

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 26 DISTRITO FEDERAL

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26
DETECTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. JUANA VERONICA PINEDA CABELLO



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 DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26
DETECTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

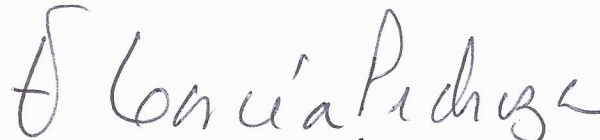
PRESENTA

DRA. JUANA VERONICA PINEDA CABELLO


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

AUTORIZACIONES

TESIS:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 DETECTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON

Dra. Irma Angélica Aroche Reyes

Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS

Dra. Dulce María Rodríguez Vivas

Coordinación de educación e Investigación en Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS

Dr. César Augusto Solís Garfias.

Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

ASESOR(ES):

Dr. Apolinar Membrillo Luna

Especialista en Medicina Familiar

Dra. Dulce María Rodríguez Vivas

Especialista en Medicina Familiar

Dra. Juana Marlen Ruiz Batalla

Especialista en Medicina Familiar

AGRADECIMIENTOS

“Esta vez no te rezo para que me des algo, solo deseo agradecerte por todas las bendiciones que hasta hoy me has dado. Por todas tus enseñanzas y los golpes sufridos y los triunfos logrados. Ahora y siempre será un buen momento para dar GRACIAS AL SEÑOR, por nuestras vidas, por este y todos los momentos en la vida en el que tenemos la posibilidad de despertarnos cada día con los la luz del sol que nos ilumina...”

TE DOY LAS GRACIAS DIOS MÍO...

“Desde que estoy compartiendo mis días junto a ti mi amor, todo ha cambiado para mí, eres mi razón para poder ser feliz, mi razón para vivir siempre en felicidad. No necesito nada más, solo tu presencia y compañía, tu amor es suficiente para mí; he encontrado en cada abrazo el consuelo, en cada beso un remanso y en tu mirada la claridad”

DAVID MI VIDA, AMOR HMS... GRACIAS.

“Lo que yo más valoro es tu sinceridad, gracias por hacerme ver que estaba cometiendo errores. Tus consejos son muy importantes para mí porque yo sé que tú me aprecias y siempre quieres lo mejor para mi vida.”

ELO POR TU GRAN CARIÑO... GRACIAS.

Quienes jamás encontraré la forma de agradecer el cariño, comprensión y apoyo brindado en los momentos buenos y malos de mi vida, hago este triunfo compartido, sólo esperando que comprendan que mis ideales y esfuerzos son inspirados en cada uno de ustedes. Con amor, agradecimiento y respeto.

ES PEQUEÑA LA PALABRA PERO GRANDE MI SENTIR, MIL GRACIAS...

*DRA. J. MARLEN RUIZ BATALLA
DR. CESAR SOLIS GARFIAS
DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA
DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS*

**AL TÉRMINO DE ESTA ETAPA DE MI VIDA, QUIERO EXPRESAR
UN PROFUNDO AGRADECIMIENTO A QUIENES CON SU AYUDA, APOYO Y COMPRESIÓN ME
ALENTARON A LOGRAR ESTA HERMOSA REALIDAD.**

GRACIAS.

1. INDICE GENERAL

1. ÍNDICE GENERAL	4
2. RESUMEN	5
3. INTRODUCCION	6
4. ANTECEDENTES	7
5. MARCO TEÓRICO	8
6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
7. JUSTIFICACIÓN	20
8. OBJETIVOS	21
a) <i>General</i>	
b) <i>Específicos</i>	
9. HIPÓTESIS	21
10. MATERIAL Y METODOS O METODOLOGIA	22
a) <i>Tipo de estudio</i>	22
b) <i>Población, lugar y tiempo de estudio</i>	22
c) <i>Plan de análisis</i>	22
d) <i>Tipo de muestra y tamaño de la muestra</i>	22
e) <i>Criterios de inclusión, exclusión y eliminación</i>	23
f) <i>Información a recolectar (incluyendo las variables a recolectar y la forma de recolectarlas)</i>	24
g) <i>Método o procedimiento para captar la información</i>	24
h) <i>Consideraciones éticas.</i>	25
i) <i>Conflicto de intereses</i>	25
j) <i>Dictamen de Autorización</i>	26
11. RECURSOS HUMANOS	28
12. CRONOGRAMA	29
13. RESULTADOS	30
14. DISCUSION	34
15. CONCLUSIONES	35
16. BIBLIOGRAFIA	36
17. ANEXOS	38

2. RESUMEN

Dra. Juana Verónica Pineda Cabello / Dr. Apolinar Membrillo Luna / Dra. Dulce María Rodríguez Vivas / Dra. Juana Marlen Ruíz Batalla.

El presente estudio evalúa la prevalencia de depresión en pacientes que se presentan con el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que es la correlación entre ambas comorbilidades, estas nos indican su reciprocidad debido que en ambas se crea un círculo vicioso en su presentación, es decir que se ha llegado a la conclusión en la cual tanto la depresión es un factor predisponente para la Diabetes Mellitus tipo 2, como la misma diabetes es para la Depresión; esto es consecuencia dado por factores neuroendocrinos asociados para ambas patologías¹.

Se ha observado en México y a nivel internacional, que la prevalencia de la Depresión y la Diabetes Mellitus tipo 2 tienen una tendencia creciente la cual se ha convertido en un problema de salud por asociación de descontrol metabólico.

OBJETIVOS: Es conocer la Prevalencia de Depresión en pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2; éste estudio se llevara a cabo en la consulta externa del Consultorio 11 de ambos turnos, de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del Instituto Mexicano Del Seguro Social.

MATERIAL Y METODOS: Este estudio tiene como propósito conocer la Prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, esto se realizara a través de la aplicación de la Escala de Hamilton. Este estudio es de tipo: Observacional, Descriptivo, Transversal y Prospectivo; El presente estudio se realizara del 1 de marzo al 31 de julio del 2013, el muestreo será no probabilístico con un tamaño de muestra determinada por cuotas. El análisis estadístico se realizara a través de medidas de tendencia central (Media, Moda y Mediana) utilizando el programa SPSS 17.0.

RESULTADOS: Se integró una muestra para el presente estudio de 200 pacientes con diagnóstico de DM tipo 2; de los cuales, el 53.5% corresponde al sexo femenino y el 46.5% al sexo masculino. La Prevalencia de Depresión en la población de estudio fue del 52% de los cuales la Depresión Leve se encontró un total 64%, siendo dos tercios de la población, en Depresión Moderada 22%, en Depresión Severa 9% y Depresión Muy Severa 5% de acuerdo a la Escala de Hamilton; el sexo femenino presentó la mayor proporción de Depresión (63%), en comparación con el sexo masculino (37%). El 64% de los pacientes que tuvieron algún grado de depresión presentaron descontrol metabólico.

CONCLUSIONES: La depresión en un padecimiento subclínico en paciente con diabetes Mellitus tipo 2, encontramos una prevalencia global de este padecimiento fue del 52%, con una distribución por sexo entre mujeres y hombres 2:1, encontrando congruencia con otros estudios. Así mismo se determinó que la depresión se asocia a descontrol metabólico en un 64% del total de pacientes y a los años de evolución entre los 11 a 20 años. Por tal motivo el Medico Familiar debe estar oportuno en la atención integral del paciente con Diabetes Mellitus, integrando como parte de la intervención preventiva al realizar la detección de Depresión, diagnostico, atención y seguimiento.

PALABRAS CLAVES: DEPRESION, DIBETES MELLITUS TIPO 2 y ESCALA DE HAMILTON

3. INTRODUCCION

El paciente con diagnóstico de diabetes, ha encontrado en el proceso de entender la Diabetes Mellitus tipo 2, como una patología crónico-degenerativa, y al mismo tiempo ha tenido que realizar un cambio total en su estilo de vida e integrarlo como parte de su tratamiento, esto le generara conflictos de tipo psicológico como es; la aceptación de su enfermedad, la adherencia al tratamiento y saber que tiene que estar en supervisión con el Médico Familiar para el control mensual, por esto el paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 deberá ser capaz, con la guía y la educación del médico, de comprender la interpretación de los resultados de laboratorio la glucemia venosa en ayuno y para llevar un control ambulatorio de la glucemia capilar; así también llevar a cabo un régimen alimentario acorde a su dieta de control, obviamente quitándole hábitos alimentarios nocivos anteriores a los que estaba acostumbrado, de esta manera se convierte el autocuidado de la salud en el eje primordial para su control y principalmente el tratamiento. Dentro del patrón psicológico, en la mente de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, se aprecia un periodo de observación y negación, como parte de un proceso de depresión ante su padecimiento; ambos provocaran en su enfermedad de base la trasgresión de su tratamiento farmacológico y no farmacológico; cabe destacar que en el proceso de depresión, esto generará también más alteraciones metabólicas que desencadenen el desarrollo de complicaciones graves de la enfermedad (Diabetes Mellitus tipo 2). Es necesario hacer la observación del impacto que psicológicamente inicia desde el momento en que el/la paciente recibe el diagnóstico con el pronóstico de una enfermedad crónico degenerativa como es la Diabetes Mellitus tipo 2, por esto es importante la forma en que los profesionales de la salud deben saber comunicarle al paciente acerca de su condición.

El compromiso adquirido con nuestros derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 26, ésta relacionado con la prestación de servicio, dentro de un entorno que se da una consulta con calidad y calidez, esto nos marca una forma de trabajar, más eficiente y efectiva, con disposición y vocación de servicio para los pacientes y hace que se integren acciones orientadas para la detección oportuna en el caso de la Depresión en Diabetes Mellitus tipo 2. Lo anterior es mencionado por el inadecuado control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 secundario a la Depresión, cuando no se detecta oportunamente ésta.

La Organización Mundial de la Salud ha observado en todo el mundo, una preocupación por llevar a cabo acciones para el control de enfermedades crónico-degenerativas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, donde implementando acciones farmacológicas y no farmacológicas se da cuenta que no son suficientes; por esto es importante mencionar que el papel del Médico Familiar tiene una repercusión más importante cuando hace la detección individualmente de Depresión en estos pacientes en busca de aceptación de la enfermedad de base, así con el control de la depresión será un factor determinante para su control de la Diabetes Mellitus tipo 2.

4. ANTECEDENTES

Actualmente se ha observado que la prevalencia de gran parte de las enfermedades crónico-degenerativas están asociadas a la Depresión esto es porque las alteraciones bioquímicas desarrolladas secundariamente a descargas adrenérgicas, en este momento hay ya estudios en Alemania¹ donde la asociación de Depresión y Diabetes Mellitus es bidireccional.

Se consideran a la Depresión como padecimientos asociados a enfermedades de tipo crónico-degenerativas, las cuales dan una esperanza de vida menor de la esperada para el promedio de la población general. El impacto psicológico de una enfermedad crónica en estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez (2003) egresado de la Universidad Nacional Autónoma de México, han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, que aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad². La Depresión y Diabetes Mellitus tipo 2 constituyen las enfermedades más prevalentes en el mundo, dentro de sus respectivas áreas de estudio, la metabólica y la psiquiátrica³.

En España existe un problema de salud debido a que han encontrado que el manejo cognitivo es una parte importante para coadyuvar para el control de la Diabetes Mellitus dando como resultado el control metabólico⁴.

Las investigaciones más recientes sobre diabetes y depresión indican que tener ambas afecciones aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas; así como el mal control glucémico⁵.

Al determinar el grado de depresión y su relación con el descontrol metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico; casi 15% de los diabéticos sufren depresión clínica y el 30% algún otro trastorno psiquiátrico⁶.

5. MARCO TEORICO

La Diabetes Mellitus tipo 2 y la Depresión tienen una estrecha interrelación, tal como fue expuesto por los psicólogos alemanes en el Congreso sobre Diabetes 2012 que se celebró en la ciudad alemana de Stuttgart¹. Según estos especialistas, las estadísticas muestran que uno de cada ocho enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 sufre Depresión y uno de cada cinco registra una alta tendencia a la misma.

Considerando por tanto que “La Diabetes Mellitus tipo 2 es un factor de riesgo para la Depresión y está también puede desatar la Diabetes Mellitus tipo 2”, tal como lo señala el psicólogo Bernhard Kulzer durante su presentación en un simposio, dentro de este mismo evento¹.

La gente con tendencia a la Depresión, como lo refiere Kulzer, tiene un 30% más de riesgo de sufrir Diabetes Mellitus tipo 2, por lo que es menos decisivo el estilo de vida que los medicamentos contra la Depresión, ya que estos pueden provocar un aumento de peso y reducir la reacción de las células del cuerpo a la insulina. Además, puede añadir un efecto de estrés anímico crónico al efecto de la insulina y llevar a distorsiones del sueño, que a su vez son capaces de desatar cambios vasculares en el cuerpo humano¹.

El hecho de que una Depresión provocada por Diabetes Mellitus tipo 2, puede hacer que la vida con la enfermedad a costas sea difícil, es para muchas personas, una carga pesada y un factor de estrés adicional.

En un artículo sobre diabetes, publicado por Campero en 1997, menciona que la Federación Boliviana de Diabetes ha declarado que “Un 12.5% de la población está afectada y otro 12% corre serios riesgos de padecerla”². Además los resultados de este estudio también indica entonces, la comorbilidad de la Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2; cuyos niveles más severos se observan en las mujeres quienes destacan además por evidenciar mayor proporción de sintomatología emocional, somática y cognitiva asociada a la depresión.

Finalmente, se considera que la estimación de la prevalencia depresión y su sintomatología característica es necesaria en cualquier población clínica debido al impacto potencial de esta variable en el manejo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. La depresión se considera neuropático cuando la causa precipitante es un conflicto intra-

psíquico o una situación traumática identificable e incluso aunque el paciente no sea capaz de explicar su propia reacción, por el contrario se considera psicológico cuando existe un deterioro grave de las funciones psíquicas y mentales como consecuencia de algún conflicto intra-psíquico no identificable. En este caso suelen existir alucinaciones, delirios y un estado de confusión con respecto al tiempo, el espacio y la identidad. La Depresión es una enfermedad tratable, al igual que la Diabetes Mellitus o la Hipertensión Arterial¹.

Por otro lado en el resultado del estudio denominado “Depresión en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2”, se menciona que los pacientes crónicos y con diabéticos reportaron niveles más altos de sintomatología depresiva que la población en general ($p < 0.05$), y en cuanto al sexo se mostró que no había mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres ($p > 0.05$)³. En cuanto a la depresión según grado de instrucción se refiere, en el presente estudio, que no había diferencia estadística entre los dos grupos en estudio.

Mientras que la Organización Mundial de la Salud estimó que la prevalencia de depresión en el mundo es del 5-10%, y el riesgo de padecerla durante la vida son del 10-20% para las mujeres y sólo un poco menor para los hombres. Los resultados y conclusiones encontrados, en el estudio referido, respecto al género, muestran que las mujeres presentan niveles de depresión en mayor cantidad que los hombres, sin embargo, los hombres presentan ligeramente mayor ansiedad que las mujeres⁴.

De acuerdo a la epidemiología y la neurobiología, según Castillo-Quan J. I. y et. al, se refiere que la prevalencia o riesgo de desarrollar depresión en la Diabetes Mellitus tipo 2, o viceversa, implica la participación de factores neurobiológicos relacionados con la neuroquímica cerebral (probablemente también genómicos), y factores psico-emocionales y sociales que, por separado o actuando sinérgicamente, pueden empeorar la salud y el bienestar de los pacientes⁹.

En otro estudio, donde se valida una “Encuesta para detección de depresión” (EDD), la cual se realiza en pacientes portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, con datos clínicos de depresión leve y moderada, en quienes los síntomas eran menos aparentes y podrían ser atribuidos a la presencia de Diabetes Mellitus tipo 2, la cual era aplicada por el Médico Familiar, al aplicar dicha encuesta estos dos niveles de depresión representan el mayor porcentaje de casos que hay en atención primaria (27%), a diferencia de la depresión grave cuya prevalencia es mínima (1.7%), y los síntomas que se presentan en esta etapa

son más claros, por lo cual es posible detectarla aun sin la aplicación de una escala clinimétrica².

Martín, E. y cols., revelan que en la depresión interactúa con la diabetes en más de un mecanismo y por tanto puede ser un factor detonador de la hiper glucemia, la barrera terapéutica o ser consecuencia del impacto de la enfermedad. Los resultados del reporte son acordes con estas premisas debido a que el valor promedio de Hemoglobina glucosilada informado fue $8.9\% \pm 2.3\%$, y el 47.5% de los casos estaban deprimidos. Los aspectos psicológicos intuyen en la percepción subjetiva de la salud y ésta, en general, ésta asociada con la carga percibida del síntoma, así como el distrés emocional. Por otro lado, la percepción del control en la Diabetes Mellitus está relacionada con los niveles de hemoglobina glucosilada⁶.

La enfermedad Diabetes Mellitus tipo 2 se considera un factor de Crisis, Hoffman habla de los cambios que provocando un conflicto, con la reorganización que ocurre dentro de la familia. Por ser un evento inesperado sin importar si esta es aguda, crónica o terminal⁷. Es el caso cuando a un paciente se le diagnóstica con Diabetes Mellitus tipo 2, donde el éste en su entorno familiar desarrolla un rol y este se ve modificado por este evento, agregándose la depresión ante la enfermedad, de ahí la importancia del Médico Familiar para lograr la detección oportuna de la Depresión como una comorbilidad asociada⁷.

Los enfermos crónicos, como aquellos que padecen Diabetes Mellitus tipo 2, presentan una actitud más negativa frente a la enfermedad, esto puede deberse a la complejidad e intensidad de las tareas de autocuidado, la interferencia de las mismas en la vida cotidiana, el miedo a las complicaciones y los síntomas de hiper glucemia⁸.

Lloyd y col. Concluyó que el riesgo de Depresión es similar en individuos con Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2 aunque, como en la población general que no presenta esta patología, es más probable que las mujeres refieran más síntomas de depresión comparadas con los varones¹³.

❖ Depresión.

Esta se convierte en esa entidad asociada al mal control metabólico del paciente con diabetes mellitus.

La Depresión es conocida con el nombre de melancolía (del griego clásico μέλας, "negro" y χολή, "bilis"), ésta es descrita o referenciada en numerosos escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra, de hecho, en Hipócrates, y es en el año 1725, cuando el británico Sir Richard Blackmore rebautiza el cuadro con el término actual de Depresión. Su alta prevalencia y su relación con la esfera emocional la han convertido, a lo largo de la historia, en frecuente recurso artístico e incluso en bandera de movimientos culturales como el romanticismo³. La palabra Depresión viene del latín Depresión: hundimiento; el paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.

También se considera un estado donde hay disminución de la actividad emocional, siendo un trastorno del humor se caracterizado por esa sensación de tristeza desesperación y falta de ánimo explicable por alguna tragedia ó pérdida personal; este estado emocional patológico se caracteriza por sentimientos de tristeza exagerados, melancolía, abatimiento, disminución de la autoestima, vacío y desesperanza que no responden a una causa real explicable. Las manifestaciones son muy variables y van desde una falta ligera de motivación e incapacidad de concentración hasta alteraciones fisiológicas graves de las funciones corporales y pueden corresponder a síntomas de diversas enfermedades físicas y mentales un complejo de síndrome asociado con una enfermedad en particular o un trastorno mental específico.

A principios del siglo XVII, Willis (1679) y Maudsley (1899) sugirieron la relación de la Diabetes Mellitus y la psicopatología. Según estos autores, la causa de la Diabetes Mellitus parecía estar producida, en numerosos casos, por estados prolongados de depresión¹¹.

Hasta el nacimiento de la psiquiatría moderna, su origen y sus tratamientos alternan entre la magia y una terapia ambientalista de carácter empírico (dietas, paseos, música, etc.), pero con el advenimiento de la controversia de la biopsiquiatría y el despegue de la psicofarmacología, pasa a ser descrita como acaso una enfermedad más¹².

En un estudio realizado en Colombia el cual refiere que el estado de bienestar espiritual y ansiedad (depresión), en pacientes diabéticos encontraron un coeficiente de correlación significativo¹².

En atención primaria los pacientes que presentan síntomas depresivos se encuentran entre el 20 y 30% de ellos¹³. Es la Depresión una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo pero según la Organización Mundial de la Salud, solo el 50% de los pacientes diagnosticados llevan un tratamiento oportuno.

De acuerdo a los dos sistemas de clasificación psiquiátrica más utilizados, y Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ta edición (CIE 10 y DSM-IV)^{2, 17}. Hay que tomar en cuenta que la Depresión forma un grupo importante de trastornos afectivos¹⁹. La Organización Mundial de la Salud también indicó que la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda causa de incapacidad en el mundo, detrás de las enfermedades isquémicas (infartos, insuficiencia coronaria, accidente cerebro vascular), mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto lugar. El costo económico en E.E.U.U. se estima cercano a 44 billones por año^{15, 16}.

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 4ta edición, este refiere que la depresión “Está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad”^{2, 17}.

La Depresión puede ser para muchos pacientes una enfermedad de por vida¹⁸. La incidencia de la depresión en mujeres es dos veces más que en hombres esto de acuerdo con datos de la primera encuesta Nacional de Salud Mental, la depresión es una enfermedad frecuente, ya que el 12 por ciento de las mujeres y 7.0 por ciento de los hombres han presentado algún trastorno depresivo en algún momento de su vida¹⁹.

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta, la cual puede ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos

Por otro lado la Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), menciona que una clasificación de enfermedades puede definirse como “Un sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos”; lo cual permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en diferentes épocas.

Esto a través de convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior

recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud. La CIE-10, no es adecuada para indagar entidades clínicas individuales pero es adecuada para clasificar enfermedades y otros tipos de problemas de salud, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud. Estos están clasificados en el capítulo V de esta décima edición^{2, 14}.

La Depresión no es una enfermedad cien por ciento pura, ya que frecuentemente se asocia a una enfermedad física y no se puede controlar hasta que el padecimiento subyacente este en control y viceversa¹⁶.

Por otro lado en los estudios realizados sobre los factores psicosociales en la diabetes, como el de Rodríguez (Universidad Nacional Autónoma De México, 2003), han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad crónica²⁰. En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse y recordar, por otro lado, muestras evaluaciones propias, negativas poco realistas, además de las preocupaciones sobredimensionadas, refieren un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas⁴.

La literatura científica reconoce de una manera cada vez más amplia la asociación entre enfermedades médicas crónicas y la presencia de Depresión⁵. Esta asociación no es novedosa, ya que las enfermedades de larga evolución generan cambios en el estilo de vida de las personas afectadas y de sus familiares, además de modificar mecanismos neuro-bioquímicos en que participan frecuentemente el cerebro como ser la función cognitiva, el afecto, el sueño, la conducta alimentaria. Informes de los últimos años, han relacionado la presencia de síntomas depresivos con el descontrol metabólico del paciente diabético¹⁴.

Además si consideramos que dentro de la importancia que tiene la incorporación de la depresión como un factor modificador de la evolución de padecimientos crónicos como la Diabetes Mellitus tipo 2, encontramos que esta se asocia también a la falta de adherencia a tratamientos tanto farmacológico como no farmacológico provocando la progresión de la enfermedad (daño micro y macro-vascular)²¹.

Según investigaciones recientes del Instituto de Tecnología en Massachusetts, el desempeño laboral de empleados diagnosticados con depresión se incrementa hasta 86 por ciento, al momento en que son tratados de manera adecuada contra la depresión. El

tratamiento para este padecimiento debe iniciarse de manera temprana con apoyo psicoterapéutico, tratando el pesimismo.

La Depresión es una de las enfermedades más frecuentes de la población general y su presentación es cada vez mayor entre los pacientes crónicos atendidos en las consultas de Medicina Familiar, habitualmente "disfrazada" como otra patología. De la misma forma que su diagnóstico no siempre es fácil, establecer si un paciente ha mejorado y cuánto, puede ser muy complicado²².

Las escalas de valoración permiten evaluar ambos hechos, como la Guía de práctica Clínica de Prevalencia y Diagnóstico Oportuno de Depresión del Paciente del 1er Nivel de Atención. Las guías indican que la Depresión confiere una serie de signos y síntomas que van desde la pérdida de afecto positivo abandono personal asociado a astenia adinamia e hiporexia, con alteraciones del sueño que van desde la hipersomnia al insomnio²⁵.

La depresión reúne factores de riesgo que se pueden prever, como son las condiciones de vida que son adversas para el paciente, por el abandono social y familiar, asociándose a la presencia de enfermedades que discapacitan y que dañan su situación económica^{25, 29}. Además incluye la evaluación para diagnóstico temprano de la enfermedad, con la finalidad de que el Médico Familiar incluya e integre al paciente a las redes de apoyo familiar y con un equipo multidisciplinario (Médico Familiar, Trabajo Social, Dietología y Nutrición, Psicología, Psiquiatría) y tratamiento farmacológico según el caso.

❖ Escala de Hamilton Depresión Rating Scale

La Escala de Hamilton Depresión Rating Scale, permite realizar la detección de la Depresión, en los pacientes debido a que las enfermedades crónicas pueden enmascarar cuadros a fines a esta enfermedad¹². La Escala de Hamilton Depresión Rating Scale, cuenta con una revisión de ítems quedando solo con 17 de los 21 que es validada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos y aplicable a poblaciones ambulatorias.

Esta se valora así, cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52.

Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE, guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

- No deprimido: 0-7
- Depresión ligera/menor: 8-13
- Depresión moderada: 14-18
- Depresión severa: 19-22
- Depresión muy severa: >23

Para la evaluación de la respuesta al tratamiento se ha definido como respuesta una disminución mayor o igual del 50% de la puntuación inicial de la escala, respuesta parcial como una disminución entre el 25-49% y una no respuesta como una reducción de menos del 25%. La remisión se ha considerado con una puntuación menor o igual a 7, aunque hay resultados que apoyan que este punto de corte debería de tener un valor más bajo; el cuestionario completo de la HDRS integrado en el ANEXO²⁴.

❖ **Diabetes Mellitus Tipo 2**

La Diabetes Mellitus tipo 2, es una enfermedad sistémica, crónico- degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Por lo anterior es importante saber que la Diabetes Mellitus tipo 2 se considera un problema de Salud Pública y tiene una prevalencia mundial, según la Organización Mundial de la Salud 200 millones de casos de Diabetes Mellitus, y se calcula que esta alcanzara los 370 millones para el 2030, la mayoría vive en países en vías de desarrollo; se calcula que en América es del 35% y se incrementara a 64 millones en el 2025 se los pacientes diabéticos que viven en América Latina y el Caribe⁵². En México existen 6.5 millones de personas con Diabetes Mellitus tipo 2 y para 2025 esta cifra se duplicara alcanzando 12.6 millones. Además en México el costo de la diabetes alcanza los 7 mil 784 millones de dólares, entre costos directos e indirectos, es decir, desde el tratamiento hasta el precio de las complicaciones relacionadas con la enfermedad como la mortalidad temprana.

La magnitud del problema nos lleva a hacer una revisión de los siguientes datos: hay 6 muertes cada minuto en el mundo asociadas a Diabetes Mellitus tipo 2, 7 muertes por diabetes cada hora en México. En el mundo hay un 50 a 80% de personas que desconocen padecer diabetes y el 35% en México y 40% en la frontera norte. En México, la diabetes es la causa de muerte más frecuente entre las mujeres, siendo la primera y la segunda causa en hombres desde el año 2000¹⁹.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006, menciona que la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor e indica que la prevalencia de diabetes por diagnóstico médico previo en adultos fue de 7%, mayor en mujeres (7.3%) que en hombres (6.5%).

En México, la Diabetes Mellitus ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales¹⁹.

En la Diabetes Mellitus tipo 2 se integra como un factor de riesgo principal la obesidad, ésta última de origen multifactorial y principal causa de enfermedades no transmisibles, además del sedentarismo, malos hábitos de alimentación, su predisposición genética³. Con frecuencia las personas con Diabetes Mellitus tipo 2 no presentan síntomas; esto ocurre solo en caso de descompensación de la glucosa en forma aguda y estos pueden ser: visión borrosa, disfunción eréctil, fatiga, infecciones frecuentes o de curación lenta, polifagia, polidipsia y poliuria⁴.

Esta enfermedad metabólica, está ligada a la afección de diversos órganos como parte de las complicaciones crónicas que de esta se derivan especialmente ojos, riñones, nervios y aparato cardiovascular.

Para entender más sobre la Diabetes, se realizó la revisión presidida por el Grupo Nacional de Datos de Diabetes⁶ el cual genera la Clasificación para Diabetes Mellitus según la heterogeneidad de su etiología y clínica en cinco categorías:

- I. Diabetes Mellitus insulino dependiente (DMID): Diabetes Tipo 1
- II. Diabetes Mellitus no Insulino dependiente (DMNID): Diabetes Tipo 2
- III. Diabetes Mellitus Gestacional
- IV. Diabetes relacionada con la malnutrición
- V. Otros tipos

La Asociación Americana de Diabetes, por su parte integro en 2011 los Criterios para el Diagnóstico de DM:

- Glucosa plasmática tras 8hrs. en ayuno <126 mg/dL.
- Glucosa Basal Alterada >100 a 125 mg/dL.
- Glucosa 2hrs. después de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) (75g de glucosa) \geq 200 mg/dL.

El método enzimático calorimétrico considera:

Hemoglobina Glucosilada (HbA1c), nos indica el promedio de las glucemias de las últimas 8 semanas, para lo cual se consideran los siguientes valores:

1. DM controlada: HbA1c menor a 6.5%
2. DM descontrolada: HbA1c igual o mayor a 7%.

La Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. Menciona para considerar que: la alteración del metabolismo de la glucosa, corresponde a la glucosa alterada, en ayuno, o a la intolerancia a la glucosa y

que en ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes. Para los casos en control, aquel paciente diabético, que presenta de manera regular²⁵.

a) Nivele de glucemia plasmática en ayuno, entre 80 mg/dl y <110 mg/dl. (15).

La Guía de Practica Clínica para el Diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el 1er Nivel de Atención. La Diabetes Mellitus tipo 2 cursa en su etapa inicial asintomatica parte de la problemática para el diagnóstico y la intervención oportuna. Esta es una enfermedad de gran impacto para la salud por tratarse de la 1ra causa de defunción ocurriendo mas de 60 mil muertes con una prevalencia en aumento de morbilidad y de mortalidad²⁶.

Parte de la problemática es que el 30 a 50 por ciento de la población no se ha disganosticado con diabetes lo cual genera un resago en la atencion oportuna, con un resago el cual da una ventana para el desarrollo de las complicaciones; las cuales generan detrimento de la calidad de vida, carga familiar social y económica para el mismo sistema de salud, además de integrar como modelo principalmente preventivo de las causas que puedan provocar que el paciente llegue a la discapacidad.

Para lograr el control de la Diabetes Mellitus tipo 2, también es necesario que los padecimientos que se asocian con ella, como los neuro-psiquiátricos, también estén controlados, o en su defecto identificar muy bien algunos de estos como la depresión, ya que este es un factor determinante para prevenir el desarrollo progresivo de la enfermedad de base, tomando en cuenta que ambos padecimientos deterioran la calidad de vida del paciente.

En cuanto el paciente es diagnosticado con Diabetes Mellitus tipo 2 tendremos desde este momento iniciar acciones para el control metabólico el cual puede estar descompensado aun cuando nosotros cubramos en forma integral el tratamiento farmacológico y no farmacológico entonces tendremos que buscar que desde el punto de vista psíquico integrando a la Depresión como un factor asociado; que es lo que pasa con el paciente, para que también éste dispuesto a llevar a cabo las acciones necesarias para llevar su tratamiento, así es el punto de partida para hacer la evaluación para detectar a la Depresión como una co-morbilidad para el control metabólico^{5, 27}.

6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es necesario saber cuál es la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 porque así al detectarla y atenderla en éste tipo de paciente será más fácil llevar a cabo el control metabólico, ya que la Depresión es un factor de riesgo para la descompensación metabólica².

El objetivo primordial del control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, es el de hacer un cambio radical en su estilo de vida, y que este consiente en llevar a cabo el tratamiento no farmacológico con disciplina dietética estricta, hacer ejercicio de tipo cardiovascular, de bajo impacto cambiar del sedentarismo a la actividad física según cada caso cumplir también con el tratamiento farmacológico con toma adecuada en horarios indicados según lo recetado con control regular con el Médico Familiar, lo anterior para lograr los objetivos con un buen control que nos permita evitar la aparición temprana de las complicaciones de esta enfermedad.

Sin embargo el peso que tiene el estado anímico del paciente debe ser el óptimo para lograr dichos objetivos debido a que la Depresión puede convertirse el obstáculo para llegar a lograr esta meta. Además no basta con hacer un buen diagnóstico de una enfermedad, sino también enfrentar el pensamiento general sobre el conocimiento de la enfermedad que el paciente tiene y la forma en que este va reaccionar con respecto a su vida asociada a esta enfermedad⁶.

Para el paciente inicialmente busca su autorregulación personal y después el impacto familiar con sus propios aspectos la etapa del ciclo evolutivo en el cual se encuentra, la flexibilidad o rigidez de roles y límites en la familia, la propia cultura familiar, el nivel socioeconómico, comunicación, tipo de respuesta familiar, y la capacidad de esta para resolución de los conflictos; es ahí donde el Médico Familiar debe estar alerta para identificar el tipo de apoyo familiar que el paciente va a recibir directamente¹.

Además el factor de estrés en la Depresión lo asocian a la Diabetes Mellitus tipo 2 y su predisposición muestran que uno de cada ocho enfermos de Diabetes Mellitus tipo 2 sufre Depresión y uno de cada cinco registra una alta tendencia a la misma datos obtenidos en el último consenso internacional celebrado en Alemania en la ciudad alemana de Stuttgart a principio del año¹⁹.

Por lo anterior es que nos surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 detectados por la Escala de Hamilton?

7. JUSTIFICACION

En la consulta de rutina de la Unidad de Medicina Familiar No. 26, el especialista de primer contacto con el paciente es el Médico Familiar, el cual debe saber qué hacer ante la sospecha diagnóstica de Diabetes Mellitus, ya que primero debe informarle al paciente con veracidad los factores de riesgo que se integran para el desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2 y hacer solo los estudios paraclínicos pertinentes para su diagnóstico.

Pero ante la experiencia empírica que tiene el paciente y la adquirida por medio de amistades o de la misma familia, que han vivido con esta enfermedad, hacen que en su mente exista una mala información, lo cual le permite integrar este conocimiento empírico a su concepto general con lo que inmediatamente así observa el desarrollo de la enfermedad y los procesos asociada a él, tales como la pérdida de la calidad de vida, con la pérdida de órganos y de sus funciones, así como la modificación de su dieta.

Además esto trae cambios del estilo de vida drástico, y es tanto el choque que incluso llegan a ocultarlo a los familiares, y también piensan en la calidad de muerte que tendrán y ésta enfermedad como un estado final de su vida, incluso antes de estar diagnosticado.

Se inicia así la generación del choque psicológico, lo cual genera una gran soledad, miedo e indecisión para despedirse de sus familiares, ya que al saber que va a desarrollar la enfermedad refieren un gran sentimiento de muerte, y cuando ya se les diagnostica la DM el proceso de trastornos afectivos llevan a la depresión; si no es que ya previamente estaban con un proceso previo de depresión, es por este motivo que se considera que la alteración metabólica de la glucosa se ve alterada a esta como co-morbilidad.

Por esto es importante que el Médico Familiar sepa llevar al paciente con respeto y poniéndose en su lugar y tratar de explicar la Diabetes Mellitus como tal, con todas sus complicaciones y principalmente para que entienda que es una enfermedad controlable en una forma amplia y se debe de atender de preferencia cuando se le detecte oportunamente para prevenir sus complicaciones y también evitar que el paciente caiga en la depresión y si es necesario el médico lo canalizara otra área como psiquiatría.

Sin embargo hay fuentes biográficas de casos donde el mismo médico no toma como grave la depresión del paciente y pasa desapercibido este diagnóstico.

8. OBJETIVOS

a) OBJETIVO GENERAL

- Determinar la Prevalencia de la Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 por medio de la aplicación de la Escala de Hamilton.

b) OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer si la Prevalencia de Depresión se asocia a el tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus tipo 2
- Determinar si en la Prevalencia de la Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tiene que ver con la predisposición por sexo

9. HIPÓTESIS

Los estudios de tipo Observacional no requieren de la formulación de una hipótesis, sin embargo se formulan las siguientes Ho estadísticas.

- *Ho Nula:* En la Diabetes Mellitus tipo 2, hay pacientes que no desarrollaran Depresión
- *Ho. Alterna:* La Diabetes Mellitus Tipo 2 es un factor predisponente para desarrollar Depresión...

10. MATERIAL Y METODOS

a) TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es de tipo:

- *OBSERVACIONAL*
De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se realiza
- *DESCRIPTIVO*
Según el control de la variable y alcance de los resultados
- *TRANSVERSAL*
Según el número de variable o periodo secuencial de la investigación
- *PROSPECTIVO*
Según el proceso de casualidad o tiempo de ocurrencia de hechos y registro de la información

b) POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DEL ESTUDIO

UNIVERSO DE TRABAJO

- La población a investigar es la que se encuentra adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del IMSS, consulta externa.
- Pacientes adscritos al consultorio 11 del Turno Matutino y Vespertino
- El presente estudio se realizara del 1 de marzo al 31 de julio del 2013

c) PLAN DE ANÁLISIS

Para el análisis descriptivo se desarrollarán las principales variables sociodemográficas en base a las principales medidas de tendencia central (media y mediana), distribución de frecuencias y medidas de variabilidad (desviación estándar). Lo anterior se procesará atreves del paquete estadístico SPSS versión 17.0. Dado al diseño de estudio no permite aplicar estadística inferencial.

d) TIPO DE LA MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tipo de muestra será no probalística, con un muestreo por cuotas durante el periodo de estudio con un tamaño de muestra de 200 pacientes aproximadamente.

e) CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

➤ *INCLUSIÓN*

- Pacientes derechohabientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 26 del consultorios 11 del turno matutino y vespertino
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2
- Pacientes de ambos sexos, con edad de 30 y más años
- Pacientes que acudan a la consulta durante el periodo del estudio
- Pacientes que acepten con Consentimiento Informado, contestar la Escala de Hamilton y otro cuestionario adjunto
- Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en control o descontrol metabólico al momento del estudio
- Pacientes sin co-morbilidad Psiquiátrica previamente diagnosticada

➤ *EXCLUSIÓN*

- Pacientes que tengan diagnóstico de Depresión u otro padecimiento psiquiátrico previa al estudio.
- Pacientes diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 1
- Pacientes Diabetes Mellitus tipo 2 con edad menor a de 30 años.

➤ *ELIMINACION*

- Al aplicarle la Escala de Hamilton y el cuestionario Sociodemográfico; no respondan por completo ambos cuestionarios.

f) INFORMACION A RECOLECTAR (INCLUYENDO LAS VARIABLES A RECOLECTAR Y LA FORMA DE RECOLECTARLA).

VARIABLES Y LA FORMA DE OPERACIONALIZARLAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE LA VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	FUENTE DE INFORMACION
DEPRESION	DEPENDIENTE	Trastorno afectivo que varía desde: bajas transitorias del estado de ánimo que son características de la vida misma, hasta el síndrome clínico de gravedad y duración importante con signos y síntomas asociados, marcadamente distintos a la normalidad.	No deprimido: 0-7	CUANTITATIVA	ESCALA DE HAMILTON
			Depresión leve: 8-13		
			Depresión moderada: 14-18		
			Depresión severa: 19-22		
			Depresión muy severa: >23		
DIABETES MELLITUS TIPO 2	INDEPENDIENTE	Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.	Glucosa en ayuno de <100 mg/dL.	CUANTITATIVA	CRITERIO DIAGNOSTICO DE LA ADA PARA DM
			Glucosa Basa Alterada >100 a 125 mg/dL.		
			Glucosa después de la sobrecarga oral de glucosa (SOG) (75g de glucosa) 140 a 199 mg/dL.		

***Fuente: Escala de Hamilton y Clasificación de DM de la ADA**

g) METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION.

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION: Para la recolección de datos se utilizaran dos instrumentos; la escala de Hamilton en donde obtendremos los datos relacionados a la depresión por medio de 17 ítems específicos, y el Cuestionario Socio demográfico, el cual consta de una ficha de identificación y 7 preguntas específicas, de donde se recabaran datos específicos de cada participante en la investigación

h) CONSIDERACIONES ETICAS

De acuerdo al artículo 17 de la ley general de Salud en consideración otorgada se indica que para La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica

II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo

III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación

IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud

V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación

VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación. Cabe mencionar que este estudio solo es a través de la aplicación de un cuestionario; la Escala de Hamilton, para valoración del estadio de la Depresión a través del interrogatorio dirigido (anexo III), lo cual se resuelve exclusivamente con un cuestionario por lo cual no pone en riesgo al paciente. Una característica importante mencionada en la Declaración de Helsinki es garantizar al paciente que en la investigación médica, el médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.

Del tal forma se resume que de acuerdo a la ley general de Salud así como a la Declaración de Helsinki la forma de recolección de la información, no pone en riesgo la vida del paciente, su integridad así mismo tiene la plena libertad de elegir participar o no ya que se contara con Consentimiento Informado (anexo I) para su mejor apoyo y confianza.

i) *CONFLICTO DE INTERESES:

Declara que grupo de investigadores no recibe financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de intereses al participar en el estudio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA **14/01/2013**

DRA. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ VIVAS

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 DETECTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2013-3609-8

ATENTAMENTE

DR.(A). FRANCISCO JAVIER MORENO PÉREZ
Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 3609

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



"2014, Año de Octavio Paz".

Dictamen de Modificación Autorizada

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 3609
H GRAL REGIONAL NUM 1, D.F. SUR

FECHA 21/08/2014

DRA. DULCE MARÍA RODRÍGUEZ VIVAS

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que la modificación al protocolo de investigación en salud con título: **PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 DETECTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON** y con número de registro institucional: **R-2013-3609-8** y que consiste en:

Cambio de autor responsable

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **MODIFICACION AUTORIZADA.**

ATENTAMENTE


DR.(A). CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
PRESIDENTE DEL COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD No.3609

11. RECURSOS HUMANOS

➤ *RECURSOS PARA EL ESTUDIO*

- Formatos para recolección de datos uso de Escala de Hamilton y cuestionario anexo para la recolección de datos a pacientes Diabetes Mellitus tipo 2

➤ *RECURSOS HUMANOS*

- Investigador y Asistentes Médicas; las cuales se les adiestraran, para que apoyen en la aplicación del firma de formatos:
Consentimiento Informado, Sociodemográfico y la Escala de Hamilton (Anexo I, II y III)

➤ *MATERIALES*

- Hojas blancas tamaño carta, tablas de apoyo, bolígrafos, lápices, gomas, sacapuntas, marcador, engrapadora.
- Contar con suficientes juegos de formato para aplicación: Hoja de consentimiento informado, Cuestionario Socio demográfico y la Escala de Hamilton
- Hojas para realizar el concentrado de aplicación del cuestionario donde se obtienen las conclusiones.
- Computadora HP Notebock.
- Internet.
- Impresora

➤ *AREA FÍSICA*

Consulta externa en Unidad de Medicina Familiar No. 26 del IMSS

➤ *RECURSOS ECONÓMICOS*

Se autofinancia por el Investigador únicamente

12. CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	TRIMESTRES												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Planeación del Proyecto													
Marco Teórico													
Material y Métodos													
Registro y autorización del proyecto													
Prueba Piloto													
Etapa de ejecución													
Recolección de datos													
Análisis de datos													
Descripción de los resultados													
Discusión de los resultados													
Conclusiones													
Integración y revisión final													
Reporte final													
Autorizaciones													
Impresión del trabajo final													
Solicitud de examen de tesis													

13. RESULTADOS

La población de estudio fue de 200 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 sin presentar Depresión previa. De los cuales, el 53.5% corresponde al sexo femenino y el 46.5% al sexo masculino; la relación por sexo es de 1:1 siendo un poco más frecuente para el sexo femenino en forma no significativa; y con una media de edad de 62 años, entre el rango de 38 a 94 años.

En dicha población, el 76% tienen el *Estado Civil* de casados (as), el 13% son viudos (as), el 6% son divorciados (as), el 3% está en unión libre y 2% son solteros (as).

En cuanto a su *Ocupación*, el 31.5%, siendo la mayor proporción, los pensionados, seguidos por las (o los) que se dedican al hogar llegan al 28%, desempleados el 21%, los jubilados 15.5% y con el 4% los que ya se desarrollan en empleos formales.

Tomando en cuenta su *Ingreso Mensual*, los que tienen un ingreso regular son el 51%, los que tienen un buen ingreso son el 38% y con el ingreso mensual bajo son el 11%.

Referente a la *Alimentación* tenemos los siguientes resultados: el 50.5% calificó su alimentación como de buena calidad, el 43.5% como de regular calidad y solo el 6% de mala calidad.

En la tabla 1, se detallan los datos que he mencionado.

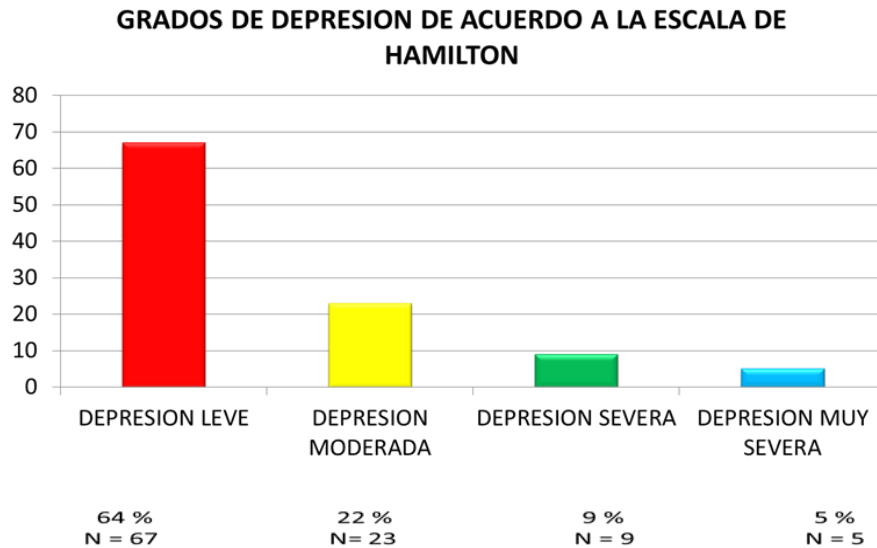
Tabla 1. Descripción de la población de estudio

VARIABLE	CLASIFICACION	FRECUENCIA N=200	PORCENTAJE (%)
SEXO	MASCULINO	107	53.5
	FEMENINO	93	46.5
TURNO	MATUTINO	46	23
	VESPERTINO	154	77
ESTADO CIVIL	SOLTERO	4	2
	CASADO	152	76
	VIUDO	25	13
	DIVORCIADO	13	6
	UNION LIBRE	6	3
OCUPACION	TRABAJA	8	4
	DESEMPLEADO	42	21
	JUBILADO	31	15.5
	PENSIONADO	63	31.5
	HOGAR	56	28
INGRESO MENSUAL	BUENO	76	38
	REGULAR	102	51
	MALO	22	11
ALIMENTACION	BUENA	101	50.5
	REGULAR	86	43.5
	MALA	12	6

FUENTE: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

En la información obtenida con la Escala de Hamilton, encontramos que los pacientes que presentan Diabetes Mellitus tipo 2, se recabaron los siguientes resultados: pacientes que se les detectó Depresión fueron 104 de un total de población de 200 estudiados; esto nos traduce que aproximadamente un 50% de la población con diabetes no ha sido diagnosticada con este padecimiento siendo un diagnóstico subclínico en esta población y por lo tanto esta es, una enfermedad secundaria en este tipo de pacientes.

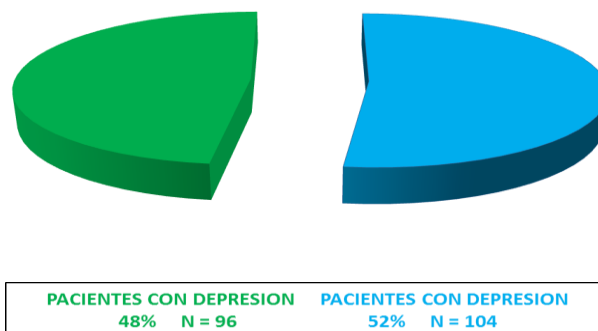
Por otra parte observamos la siguiente distribución según la etapa del padecimiento: con Depresión Leve se encuentra un total 67 (64%) pacientes, siendo dos tercios de la población, en Depresión Moderada 23 (22%), en Depresión Severa 9 (9%) y Depresión Muy Severa 5 casos (5%).



*FUENTE: ESCALA DE HAMILTON

Una vez evaluados los datos recolectados con la Escala de Hamilton observamos que, poco más de la mitad de la población estudiada (N=200); presentaron un grado de depresión, esto quiere decir que si encontramos una relación entre el presentar Diabetes Mellitus tipo 2 y la predisposición para el desarrollo de Depresión. Entonces 1 de cada 2 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 va a desarrollar Depresión en relación al presente estudio.

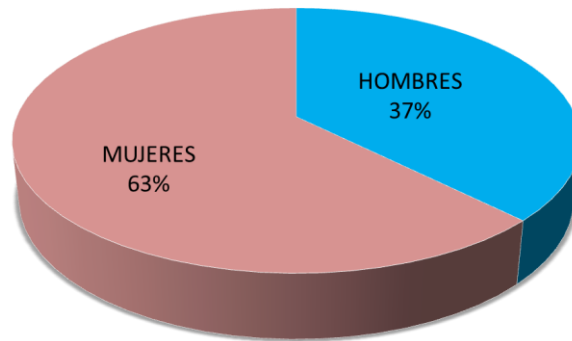
PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DM 2



*FUENTE: ESCALA DE HAMILTON

En este gráfico observamos que; en la población en estudio se detectó que solo 104 pacientes presentan un grado de depresión, y estos se distribuyeron de la siguiente manera: el 63% fueron del sexo femenino predominando y los hombres son 37%; es decir que la relación de depresión por sexo en paciente con Diabetes Mellitus tipo 2 es de 2:1 con predominio para las mujeres.

PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 QUE PRESENTAN DEPRESION SEGUN EL SEXO

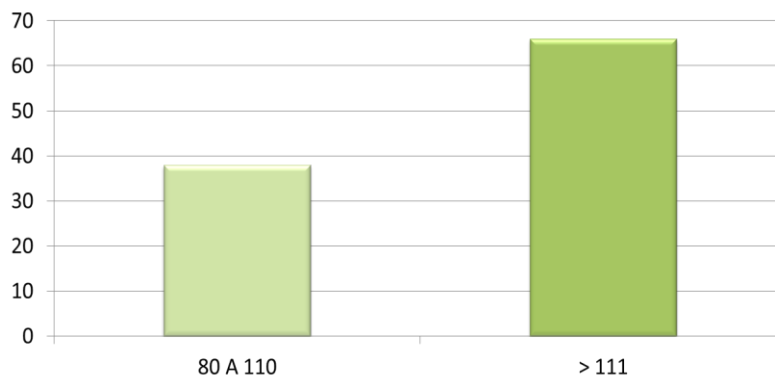


37% N = 39
63% N = 65

FUENTE: ENCUESTA SOCIOECONOMICA

Al cruzar la información entre: lo que corresponde a la valoración metabólica de los pacientes de este estudio y la detección de Depresión, nos indica su análisis lo siguiente; la Depresión se asocia en forma importante al aumento del nivel glucémico en los paciente con Diabetes Mellitus tipo 2, siendo así una de las causas relacionadas al descontrol glucémico.

PACIENTES EN CONTROL Y DESCONTROL GLUCEMICO QUE SE DETECTARON CON DEPRESION

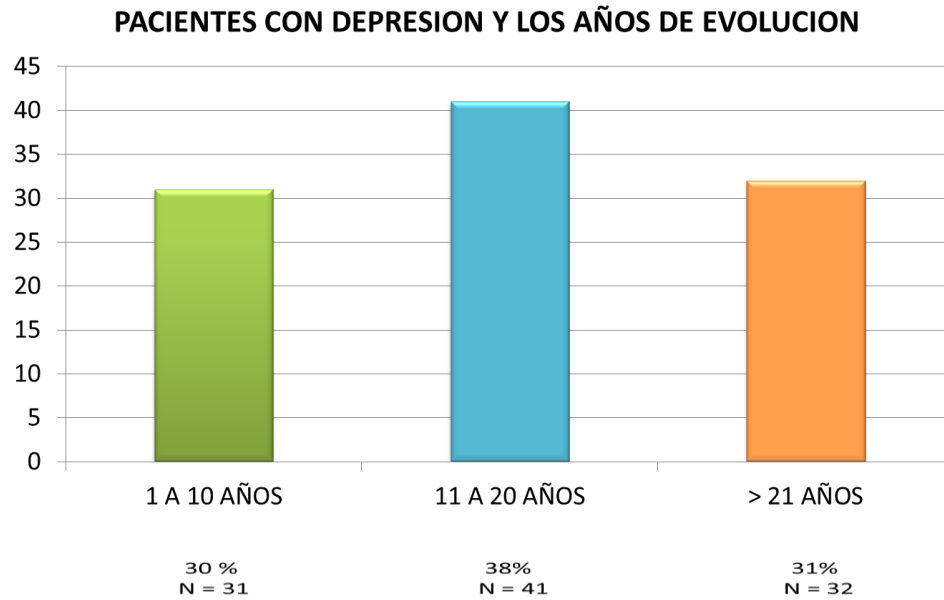


36% N = 38

64% N = 66

*FUENTE: ESCALA DE HAMILTON Y ENCUESTA SOCIOECONOMICA

En los pacientes que tienen entre 11 a 20 años de evolución de Diabetes Mellitus tipo 2 se observa mayor prevalencia de algún grado de Depresión; y con distribución similar para los que tienen entre 1 a 10 y > 21 años.



FUENTE: ESCALA DE HAMILTON Y ENCUESTA SOCIOECONOMICO

14. DISCUSION

En la evaluación los resultados, la conferencia de Stuttgart refiere la correlación entre pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y Depresión; esta última se presenta en 1 de cada 8; sin embargo en nuestro estudio encontramos una relación donde de cada 10 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, 5 desarrollaron Depresión; en el caso de estudios donde se aplicó algún instrumento de detección para Depresión se encontró una prevalencia alta de Depresión leve y moderada teniendo semejanza con nuestro estudio debido a que de los 104 paciente detectados con Depresión se presentó leve y moderada el 86% nuestra muestra; y en cuanto a el descontrol metabólico se presenta en paciente detectados con Depresión encontramos esta prevalencia en un 66% de paciente con Depresión; y que la correlación entre Depresión y tiempo de evolución, aumenta con este tiene un leve despunte siendo del 38% de nuestra población estudiada siendo la evolución de entre 11 y 20 años; es decir que lo encontrado en nuestro estudio en comparación con otras poblaciones es semejante pero que pueden existir otros factores como sociales, económicos y de nivel de educación que probablemente generen modificaciones a estos resultados.

15. CONCLUSIONES

Podemos aseverar que la Diabetes Mellitus es una enfermedad causa un Depresión en algún grado; como lo podemos observar con los resultados de este estudio.

Es conveniente que el Médico Familiar esté atento ante el paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus en cualquiera que sea su tiempo de evolución hacer detección de Depresión; puesto que se trata de un problema de salud de impacto no solo para el paciente sino, también para su entorno familiar; donde este cuadro inicia con el duelo al ser diagnosticado y el cual no tratado, culminando en Depresión la cual no es diagnosticada y no es tratada; convirtiéndose entonces en un padecimiento subclínico y latente a lo largo de la historia natural de la Diabetes Mellitus.

Este protocolo tiene como finalidad determinar la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus y destacar la importancia de esta prevalencia para el control y manejo de ésta enfermedad, como parte importante de la atención integral del paciente; por parte el Médico Familiar tendrá una intervención integral la cual se verá reflejada al impactar en el buen control del paciente con Diabetes Mellitus.

Es de gran importancia que hay que se observa en la población estudiada es que la mayor parte de esta es del sexo femenino puede estar asociada a la predisposición general que presenta la mujer para el desarrollo de la depresión.

Se observó que entre los 11 a 20 años de evolución aumenta un 10% la prevalencia de Depresión en pacientes que tienen Diabetes Mellitus; aunque ésta se presenta a lo largo de la historia natural de la enfermedad.

Es importante reconocer que la Escala de Hamilton; para este estudio fue un instrumento de evaluación importante que nos ayudó no solo a detectar la prevalencia de Depresión, sino también al estadificar la depresión y otorgar las pautas de atención e intervención oportuna para cada paciente en forma individualizada; considerándolo adecuado para la aplicación y sugerencia amplia para programas de atención como el DIABETIMSS.

Es importante mencionar como propuesta integrar en las Guías de la Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2; la detección oportuna de Depresión y atención, como un padecimiento secundario que el paciente puede desarrollar por la Diabetes mellitus por tratase de una enfermedad crónico degenerativa de alto impacto desde el individuo hacia la familia y como parte de la sociedad así integrándolo como parte del manejo No Farmacológico, iniciando a él paciente a una terapia cognitivo conductual para mejorar la autoestima; integrar nuevas expectativas para llevar una buena calidad de vida, la cual se pierde por no existir una planeación eficiente de esta; esto de acuerdo a la evaluación del estado de Depresión para cada paciente, y por otra parte integrándolo a terapias psicológicas y cursos de tanatología para que el paciente y la familia estén preparados para afrontar la crisis paranormativa, que genera el hecho de padecer ésta enfermedad crónico degenerativa; ayudar a llevar el curso del duelo hasta su resolución, logrando dentro del mismo núcleo familiar una red de apoyo.

16. BIBLIOGRAFIA

1. Buscador Salud lunes 21 de mayo, 2012. Detectan relación entre Diabetes y Depresión Por: Notimex/Berlín, Alemania. Congreso de Diabetes Mellitus en la Ciudad de Stuttgart.
2. Díaz-Rodríguez, G. et. al., Validación de una escala cronométrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en unidades de atención primaria versión impresa ISSN 0034-8376 2006 Rev. Investigación clínica V.58 No.5 México Sep. /Oct.
3. Jackson, S. W., Historia de la melancolía y la depresión. Madrid 1986 cap.1 Trastornos afectivos p.p.12-18.
4. Riveros A. et. al. Efectos de una Intervención cognitivo, conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes Diabéticos e Hipertensos Esenciales International Jornal Clínica and Health Psychology. Septiembre año/vol. 5 numero 003 Asociación Española.
5. Castro-Akél G. A. et, al. Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con Diabetes Mellitus 2 Rev. Med. IMSS 2009; 47 (4): 377-382.
6. Castillo. N. Y. Depresión, control glucémico y diabetes Médico y Profesor titular de endocrinología, Instituto Tecnológico de Santo Domingo (Universidad Intec). Co-editor y Co-director de la Revista ALAD y. castillo@claro.net.do V1No. 4 p. 141-142.
7. Heredia J. P. et. al. Depresión en Diabéticos: un Enfoque Sistémico Universidad Católica Boliviana, "San Pablo",. A JAYU, 2008, Vol. VI, N° 1 p.p. 22-41.
8. Cabello A. H. et. al. Depresión en pacientes adultos con diabetes Bol. Soc. Perú. Med. Interna; 1996, 9 (1): p.p. 3-7.
9. Castillo J. I. et. al. Depresión y Diabetes: de la Epidemiología a la Neurobiología Revista de Neurología 2010; 51 (6): 347-359.
10. Martín, E. et- al., Seminarios de diabetes: Trastornos Psicológicos y Diabetes Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus Servicio de Psiquiatría. Hospital Clínico Universitario de Valencia Av. Diabetol. 2007; 23(2): pp. 88-93
11. Membrillo L. A. et. al. Familia Introducción al Estudio de sus Elementos. México, Ed. Editores de Textos Mexicanos 2ª. Edición 2008. p.p. 221-241. Impacto de la Enfermedad en la Familia de Psicología Conductual (AEPEC). GRANADA ESPAÑA p.p. 445-462.
12. Rivas-Acuña, V. et. al., Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2, Salud en Tabasco, vol. 17, núm. 1-2, enero-agosto, 2011, pp. 30-35 Secretaría de Salud del Estado de Tabasco Villahermosa, México.
13. Lloyd C. Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes Diabetes Voice Marzo 2008 Volumen 53 Número 1 p.p. 23-26.
14. Peralta P. G. - Depresión y diabetes. Seminarios de diabetes Avance Diabetol. 2007; 23 (2):105-108 Vol.23 No.2 marzo-abril.

15. Zavala M. R. Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Revista Aquichan. Colombia 2006. Vol. 6: p.p. 9-21.
16. Zung W. K. et. al. Journal Family Practice. 1993; No. 37: p.p. 337-344.
17. Goldman H. H., et. al. Apéndice: Clasificación De Los Trastornos Mentales: Manual Diagnóstico y Estadístico De Los Trastornos Mentales, Cuarta Edición del DSM-IV, Psiquiatría General México, Ed. Manual Moderno Edición 2007 p.p. 65, 180, 182, 211-229 y 501-502.
18. Greenberg P. E., et al. J Clin. Psychiatry. 1993; 54: p.p. 405-418.
19. Greenberg P.E., et al. J Clin. Psychiatry. 1993; 54: p.p. 419-424.
20. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-VI), Marzo 2008, Volumen 53 Número 1
21. AHCPR Guidelines. Depression in Primary Care, Vol. 2. US Dept. of Health and Human Services; 1993.
22. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA). Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no trasmisibles y factores de riesgo 2006.
23. Adherencia al tratamiento en adolescentes diabéticos tipo 1 chilenos: una aproximación psicológica Rev. Med. Chile 2005; 133: 307-313
24. Dorantes C. A. Y. et al. Epidemiología de la Diabetes Mellitus Endocrinología Clínica. México, Ed. Manual Moderno 3ra. Edición 2008. p.p. 367-380
25. Guía de práctica Clínica de Prevalencia y Diagnóstico Oportuno de Depresión del Paciente del 1er Nivel de Atención. Consejo De Salubridad General. Catalogo Maestro ISSSTE 130-08. GOBIERNO FEDERAL.
26. Purriños, M. J. Servizo de Epidemiología. Dirección Xeral de Saúde Pública. Servicio Galego de Saúde Escala de Hamilton.
27. NOM-015-SSA2-1994, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes. Primera edición: febrero, 2010 ISBN: 978-607-7888-31-4
28. Guía de práctica Clínica de Prevalencia y Diagnóstico Oportuno de la Diabetes Mellitus Consejo De Salubridad General. Catalogo Maestro ISSSTE 130-08. GOBIERNO FEDERAL.

17. ANEXOS

ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26 DETECTADOS CON LA ESCALA DE HAMILTON
Patrocinador externo (si aplica):	NINGUNO
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 26 MEXICO D. F 2013.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la Prevalencia de la Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar No. 26 por medio de la aplicación de la Escala de Hamilton.
Procedimientos:	Aplicación de cuestionario Sociodemográfico y Escala de Hamilton
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno debido a que solo se aplicarán encuestas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Detección oportuna y evaluación clínica para iniciar tratamiento y/o derivación a especialidad en caso necesario de diagnóstico de Depresión
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Atención oportuna a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con Depresión para un mejor control metabólico
Participación o retiro:	Solo que el paciente por libre albedrio no desee contestar los cuestionarios
Privacidad y confidencialidad:	La información se manejará de forma confidencial

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Hacer un diagnóstico integral del paciente con Diabetes Mellitus tipo 2

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Dra. Juana Verónica Pineda Cabello vero_dgp@hotmail.com tel. 56961454

Colaboradores:

Dr. Apolinar Membrillo Luna docma@hotmail.com cel.5510168350

Dra. Dulce María Rodríguez Vivas dulmarovi@gmail.com cel. 5518117629

Dra. Juana Marlene Ruiz Batalla maruba28@gmail.com cel.5517953278

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO II

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26
CON LA ESCALA DE HAMILTON

DRA PINEDA CEBELLO JUANA VERONICA INVESTIGADOR
DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA ASESOROR DE TESIS
DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS ASESOR DE TESIS
DRA. JUANA MARLENE RUIZ BATALLA ASESOR DE TESIS

FECHA DE ELABORACION: _____ FOLIO _____

FICHA DE IDENTIFICACION: _____

AFILIACION NSS: _____

NOMBRE: _____

EDAD EN AÑOS: _____

TURNO: MATUTINO (1) VESPERTINO (2)

SEXO: MASCULINO (1) FEMENINO (2)

2. ESTADO CIVIL: ()

1) SOLTERO 2) CASADO 3) VIUDO 4) DIVOSRCIADO 5) UNION LIBRE

3. OCUPACION: ()

1) TRABAJA 2) DESEMPLEADO 3) JUBILADO 4) PENSIONADO

4. INGRESO MENSUAL: ()

1) BUENO 2) REGULAR 3) MALO

5. ALIMENMTACION: ()

1) BUENA 2) REGULAR 3) MALA

6. AÑOS DE EVOLUCION DE DIABETES MELLITUS TIPO 2: ()

1) 1-10AÑOS 2) 11-20AÑOS 3) 20 Y MAS

7. CONTROL METABOLICO, RESULTADO DE GLUCOSA: ()

1) 80 - 110 MG/DL CONTROLADO (SI)

2) > 111 MG/DL Y MAS, DESCONTROLADO (NO)

ANEXO III
ESCALA DE HAMILTON
 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 PREVALENCIA DE LA DEPRESION EN PACIENTES CON
 DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 26
 CON LA ESCALA DE HAMILTON
 DRA PINEDA CEBELLO JUANA VERONICA INVESTIGADOR
 DR. APOLINAR MEMBRILLO LUNA ASESOR DE TESIS
 DRA.DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS ASESOR DE TESIS
 DRA. JUAN MERLEN RUIZ BATALLA ASESOR DE TESIS

1.Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	PUNTOS
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3
Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
2.Sentimientos de culpa	PUNTOS
Ausente	0
Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3.Suicidio	PUNTOS
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio o amenazas	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4.Insomnio precoz	PUNTOS
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
5.Insomnio intermedio	PUNTOS
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
6.Insomnio tardío	PUNTOS
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2

7.Trabajo y actividades	PUNTOS
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
8.Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	PUNTOS
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
9.Agitación psicomotora	PUNTOS
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
10.Ansiedad psíquica	PUNTOS
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
11.Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	PUNTOS
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
12.Síntomas somáticos gastrointestinales	PUNTOS
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen	1
Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	2
13.Síntomas somáticos generales	PUNTOS
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.	1
Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	PUNTOS
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
14.Hipocondría	PUNTOS
Ausente	0
Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
15.Pérdida de peso	PUNTOS
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
16.Introspección (insight)	PUNTOS
Se da cuenta que esta deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1
No se da cuenta que está enfermo	2