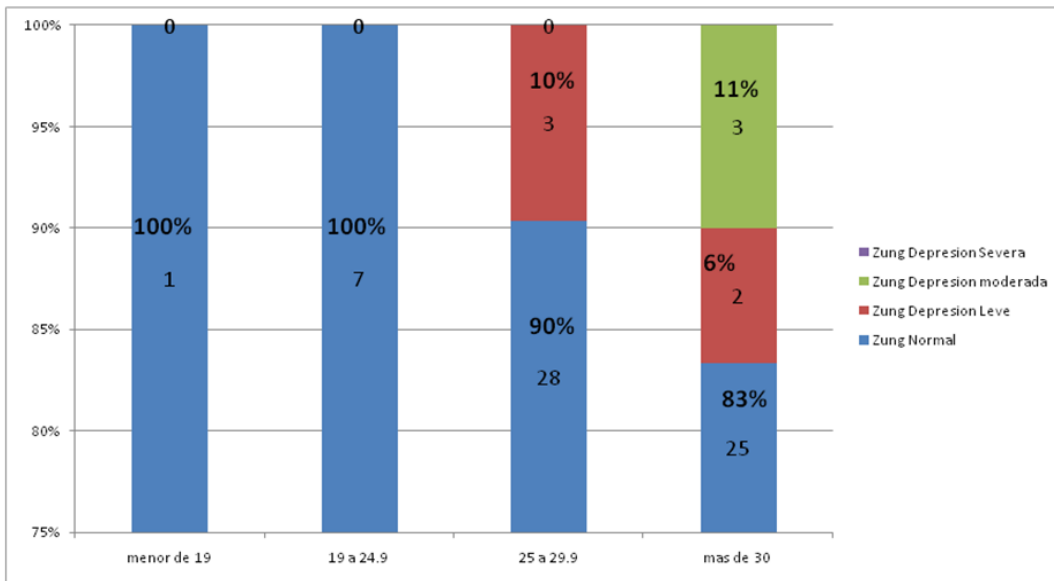
## Depresión por edad



FUENTE: ENCUESTA

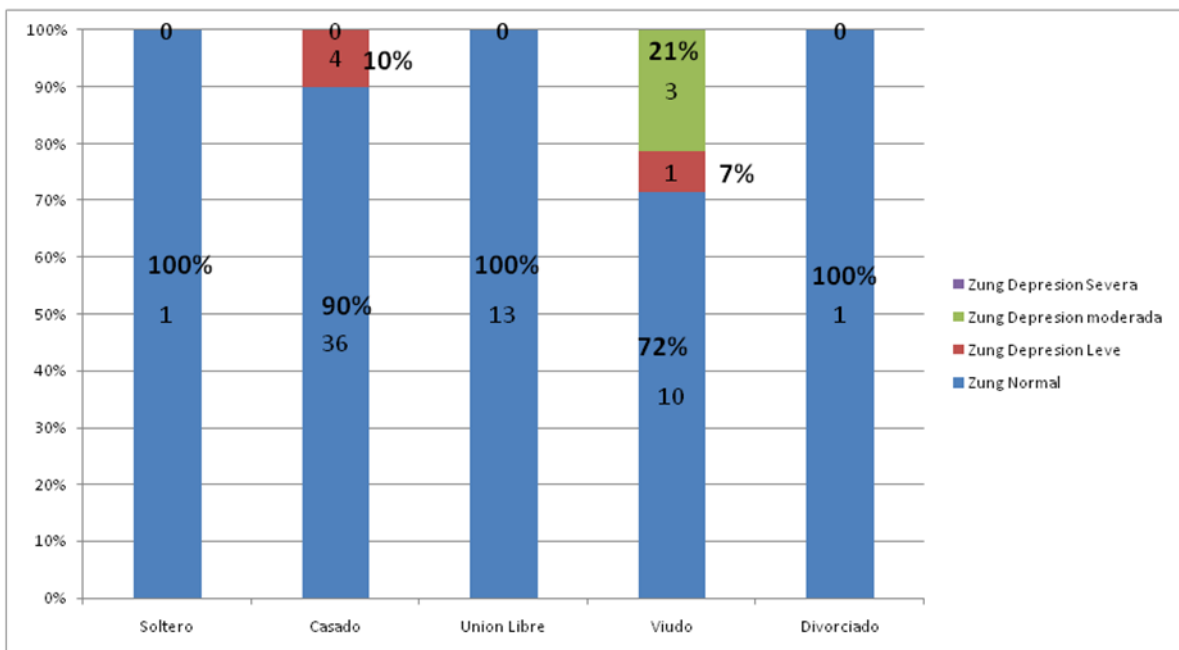
Gráfica 18

## Depresión por IMC



Gráfica 19

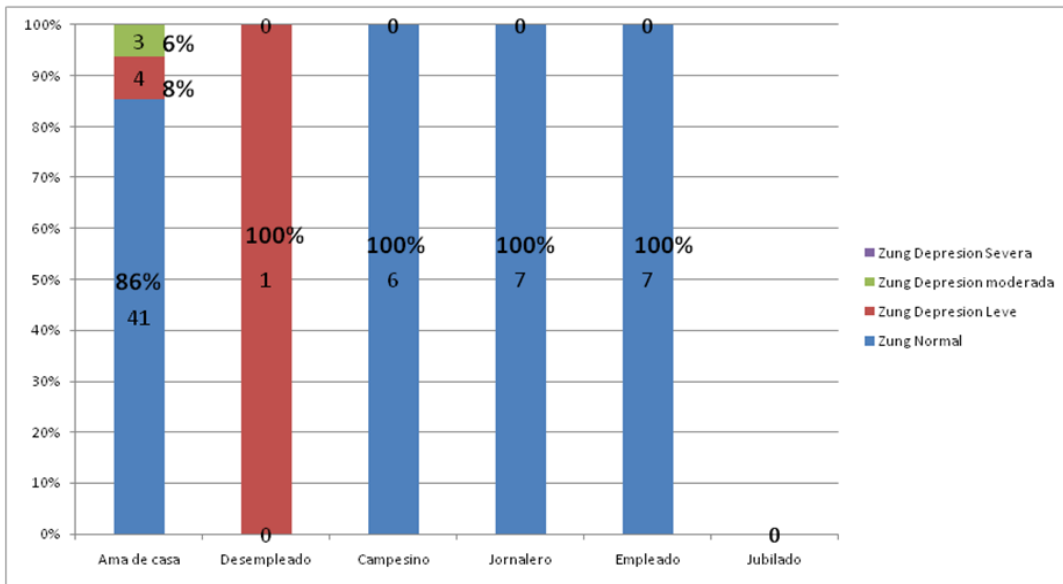
## Depresión y Estado Civil



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 20

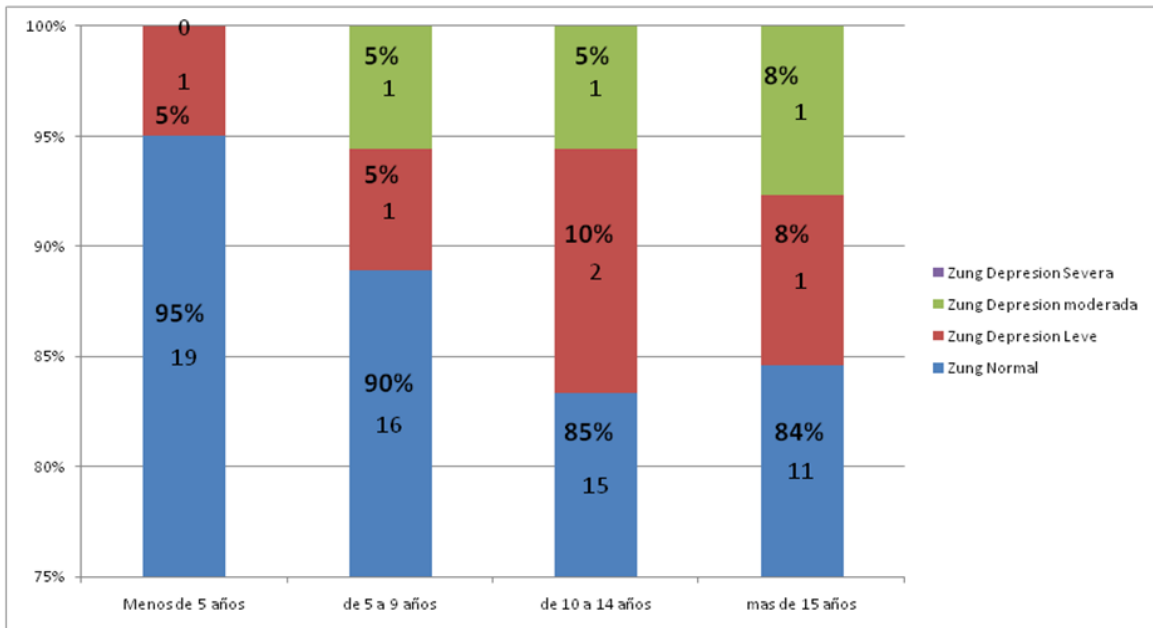
## Depresión y ocupación



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 21

## Depresión y Años de evolución

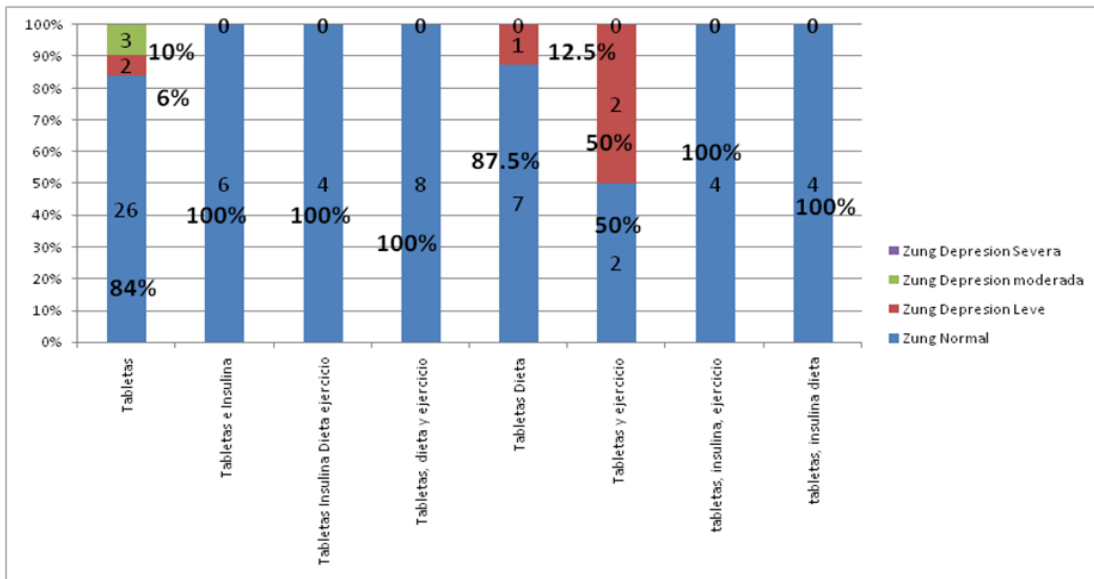


FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 22



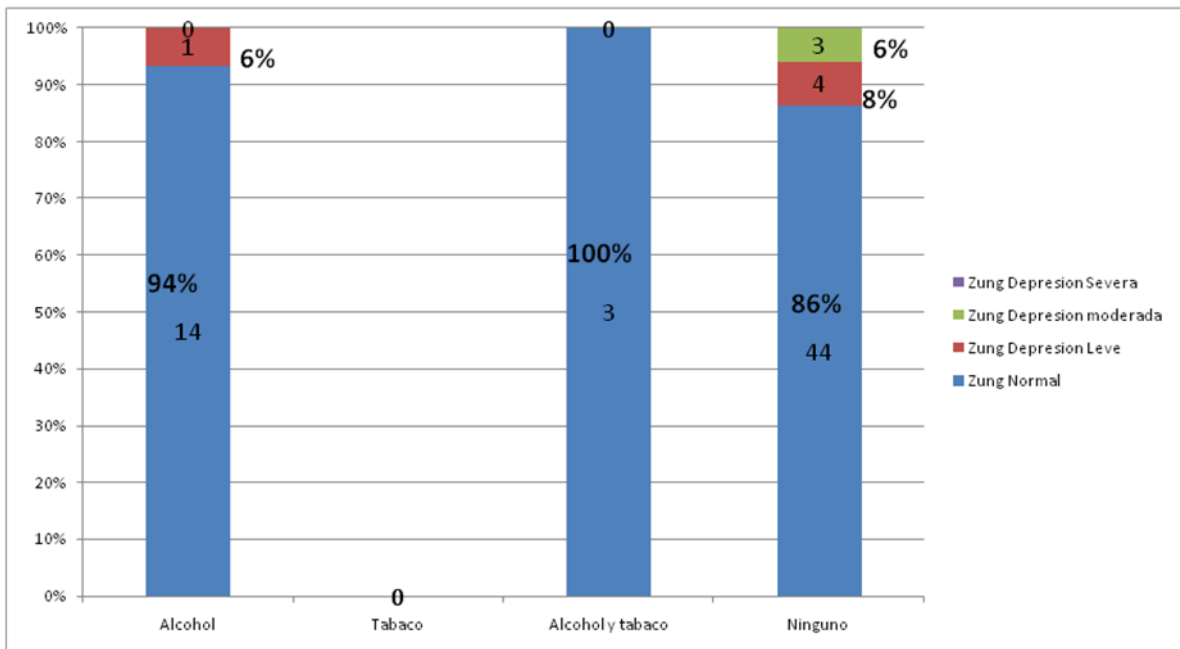
## Depresión y Tratamiento



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 23

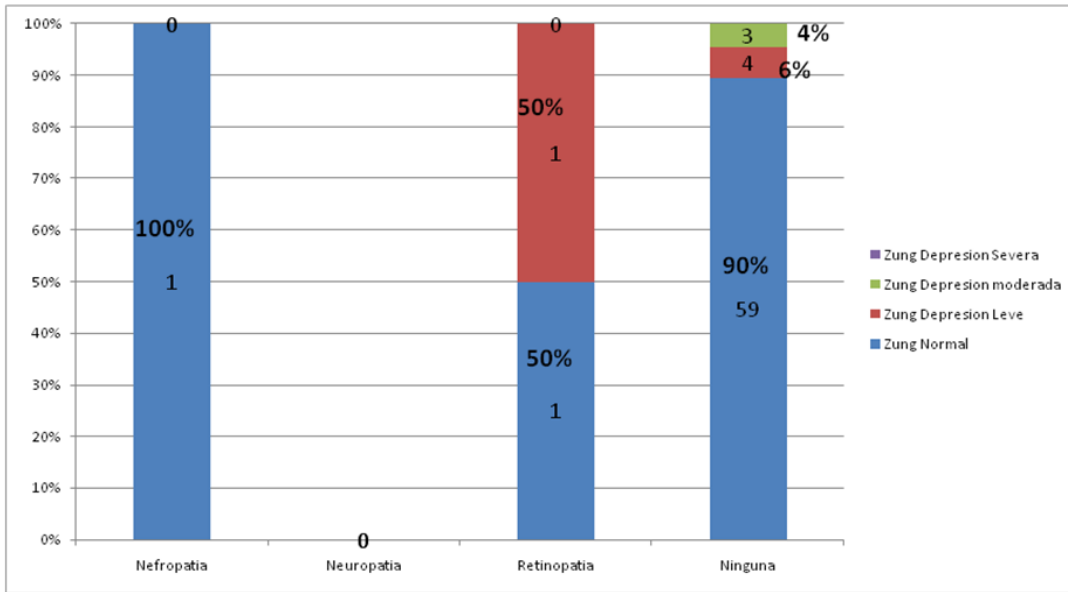
## Depresión y Adicciones



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 24

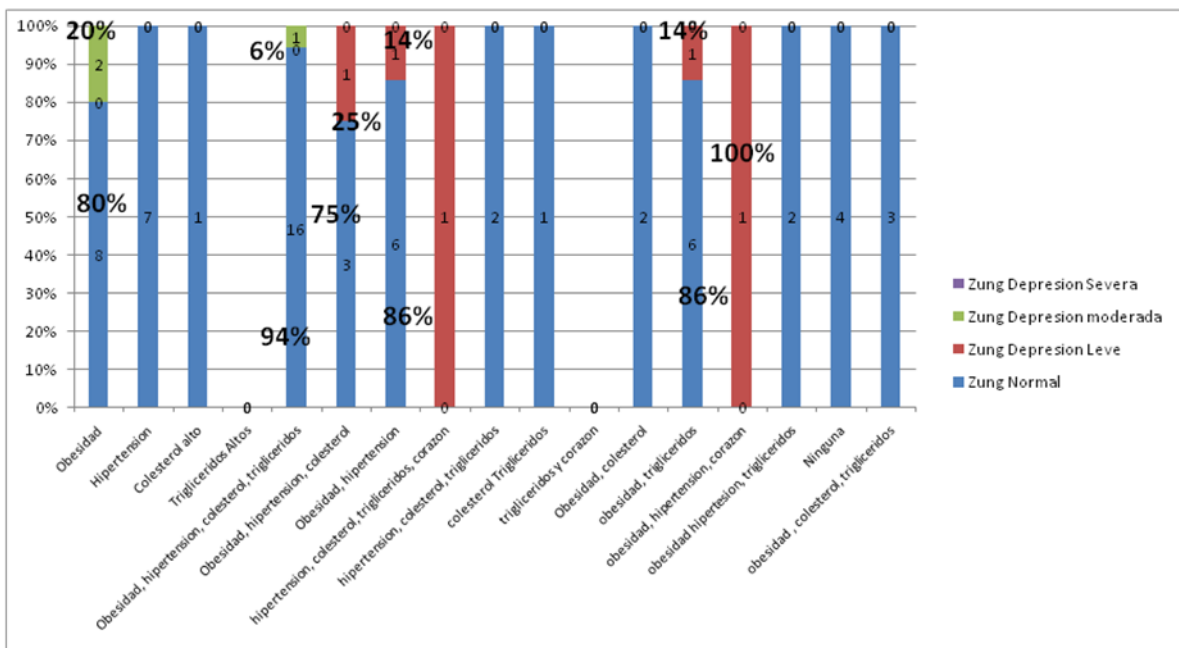
# Depresión y Complicaciones



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 25

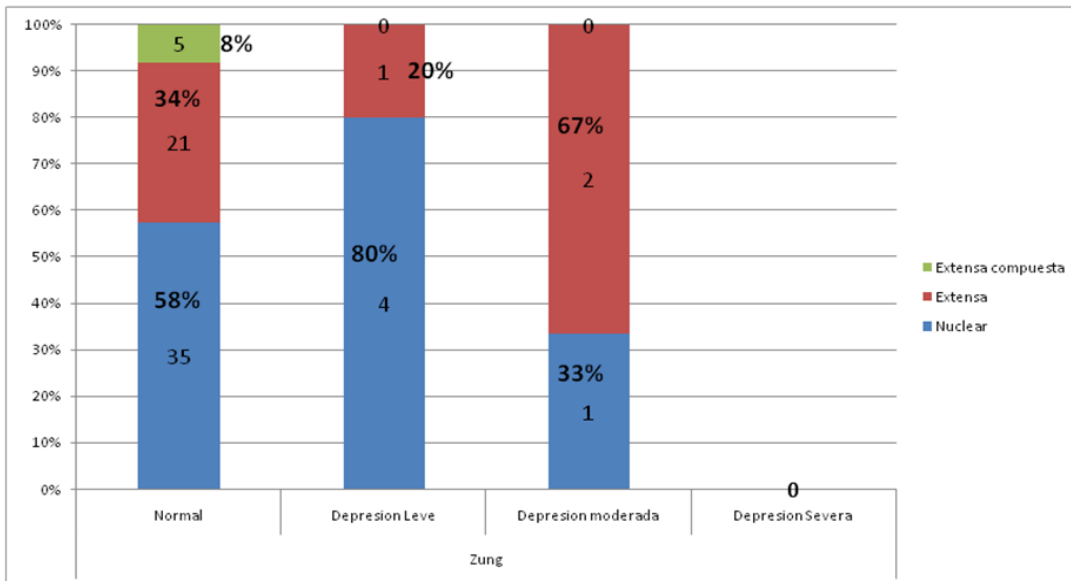
# Depresión y Comorbilidades



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 26

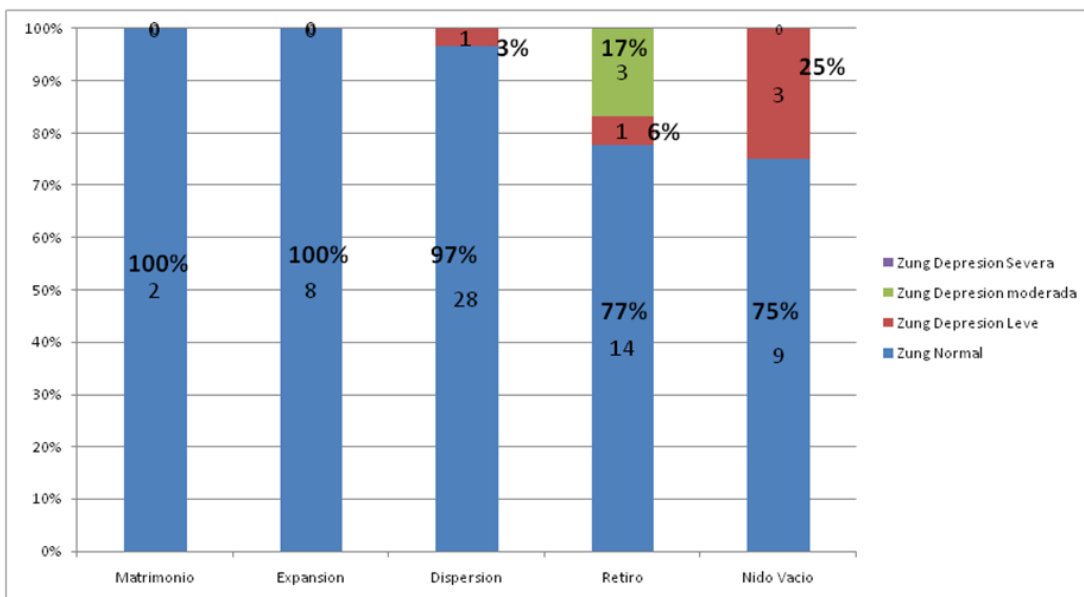
## Depresión y tipo de Familia



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 27

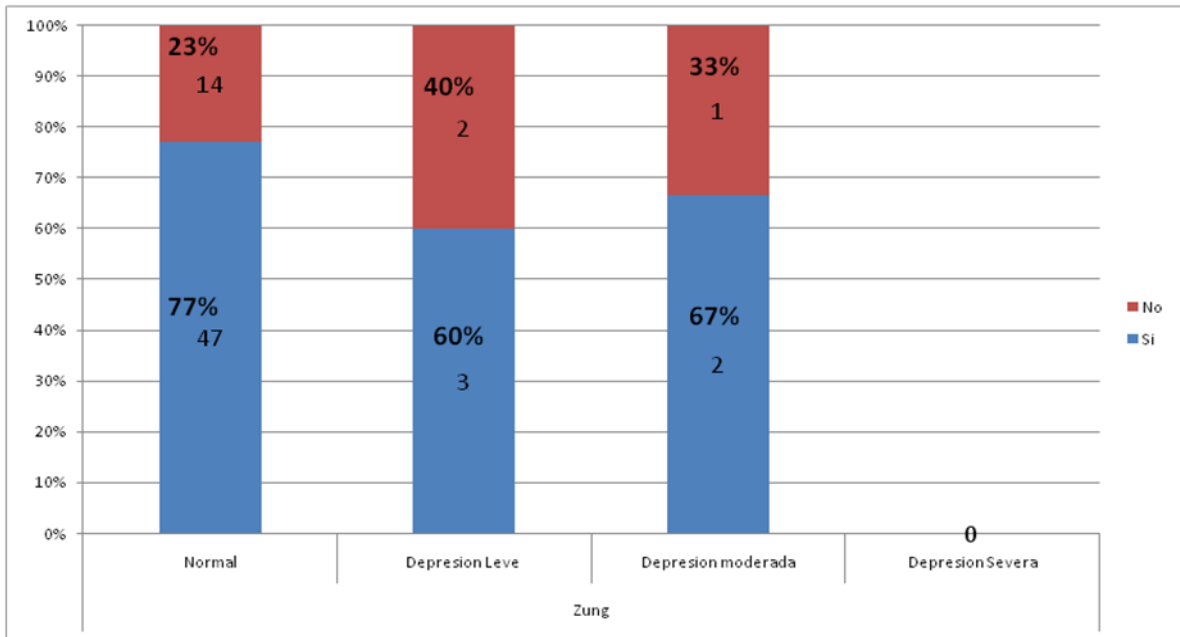
## Depresión y Ciclo familiar



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 28

# Depresión y redes apoyo



FUENTE: ENCUESTA

Gráfica 29

## DISCUSIÓN

Briana Mezuk et al. encontraron que el padecer diabetes incrementa en un 60% de padecer depresión (21, 22, 23). De acuerdo con la literatura se menciona que existe una relación de depresión y diabetes de un 20 a un 60% y con relación birideccional, por ejemplo Robert D. Goldney et al. encontraron que 23.6% de los pacientes con DM tienen un síndrome depresivo comparado con el 17.1% de la población no diabética (24). Y según Cecilia Colunga et al menciona que la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos es del 63% (17). En el estudio realizado en el Centro de Salud de Landa de Matamoros se encontró la misma relación del 11% de prevalencia de depresión (7% depresión leve y 4% depresión moderada) y diabetes mellitus tipo dos.

Y se encontró que la prevalencia de depresión es mayor en mujeres (72%) que en hombres (28%) (17), y en nuestro estudio no fue la excepción ya que aquí encontramos una prevalencia de 75% y 25% respectivamente.

La depresión se relaciona con un mayor deterioro de la actividad física (31), de los diferentes roles laborales, sociales y familiares (24,25,30,); por ejemplo en el ámbito laboral el rendimiento y productividad, ausentismo; sociales falta de interacción con sus semejantes, apatía, familiares cambio de rol de proveedor (si es su caso), síndrome del cuidador, disfuncionalidad familiar en la dinámica de los subsistemas; alcoholismo, tabaquismo, ciclo familiar, complicaciones crónicas de diabetes mellitus, estado nutricional de las personas, y la percepción actual del estado de salud, está asociada a mayor dolor corporal y hace que los pacientes pasen mas días en cama por la autopercepción de su salud (6, 24, 25, 27 30, 32)

17.- Cecilia Colunga-Rodríguez1, Javier E. García de Alba, José G. Salazar-Estrada3 y Mario Ángel-González, Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005, Rev. salud pública. 10 (1):137-149, 2008.

21.- Nouwen & K. Winkley & J. Twisk & C. E. Lloyd & M. Peyrot & K. Ismail & F.. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis A. Pouwer & for the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium, Diabetologia (2010) 53:2480–2486

22.- Raymundo Rodríguez-Moctezuma, Martha E. Magdaleno-Tobías, Catarina Munguía-Miranda, José Luis Hernández-Santiago, E. Casas-De la Torre, Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitus, Gaceta Médica de México Número 2, Marzo-Abril 2003, Vol. 139.

23.- BRIANA MEZUK, PHD, WILLIAM W. EATON, PHD, SANDRA ALBRECHT, MPH, SHERITA HILL GOLDEN, MD, MHS; Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan A meta-analysis, DIABETES CARE, VOLUME 31, NUMBER 12, DECEMBER 2008

24.- Robert d. Goldney, md pat j. Phillips, ma laura j. Fisher, Ba Hons David H. Wilson, phd, Diabetes, Depression, and Quality of Life A population study, DIABETES CARE. VOLUME 27, NUMBER 5, MAYO 2004

25.- Enrique Cantón Chirivella y Amparo Domingo Tarín, Diabetes insulín dependiente y depresión: Análisis de la investigación reciente, Departamento de Psicología Básica (España) - Universidad de Valencia (España), LIBERABIT: Lima (Perú) 14: 41-48, 2008.

30.-Ching-Ju Chiu, Linda A. Wray, Elizabeth A. Beverly, and Oralia G. Dominic, The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes: a structural equation modeling approach, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 January ; 45(1): 67–76.

31.-Lluvia Karina W.E; Martha Asunción S.R., Víctor Manuel M.N., Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. Rev. Fac Med UNAM, Vol. 52, No. 6, Noviembre- Diciembre, 2009.

32.-Dra. Verónica Yaneth Navia Rojas, Depresión y etapas del ciclo vital familiar en padres de familia usuarios de policlínico no 32 C.N.S. Cochabamba 2007, Rev. Medico Social Cochabamba Med Fam 21, marzo 2010.

De acuerdo con los resultados obtenidos en el presente trabajo podemos observar que en las diferentes variables obtenidas existe una relación de depresión, que concuerda con la literatura en mayor o menor grado (21,22). Variando en algunas por ser población de tipo rural en la que los hábitos, costumbres cultura varían mucho, sin embargo esto no deja de ver el grado importante de relación que tienen estas dos patologías. Ejemplos de ello son: 21% de los pacientes viudos presentan depresión; el 67% de los pacientes deprimidos en este estudio se viven en una familia extensa; el 40% de los pacientes que presentan una depresión leve no cuenta con redes de apoyo social; el 100% de los pacientes con desempleo presentan depresión leve, en cambio el 6% de las amas de casa presenta depresión moderada; aumenta el riesgo de depresión en los paciente que tienen más de 15 años de padecer diabetes mellitus, cabe mencionar que dentro de este grupo se encuentran pacientes con depresión leve y moderada.

El descontrol metabólico va muy de la mano con el estado depresivo de los pacientes (30), ya que observamos un descontrol del 50% de los pacientes con algún grado de depresión, llevando esto a un círculo vicioso en la integridad y salud biopsicosocial de los pacientes con diabetes mellitus tipo dos. Por lo que es imprescindible evaluar a todos aquellos pacientes de reciente diagnóstico de diabetes y así evitar a la larga los padecimientos psicológicos que pueden presentar, pues también observamos, F. Pouwer et al. encontraron que mientras más años tengan de diagnóstico mayor será el estado depresivo de los mismos (27), como en el estudio que se encontró un 16% de los pacientes con depresión con más de 15 años de diagnóstico, con todo lo que implica a nivel familiar, social y personal.

F. Pouwer et al. menciona en su estudio un promedio de 55 años (27), y de acuerdo con la edad encontré, en este estudio, que a menor edad de padecer diabetes mellitus se tiene mayor prevalencia de depresión, en la edad de 35 a 39 años, con un 33% de depresión, llevando como consiguiente disfunción en la dinámica familiar por probables cambios de roles que ello condiciona, en las diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad, y condicionando a un futuro a invalidez por

21.- Nouwen & K. Winkley & J. Twisk & C. E. Lloyd & M. Peyrot & K. Ismail & F.. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis A. Pouwer & for the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium, *Diabetologia* (2010) 53:2480–2486

22.- Raymundo Rodríguez-Moctezuma, Martha E. Magdaleno-Tobías, Catarina Munguía-Miranda, José Luis Hernández-Santiago, E. Casas-De la Torre, Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus pacientes con diabetes mellitus, *Gaceta Médica de México* Número 2, Marzo-Abril 2003, Vol. 139.

27.- F. Pouwer & C. J. Tack & P. H. L. M. Geelhoed-Duijvestijn & E. Bazelmans & A. T. Beekman & R. J. Heine & F. J. Snoek., Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial, *Diabetologia* (2011) 54:741–748.

30.-Ching-Ju Chiu, Linda A. Wray, Elizabeth A. Beverly, and Oralia G. Dominic, The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes: a structural equation modeling approach, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 January ; 45(1): 67–76.

complicaciones tardías a menor edad, originando un mayor grado de depresión y un menor control metabólico, teniendo más círculos viciosos alrededor de esta patología.

Las personas que se encuentran con un estado civil de viudez tienen mayor prevalencia de depresión (28%), no excluyendo así que también en este rubro se encuentra un 21% de la población con depresión moderada, lo que lleva a pensar que estar solo sin su pareja de vida condiciona a mayor grado de depresión, mayor descontrol de diabetes mellitus, mayor riesgo de complicaciones tardías.

Entre el 10 y el 17% de los pacientes que tiene un grado de sobrepeso u obesidad, respectivamente, se observa un estado depresivo, y en obesidad un estado depresivo moderado en un 11%, lo que concuerda con la literatura que menciona que a mayor grado de obesidad mayor depresión se encontrara en las personas (24,27).

En el estudio no hubo relación de las adicciones con depresión, pues solo el 6% de los pacientes que tienen alcoholismo presentan un grado de depresión, contra el 14% de los que no tienen adicciones pero si depresión. Lo que en la literatura se menciona es que la población que toma y fuma son más propensos a depresión que los que no lo hacen (13, 16).

Aquellos pacientes que conviven con más de una persona que no es de su familia de origen presentan mayor riesgo de depresión (37.5%), probablemente debido al estatus económico que ello conlleva o roles tomados forzosamente por las condiciones de su dinámica familiar, por simple hecho de tener hijos o nietos a su cuidado.

El desempleo, las comorbilidades para síndrome metabólico y un tratamiento incompleto no multidisciplinario conllevan también a problemas depresivos como lo obtuvimos en el estudio.

Como es esperado, tanto en la literatura como en las leyes sociales de la región, se observa un mayor prevalencia en las últimas etapas del ciclo vital familiar (32),

---

13.- José Soriano Layla Abdó, Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionados en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Universidad Autónoma de Barcelona junio 2004

16.- Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina Mora Icaza, Tabaquismo y depresión, Salud Mental, Vol. 31, No. 5, septiembre-octubre 2008.

24.- Robert d. Goldney, md pat j. Phillips, ma laura j. Fisher, Ba Hons David H. Wilson, phd, Diabetes, Depression, and Quality of Life A population study, DIABETES CARE, VOLUME 27, NUMBER 5, MAYO 2004

27.- F. Pouwer & C. J. Tack & P. H. L. M. Geelhoed-Duijvestijn & E. Bazelmans & A. T. Beekman & R. J. Heine & F. J. Snoek, Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial, Diabetologia (2011) 54:741–748.

32.-Dra. Verónica Yaneth Navia Rojas, Depresión y etapas del ciclo vital familiar en padres de familia usuarios de policlínico no 32 C.N.S. Cochabamba 2007, Rev. Médico Social Cochabamba Med Fam 21, marzo 2010

específicamente la etapa de retiro y nido vacío, tal vez esto a consecuencia de no tener las necesidades básicas satisfechas por los pacientes.

El hecho de contar con redes apoyo sociales durante los diferentes ciclos vitales para contener las crisis paranormativas también se ve reflejado en los trastornos depresivos, pues observamos que aquellos pacientes que no tienen depresión y no cuentan con redes de apoyo solo es el 23% (24), incrementándose la prevalencia de la ausencia de las redes de apoyo en aquellos paciente que presentan algún grado de depresión (37.5%) por lo que condiciona a otro circulo vicioso que se debe de romper en las enfermedades crónico degenerativas (24,29).

## CONCLUSION

Durante la realización de este estudio se observó y verificó lo que en la literatura se ha mencionado, que existe una importante relación entre diabetes mellitus y depresión, influyendo los factores de riesgo estudiados, en menor o mayor grado, pero siendo corroborados como lo menciona la literatura.

En este estudio podemos apreciar o concluir un perfil de población con diabetes mellitus tipo dos para riesgo de depresión.

Mujer de 35 a 39 años, obesa, viuda, desempleada, más de 15 años de diagnóstico de diabetes mellitus, con tratamiento a base de tabletas y ejercicio, sin adicciones, con retinopatía diabética, comorbilidades que engloban un síndrome metabólico, de una familia extensa en una fase de retiro sin redes de apoyo.

Considerando importantísimo realizar tamizajes de escrutinio a toda la población que padezca diabetes mellitus tipo dos.

---

24.- Robert d. Goldney, md pat j. Phillips, ma laura j. Fisher, Ba Hons David H. Wilson, phd, Diabetes, Depression, and Quality of Life A population study, DIABETES CARE, VOLUME 27, NUMBER 5, MAYO 2004

29.- Diana M. Naranjo, PhD, Lawrence Fisher, PhD, Patricia A. Areán, PhD, Danielle Hessler, et al., Patients With Type 2 Diabetes at Risk for Major Depressive Disorder Over Time, ANNALS OF FAMILY MEDICINE, VOL. 9, NO. 2 MARCH/APRIL 2011



## Bibliografía

1. Tratado de Medicina interna, Harrison Vol 2 Edición 17, 2010, pp: 2275-2281
2. Diabetes Mellitus, Herrea Cornejo M.A., 1 edición, Editorial AFIL 2011.
3. Resultados de nutrición de la ENZANUT 2006, Carlos Oropeza Abundez, instituto Nacional de Salud Pública, primera edición 2007
4. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, DIABETES CARE, VOLUME 34, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2011.
5. María Teresa Tusié Luna, El componente genético de la diabetes tipo dos, unidad de biología molecular y medicina genómica, instituto de investigaciones biomédicas. UNAM, e instituto nacional de ciencias médicas y nutrición Salvador Zubirán, México, D.F. Vol XXXII 2008
6. María Emoe Pérez Muñoz, Idalia Triana Casado, Ceija Molina Cisneros, Desempeño Funcional en adultos mayores con déficit visual por retinopatía diabética, GEROINFO RNPS 2110 ISSN1816-8450, Vol. 5 No. 3 2010.
7. Boschetti-Fentanes B. La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar, Volumen 6, Núm. 3 septiembre-diciembre 2004.
8. Leonard E. Egede, Charles Ellis, Diabetes and depression: Global perspectives; diabetes research and clinical practice 87 (2010) 302 – 312.
9. Knol M.J. Twisk J.W., Beekman A.T., Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus, A meta-analysis, Diabetologia 49 (5) 82006) 837-835
10. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Juan J. López-Ibor Aliño, MASSON 1995, 4ª edición Española, (pp. 473-484)
11. Corina Benjet, Dra. en Psicol, Guilherme Borges, Dr. en C, Ma Elena Medina-Mora, Dra. en Psicol Soc, Clara Fleiz-Bautista, Psicol, Joaquín Zambrano-Ruiz, La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. Actuario; salud publica México/ volumen 46, no 5, septiembre- octubre de 2004
12. De los cuatro humores hipocráticos a los modernos sistemas dinámicos: la medicina en perspectiva histórica. Dr. Bruno Günther, Dr. Enrique Morgado, Contribuciones Científicas y Tecnológicas, Área Ciencias Básicas Nª 123, abril 2000.

13. José Soriano Layla Abdó, Alcoholismo, género y emociones: ¿el hombre se alcoholiza y la mujer se deprime? Patrones relacionados en la familia del hombre alcohólico en comparación con los de la mujer depresiva. Universidad Autónoma de Barcelona junio 2004
14. Juan Pablo Heredia, Bismarck, Depresión en diabéticos, un enfoque sistémico, Pinto, Universidad Católica Boliviana San Pablo, AJAYU, 2008, Vol VI, No. 1
15. Orellana M, Munguía A, Insuficiencia Renal y depresión, Revista de postgrado de psiquiatría, UNAH Vol 1 No. 3, Enero Junio 2008
16. Ana Moreno Coutiño, María Elena Medina Mora Icaza, Tabaquismo y depresión, Salud Mental, Vol. 31, No. 5, septiembre-octubre 2008.
17. Cecilia Colunga-Rodríguez<sup>1</sup>, Javier E. García de Alba, José G. Salazar-Estrada<sup>3</sup> y Mario Ángel-González, Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005, Rev. salud pública. 10 (1):137-149, 2008.
18. Rich in Vanadium. Jian-You Guo, Chun-Chao Han and Yong-Mei Liu. A Contemporary Treatment Approach to Both Diabetes and Depression by Cordyceps sinensis eCAM 2010;7(3)387–389 doi:10.1093/ecam/nep2011.
19. Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Rivera-Dommarco JA. Resultados de Nutrición de la ENSANUT 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.
20. María Guadalupe Fabián San Miguel, María Cecilia García Sancho, Carlos Cobo Abreu, 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 comorbilidades, Med Int Mex 2010, 26(2): 100-108
21. Nouwen & K. Winkley & J. Twisk & C. E. Lloyd & M. Peyrot & K. Ismail & F.. Type 2 diabetes mellitus as a risk factor for the onset of depression: a systematic review and meta-analysis A. Pouwer & for the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium, Diabetologia (2010) 53:2480–2486
22. Raymundo Rodríguez-Moctezuma, Martha E. Magdaleno-Tobías, Catarina Munguía-Miranda, José Luis Hernández-Santiago, E. Casas-De la Torre, Factores de los médicos familiares asociados al control glucémico de sus

- pacientes con diabetes mellitus, Gaceta Médica de México Número 2, Marzo-Abril 2003, Vol. 139.
23. BRIANA MEZUK, PHD, WILLIAM W. EATON, PHD, SANDRA ALBRECHT, MPH, SHERITA HILL GOLDEN, MD, MHS; Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan A meta-analysis, DIABETES CARE, VOLUME 31, NUMBER 12, DECEMBER 2008
24. Robert d. Goldney, md pat j. Phillips, ma laura j. Fisher, Ba Hons David H. Wilson, phd, Diabetes, Depression, and Quality of Life A population study, DIABETES CARE, VOLUME 27, NUMBER 5, MAYO 2004
25. Enrique Cantón Chirivella y Amparo Domingo Tarín, Diabetes insulín dependiente y depresión: Análisis de la investigación reciente, Departamento de Psicología Básica (España) - Universidad de Valencia (España), LIBERABIT: Lima (Perú) 14: 41-48, 2008.
26. Abass Yavari, Naimeh Mashinchi, Diabetes and Depression, *Journal of Stress Physiology & Biochemistry*, Vol. 6 No. 3 2010, pp. 38-43
27. F. Pouwer & C. J. Tack & P. H. L. M. Geelhoed-Duijvestijn & E. Bazelmans & A. T. Beekman & R. J. Heine & F. J. Snoek,, Limited effect of screening for depression with written feedback in outpatients with diabetes mellitus: a randomized controlled trial, *Diabetologia* (2011) 54:741–748.
28. Cathy Lloyd, Los Efectos de la diabetes sobre la depresión y la depresión sobre la diabetes, *Diabetes Voice* Marzo 2008, Vol 53, Número 1
29. Diana M. Naranjo, PhD, Lawrence Fisher, PhD, Patricia A. Areán, PhD, Danielle Hessler, et al., Patients With Type 2 Diabetes at Risk for Major Depressive Disorder Over Time, *ANNALS OF FAMILY MEDICINE*, VOL. 9, NO. 2 MARCH/APRIL 2011
30. Ching-Ju Chiu, Linda A. Wray, Elizabeth A. Beverly, and Oralia G. Dominic, The role of health behaviors in mediating the relationship between depressive symptoms and glycemic control in type 2 diabetes: a structural equation modeling approach, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010 January ; 45(1): 67–76.
31. Lluvia Karina W.E; Martha Asunción S.R., Víctor Manuel M.N., Sedentarismo como factor de riesgo de trastornos depresivos en adultos mayores. Un estudio exploratorio. *Rev. Fac Med UNAM*, Vol. 52, No. 6, Noviembre- Diciembre, 2009.

32. Dra. Verónica Yaneth Navia Rojas, Depresión y etapas del ciclo vital familiar en padres de familia usuarios de policlínico no 32 C.N.S. Cochabamba 2007, Rev. Medico Social Cochabamba Med Fam 21, marzo 2010.
33. Maryam Khoram Shahi Bayat; Mahboubeh Khalili Gorgani; Fatemeh Bandarian; Shahin Akhondzadeh; Seyed Ahmad Sadjadi.; Association between Depression and Diabetes. Bagher Larijani1; 29.10.2004.
34. Saman I Zuberi\*, Ehsan U Syed, Junaid A Bhatti. Zuberi et al; Association of depression with treatment outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: A cross-sectional study from Karachi, Pakistan. BMC Psychiatry 2011, 11:27.
35. G. A. Nichols & E. J. Moler. Cardiovascular disease, heart failure, chronic kidney disease and depression independently increase the risk of incident diabetes. Diabetologia (2011) 54:523–526
36. Wayne J. Katon, MD, Elizabeth H. B. Lin, MD, MPH, Lisa H. Williams, MD, MS, et al; Comorbid Depression Is Associated with an Increased Risk of Dementia Diagnosis in Patients with Diabetes: A Prospective Cohort Study. ScD. Published online January 28, 2010.
37. Mohammad E Khamseh, Hamid R Baradaran, Anna Javanbakht, Maryam Mirghorbani, Zahra Yadollahi and Mojtaba Malek. Khamseh et al; Comparison of the CES-D and PHQ-9 depression scales in people with type 2 diabetes in Tehran, Iran.. BMC Psychiatry 2011, 11:61.
38. THE MENTAL HEALTH CONTEXT, Mental Health Policy and Service Guidance Package. World Health Organization, 2003.
39. Third-Party Reimbursement for Diabetes Care, Self-Management Education, and Supplies, The recommendations in this paper are based on the evidence reviewed in the following publications: Diabetes self-management education (Technical Review). *Diabetes Care* 18:1204–1214, 1995; and National standards for diabetes self-management education. *Diabetes Care* 33:S89 – S96, 2010. Approved 1995. Revised 2008. 2011 by the American Diabetes Association. Readers may use this article as long as the work is properly cited, the use is educational and not for profit, and the work is not altered.
40. Paul S. Ciechanowski, MD, MPH; Wayne J. Katon, MD; Joan E. Russo, PhD, Depression and Diabetes *Impact of Depressive Symptoms on Adherence, Function, and Costs*. ARCH INTERN MED/VOL 160, NOV 27, 2000.

41. Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004; 46: 417-424.
42. Z. Yekta, R. Pourali 1 and R. Yavarian, Behavioural and clinical factors associated with depression among individuals with diabetes; *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Sante de la Mediterranee orientale, EMHJ* • Vol. 16 No. 3 • 2010.
43. Evi SA de Cock, Wilco HM Emons, Giesje Nefs, Victor JM Pop and François Pouwer et al. Dimensionality and scale properties of the Edinburgh Depression Scale (EDS) in patients with type 2 diabetes mellitus: the DiaDDzoB study, *BMC Psychiatry* 2011, 11:141.
44. M. van Dijk & E. Donga & J. G. van Dijk & G. J. Lammers & K. W. van Kralingen & O. M. Dekkers & E. P. M. Corssmit & J. A. Romijn, Disturbed subjective sleep characteristics in adult patients with long-standing type 1 diabetes mellitus, *Diabetologia* (2011) 54:1967–1976.
45. Dr Stan de Loach, *Diabetes mellitus tipo 1.5*, Vol IX, no.2, marzo-abril 2008.
46. Eduardo Sabaté Adherence to long-term therapies, Evidence for action, World Health Organization, avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland, World Health Organization 2003.
47. Seyda Oscan, Ozgul Erol, Enseñanza y aprendizaje en la diabetes: técnicas y métodos. Vol IX, No 2, marzo abril 2008.
48. Jorge F Trejo-Gutiérrez, Epidemiología del síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2: ¿El diluvio que viene?, Vol. 74, Supl. 2, 60 Aniversario/Abril-Junio 2004:S267-S270.
49. Wayne J. Katon, MD, Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness, *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 13. No. 1*, 2011.
50. Ross KA, Ross BMC, Evidence for somatic gene conversion and deletion in bipolar disorder, Crohn's disease, coronary artery disease, hypertension, rheumatoid arthritis, type-1 diabetes, and type-2 diabetes *Medicine* 2011, 9:12.
51. Antonio Ceriello, Stephen Colagiuri, Guía para el control glucémico tras las comidas. Vol IX, No 1, Enero-febrero 2008.

52. Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus  
Abbreviated Report of a WHO Consultation, WHO/NMH/CHP/CPM/11.1, 2011
53. Healthy Ageing, PRACTICAL POINTERS ON KEEPING WELL, World Health Organization Regional Office for the Western Pacific, 2005.
54. Miguel Angel Lezana Fernández, Carlos Humberto Alvarez Lucas, Edith Milena Alvarez Martinez, Alicia Velazquez, Gabriela Ortiz Solis, et al. Hemoglobina Glucosilada en 1152 sujetos con diabetes, que participaron en la estrategia UNEMES recorridos por la salud en México 2009, Medicina interna Mex 2009; 2010, 26 (4): 337-345.
55. Investing in MENTAL HEALTH, Department of Mental Health and Substance Dependence, Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization, Geneva, World Health Organization, 2003.
56. Julie A. Wagner, Howard Tennen, and Chandra Y. Osborn, Lifetime Depression and Diabetes Self-management in Women with Type 2 Diabetes: A Case Control Study, Diabet Med. 2010 June; 27(6): 713–717. doi:10.1111/j.1464-5491.2010.02996..
57. Enrique C. Morales Villegas, Guillermo Fanghanel, Leticia Sánchez Reyes, Abel Pavia López, Luis Alcocer., Manejo de las complicaciones crónicas de la diabetes mellitus, Med Inter Mex 2010, 26 (5): 472-484.
58. Diabetes Management in Correctional Institutions AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, DIABETES CARE, VOLUME 34, SUPPLEMENT 1, JANUARY 2011
59. Depression and Diabetes, NIMH Depression Publications, National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services NIH Publication No . 0 2 - 5 0 0 3 May 2002.
60. Integrating Poverty and Gender into Health Programmes *A Sourcebook for Health Professionals*, World Health Organization 2005.
61. Michael J. Fowler, MD, Microvascular and Macrovascular Complications of Diabetes, Volume 29, Number 3, 2011 • CLINICAL DIABETES.
62. Fisher L, Ph.D., ABPP, Joseph T. Mullan, Ph.D., Marilyn M. Skaff, Ph.D., Russell E. Glasgow, Ph.D., Patricia Arean, Ph.D., and Danielle Hessler, Predicting diabetes distress in patients with type 2 diabetes: a longitudinal study Ph.D, Diabet Med. 2009 June ; 26(6): 622–627. doi:10.1111/j.1464-5491.2009.02730.

63. Kimberly A. Driscoll, Suzanne Bennett Johnson, David Barker, Alexandra L. Quittner, Larry C. Deeb, David E. Geller, Magdalen Gondor, and Janet H. Silverstein, Risk Factors Associated with Depressive Symptoms in Caregivers of Children with Type 1 Diabetes or Cystic Fibrosis, *Journal of Pediatric Psychology* vol. 35 no. 8.
64. Addie L. Fortmann, Linda C. Gallo, Chris Walker, and Athena Philis-Tsimikas,, Support for disease management, depression, self-care, and clinical indicators among Hispanics with type 2 diabetes in San Diego County, United States of America *Rev Panam Salud Publica* 28(3), 2010.
65. Nabil Sulaiman, Aisha Hamdan, Hani Tamim<sup>4</sup>, Dhafir A Mahmood, Doris Young, The prevalence and correlates of depression and anxiety in a sample of diabetic patients in Sharjah, United Arab Emirates, Sulaiman et al. *BMC Family Practice* 2010, 11:80.
66. Markowitz S, Jeffrey S, Treating Depression in Diabetes: Emerging findings, *Psychosomatics*. 2011; 52(1): 1–18.
67. Jeffrey S. Gonzalez, Peyrot M, Mccarl L, Collins M, Matthew LS. Steven AS, Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis, *diabetes care*, volume 31, number 12, december 2008
68. Valeria Fernanda Mazzotta, Alcemon, Depresión y síndrome metabólico, *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría*, vol. 16. No 4, marzo de 2011, págs., 396 a 424
69. Edwin Jiménez Sancho, Guías para la detección, el diagnóstico, y el tratamiento, de las dislipidemias, para el primer nivel de atención, San José Costa Rica 2004.
70. Eduardo García-García, M Esp, Manuel De la Llata-Romero, M Esp, Martha Kaufer-Horwitz, Dr. en CS, María Teresa Tusié-Luna, D en Gen, Raúl, et al. La Obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública, Una reflexión, *salud pública de México*, Vol. 50, No 6, noviembre –diciembre 2008.
71. Erika del Carmen Urdapilleta Herrera Dra. en psicología, Ansiedad y depresión en fumadores mexicanos y su relación con el grado de adicción, *Salud Publica de México*, Vol 52, suplemento 2 de 2010.
72. Soriano Fuentes, De la Torre Rodríguez, Familia, trastornos mentales y ciclo vital familiar, *Medicina de Familia*, Vol 4, mayo 2003.

# ANEXOS



## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

### “PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO YA CONOCIDOS PARA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD LANDA DE MATAMOROS, QUERÉTARO DURANTE EL PERIODO MARZO 2011, SEPTIEMBRE 2012”

Investigador principal: Dr. Iván Alejandro Alonso Saldívar

Sede donde se realizará el estudio: CS Landa de Matamoros

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

*(Enunciar brevemente cada uno de los apartados en un lenguaje no médico, accesible a todas las personas).*

**1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO** existe una relación importante entre la diabetes mellitus y depresión, teniendo por consiguiente, en la mayoría de los casos, mal control de azúcar, lo que lleva a complicaciones tardías, teniendo un alto costo hacia los servicios de salud para un manejo adecuado de las enfermedades. Si realizamos un test con factores de riesgo se podrán identificar los focos rojos y trabajar con ellos en conjunto con el servicio de psicología para prevenir las complicaciones y mejorar el control del azúcar en los centros de salud.

**2. OBJETIVO DEL ESTUDIO:** A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar los principales factores de riesgo ya conocidos, para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y la frecuencia de depresión en estos pacientes.

**3. BENEFICIOS DEL ESTUDIO** Es un estudio realizado en la población mexicana el riesgo de depresión fue tres veces mayor en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en comparación con la población sin esta enfermedad. Ese incremento en el riesgo fue mayor conforme mayor fue el tiempo de evolución de la diabetes y cuanto mayor fue el exceso de peso de los pacientes.

Con este estudio conocerá de manera clara si tiene un riesgo de padecer depresión y mejorar su estado de salud anticipadamente.

Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido para prevención primaria y secundaria sobre las enfermedades mencionadas

#### **4. PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO**

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizarán algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos familiares, ocupaciones y sobre su estado de ánimo y percepción del mundo y su alrededor

#### **5. ACLARACIONES**

Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.

Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, -aun cuando el investigador responsable no se lo solicite-, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.

No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.

En caso de que usted desarrolle algún efecto adverso secundario no previsto, tiene derecho a una indemnización, siempre que estos efectos sean consecuencia de su participación en el estudio.

Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

#### **6. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante o del padre o tutor Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo 1 Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ La naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador Fecha



**“PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO YA CONOCIDOS PARA DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL CENTRO DE SALUD LANDA DE MATAMOROS, QUERÉTARO DURANTE EL PERIODO MARZO 2011, SEPTIEMBRE 2012”**

INICIALES \_\_\_\_\_ SEXO: H ( ) ; M ( ) EDAD \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_  
TALLA \_\_\_\_\_

Último Valor de Glicemia registrado en expediente \_\_\_\_\_

- Estado Civil

Soltero ( ) Casado ( ) Unión libre ( ) Viudo ( ) Divorciado ( )

- Ocupación

Ama de casa ( ) Desempleado ( ) Campesino ( ) Jornalero ( ) Empleado ( ) Jubilado ( )

- ¿Cuántos años tiene de padecer Diabetes mellitus? \_\_\_\_\_

- ¿Qué medicamentos usa para control de su diabetes?:

Tabletas ( ) Insulina ( ) Dieta ( ) ejercicio ( ) sin tratamiento ( )

- ¿Usted toma? \_\_\_\_\_ ¿Usted fuma? \_\_\_\_\_

- ¿Sufre de alguna complicación de la diabetes? \_\_\_\_\_

- ¿Cuál? Nefropatía ( ) ; Neuropatía ( ) ; Retinopatía ( )

- ¿Aparte de su diabetes sufre de alguna otra enfermedad?

Obesidad ( ) ; Hipertensión ( ) ; Colesterol alto ( ) ; Triglicéridos altos ( ) ; enfermedades del corazón ( )

- ¿Con quién vive actualmente? Solo ( ) Espos@ ( ) Hijos ( ) Nietos ( ) Otro ( )

- ¿Cuántos años tiene su hij@ mas chic@? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos años tiene su hij@ mas grande? \_\_\_\_\_

- ¿Si tiene algún problema, tiene alguna persona en quien confiar y que lo ayude? \_\_\_\_\_

- Esa persona, ¿qué es de usted? \_\_\_\_\_

## Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

| Por favor marque (✓) la columna adecuada.               | Poco tiempo | Algo del tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo |
|---|-------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|
| 1. Me siento decaído y triste.                          |             |                 |                            |                           |
| 2. Por la mañana es cuando me siento mejor.             |             |                 |                            |                           |
| 3. Siento ganas de llorar o irumpo en llanto.           |             |                 |                            |                           |
| 4. Tengo problemas para dormir por la noche.            |             |                 |                            |                           |
| 5. Como la misma cantidad de siempre.                   |             |                 |                            |                           |
| 6. Todavía disfruto el sexo.                            |             |                 |                            |                           |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso.                  |             |                 |                            |                           |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento.                    |             |                 |                            |                           |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo normal.             |             |                 |                            |                           |
| 10. Me canso sin razón alguna.                          |             |                 |                            |                           |
| 11. Mi mente está tan clara como siempre.               |             |                 |                            |                           |
| 12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.             |             |                 |                            |                           |
| 13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.          |             |                 |                            |                           |
| 14. Siento esperanza en el futuro.                      |             |                 |                            |                           |
| 15. Estoy más irritable de lo normal.                   |             |                 |                            |                           |
| 16. Me es fácil tomar decisiones.                       |             |                 |                            |                           |
| 17. Siento que soy útil y me necesitan.                 |             |                 |                            |                           |
| 18. Mi vida es bastante plena.                          |             |                 |                            |                           |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.  |             |                 |                            |                           |
| 20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes. |             |                 |                            |                           |

Zung WW. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12: 63-70.

## Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.

## Claves de Medición para la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Coteje estas claves con las respuestas del paciente. Sume los números para obtener un valor total.

| Por favor marque (✓) la columna adecuada.               | Poco tiempo | Algo del tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo |
|---|-------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|
|   | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 1. Me siento decaído y triste.                          |             |                 |                            |                           |
| 2. Por la mañana es cuando me siento mejor.             | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.           | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 4. Tengo problemas para dormir por la noche.            | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 5. Como la misma cantidad de siempre.                   | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 6. Todavía disfruto el sexo.                            | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso.                  | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento.                    | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo normal.             | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 10. Me canso sin razón alguna.                          | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 11. Mi mente está tan clara como siempre.               | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.             | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.          | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 14. Siento esperanza en el futuro.                      | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 15. Estoy más irritable de lo normal.                   | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 16. Me es fácil tomar decisiones.                       | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 17. Siento que soy útil y me necesitan.                 | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 18. Mi vida es bastante plena.                          | 4           | 3               | 2                          | 1                         |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.  | 1           | 2               | 3                          | 4                         |
| 20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes. | 4           | 3               | 2                          | 1                         |