



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UMF 47, LEON GUANAJUATO**



**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 41 DE TARIMORO GUANAJUATO”**

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

PRESENTA:

DRA. MARLEM TRUJILLO TORRES

Registro de autorización: R-2017-1005-27

LEÓN, GUANAJUATO; MAYO 2019



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 EN LA UMF 41 DE TARIMORO GUANAJUATO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARLEM TRUJILLO TORRES

AUTORIZACIONES

DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ JASSO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UMF 47 LEÓN, GUANAJUATO.

DRA. MAYRA TANIVET LÓPEZ CARRERA
ASESOR DE TESIS
Y COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DRA. ALICIA CAMACHO GUERRERO
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN
DELEGACIÓN GUNAJUATO

DRA. BEATRIZ MARLENE ALBA PIMENTEL
COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN GUANAJUATO

LEÓN, GUANAJUATO; MAYO 2019

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 EN LA UMF 41 DE TARIMORO GUANAJUATO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARLEM TRUJILLO TORRES

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

RESUMEN

Prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar número 41 de Tarimoro, Guanajuato.

Introducción: En los últimos años, la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos ha aumentado. Según la OMS determina que la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, afectando más a la mujer que al hombre, puede llevar al suicidio. Las personas con diabetes muestran una mayor prevalencia de depresión o ansiedad frente a la población general, puede ser considerada una de las enfermedades físicas más demandante psicológica y conductualmente.

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta familiar en la Unidad de Medicina Familiar UMF 41 de Tarimoro Guanajuato.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, observacional, prospectivo y analítico. Posteriormente se aplicó el Cuestionario de Ansiedad de Beck, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de depresión. Los resultados se capturaron en Excel y Se emplearon estadística descriptiva para describir las medidas de tendencia central y tablas de frecuencia.

Infraestructura y tiempo a realizarse: En la Unidad de Medicina Familiar No. 41 de Tarimoro Guanajuato. En el lapso de octubre de 2017 a febrero del 2018.

Recursos: Cuestionarios impresos, material de papelería, computadora, impresora, software estadístico.

Experiencia de los investigadores: Alumna del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, sin experiencia de investigación, pero que lleva todo un módulo de metodología de la investigación.

Conclusiones: La depresión es muy prevalente en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sobre todo en mujeres, casados, con escolaridad primaria, dedicados al hogar y mayores de 50 años, encontrando que en la mayoría de los pacientes no se habían diagnosticado como depresión.

INDICE

I.TITULO.....	1
II.MARCO TEÓRICO.....	2
DEPRESIÓN	2
Tipos y síntomas.....	3
Causas.....	4
Tratamiento.....	5
DIABETES MELLITUS	5
Factores de riesgo para desarrollar Diabetes:	6
Categorías de riesgo elevado para el desarrollo de diabetes:	8
Criterios diagnósticos para diabetes ADA 2016:	8
Criterios diagnósticos para pre-diabetes ADA 2016:	8
Criterios de control:	9
Tratamiento médico nutricional:	9
Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.	10
III.JUSTIFICACIÓN	13
IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
V.HIPOTESIS.....	15
VI.OBJETIVOS.....	15
OBJETIVO GENERAL:.....	15
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:.....	15
VII.MATERIAL Y MÉTODOS:	15
Tipo de estudio:.....	15
Lugar y Tiempo.....	15
Población.....	15
Tamaño de la muestra	15
Muestreo.....	16
VIII.CRITERIOS DE SELECCIÓN:	16
Inclusión	16
Exclusión.....	16
Eliminación	16

IX. TIPO DE VARIABLES, ESCALAS Y UNIDADES	17
X. RECOLECCIÓN DE DATOS	18
Método de recolección:	18
Muestreo:.....	18
Instrumento de recolección:	18
Procedimiento de recolección de datos:.....	18
Análisis estadístico	18
XI.RECURSOS	19
XII.ASPECTOS ÉTICOS.....	20
XIII.RESULTADOS	21
GRÁFICA 1.....	22
GRÁFICA 2.....	23
GRÁFICA 3.....	24
GRÁFICA 4.....	25
GRÁFICA 5.....	26
GRÁFICA 6.....	27
XIV.DISCUSIÓN	28
XV.CONCLUSION.....	29
XVI.BIBLIOGRAFIA.....	30
XVII.ANEXOS	33
Anexo1. CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.....	33
Anexo 2. TEST DE BECK	34
Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	37

I.TITULO

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 41 DE TARIMORO GUANAJUATO”**

II.MARCO TEÓRICO

El término prevalencia hace referencia al número total de casos de enfermos para un tipo específico de enfermedad, en un momento y lugar particular y especial. La prevalencia, como dato estadístico, es de vital importancia para la epidemiología así como también para muchas otras ramas de la medicina. Es utilizada para calcular el porcentaje de población afectada por determinada enfermedad o complicación de la salud en un espacio y momento específico. Al mismo tiempo, los datos obtenidos a partir de la prevalencia pueden servir para establecer estadísticas de riesgo poblacional y permite entonces el desarrollo de políticas de prevención y asistencia a los diferentes grupos expuestos a tal enfermedad. ⁽¹⁾

Es una proporción. Por lo tanto, no tiene dimensiones y su valor oscila entre 0 y 1, aunque a veces se expresa como porcentaje. Es un indicador estático, que se refiere a un momento temporal. La prevalencia indica el peso o la abundancia del evento que soporta una población susceptible, teniendo su mayor utilidad en los estudios de planificación de servicios sanitarios. En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración. ⁽²⁾

La prevalencia es una herramienta de medición que se utiliza en las estadísticas médicas. Proporciona información sobre el número de personas afectadas por una enfermedad o cualquier otro evento como accidentes, suicidios, dentro de una población en un momento dado. La prevalencia cuenta los nuevos casos y los ya diagnosticados en un momento dado. La mayor parte se expresan en números de casos por cada 100 000 habitantes. ⁽³⁾

Se calcula

$$P = \frac{N^{\circ} \text{ eventos}}{N^{\circ} \text{ individuos totales}}$$

En la prevalencia influye la velocidad de aparición del evento y su duración; es por ello poco útil en la investigación causal y de medidas terapéuticas. ⁽⁴⁾

DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. La depresión es distinta de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan cerca de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años. Las personas con depresión a menudo no son correctamente diagnosticadas, mientras que otras que en realidad no la padecen son a

menudo diagnosticadas erróneamente y tratadas con antidepresivos. La carga mundial de depresión y de otros trastornos mentales está en aumento. Los episodios depresivos pueden clasificarse como leves, moderados o graves. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. ⁽⁵⁾

La depresión es una de las afecciones prioritarias en el Programa de acción para superar la brecha en salud mental de la OMS, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental. El Programa parte del principio de que con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos. ⁽⁵⁾

Tipos y síntomas

Los episodios depresivos pueden clasificarse como: leves, moderados o graves, pueden ser crónicos y recidivantes, especialmente cuando no se tratan.

*Trastorno depresivo recurrente: se caracteriza por repetidos episodios de depresión hay estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y reducción de la energía que produce una disminución de la actividad, todo ello durante un mínimo de dos semanas. Muchas personas con depresión también padecen síntomas de ansiedad, alteraciones del sueño y del apetito, sentimientos de culpa y baja autoestima, dificultades de concentración e incluso síntomas sin explicación médica. Durante un episodio depresivo grave es muy improbable que el paciente pueda mantener sus actividades sociales, laborales o domésticas si no es con grandes limitaciones. ⁽⁵⁾

La depresión clínica es un trastorno del estado anímico en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período de algunas semanas o más. Depresión mayor. Sucede cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria por semanas, o períodos más largos de tiempo. ⁽⁶⁾

*Trastorno depresivo persistente. Se trata de un estado de ánimo depresivo que dura 2 años. A lo largo de ese período de tiempo, puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

*Trastorno afectivo bipolar: este tipo de depresión consiste en episodios maníacos y depresivos separados por intervalos con un estado de ánimo normal. Los episodios maníacos cursan con estado de ánimo elevado o irritable, hiperactividad, logorrea, autoestima excesiva y disminución de la necesidad de dormir. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

Causas

La depresión es una de las afecciones prioritarias en el Programa de acción para superar la brecha en salud mental de la OMS, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental. El Programa parte del principio de que con una atención adecuada, ayuda psicosocial y medicación, decenas de millones de personas con trastornos mentales, entre ellos la depresión, podrían tener una vida normal, incluso en entornos con escasos recursos

La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, la depresión puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión. ⁽⁵⁾⁽⁶⁾

En los adultos mayores, los cambios en la vida pueden incrementar el riesgo de depresión o llevar a que la depresión existente empeore. Algunos de estos cambios son: Mudanza del hogar, como por ejemplo a un centro de la tercera edad, dolor o padecimiento crónico, hijos que dejan el hogar, cónyuge y amigos cercanos que mueren, pérdida de la independencia (por ejemplo, problemas para cuidarse sin ayuda o moverse, o pérdida de los privilegios para conducir). La depresión también puede estar relacionada con un padecimiento físico, como: trastornos tiroideos, mal de Parkinson, enfermedad del corazón, cáncer, accidente cerebrovascular, demencia (como mal de Alzheimer), Diabetes Mellitus. ⁽⁷⁾

La depresión es una enfermedad mental que afecta a más de 350 millones de personas en todo el mundo, siendo los Adultos Mayores uno de los grupos más vulnerables. La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja autoestima. Las causas: pérdida de su vitalidad, cambio en su ritmo de vida, disminución de sus funciones y capacidades, pérdidas que va teniendo a su alrededor de figuras significativas e importantes, como puede ser: gente de su edad, de su pareja, la separación de los hijos y las familias, así como pérdidas laborales. También repercute el inicio de una serie de enfermedades crónicas degenerativas que con la edad empiezan a llegar. La economía puede ser factor predisponente para una depresión; una pensión o que incluso no tenga ninguna entrada económica. ⁽⁸⁾

El objetivo de este análisis de seguimiento fue comparar el riesgo de mortalidad entre los grupos participantes. Sobre una mediana de 98 meses de seguimiento, los pacientes con depresión mayor en la atención habitual tenían más probabilidades de morir que los que no tenían depresión. ⁽⁹⁾

La edad, el género, el estatus socioeconómico, el estado de salud subjetivo, el estatus de relación y el origen étnico son factores importantes para padecer depresión. Los pacientes deprimidos que se unieron a un grupo social redujeron el riesgo de recaída de la depresión en un 24%, esta evidencia sugiere que la pertenencia a grupos sociales es a la vez protectora contra el desarrollo de la depresión y la curación de la depresión existente.⁽¹⁰⁾

Tratamiento

Se pueden ofrecer tratamientos psicológicos, como la activación conductual, la terapia cognitiva conductual y la psicoterapia interpersonal, tratamientos psicológicos cara a cara, individuales o en grupo, o medicamentos antidepresivos, como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y los antidepresivos tricíclicos.⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾

La comparación entre antidepresivos tricíclicos frente a gabapentina, carbamazepina, no se reportan diferencias en eficacia y los efectos adversos de los antidepresivos tricíclicos fueron frecuentes y predecibles.⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾

Se recomiendan iniciar con los antidepresivos tricíclicos Imipramina, amitriptilina o nortriptilina. La desipramina y la nortriptilina tienen menos efectos secundarios. Amitriptilina: (dosis nocturna). Los Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina son alternativas sólo si los tricíclicos no son tolerados.

Puede usarse paroxetina, citalopram.⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾

Los antidepresivos pueden ser eficaces en la depresión moderada a grave, pero no son el tratamiento de elección en los casos leves.⁽⁵⁾⁽¹⁰⁾⁽¹⁷⁾

DIABETES MELLITUS

Se estima que existen, en el mundo, 170 millones de personas afectadas por diabetes mellitus el cual se duplicaría para el año 2030.

América Latina no es la excepción, estimándose que de 13,3 millones de pacientes con diabetes en el año 2000 esta cifra aumentara a unos 33 millones para el año 2030 lo que representa un incremento de 148%.

En el caso de México, se estima que de 6,8 millones de afectados aumentará a 11,9 millones con un incremento del 175%.⁽¹¹⁾⁽¹⁷⁾

Durante el 2010, la prevalencia de diabetes mellitus fue de 10.5% en la población derechohabiente.

- Ocupa el segundo lugar de demanda de consulta en medicina familiar, el quinto lugar en la consulta de especialidades.
- Ocupa el octavo lugar en la consulta de urgencias y como motivo egreso hospitalario.
- 5 de cada 10 pacientes en los programas de diálisis son diabéticos tipo 2.

Es primera causa de los dictámenes de invalidez que corresponde el 14.3% del total, con una relación hombre mujer de 8 a 1. (83 y 17% respectivamente). ⁽¹¹⁾⁽¹⁷⁾

La diabetes mellitus es uno de los problemas más graves de salud pública que enfrenta México. Cerca del 10 % de la población padece la enfermedad y se estima que la cifra podría ser del doble por aquellas personas que aún no son diagnosticadas.

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Pública implementó un estudio representativo de la Ciudad de México (2015) en el cual encontró que 13.9 % de la población adulta tiene diabetes. 29 % de la población con diabetes no sabe que tiene esta enfermedad. 17.1 % de la población tiene niveles anormales de glucosa o prediabetes. Únicamente 16 % de quienes tienen diabetes se encuentran con un control adecuado, explicando la tan alta mortalidad que ocasiona. ⁽¹¹⁾

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) es una entidad de carácter silencioso en las primeras etapas de la enfermedad. Esto, entre otras variables, determina que un elevado porcentaje de quienes la padecen desconozcan su condición y el diagnóstico frecuentemente se produzca en forma tardía ante la aparición de alguna de sus complicaciones. ⁽¹²⁾

Factores de riesgo para desarrollar Diabetes:

Familiar de primer grado con DM2

Obesidad/Sobrepeso

Enfermedad cardiovascular

Hipertensión Arterial (HTA)

Dislipidemias

Diabetes gestacional

Madres de niños nacidos con peso mayor a 4500 g. ⁽¹²⁾

La Diabetes Mellitus se puede clasificar en cuatro categorías clínicas:

- Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), que a su vez se divide en:
 - Autoinmune (DM1A).
 - Idiopática (DM1B).
- Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2).
- Otros tipos específicos de Diabetes Mellitus. Se incluyen aquí, entre otras, las debidas a enfermedades del páncreas, genéticas o por exposición a fármacos.

- Diabetes Mellitus gestacional (DMG). Se inicia o se reconoce durante el embarazo. (13)(15)(16)

Factores de riesgo no modificables:

- Edad.
- Raza/etnia.
- Antecedente de DM2 en un familiar de primer grado.
- Antecedente de DM gestacional.
- Síndrome del ovario poliquístico. (14)

Factores de riesgo modificables:

- Obesidad, sobrepeso y obesidad abdominal.
- Sedentarismo.
- Tabaquismo.
- Patrones dietéticos. Una dieta caracterizada por un alto consumo de carnes rojas o precocinadas, productos lácteos altos en grasa, refrescos azucarados, dulces y postres se asocia con un mayor riesgo de DM2 independientemente del IMC, actividad física, edad o antecedentes familiares.
- Trastornos de regulación de la glucosa. También llamados prediabetes o estados intermedios de hiperglucemia, incluyen glucemia basal alterada, tolerancia alterada a la glucosa y elevación de la hemoglobina glicosilada, y ya se han definido en apartados anteriores.
- Condicionantes clínicos asociados a mayor riesgo de DM2.
- En cuanto a la DM inducida por fármacos, los antipsicóticos atípicos, la combinación de β -bloqueantes y diuréticos tiazídicos y otros fármacos, como glucocorticoides, anticonceptivos orales, ciclosporina, tacrolimús, antirretrovirales (inhibidores de la proteasa), ácido nicotínico, clonidina, pentamidina y hormonas agonistas de la gonadotropina. Respecto a las estatinas, su uso confiere un pequeño aumento del riesgo de desarrollar DM.
- Otros factores. Se ha comprobado una relación entre el peso al nacer y el riesgo de DM2. Un peso alto o bajo al nacer se asocia similarmente con mayor riesgo de DM2 durante la vida. Los niños prematuros, cualquiera que sea su peso, también pueden estar en mayor riesgo de DM2. La lactancia materna se asocia con una disminución del riesgo de DM: un 15 % de reducción por cada año de lactancia hasta 15 años después del último parto; en las madres con DM gestacional no hay beneficios. (14) (15)

Categorías de riesgo elevado para el desarrollo de diabetes:

- Glucemia basal alterada: glucemia plasmática en ayunas 100-125 mg/dl
- Intolerancia a la glucosa: glucemia plasmática tras tolerancia oral a la glucosa 140-199 mg/dl
- Hemoglobina glicosilada 5,7-6,4 %. ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾

Criterios diagnósticos para diabetes ADA 2016:

Glucosa en ayuno ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas). ó glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua ó hemoglobina glicosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados ó paciente con síntomas clásicos de hiperglicemia crisis hiperglucémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL. ⁽¹⁶⁾

Criterios diagnósticos para pre-diabetes ADA 2016:

Glucosa en ayuno 100 a 125 mg/dL ó glucosa plasmática a las 2 horas 140 a 199 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua ó hemoglobina glicosilada 5.7 a 6.4%. ⁽¹⁶⁾

Glucosa anormal de ayuno: Se refiere al hallazgo de concentración de glucosa en ayuno, por arriba del valor normal (100mg/dL); pero, por debajo del valor necesario para diagnosticar la diabetes (<126mg/dL).

Glucosa posprandial: Presencia de la concentración de glucosa capilar 2 horas después de la ingesta de alimento, inicia desde el momento de la ingerir el primer bocado (140 mg/dL).

Intolerancia a la glucosa: Hallazgo de concentración elevada de glucosa plasmática, 2 horas después de tomar una carga de 75 g de glucosa en agua, por arriba del valor normal (140 mg/dL); pero por debajo del valor necesario para diagnosticar diabetes (<200 mg/dL). ⁽¹⁷⁾

El control óptimo de la diabetes, que incluye HbA1c menor a 7%, tensión arterial <130/80 mmHg y lípidos en meta terapéutica reduce hasta en 59% la incidencia de neuropatía, el principal factor de riesgo para úlceras en el pie. ⁽¹⁷⁾

El aspecto psicosocial en el paciente diabético deber ser parte del manejo, por lo que será necesario investigar depresión, ansiedad, desórdenes de alimentación y trastornos

cognitivos, así como solicitar valoración especializada. Se recomienda actividad física para mejorar la depresión. ⁽¹⁷⁾

El esquema de tratamiento farmacológico elegido debe ser individualizado teniendo en cuenta:

- El grado de hiperglucemia.
- Las propiedades de los hipoglucemiantes orales (eficacia en disminuir la glucosa).
- Efectos secundarios, contraindicaciones.
- Riesgos de hipoglucemia.
- Presencia de complicaciones de la diabetes.
- Comorbilidad.
- Preferencias del paciente.

La Norma Oficial Mexicana (NOM) recomienda el uso de metformina y sulfonilureas dependiendo del índice de masa corporal.

Se recomienda iniciar el tratamiento con insulina cuando no se llega a la meta de control glucémico, a pesar de cambio en el estilo de vida y uso de hipoglucemiantes orales.

Considerar uso de aspirina como estrategia de prevención secundaria en pacientes diabéticos con historia de enfermedad CV y enfermedad arterial periférica. Los pacientes diabéticos con riesgo cardiovascular la meta recomendada de LDL colesterol es < 100mg/dL. ⁽¹⁷⁾

Criterios de control:

Los criterios de control que se proponen (grado de recomendación) son: HbA1c (%) <7; colesterol no-LDL <130 mg/dl; (lipoproteína de baja densidad) LDL <100 mg/dl (<70 si hay arteriopatía coronaria); (lipoproteína alta densidad) HDL >40 mg/dl; triglicéridos <150 mg/dl; presión arterial <140/80mmHg (<130/80mmHg si nefropatía o retinopatía), no consumo de tabaco. ⁽¹⁸⁾

A las personas con diabetes se les debe ofrecer educación continua, ordenada y sistematizada con objetivos claros al momento del diagnóstico y durante su evolución. La participación activa del paciente logra mejores resultados en el control glucémico. Se recomienda utilizar técnicas activas y participativas, entrevistas cognitivo-conductuales y de modificación de conducta adaptadas a cada grupo. ⁽¹⁹⁾

Tratamiento médico nutricional:

Las modificaciones en la alimentación, el ejercicio y las terapias conductuales favorecen la disminución del peso y el control glucémico; su combinación aumenta la eficacia. Las

dietas con alto contenido en fibra y una proporción de hidratos de carbono entre 55 y 60 %, con alimentos de bajo índice glucémico, son eficaces en el control de la glucemia. ⁽¹⁹⁾

La asesoría nutricional debe ser individualizada, se recomienda la reducción de la ingesta de grasa (< 30 % de energía diaria), restringir los hidratos de carbono entre 55 y 60 % de la energía diaria y consumir de 20 a 30 g de fibra. En pacientes con un IMC \geq 25 kg/m² la dieta debe ser hipocalórica. ⁽¹⁹⁾

Tratamiento farmacológico: debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico. ⁽²⁰⁾

Medicamentos para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2.

1.-Aumentan la secreción de insulina independiente del nivel de glucosa. Sulfonilureas: primera generación (clorpropamida, tolbutamida) Segunda generación: glibenclamida, glicazida, glipizida, glimepirida. Meglitinidas: repaglinida, nateglinida.

2.-Disminuyen la insulino-resistencia.

Biguanidas: metformina.

Tiazolidinedionas: pioglitazona, rosiglitazona.

3.-Disminuyen las excursiones de glucosa actuando en el tracto digestivo.

Inhibidores de las alfa glucosidasas: acarbosa, miglitol.

Secuestrador de ácidos biliares: colesevelam.

4.-Aumentan la secreción de insulina dependiente del nivel de glucosa y suprimen la secreción de glucagón.

Inhibidores de DPP4 (enzima dipeptidipeptidaza IV): sitagliptina, vildagliptina, saxagliptina, linagliptin.

Agonistas del receptor de GLP1 (glucagon-like peptide 1): exenatida, liraglutida.

Análogos de amilina: pramlintida.

5.- Inulinas y análogos de insulina.

Insulina basal: insulina NPH.

Insulina prandial: insulina cristalina.

Análogos basales: glargina, detemir.

Análogos prandiales: lyspro, aspart, glulisina. ⁽²⁰⁾

La depresión y el estrés psicológico crónico activan el eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal, estimulan el sistema nervioso simpático, aumentan la respuesta de agregación plaquetaria y la inflamación, y disminuyen la sensibilidad a la insulina favoreciendo así a un mal control glucémico y acentuando el riesgo de complicaciones como retinopatía, enteropatía, dermatopatía, pie diabético y neuropatía. Los individuos con depresión y ansiedad también son menos propensos a cumplir con las recomendaciones y el autocuidado de la diabetes. Además, tienen más probabilidades de seguir estilos de vida sedentarios, fumar y consumir dietas altas en grasas que no permiten el control metabólico de la enfermedad. Sin embargo, es evidente que la búsqueda activa de casos y el inicio temprano de tratamiento para la ansiedad y la depresión ayudan a aliviar el sufrimiento del paciente, favorecen un mejor control metabólico y resultados clínicos óptimos, al tiempo que reducen los costos de manejo del paciente. ⁽²¹⁾

La diabetes y la depresión se han convertido a lo largo de los años en pandemias, se ha visto cómo estos pacientes comienzan a presentar síntomas depresivos como comorbilidad, lo que conduce al incumplimiento del tratamiento y como consecuencia a la descompensación metabólica de la diabetes. ⁽²¹⁾

La diabetes mellitus se ha asociado con una diversidad de trastornos neuropsiquiátricos, entre ellos el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, la enfermedad de Parkinson, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. La gravedad del estado de ánimo guarda relación con las cifras de hiperglucemia y las complicaciones diabéticas. Los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden desencadenar hipoglucemia y aumento de peso. Los antidepresivos tricíclicos pueden originar hiperglucemia y avidez por carbohidratos. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, al igual que los inhibidores de la monoaminoxidasa, disminuyen la glucosa plasmática en ayunas. La presencia de depresión asociada a diabetes se ha relacionado con un pobre control metabólico, incremento de complicaciones e incluso aumento de mortalidad. ⁽²²⁾⁽²³⁾

La depresión puede preceder a la diabetes, o la diabetes puede favorecer la aparición de un cuadro depresivo asociado. Por otro lado, las complicaciones propias de la diabetes son un factor de riesgo para la aparición de los cuadros depresivos. Muchos de estos pacientes no son diagnosticados ni tratados. ⁽²³⁾

Las condiciones emocionales influyen en el incumplimiento de las recomendaciones sobre el estilo de vida, ocasionando una disminución de la calidad de vida, problemas de conducta de autocuidado y deterioro del control glucémico. Esto puede conducir a problemas emocionales que impiden que el paciente se adhiera al tratamiento y a las recomendaciones dadas por su médico tratante. ⁽²⁴⁾

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas

físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas, es una herramienta útil para despistaje o chequeo. El desarrollo del BDI ha sido muy importante para la psicología y la psiquiatría porque ha representado una alternativa a la conceptualización psicoanalítica de la depresión.

Este instrumento se utiliza mucho en investigación. Se registra hasta 3,209 artículos revisados que han utilizado este inventario para medir la depresión, y ha sido traducido en múltiples idiomas europeos, así como en árabe, japonés, persa y xhosa. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

El rango de las puntuaciones va desde 0 a 63 puntos. Cuanto más alta sea la puntuación, mayor será la severidad de los síntomas depresivos. Se establecen cuatro grupos en función de la puntuación total: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾

III.JUSTIFICACIÓN

La depresión es una de las afecciones prioritarias de la OMS, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental. Así, en el caso específico de las personas con diabetes, los estudios muestran una mayor prevalencia de problemas de depresión o ansiedad frente a la población general (con una incidencia del 41% para la depresión y del 49% para los trastornos de ansiedad frente a menos del 10% en ambos casos para la población general), de tal manera que la diabetes, debido a su condición crónica, puede ser considerada una de las enfermedades físicas más demandante psicológica y conductualmente.

La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos se ha incrementado considerablemente en los últimos años, se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, puede convertirse en un problema serio de salud, y puede provocar alteraciones en las actividades laborales, escolares y familiares, y llevar al suicidio.

Este estudio pretendió determinar la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, en la Unidad de Medicina Familiar 41, mediante un instrumento validado que podrá servir de referencia para el público en general y pretende buscar estrategias por mejorar la calidad de vida de los pacientes

IV.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato?

V.HIPOTESIS

Por el tipo de estudio que se realizó no se plantea hipótesis

VI.OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar el grupo etario predominante.

Conocer la prevalencia de Depresión por género.

Identificar las condiciones asociadas.

VII.MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de estudio:

Prospectivo, observacional, transversal y analítico.

Lugar y Tiempo

En la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato. En el lapso de octubre de 2017 a febrero del 2018.

Población

Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, adscritos y que acudan a la consulta Externa de la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato.

Tamaño de la muestra

Se consideró una población de 5757 pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar 41 de Tarimoro, Guanajuato, con un nivel de confianza del 95% una precisión absoluta del 5% y una proporción esperada del 41%, se empleó el Programa de Epidat

versión 4.1, quedando una muestra de 236 pacientes, contemplando un 10 % por pérdidas.

Muestreo

No probabilístico, por simple disponibilidad.

VIII.CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Inclusión

Pacientes adscritos a la Unidad De Medicina Familiar 41 de Tarimoro, Guanajuato que padecen DM2.

Pacientes que acuden a la consulta externa.

Pacientes que acepten participar.

Exclusión

Pacientes que no se encuentren vigentes.

Pacientes con cualquier tipo de trastorno mental.

Eliminación

Pacientes que en cualquier momento del estudio desistieron de participar.

Encuestas que estén incompletas en el llenado.

IX. TIPO DE VARIABLES, ESCALAS Y UNIDADES

Variable	Definición operacional	Tipo	Escala	Indicadores
Edo civil	Condición particular que caracteriza, a una persona con vínculos personales con otra persona	Cualitativa	Nominal	Casado Soltero Viudo
Escolaridad	Espacio de tiempo en que dura la estancia obligatoria.	Cualitativa	ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria
Ocupación	Actividad a la que una persona se dedica en un determinado tiempo	Cualitativa	Nominal	Campo Obrero Técnico Profesionista
Adulto mayor que vive solo o con familiar		Cualitativa	Nominal	1=Si 2=No
Depresión	Problema de salud mental. Trastorno afectivo, que provoca pérdida de vitalidad.	Cualitativa	Ordinal	Leve Menor Mayor
Diabetes Mellitus tipo 2	Es un desorden metabólico de etiología múltiple y progresiva, caracterizada en primer lugar por resistencia a la insulina, pero también por una falla progresiva de la función de las células β de los islotes pancreáticos.	Cualitativa	Nominal	Afirmativo

X. RECOLECCIÓN DE DATOS

Método de recolección:

Encuesta.

Muestreo:

No probabilístico, por disponibilidad.

Instrumento de recolección:

Se aplicó un formulario de registro de datos realizado en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se registrarán los datos sociodemográficos: nombre, sexo, edad, consultorio, turno. Posteriormente se aplicó el Cuestionario de Ansiedad de Beck, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de depresión relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. Para cada pregunta existen cuatro posibles respuestas, las que de acuerdo con la gravedad confieren de 0 a 3 puntos. La calificación total máxima es 63.

La aplicación del cuestionario de este test demandó de 10 a 15 minutos.

Una puntuación de 0 a 13 sugiere la ausencia de depresión; entre 14 a 19, depresión leve; de 20 a 28, depresión moderado y de 29 a 63 depresión severa.

Procedimiento de recolección de datos:

Una vez que se obtuvo la autorización por parte del comité 1003, se procedió a identificar a la población de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, adscrita a la Unidad De Medicina Familiar 41 de Tarimoro, Guanajuato, que acuden a la consulta externa, proporcionó la información al derechohabiente sobre el objetivo del estudio, así como los riesgos y confidencial de los datos obtenidos, y se solicitó el Consentimiento Informado, se llevó a cabo la aplicación del cuestionario de Beck.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas edad, antigüedad y tiempo de haberse capacitado se presentarán con media y desviación estándar si tienen una distribución normal o con mediana y rangos si tienen una distribución libre. Los datos recolectados se vaciaron en una base de datos creada en Excel, para posteriormente darle manejo estadístico mediante, estadística descriptiva.

XI.RECURSOS

Recursos materiales y Económicos			
	Cantidad	Costo unitario	Costo Total
Papelería			
Lápices	10	3.00	30.00
Copias	400	.50	200.00
Bolígrafos	10	5.00	50.00
Carpeta argolla	1	50.00	50.00
Tablas	10	48.00	480.00
Oficina			
Computadora HP	1	6,500.00	6,500.00
Tinta p/impresora	2	350.00	700.00
Software Windows 8	1	1000.00	1,000.00
Subtotal:			\$9,010.00
Humanos			
Investigador responsable: alumno de 1er año de especialidad en medicina familiar para médicos generales Convenio IMSS-UNAM	1		Sin costo
Asesores de tesis: Coordinador Auxiliar Médico de Investigación, Delegación Guanajuato., Coordinador Auxiliar de Investigación en Salud. Profesor titular con Diplomado en investigación	3		Sin costo
Subtotal: \$9,010.00			
TOTAL			\$9,010.00

Todos los gastos estarán a cargo del investigador

XII.ASPECTOS ÉTICOS

En apego a la Declaración de Helsinki y al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud:

- La investigación se realizó por que el conocimiento que se pretende adquirir no se puede obtener por otros medios.
- Se apoyó en un profundo conocimiento de la bibliografía científica.
- El proyecto de investigación describe a detalle la metodología, los recursos y las fuentes de financiamiento.
- El protocolo se sometió para su evaluación a un comité local de investigación y ética en investigación para la salud.
- La investigación se llevó a cabo bajo la vigilancia de un investigador competente.
- El investigador responsable informó al comité local de investigación y ética en investigación en salud sobre el avance de la investigación y sobre algún incidente grave.
- No se realizó ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité local de investigación y ética en investigación.
- El muestreo se realizó considerando a toda la población diana que cumple con los criterios de selección, sin hacer alguna discriminación en particular.
- Se solicitó consentimiento informado por escrito.
- Los resultados de esta investigación beneficiarán a la comunidad de médicos por que permitirá establecer la necesidad de capacitación, lo cual a su vez beneficiará a los pacientes, ya que con ello se asegurará una atención médica de calidad.
- El riesgo para el paciente es mínimo ya que no se realizó ninguna intervención y se aseguró la confidencialidad de la información, evitando publicar datos de identificación.

XIII.RESULTADOS

Se realizó un estudio Prospectivo, observacional, transversal y analítico, realizado en la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato, en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, que acudieron a la consulta externa, durante el periodo de octubre de 2017 a febrero del 2018; los criterios de selección fueron pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 41, que acudieron a la consulta externa, que aceptaron participar, de ambos sexos, se excluyeron pacientes no vigentes, con algún tipo de trastorno mental y cuestionarios incompletos, todos decidieron participar.

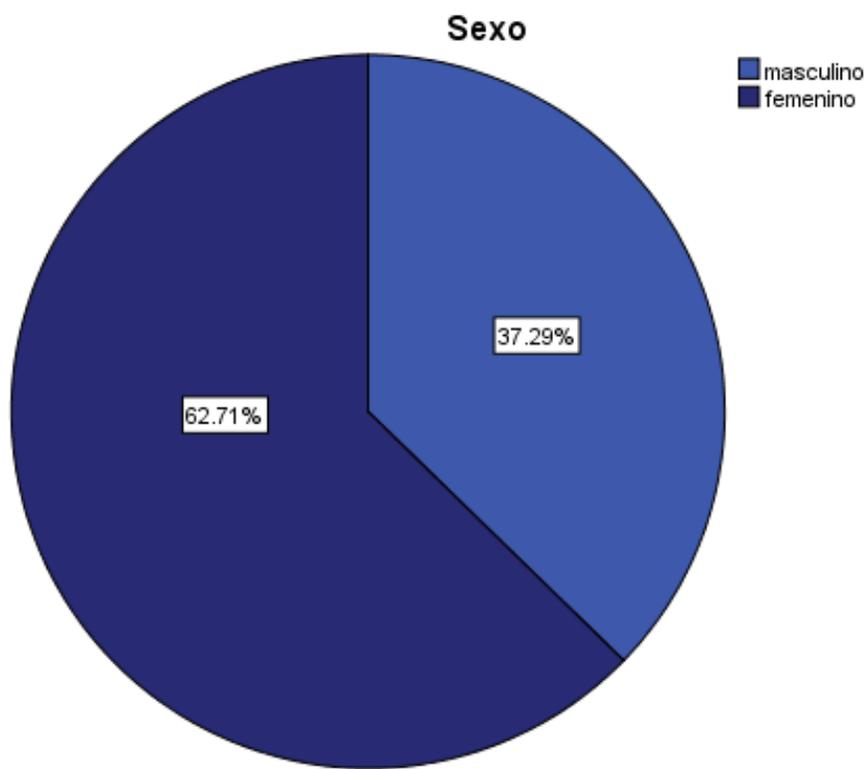
Las variables estudiadas fueron: la presencia o ausencia de depresión y el nivel de esta, el sexo, la edad, el estado civil, escolaridad y ocupación. Se incluyeron 236 pacientes adscritos a la UMF 41 de Tarimoro, los cuales asistieron a consulta tanto del turno matutino como del turno vespertino, ya en la consulta se les invitó a participar en el estudio, y se les explicó en qué consistía, una vez aceptado participar se llenó el cuestionario sociodemográfico que incluía nombre, sexo, número de afiliación, edad, escolaridad, estado civil y ocupación (Anexo 1), una vez tomado esos datos se procedió a realizar las preguntas del Test de Beck (Anexo 2), el cual consta de 21 ítems, cada pregunta con 4 opciones de respuesta que van de 0 a 3 de calificación, al final se sumaron los resultados, donde la puntuación final total de 0-13 indica ausencia de depresión, de 14-19 depresión leve, 20-28 depresión moderada y de 29-63 depresión severa. Se firmó la encuesta al final por parte del investigador y se llenó el consentimiento informado, firmando el paciente, el investigador y 2 testigos. (Anexo 3).

Todos los pacientes de la muestra tienen la característica de ser pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y estar adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 41 de Tarimoro Guanajuato. Estos resultados son muy importantes ya que una cuarta parte de pacientes con Diabetes tipo 2 sí presentan cierto grado de depresión, de los cuáles no se había detectado dicho padecimiento.

Se realizó el análisis en el que se obtuvo de los 236 pacientes que participaron en el estudio, 88 son hombres (37.29%) y 148 son mujeres (62.71%). (Gráfica 1).

Sexo					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	88	37.3	37.3	37.3
	femenino	148	62.7	62.7	100.0
Total		236	100.0	100.0	

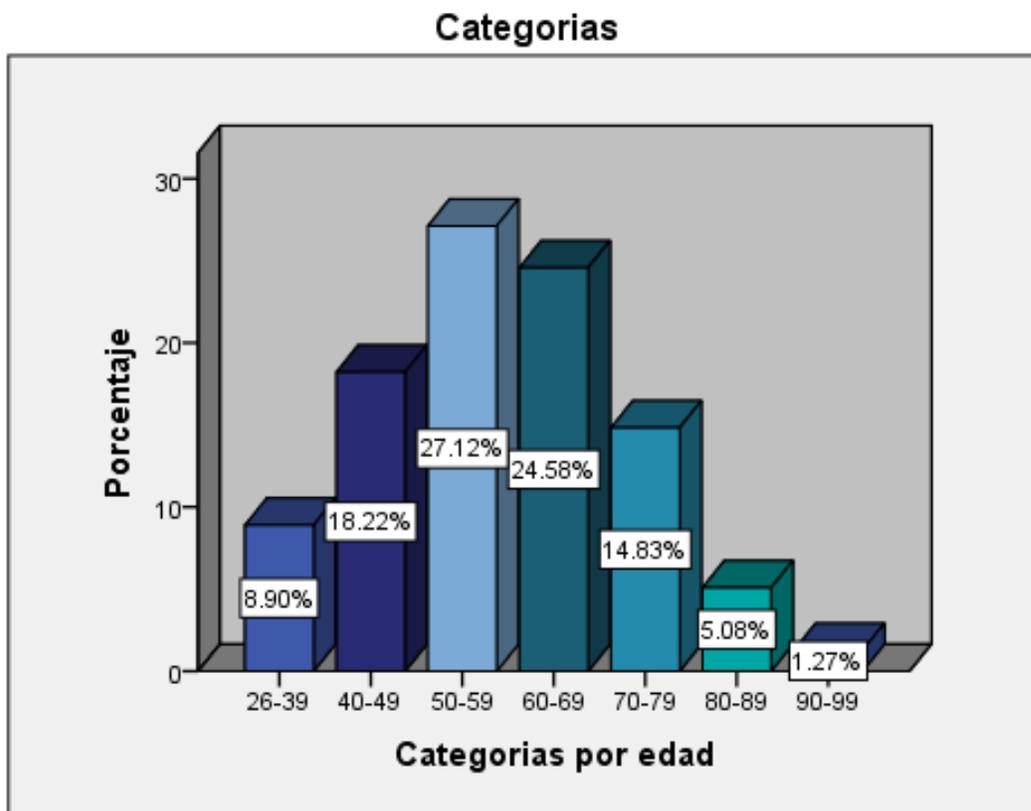
GRÁFICA 1



Sus categorías de edad se encuentran de 26 a 99 años, de los cuáles, 21 pacientes (8.9%) con edades de 26 a 39 años, 43 (18.22%) son de 40 a 49 años, 64 (27.12%) son de 50 a 59 años, 58 (24.58%) son de 60 a 69 años, 35 (14.83%) son de 70 a 79 años, 12 (5.08%) son de 80 a 89 años, y 3 (1.27%) son de 90 a 99 años, obteniendo una media de edad de 58.2034. (Gráfica 2).

		Categorías			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	26-39	21	8.9	8.9	8.9
	40-49	43	18.2	18.2	27.1
	50-59	64	27.1	27.1	54.2
	60-69	58	24.6	24.6	78.8
	70-79	35	14.8	14.8	93.6
	80-89	12	5.1	5.1	98.7
	90-99	3	1.3	1.3	100.0
Total		236	100.0	100.0	

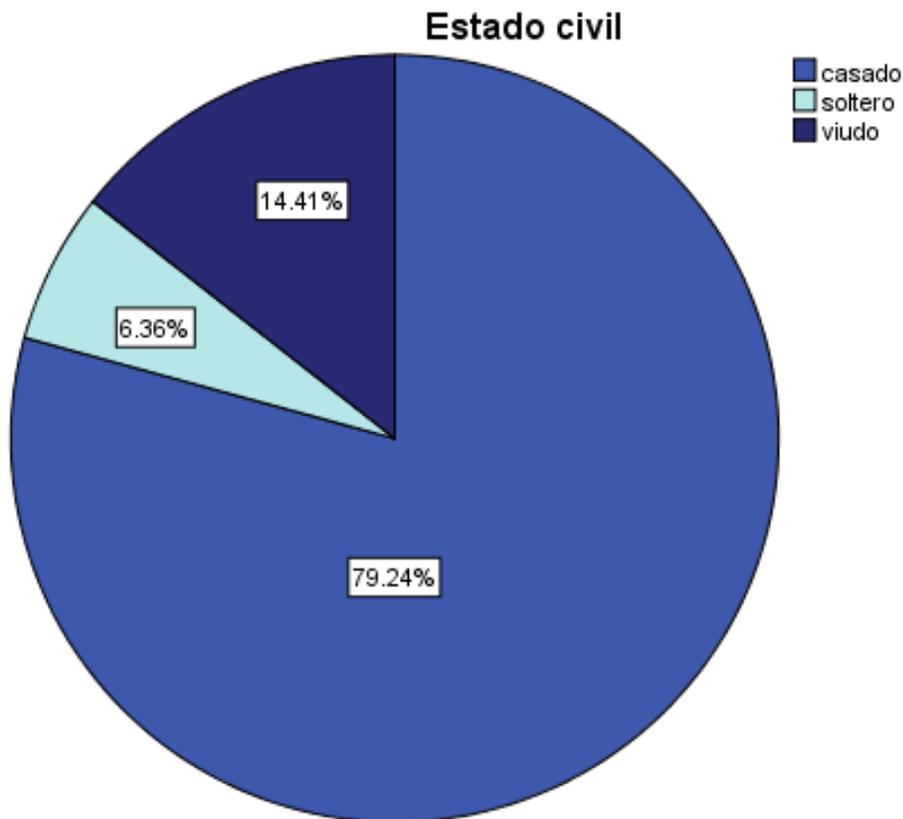
GRÁFICA 2



De los 236 pacientes, 187 son casados o en unión libre (79.24%), 15 son solteros, divorciados o separados (6.36%) y 34 son viudos (14.41%). (Gráfica 3).

		Estado civil			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	casado	187	79.2	79.2	79.2
	soltero	15	6.4	6.4	85.6
	viudo	34	14.4	14.4	100.0
	Total	236	100.0	100.0	

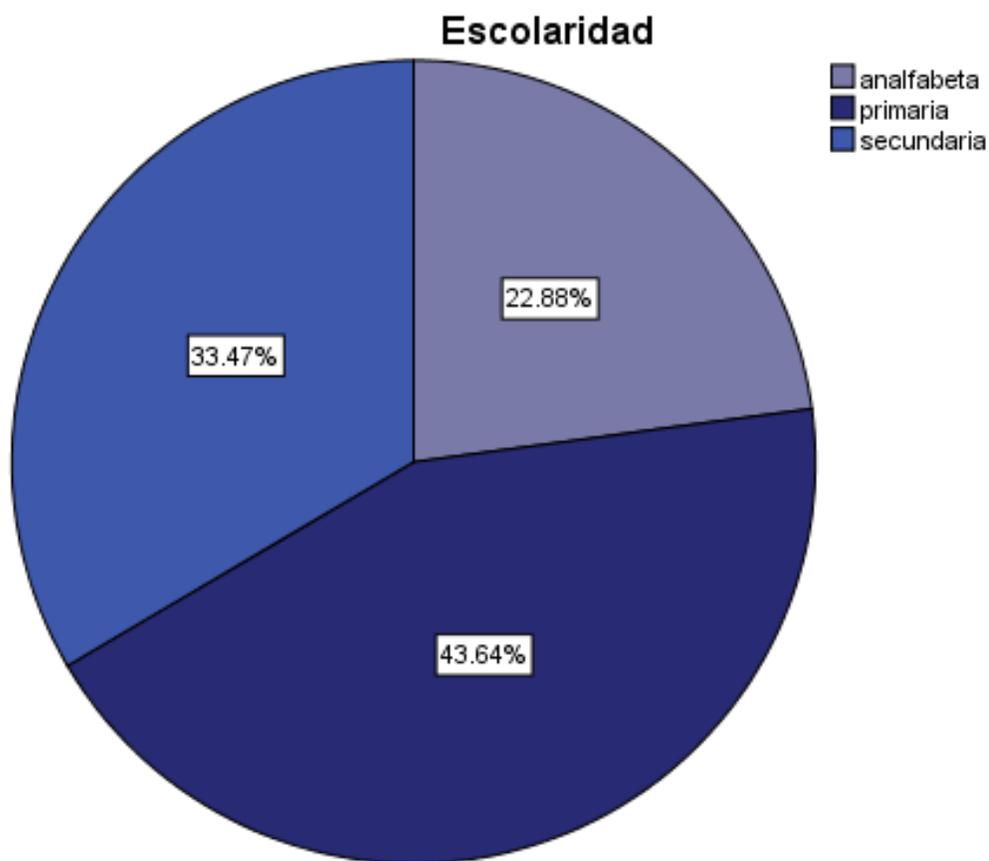
GRÁFICA 3



En cuanto a su escolaridad, 54 son analfabetas (22.88%), 103 tienen escolaridad primaria (43.64%) y 79 tienen secundaria y demás grados de estudio (33.47%). (Gráfica 4).

Escolaridad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	analfabeta	54	22.9	22.9	22.9
	primaria	103	43.6	43.6	66.5
	secundaria	79	33.5	33.5	100.0
	Total	236	100.0	100.0	

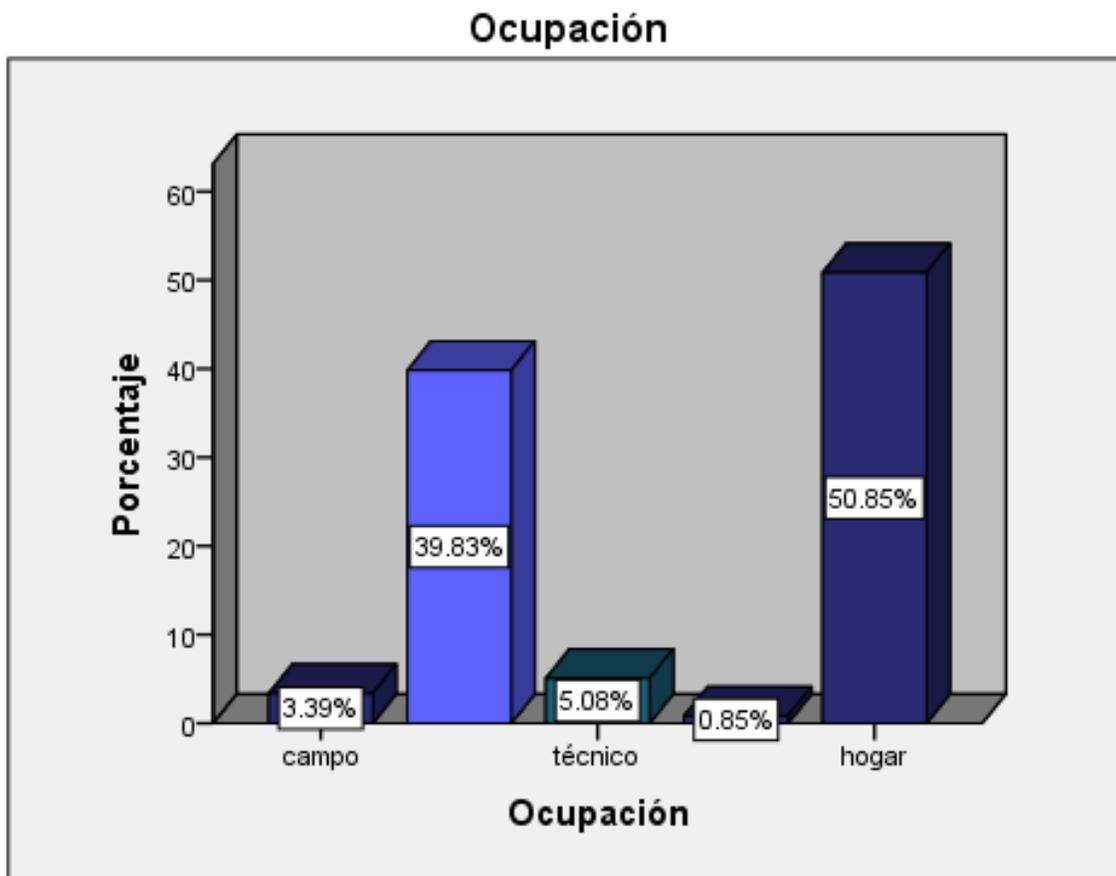
GRÁFICA 4



Respecto a su ocupación, 8 se dedican al campo (3.39%), 94 pacientes son obreros (39.83%), 12 son técnicos (5.08%), 2 son profesionistas (0.85%) y 120 se dedican al hogar (50.8%). (Gráfica 5).

		Ocupación			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	campo	8	3.4	3.4	3.4
	obrero	94	39.8	39.8	43.2
	técnico	12	5.1	5.1	48.3
	profesionista	2	.8	.8	49.2
	hogar	120	50.8	50.8	100.0
	Total	236	100.0	100.0	

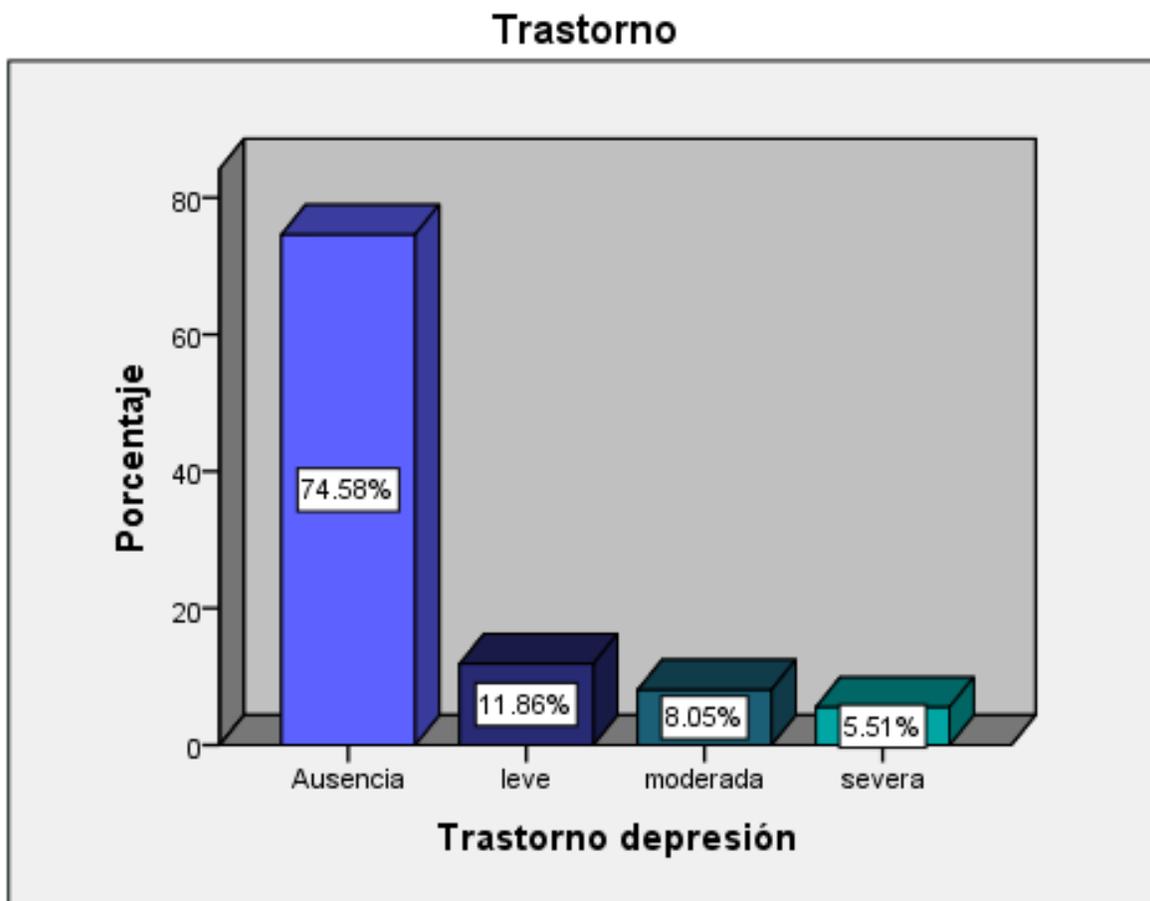
GRÁFICA 5



Al ser encuestados, se encontró que el 25.42% de los pacientes presentan depresión, de los cuáles 28 presentan depresión leve (11.86%), 19 tienen depresión moderada (8.05%), 13 con depresión severa (5.51%) y 176 con ausencia de depresión (74.58%). (Gráfica 6).

		Trastorno			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ausencia	176	74.6	74.6	74.6
	leve	28	11.9	11.9	86.4
	moderada	19	8.1	8.1	94.5
	severa	13	5.5	5.5	100.0
	Total	236	100.0	100.0	

GRÁFICA 6



XIV.DISCUSIÓN

En estos últimos años, el número de pacientes diabéticos se ha incrementado en un número muy considerable y a su vez el número de casos de pacientes diabéticos con depresión son cada vez más, afectando a la salud mental de este grupo de pacientes que puede llegar incluso hasta un suicidio al no detectarlos a tiempo y manejarlos adecuadamente.

Se obtuvo que en la UMF número 41 de Tarimoro, Gto., el 25.42% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentan cierto grado de depresión, un 11.86% obtuvo un grado leve, un 8.05% un grado moderado y un 5.51% un grado severo en base al Test de Beck, valorando que este tipo de pacientes está propenso a desencadenar dicho trastorno, en comparación con otros estudios donde la prevalencia de depresión oscila entre un 20% y un 42% de depresión y encontrándose que el grado leve es el más común. ^(21, 22, 27)

La depresión en los pacientes diabéticos tiene relación con el tipo de sexo o género, ya que comparado con otros estudios realizados, se observa que el sexo femenino es más vulnerable a presentar depresión. ^(21, 22, 23, 27, 28)

En relación con la edad se observó que los pacientes diabéticos con depresión, tienen una mayor prevalencia por arriba de los 50 años de edad, corroborando con otros estudios que la edad puede influir para que se presente dicho trastorno. ^(21, 23, 27, 28)

Se buscó la relación que existe de depresión con el estado civil, encontrando en este estudio que las personas casadas son más propensas a presentar depresión, y comparado con otros estudios, no tuvo mayor significancia, ya que en algunos estudios eran más propensos los viudos, y en otro los solteros. ^(21, 23, 28)

En cuanto a escolaridad y depresión se encontró que las personas con menor grado de estudios, en este caso la escolaridad primaria, fueron más propensas a presentar depresión, corroborando con otras investigaciones que a menor grado de estudios, mayor probabilidad de presentarla. ^(21, 27)

Referente a la ocupación, en este estudio se pudo ver que las personas dedicadas al hogar o sin ocupación, son más susceptibles a padecer depresión y comparado con otro estudio se refuerza dicho resultado. ⁽²¹⁾

XV.CONCLUSION

En los últimos años, la prevalencia de depresión en los pacientes diabéticos ha aumentado. Según la OMS determina que la depresión es un trastorno mental frecuente que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye a la carga mundial general de morbilidad, afectando más a la mujer que al hombre, que puede llevar al suicidio. Así, en el caso específico de las personas con diabetes, los estudios muestran una mayor prevalencia de problemas de depresión o ansiedad frente a la población general (con una incidencia del 41% para la depresión y del 49% para los trastornos de ansiedad frente a menos del 10% en ambos casos para la población general), de tal manera que la diabetes, debido a su condición crónica, puede ser considerada una de las enfermedades físicas más demandante psicológica y conductualmente.

La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos se ha incrementado considerablemente en los últimos años, se calcula que la depresión afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, puede convertirse en un problema serio de salud, y puede provocar alteraciones en las actividades laborales, escolares y familiares, y llevar al suicidio.

La prevalencia de depresión en esta investigación fue de 25.42% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF No 41 de Trimoro, Gto., que comparado con estudios anteriores son muy similares los resultados. Se determinó que el grado de depresión más frecuente es el leve y que a mayor edad, más probabilidad de padecerla, que el sexo femenino es más vulnerable, las personas casadas pudieran ser más propensas, las personas con menor grado de escolaridad tienen más probabilidad y las personas dedicadas al hogar son factores que pueden influir para padecer depresión. Este estudio podrá servir de referencia para el público en general y pretende buscar estrategias para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio dejó muchas satisfacciones en mi persona ya que servirá de referencia en mi unidad de trabajo, UMF41 para continuar apoyando a nuestros pacientes ya que somos una guía para ellos, poderlos orientar y referir adecuadamente, dejando enseñanza en mi nuevo rol como médico familiar, y a su vez, sirviendo de referencia para generaciones futuras.

XVI.BIBLIOGRAFIA

- 1 Prevalencia. *Tu Diccionario Hecho Fácil. Definición ABC*. 2017. www.definicionabc.com/salud/prevalencia.php (último acceso 6 mayo 2017).
- 2 Prevalencia. *Wikipedia: La Enciclopedia Libre*; 2016. <https://es.wikipedia.org/wiki/Prevalencia> (último acceso 6 mayo 2017).
- 3 Prevalencia-Definición. CCM. 2016. salud.ccm.net/faq/8177-prevalencia-definición (último acceso 6 mayo 2017).
- 4 Prevalencia. *SaludMadrid. Hospital Universitario Ramón y Cajal*. Madrid. www.hrc.es/boest/Medidas_frecuencia_2.html (último acceso 6 mayo 2017).
- 5 Depresión. OMS. *Organización Mundial de la Salud*. 2017. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/ (último acceso 6 mayo 2017)
- 6 Timothy R., Kirkland, WA. Depresión descripción general. *MedlinePlus. Family Medical Psychiatry Center.*; 2016. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm> (último acceso 6 mayo 2017).
- 7 Fred K. Depresión en los adultos mayores. *Addiction And Forensic Psychiatrist. MedlinePlus*. La Jolla, CA. Editorial team; 2016; <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001521.htm> (último acceso 6 mayo 2017).
- 8 Depresión en el Adulto Mayor. *IMSS*. 2014; www.imss.gob.mx/salud-en-linea/peguntas-de-salud/depresión-adultomayor (último acceso 6 mayo 2017).
- 9 Jeff C, Shehzad K, James R, Michael Sharpe, Wayne J. Essential Articles on Collaborative Care Models for the Treatment of Psychiatric Disorders in Medical Settings. *Review Article*. Elsevier España; 2014. 1-14. www.psychosomaticsjournal.org (último acceso 6 mayo 2017).
- 10 Cruwys T, Haslam C, Genevieve A, Dingle, Jetten J. Social group membership protect against future depression symptoms and prevent depression relapse. *ResearchGate*; 2013. 1-9. <https://www.researchgate.net/publication/257143024> (último acceso 7 mayo 2017).
- 11 Arredonde A, Barquera C, Cisneros G, De Jesus A. Asumiendo el control de la Diabetes. *Fundación Midete*. México 2016. www.fundacionmidete.org (último acceso 7 mayo 2017).
- 12 Guía de Práctica Clínica Nacional sobre Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. *Ministerio de Salud*. Argentina 2012. www.msal.gov.ar/0800.222.1002 (último acceso 7 mayo 2017).
- 13 Alonso F, Moreno M. Guías Clínicas Diabetes Mellitus. *Guías Clínicas Semergen*. España 2015. www.euromedice.net (último acceso 7 mayo 2017).

- 14 Ezkurra L. Guía de actualización en Diabetes Mellitus tipo 2. *Fundación Red GDPS*. Barcelona 2016. www.euromedice.net (último acceso 7 mayo 2017).
- 15 Iglesias G, Barutell R, Artola M, Serrano M., Guía para la práctica clínica en el manejo de la Diabetes Mellitus. *Recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA)*. Madrid 2014. www.bus.hn/Hondwas/UICFCM/Diabetes/ADA.esp.pdf (último acceso 7 mayo 2017).
- 16 Espinoza L. Clasificación y diagnóstico de la diabetes. *American Diabetes Association Standars Of Madrid Care In Diabetes*. Madrid 2016. www.ngsp.org/interf.asp (último acceso 7 mayo 2017).
- 17 Guía de Práctica Clínica GPC. *IMSS*. Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. 2014. www.cenetec.salud.gob.mx (último acceso 7 mayo 2017).
- 18 Casal Dominguez M, Pinal Fernandez L. Guía de práctica clínica de Diabetes Mellitus tipo 2. *iMedPub Journals*. 2014; Vol. 10:1-18. www.archivosdemedicina.com (último acceso 7 mayo 2017).
- 19 Gil V, Sil A, Dominguez E, Sánchez L, Torres A. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2013. 1-16. www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im131.pdf (último acceso 7 mayo 2017).
- 20 Reyes S, Pérez A, Figaredo E, Ramírez E, Jiménez R. Tratamiento actual de la Diabetes Mellitus tipo 2. *Correo Científico Médico*. 2016; 20 (1): 1-24. new.medigraphic.com/cgi. (último acceso 10 mayo 2017)
- 21 Antunez M, Bettiol A. Depresión en pacientes con Diabetes tipo 2. *Amc*. Bogotá Colombia. 2016; Vol41:1-10. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163147315005> (último acceso 28 febrero 2019).
- 22 Ávila Z, Apolinar M. Depresión y riesgo suicida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la unidad de Salud del IMSS de Ciudad Carmen, Campeche. *Temas De Ciencia y Tecnología*. 2016; Vol. 20:1-8. www.utm.mx/edi-antiores/temas_58 (último acceso 28 febrero 2019).
- 23 Rodríguez Calvin, Zapatero Gaviria, Ríos M. Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Clínica Española*. España. 2015. 1-2. www.sciencedirect.com/science/article/pii/S5601425651400410x (último acceso 28 febrero 2019)
- 24 Martínez H, Tovilla Z, López N, Juárez R. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 en Tabasco. *Gaceta médica de México*. 2014.1-16. www.anmm.org.mx/GMM/2014/S1/GMM (último acceso 10 mayo 2017).
- 25 Inventario de Depresión de Beck. Wikipedia La Enciclopedia Libre. 2017. <https://es.wikipedia.org> (último acceso 15 mayo 2017).

26 Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario BDI-II. Madrid. 1-14. <https://www.cop.es> (último accesos 14 mayo 2017).

27 Meza M. Factores asociados a la depresión en el Paciente con Diabetes Mellitus de la Unidad de Medicina Familiar No 61. Universidad Veracruzana. H. Veracruz. 2015. <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/> (último acceso 28 febrero 2019).

28 Ramos M. Prevalencia de depresión en pacientes diabéticos en UMF No 52. Universidad Veracruzana. Veracruz, Ver. 2010. <https://www.uv.mx/personal/yuelasco/files/2019>. (último acceso 28 febrero 2019).

XVII.ANEXOS

Anexo1. CUESTIONARIO DATOS SOCIODEMOGRAFICOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Datos Sociodemográficos Derecho Habientes De La
Unidad De Medicina Familiar 41 de Tarimoro, Guanajuato

NOMBRE _____ SEXO: M F
NUM. AFILIACIÓN: _____ EDAD _____
ESCOLARIDAD _____ ESTADO CIVIL _____
OCUPACIÓN: _____

Anexo 2. TEST DE BECK

Instrucciones: Por favor lea las siguientes preguntas y subraye la que mejor describa como se ha sentido las últimas semanas hasta el día de hoy.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mí mismo.
- Me odio a mí mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

Firma del investigador

Anexo 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO



**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 DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF 41 DE TARIMORO GUANAJUATO"						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Fecha:	León, Guanajuato 2017						
Número de registro:	En trámite.						
Justificación y objetivo del estudio:	La depresión es una de las afecciones prioritarias de la OMS, cuyo objetivo consiste en ayudar a los países a ampliar los servicios para personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias mediante la prestación de la asistencia por profesionales sanitarios que no son especialistas en salud mental. Así, en el caso específico de las personas con diabetes, los estudios muestran una mayor prevalencia de problemas de depresión o ansiedad frente a la población general (con una incidencia del 41% para la depresión y del 49% para los trastornos de ansiedad frente a menos del 10% en ambos casos para la población general), de tal manera que la diabetes, debido a su condición crónica, puede ser considerada una de las enfermedades físicas más demandante psicológica y conductualmente. Objetivo General: Determinar la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato.						
Procedimientos:	Se aplicará un formulario de registro de datos realizado en forma ex profesa (Anexo1), en el cual se registrarán los datos socios demográficos: nombre, sexo, edad, consultorio, turno. Posteriormente se aplicará el Cuestionario de Ansiedad de Beck, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas depresión relacionados con las manifestaciones físicas de la misma, según los criterios diagnósticos del DSM-IV.						
Posibles riesgos y molestias:	Riesgo mínimo						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Este tipo de estudio permitirá realizar un estudio para profundizar sobre este tipo de trastorno mental y con esto conocer sobre sus rasgos característicos, conocer el impacto que tiene en nuestra comunidad y darle el reconocimiento que requiere para generar estrategias que identifiquen en forma oportuna este tipo de trastornos.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se proporcionaran los resultados del estudio una vez concluido a las autoridades pertinentes.						
Participación o retiro:	No aplica						
Privacidad y confidencialidad:	Los investigadores me han asegurado que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%; border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica						
Beneficios al término del estudio:	Determinar la la prevalencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 en la UMF 41 de Tarimoro, Guanajuato.						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a Investigador Responsable: Dra. Marlem Trujillo Torres Matrícula: 99115184 Adscripción: UMF 41, Tarimoro Guanajuato Teléfono: 41 014666640140							
Mayra Tanivet López Carrera. Adscripción UMF 47. Matrícula 11702125 Tel. 7163737 Ext. 31407 Dra. María del Carmen Hernández Jasso Matrícula: 99115409 Adscripción: UMF 47. Teléfono 01477 7163737 Extensión 47407 Correo Electrónico:							
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							
_____ Investigador	_____ Paciente						
_____ Testigo 1	_____ Testigo 2						
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							