

11226

194



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN MICHOACÁN  
H.G.R. No. 1 Y U.M.F. No. 80



FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2  
DEL SEXO FEMENINO

TESIS DE POSTGRADO  
PARA OBTENER EL TÍTULO EN LA  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. ERENDIRA VALLE CORTES**

ASESOR DE TESIS:

**DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO**

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

LUGAR DONDE SE LLEVARA A CABO EL ESTUDIO  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 80  
MORELIA, MICH.

2002



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.

DRA. ROSA MARIA TAPIA VILLANUEVA  
COORDINADORA DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN MEDICA

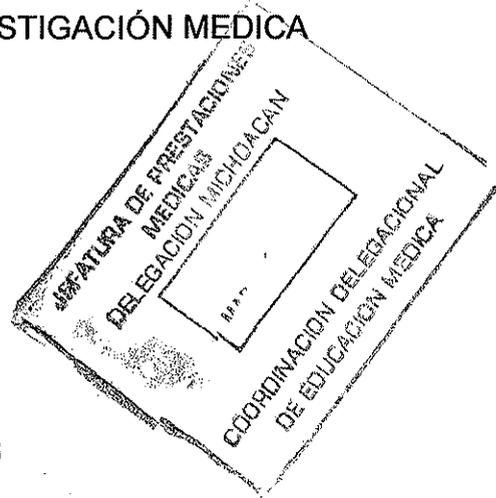
---

DR. BENIGNO FIGUEROA NÚÑEZ  
COORDINADOR DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MEDICA

---

DR. JAVIER RUIZ GARCÍA  
JEFE DE ENSEÑANZA U.M.F. NUM. 80

---



DRA. MA. DEL REFUGIO VALENCIA ORTIZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

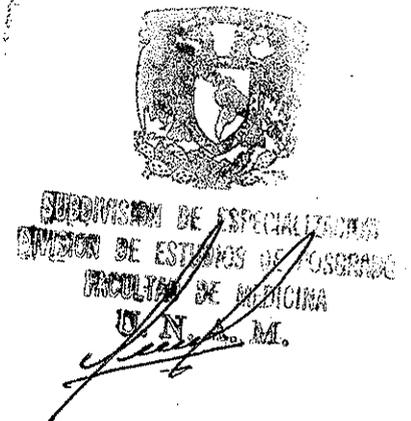
---

DR. VALENTIN ROA SÁNCHEZ.  
PROFESOR ADJUNTO DEL CURSO  
DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

---

DR. OCTAVIO CARRANZA BUCIO  
ENC. DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MEDICA  
U.M.F. NUM 75  
ASESOR DE TESIS

---



# AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme las fuerzas para realizar otra etapa de mi superación profesional.

A mi asesor de tesis al Dr. Octavio Carranza Bucio, por dedicarme horas de su valioso tiempo y compartir conmigo su experiencia profesional. Mi más sincero e infinito agradecimiento.

A todos mis maestros y compañeros que colaboraron en la realización de mi especialidad.

DRA. ERENDIRA VALLE CORTES



# DEDICATORIA

A mis padres Eugenio y Gloria, por su gran ejemplo que nos han aportado como padres, profesionistas, y por el amor, apoyo y confianza que siempre han mostrado hacia mí.

A mis hermanos Jesús, Rosy, Homero, Lorena, Jorge, Ceci, Alejandro, Gela, Eugenio, Sergio y Edgar; por sus palabras de aliento y estímulo para llegar hasta esta meta.

Al Dr. Feliciano Toledo, por su gran apoyo y cariño incondicional.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# ÍNDICE

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN.....	1
MARCO CONCEPTUAL.....	2
JUSTIFICACIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	10
OBJETIVOS.....	11
METODOLOGÍA.....	12
RESULTADOS.....	17
CUADROS Y GRAFICAS.....	20
DISCUSIÓN.....	30
CONCLUSIONES.....	31
ANEXOS.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	36

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo nos hemos propuesto conocer la frecuencia en que se asocia la diabetes mellitus tipo 2 y el síndrome depresivo en las mujeres mayores de 25 años de edad. Partimos de suponer que la diabetes por sí misma ofrece condiciones que favorecen la depresión, tales como la cronicidad del padecimiento, la evolución hacia complicaciones crónicas y el deterioro orgánico que significa el descontrol metabólico.

Por otro lado, en nuestro medio, la diabetes mellitus se asocia a condiciones sociales y económicas desfavorables; otro supuesto del que partimos busco establecer la relación entre nivel socioeconómico, escolaridad, ocupación y estado civil de las pacientes; asumiendo que a menor ingreso y mínima escolaridad la depresión se presenta con más frecuencia. Los resultados obtenidos en este sentido, corroboran nuestros supuestos.

Uno de los factores de mayor influencia en el control y evolución de la diabetes se relaciona con la dinámica familiar. En este trabajo se busco una correlación entre diabetes mellitus, depresión y alteración en la dinámica familiar, encontrando que efectivamente, una dinámica familiar alterada, valorada a través del apgar familiar se encuentra asociada a depresión clínica.

Los resultados obtenidos en este trabajo han sido validados por instrumentos de investigación psicométrica por otros investigadores, tal es el caso del test de Beck y la escala para medir Apgar familiar.

El diagnóstico de diabetes mellitus se estableció por el cuadro clínico y el laboratorio, aunque no lo establecimos nosotros, corroboramos que estuviera fundamentado en el expediente clínico.

Las conclusiones que obtuvimos, permiten definir un perfil de riesgos para las pacientes que padecen diabetes mellitus y depresión clínica. Se trata de mujeres de 45 a 64 años de edad, con 5 a 14 años de evolución del padecimiento, casadas, de escolaridad promedio menor a la primaria o analfabetas, dedicadas al hogar, con ingresos mensuales menores al salario mínimo y un apgar familiar bajo.

Esta conclusión permitirá recomendar a los administradores del proceso de atención de medicina familiar para que establezcan medidas preventivas y educativas encaminadas a limitar el daño que puede ocasionar la depresión en las pacientes diabéticas, de especial relevancia será la influencia que la depresión puede tener en el control metabólico.

# MARCO CONCEPTUAL

## DIABETES MELLITUS:

La Diabetes Mellitus, es sin duda una de las enfermedades que más afecta a la humanidad; su morbi-mortalidad es alta y generalmente, está relacionada con sus complicaciones.

Es un problema de salud que se reconoce como resultado de factores biológicos, psicológicos y culturales. La importancia de los factores emocionales en el desencadenamiento de la diabetes y sus descompensaciones ha sido comprobada. Ciertamente el estrés por sí sólo no desencadena el problema; pero si existen factores congénitos, la probabilidad de contraer el mal es muy alto, por lo tanto, la emocionalidad en los sujetos puede intensificar los estados manifiestos de la diabetes.

## DEFINICIÓN:

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas, crónicas, sistemáticas, caracterizadas por hipoglucemia, como resultado de defectos en la secreción y acción de la insulina o ambas, con alteración en el metabolismo de los carbohidratos, proteínas y lípidos y a largo plazo daño de varios órganos, especialmente ojos, riñones, nervios, corazón y vasos sanguíneos. (1)

## FACTORES DESENCADENANTES DE LA DIABETES:

Las causas que pueden desencadenar la diabetes son multifactoriales:

**Factor Hereditario:** Si ambos padres son diabéticos existe la probabilidad de un 30% para que gemelos idénticos la desarrollen. Un hijo de una persona con diabetes tipo 2, la probabilidad de que este la desarrolle es de un 25 a 30%

**Obesidad:** Este puede ser el factor de estrés desencadenante fomentando la resistencia a la insulina y por ende representar un mayor esfuerzo para el corazón.

**Edad avanzada:** Tiene mayor incidencia a partir de los 40 años, en sujetos cuya herencia está presente.

**Dieta:** Existe una estrecha relación entre la ingesta de determinada dieta y el inicio de la diabetes. Se cree que la ausencia de fibra natural en la dieta favorece la aparición de esta enfermedad.

Hormonas: La producción de hormonas está estrechamente autorregulada; a veces pueden tener lugar cambios en la cantidad producida, dichos cambios afectan el metabolismo de la glucosa en sangre.

Fármacos y Medicación: Algunos medicamentos pueden alterar los niveles de glucosa en sangre.

## CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES MELLITUS (1997) (1)

I. Diabetes tipo 1 (destrucción de la célula B, usualmente con tendencia a deficiencia absoluta de insulina).

- a) Mediada por inmunidad
- b) Idiopática.

II. Diabetes tipo 2 (puede estar en el rango predominante de resistencia a insulina, con relativa deficiencia a un defecto predominante de la secreción con resistencia a la insulina).

III. Otros tipos específicos.

- a) Defectos genéticos de la función de la célula B
- b) Defectos genéticos en la acción de la insulina
- c) Enfermedades del páncreas exocrino.
- d) Endocrinopatías.
- e) Inducida por fármacos o químicos
- f) Infecciones.
- g) Formas poco comunes de diabetes mediada inmunológicamente.
- h) Otros síndromes genéticos asociados con diabetes.

IV. Diabetes mellitus gestacional.

La diabetes mellitus, es una enfermedad compleja y multifactorial al igual que su tratamiento, los pacientes deben poner en práctica medidas dietéticas estrictas, vigilar sus concentraciones de glucosa controlar su peso, y a menudo, requieren de hipoglucemiantes orales o de insulina. Es importante instruirlos sobre diversos aspectos del tratamiento de la enfermedad. Sin embargo ésta, es también una tarea complicada que consume tiempo y que a veces resulta infructuosa, lo que ocasiona que los médicos de atención primaria se vuelvan pesimistas cuando sus esfuerzos se vuelven inútiles.

## DEPRESIÓN.

Sin duda alguna es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, sin embargo un número importante de médicos no muestra buena disposición en la atención de estos enfermos, incluso se llega a minimizar los signos y síntomas en la atención de los enfermos, quizá porque la naturaleza de la enfermedad es incierta, confusa, o bien los signos, síntomas y estudios de laboratorios o gabinete no aclaran con exactitud el cuadro clínico del paciente ansioso o deprimido. Además el paciente deprimido, con frecuencia tiende a magnificar los síntomas cuando padece conjuntamente enfermedades crónico-degenerativas, lo que condiciona mayor incapacidad física; habitualmente el enfermo tiene poco apego al tratamiento. (2)

La Depresión en sus múltiples, variados grados y facetas, es una forma de sufrimiento y de confusión frente a los eventos y vicisitudes de la vida. Como comportamiento le es común a la humanidad en todas las etapas de su historia y en lo individual, se presenta en las personas en los diferentes ciclos de su existencia, sin importar estrato sociocultural, creencia religiosa o ideología política.

Durante los períodos depresivos están presentes, como mínimo, tres de los síntomas que se describen a continuación:

1. Insomnio o hipersomnia.
2. Bajo nivel de energía o cansancio crónico.
3. Sentimientos de incapacidad, pérdida de la autoestima, autolamentaciones o desaprobación
4. Disminución de la afectividad o productividad en la escuela, trabajo o en la casa.
5. Disminución de la atención, concentración o capacidad para pensar con claridad.
6. Retraimiento social.
7. Pérdida de interés o de disfrute de las actividades placenteras.
8. Irritabilidad o cólera excesiva (expresada en los niños hacia los padres o monitores).
9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o esfuerzos.
10. Menos activo o hablador de lo habitual, o sensación de lentitud e inquietud.
11. Actitud pesimista hacia el futuro, rumiación negativa de acontecimientos pasados o sentimientos de lástima hacia uno mismo.
12. Llanto o sollozo.
13. Pensamiento repetido de muerte o suicidio
14. Ausencia de síntomas psicóticos, tales como ideas delirantes, alucinaciones, incoherencia o pérdida de la capacidad asociativa.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## APGAR FAMILIAR

Es un instrumento introducido en 1978 por Smilkestein, su propósito es el de diseñar un breve instrumento para el uso cotidiano del médico que le permita identificar la forma en que su paciente visualiza la funcionalidad de su propia familia (3,28).

Consta:

- |              |  |
|--------------|--|
| Adaptación   | =Cualidad de utilizar los recursos en función del bien común   |
| Compañerismo | =Distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas familiares.       |
| Crecimiento  | =Grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión del apoyo mutuo.                     |
| Afecto       | =Relación de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.                   |
| Resolución   | =Capacidad para resolver los problemas familiares dedicando el tiempo suficiente a cada miembro de la familia. |

# JUSTIFICACIÓN

En nuestro medio, la Diabetes Mellitus se ha colocado como una de las enfermedades con más impacto a nivel hospitalario. Ocupa los primeros lugares de atención médica. La experiencia cotidiana de la práctica médica en el sistema médico familiar del IMSS, nos muestra la poca influencia que tiene la medicina terapéutica, especialmente cuando se limitan a la prescripción de medicamentos. Lo anterior se deriva de la complejidad del padecimiento y de los múltiples factores involucrados en su fisiopatología. En general la diabetes mellitus constituye un complejo de situaciones biológicas y psico-sociales que resultan muy difícil de manejar íntegramente en la medicina de familia.

Es necesario, por lo tanto, investigar los factores condicionantes de un abordaje integral al tratamiento de la diabetes mellitus, en ello sin duda, juega un papel considerable el tipo de actividad laboral, la situación socioeconómica, la escolaridad la evolución de la enfermedad y la dinámica familiar de las pacientes.

Los modelos de atención no parecen estar incidiendo de manera efectiva en el control, en la prevención y en la limitación de los daños en razón de todo ello se justifica todo estudio que busque formas de incidir el limitar los daños y prevenir el impacto del problema en el sistema de atención.

La depresión se encuentra estrechamente relacionada con la diabetes, afectando físicamente el estado general del paciente. Estudios anteriores se ha investigado que los síntomas de depresión pueden influir en el control de la glucosa y precipitar más complicaciones de esta enfermedad, lo que revierte nuevamente en el comportamiento clínico del paciente.

Consideramos que este tipo de estudios puede aportar nuevas estrategias para mejorar la atención integral que brinda a las enfermedades con diabetes mellitus, y específicamente, mejorar la calidad de vida de las mismas, así como reducir el costo del tratamiento a nivel institucional.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

# ANTECEDENTES

El impacto de la diabetes en nuestro País, no sólo se relaciona con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los diabéticos mexicanos y las propias del sistema social y de atención a la salud en las que se desenvuelven. (4)

La diabetes mellitus afecta al paciente como unidad biosicosocial, en el que influyen factores como educación, conocimiento y aceptación de la enfermedad, repercusiones familiares y el impacto de este síndrome metabólico y sus complicaciones en una esfera poco estudiada, la psicología y la depresión (4,14)

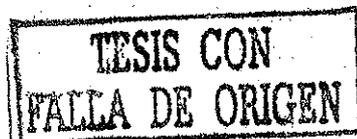
La depresión afecta a millones de seres humanos en todo el mundo, pero sólo el 50% de ellos son diagnosticados y reciben un tratamiento médico adecuado. La prevalencia de la depresión en la población general es del 17.1% sin embargo, en mujeres es del 21.3% y en el hombre del 12.7%, esto puede variar, todo depende en gran parte al tipo de instrumento o entrevista que se emplea. (5,7,20,21,23).

La depresión no es un fenómeno nuevo, ni está restringido a las sociedades industrializadas; se han encontrado piezas arqueológicas en la región mesoamericana, de culturas que existieron en el año 2000 a.C., aproximadamente, en 1521 en las que se representan varios tipos de depresión (6).

En México, como en el resto del mundo, la depresión ha sido ampliamente documentada e identificada como uno de los problemas de salud mental más graves de este siglo. Ha llegado a ser considerada como un problema de salud pública. (3,7).

Los factores de riesgo para la depresión son de naturaleza sociodemográfica, así los más importantes son: ser mujer, tener un nivel socioeconómico bajo, baja escolaridad, historia familiar de antecedentes psiquiátricos, historia personal de alteraciones en la conducta, humor en temprana edad reproductiva, abuso sexual durante la infancia, uso de anticonceptivos orales. (5,7,8,9,10).

Investigadores consideran que es probable que las hormonas sexuales femeninas no precipiten los síntomas de depresión que parecen estar relacionados con el ciclo reproductivo debido a que de ser así, casi todas las mujeres estarían afectadas. En vez de ello, es posible que los procesos cíclicos de las hormonas en el transcurso del tiempo contribuyan a desencadenar o a exacerbar los síntomas de las mujeres que ya son susceptibles desde el punto de vista genético. (10)



Otros factores de riesgo de depresión en la mujer es la ausencia de un confidente, la escolaridad baja (por debajo de la educación secundaria), y que sus circunstancias y comportamientos hacen poco probable que reciban atención médica adecuada. El hecho de tener niños pequeños en casa, no trabajar fuera de casa, una vida conyugal inestable. El trabajo fuera del hogar, protege a algunas mujeres de la depresión, pero sólo si le proporciona a la mujer un buen apoyo social. (10)

En el seguimiento de un estudio realizado por Lara y Acevedo en 1994, sobre la salud emocional y la mujer empleada, en el que se encontró una elevada presencia de síntomas depresivos; el 77%, se había sentido deprimida alguna vez, y sólo el 37% había solicitado ayuda, en una muestra de 48 mujeres empleadas. (11)

Otro Estudio realizado en hospitales de tercer nivel de atención del sur de la ciudad de México, se estudio las diferencias en salud emocional, medición de depresión, somatización de tensiones ocupacionales maternas y de pareja, conflicto de roles, ideologías concluyendo en el estudio que las madres empleadas fuera del hogar tienen mejores niveles de salud mental. (12)

El trabajo femenino está matizado por un acumulo de tensiones físicas y emocionales, ligando por un lado a la crisis económica de la última década y a condiciones laborales inadecuadas. Las mujeres que se dedican sólo al hogar experimentan tensión y estrés, debido a que el rol de amas de casa es deestructurado e invisible, demandan de ellas tareas aburridas, repetitivas que requieren de poca habilidad, proporciona poco prestigio y la confina a una situación de aislamiento. (12)

Se realizó un estudio en el Centro Médico Nacional y en otros hospitales, con una muestra de 79 pacientes diabéticos tipo 2, encontrándose una frecuencia de depresión de un 46% y los factores asociados a su presencia fueron género y tiempo de evolución. (13).

Otro estudio más se realizó en el Hospital General de Tacuba, del ISSSTE. Se incluyeron a 60 pacientes diabéticos tipo 2, encontrándose una incidencia de depresión del 76.6%, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino, debido a que estadísticamente la mujer se encuentra más afectada por trastornos emocionales, estas sufren con más frecuencia las complicaciones tardías de la diabetes mellitus. (14)

El paciente que presenta alteraciones emocionales, y que no ha sido detectado o tratado adecuadamente hace un mayor uso de servicios, por lo que, es necesario que sean identificados lo más pronto posible. Los costos promedio del manejo de un caso de depresión fue de aproximadamente \$ 1,292.00 en 1994. Es la alteración emocional de mayor demanda en el IMSS, SSA e ISSSTE. (9,17,18,22).

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

El primer objetivo al evaluar al paciente deprimido es lograr una identificación correcta del padecimiento. Esto no es siempre sencillo, ya que muchos de los síntomas tienen un carácter subjetivo, además de que en ocasiones se presentan de manera enmascarada, a través de manifestaciones de tipo corporal, y una vez que se descarta su causa física, se determina su origen depresivo. (27).

La clinimetría es un campo de la clínica médica que se encarga de lograr estos objetivos por medio de instrumentos de aplicación, que pueden determinar la presencia del padecimiento depresivo. Estos pueden dividirse en cuestionarios, entrevistas estructuradas o semiestructuradas, en escalas las cuales pueden ser aplicadas por alguien que haya sido entrenado para su uso, o bien puede proporcionársele al mismo paciente para que lo conteste por medio de un proceso de autoaplicación. (25,27).

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

A partir del marco conceptual y los antecedentes anteriormente expuestos, nos preguntamos ¿Cuál es la relación que existe entre la diabetes mellitus tipo 2 y la depresión clínica en mujeres mayores de 25 años de edad, que presentan como condicionantes los siguientes factores de riesgo: baja escolaridad, ama de casa, pareja marital desintegrada y nivel socioeconómico bajo?

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# OBJETIVOS

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión en mujeres diabéticas tipo 2

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la frecuencia en que se asocia la diabetes mellitus tipo 2 en mujeres mayores de 25 años de edad con depresión clínica.
2. Determinar la asociación entre mujeres mayores de 25 años de edad con diabetes mellitus, tipo de actividad laboral y depresión.
3. Evaluar la relación que tiene el grado de escolaridad de mujeres diabéticas tipo 2 mayores de 25 años con depresión clínica.
4. Establecer la relación entre el estado civil de las mujeres diabéticas tipo 2 mayores de 25 años con depresión clínica.
5. Determinar el nivel socioeconómico de mujeres diabéticas tipo 2 mayores de 25 años de edad con depresión clínica.
6. Analizar la relación de la evolución de la diabetes mellitus tipo 2 en mujeres mayores de 25 años con depresión clínica.

# METODOLOGÍA

## ESCENARIO

El presente estudio lo realizamos con pacientes del sexo femenino mayores de 25 años de edad, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la Consulta Externa de Medicina Familiar Número 80 de la ciudad de Morelia, Mich.

## DISEÑO

Se trata de un estudio descriptivo, transversal y prospectivo.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Personas del sexo femenino mayores de 25 años de edad.
2. Con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de más de un año de evolución.
3. Pacientes diabéticas tipo 2 adscritas a la Unidad de Medicina Familiar Número 80.
4. Pacientes diabéticas tipo 2 que no presenten complicaciones agudas de la propia enfermedad.
5. Pacientes diabéticas tipo 2 que acepten participar en el estudio bajo consentimiento informado.

## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Que sean pacientes diabéticas tipo 2 menores de 25 años de edad.
2. Pacientes diabéticas residentes de zonas rurales.
3. Pacientes diabéticas tipo 2 que toman o se inyectan anticonceptivos hormonales.
4. Pacientes diabéticas distinta a la tipo 2.
5. Pacientes diabéticas embarazadas.
6. Pacientes diabéticas con alteraciones tiroideas.
7. Que por razones del padecimiento que tengan, estén ingiriendo antidepresivos.

## CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Pacientes seleccionadas que no acepten participar en el estudio.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la determinación de la muestra se consideró la fórmula para estimación de proporciones en grupos únicos, considerando un intervalo de confianza de 95% y error estándar de 0.01, de acuerdo con ello se calculó una muestra de nivel de confianza de 95%

Muestra; 95 pacientes

## DEFINICIÓN DE VARIABLES

### VARIABLE INDEPENDIENTE

Mujeres mayores de 25 años de edad con diabetes mellitus tipo 2.

### VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión clínica, de acuerdo a la puntuación obtenida de la escala de Beck.

## MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se seleccionaron a las pacientes diabéticas tipo 2 de la Consulta Externa de ambos turnos de la Unidad de Medicina Familiar número 80 de la ciudad de Morelia, Mich., bajo los criterios de inclusión y exclusión ya señalados. Nos entrevistamos directamente con ella y previa aceptación de participar en el estudio, tuvimos la precaución de crear un ambiente cálido y de confianza entre el investigador y las pacientes elegidas. Se solicitó los expedientes clínicos de cada una de las participantes a fin de registrar tiempo de evolución de la enfermedad.

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

Cuestionario de identificación: Contiene preguntas sobre datos generales de las personas participantes (edad, ocupación, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico, actividades de recreación, tiempo de evolución de diabetes mellitus, además de la valoración del Apgar familiar, con respuestas de sí y no según la funcionalidad familiar. (anexo 1)

Inventario de depresión de Beck, el cual identifica y mide la gravedad de los síntomas relacionados con la depresión, consta de un total de 21 reactivos, que mide aspectos afectivos, cognitivos y síntomas de depresión. La puntuación global tuvo una amplitud de 0 a 63 puntos. Los aspectos que mide la escala de Beck son:

- 1) Tristeza
- 2) Pesimismo
- 3) Percepción de fracaso
- 4) Insatisfacción
- 5) Sensación de culpa
- 6) Sensación de castigo
- 7) Autoestima
- 8) Autocrítica
- 9) Ideación suicida
- 10) Tendencia a llorar
- 11) Irritabilidad
- 12) Aislamiento
- 13) Indecisión
- 14) Interés por las cosas
- 15) Esfuerzo para hacer las cosas
- 16) Dificultad para dormir
- 17) Sensación de cansancio
- 18) Pérdida del apetito
- 19) Pérdida de peso
- 20) Interés por la salud y
- 21) Disminución de la libido.

Las puntuaciones por encima de 19 puntos reflejan depresión clínica, las puntuaciones por arriba de 24 puntos indican necesidad de tratamiento médico (anexo 2)

Hoja de concentración de datos.

## ANÁLISIS DE DATOS

La fuente de recolección de datos ha sido de tipo directa, es decir que la información se ha obtenido directamente de los sujetos motivo de estudio. Captándose y validándose la información en sistema de cómputo.

Se utilizó estadística descriptiva.

## ASPECTOS ÉTICOS

Se dio información verbal a las pacientes seleccionadas para el estudio, aceptando de conformidad participar en el mismo. La información proporcionada de la encuesta se manejó bajo la más estricta confidencialidad al igual que todo expediente clínico.

## RECURSOS

**HUMANOS:** Un Residente de medicina familiar

Un médico de medicina familiar como asesor del estudio.

**FISICOS:** Fotocopias de los instrumentos aplicados  
Lápices, hojas.  
Expediente clínico  
Calculadora  
Equipo de cómputo

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>FECHA DE CUMPLIMIENTO</b>
Planeación y Diseño	Septiembre-Octubre 1999
Autorización Comité de Investigación	Noviembre 1999
Recolección de Información	Noviembre-Diciembre 1999
Análisis de Resultados	Enero 2000
Envío a Publicación.	Marzo 2000

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

# RESULTADOS

El cuadro número 1 muestra las características generales de pacientes diabéticas tipo 2 estudiadas, establece que el grupo de edad más frecuente fue entre 45 a 75 años de edad con una medida de 15.8 y una desviación estándar (DS) 13.2

En cuanto al nivel de educación recibida, el 23.2% son analfabetas, 32.7% tienen primaria incompleta, 31.6% primaria completa y 7.4 son profesionistas.

El 71.6% de las pacientes estudiadas correspondía a mujeres casadas, sólo el 16.9% viudas, y 7.3% permanecían solteras.

En cuanto a la actividad laboral de las pacientes estudiadas se encontró que el 86.3% son amas de casa, 8.4% son empleadas, 2.1% se dedican al comercio y 3.2% son pensionadas.

El tiempo de evolución de la diabetes mellitus tipo 2 en las pacientes estudiadas encontramos que el 66.4% tenían de 1 a 10 años, 26.3% de 11 a 20 años, 6.3% de 21 a 30 años y más de 30 años de evolución el 1%.

En cuanto a la percepción económica mensual que reciben las familiar de estas pacientes encontramos que el 42.1% reciben de 10 a 29 salarios mínimos por mes, 30.5% de 30 a 49 salarios, 7.4% de 70 a 89 salarios y sólo el 6.4% reciben más de 100 salarios mínimos mensuales.

Se señala que sólo el 46.3% realiza una actividad física o de recreación. El 36.8% asisten al club de diabéticos del Instituto.

La gráfica número 1, representa la frecuencia de depresión clínica en pacientes diabéticas, como puede observarse, el 34.7% presentan el cuadro. Este porcentaje es congruente con los reportes de la literatura revisada. La calificación promedio de la escala de Beck en el grupo donde se identificó depresión fue de 29.9 puntos DS 8.64 .

En la gráfica número 2, como puede observarse, el fenómeno se incrementa a partir de los 45 hasta los 64 años de edad, en que empieza a declinar.

Este hallazgo nos sorprende, pues como también se observa la diabetes mellitus es más frecuente en estas edades; pero un factor adicional a lo anterior, posiblemente esté relacionado con la presencia de la menopausia y el deterioro hormonal que sufren las pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

En la gráfica número 3, un objetivo específico de este trabajo buscó establecer la relación entre el grado de escolaridad de la paciente diabética mayor de 25 años de edad y la frecuencia de depresión. Esta gráfica corrobora la hipótesis teórica en el sentido de que a menor escolaridad es mayor la frecuencia de estados depresivos; la explicación que se puede aventurar al respecto, es que la escolaridad permitiría un manejo mental y psicosocial más adecuado del estado depresivo por la propia paciente.

Otro objetivo de esta investigación, fue buscar una correlación positiva entre el estado civil de la paciente diabética tipo 2 y la depresión. En la gráfica número 4, se ilustra los resultados y sorprende que el 72.7% de los casos estudiados corresponde a mujeres casadas. Es evidente que la gran mayoría de las mujeres diabéticas estudiadas tienen como estado civil el ser casadas y ello produce un sesgo en la frecuencia, sin embargo habría que profundizar en los factores de la pareja casada que influyen en una mayor incidencia de depresión.

En la gráfica número 5, se muestran los datos de otro objetivo que se buscó en nuestro estudio, y es suponer que existe una correlación positiva entre el desempeñarse como ama de casa y la depresión; como se puede observar el 90.9% de las diabéticas estudiadas que presentan depresión se desempeñan en esta actividad laboral.

Otro propósito que nos planteamos en este estudio, fue corroborar la relación entre percepción económica de la familia y depresión. En la gráfica 6 se evidencia que a menor ingreso económico mayor incidencia de depresión.

En la gráfica número 7, muestra los datos que relaciona el tiempo de la evolución de la diabetes mellitus y la frecuencia de depresión, resulta interesante observar que la depresión se va incrementando desde el primer año y tiene su pico mayor entre los 11-15 años de evolución posterior a los cuales empieza a descender sin desaparecer. Se puede colegir que la cronicidad del padecimiento y la presencia de complicaciones crónicas son los principales factores que inducen cuadros depresivos.

El cuadro número 2, presenta el resultado de la aplicación del Apgar familiar a las pacientes diabéticas tipo 2 que presentan depresión de acuerdo con ello, el 45% de las pacientes presentan familiar con trastornos de adaptación, 51% dificultades en la convivencialidad o compañerismo intrafamiliar, en la misma proporción se encuentra el crecimiento humano, el afecto se encuentra alterado en el 39.4% y la capacidad para afrontar las situaciones de crisis está alterada en el 36.4%

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

De los datos anteriores se puede obtener la siguiente síntesis que perfila los factores de riesgo de la familia diabética. Se trata de mujeres de 45 a 64 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, con 5-14 años de evolución del padecimiento, casadas, de escolaridad promedio menor a la primaria o analfabetas, dedicadas al hogar, con ingresos mensuales menores al salario mínimo y con apgar familiar bajo.

A lo anterior hay que agregar los datos que aporta el inventario de Beck en relación a la gravedad del cuadro clínico, y la necesidad de brindar apoyo terapéutico, los datos se encuentran en el cuadro 3, donde el 69.6% de los casos detectados de depresión requieren tratamiento médico. (gráfica 8)

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

CUADRO No. 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA DE PACIENTES  
DIABÉTICAS TIPO 2

	N	%		N	%
<b>EDAD</b>	$\bar{X}$ 15.8	DS 13.2	<b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN</b>	$\bar{X}$ 23.7	
25-34	0	0	1-10 AÑOS	63	66.4
35-44	3	3.2	11-20 AÑOS	25	26.3
45-54	28	29.4	21-30 AÑOS	6	6.3
55-64	35	36.8	+ DE 30 AÑOS	1	1.0
65-74	22	23.2			
74 Y más	7	7.4			
<b>ESCOLARIDAD</b>	$\bar{X}$ 13.5	DS 12.6	<b>PERCEPCION ECONOMICA</b>	$\bar{X}$ 13.5	DS 12.6
ANALFABETA	22	23.2	10-29	40	42.1
PRIMARIA INC.	31	32.7	30-49	29	30.5
PRIMARIA CO.	30	31.6	50-69	13	13.6
SEC. INC.	3	3.1	70-89	7	7.4
SEC. COMP.	1	1	90-109	2	2.1
PREP. INC.	1	1	110-129	0	0
PREP. COMP.	1	1	130-149	2	2.1
PROFESIONAL	7	7.4	150-169	1	1.1
			+ de 179	1	1.1
<b>ESTADO CIVIL</b>	$\bar{X}$ 19		<b>ACTIVIDADES RECREATIVAS</b>	N	%
SOLTERA	7	7.3	SI	44	46.3
CASADA	68	71.6	NO	51	53.7
DIVORCIADA	2	2.1			
UNION LIBRE	2	2.1			
VIUDA	16	16.9			
<b>OCUPACIÓN</b>	N	%	<b>ASISTEN AL CLUB DE DIABÉTICOS</b>	N	%
EMPLEADA	8	8.4	SI	35	36.8
AMA DE CASA	82	86.3	NO	60	62.2
COMERCIO	2	2.1			
JUBILADA	3	3.2			

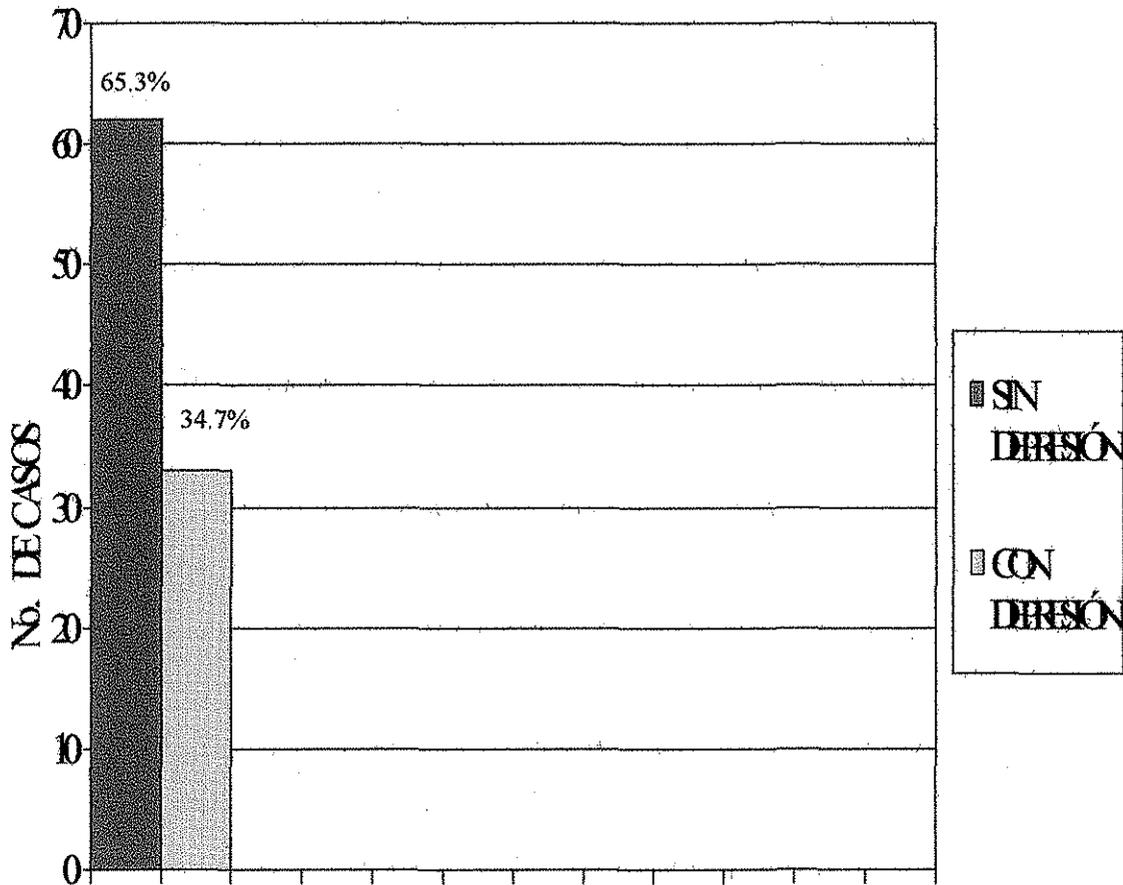
FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80. MORELIA, MICH.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

20

GRAFICA No. 1

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN CLÍNICA EN MUJERES DIABÉTICAS



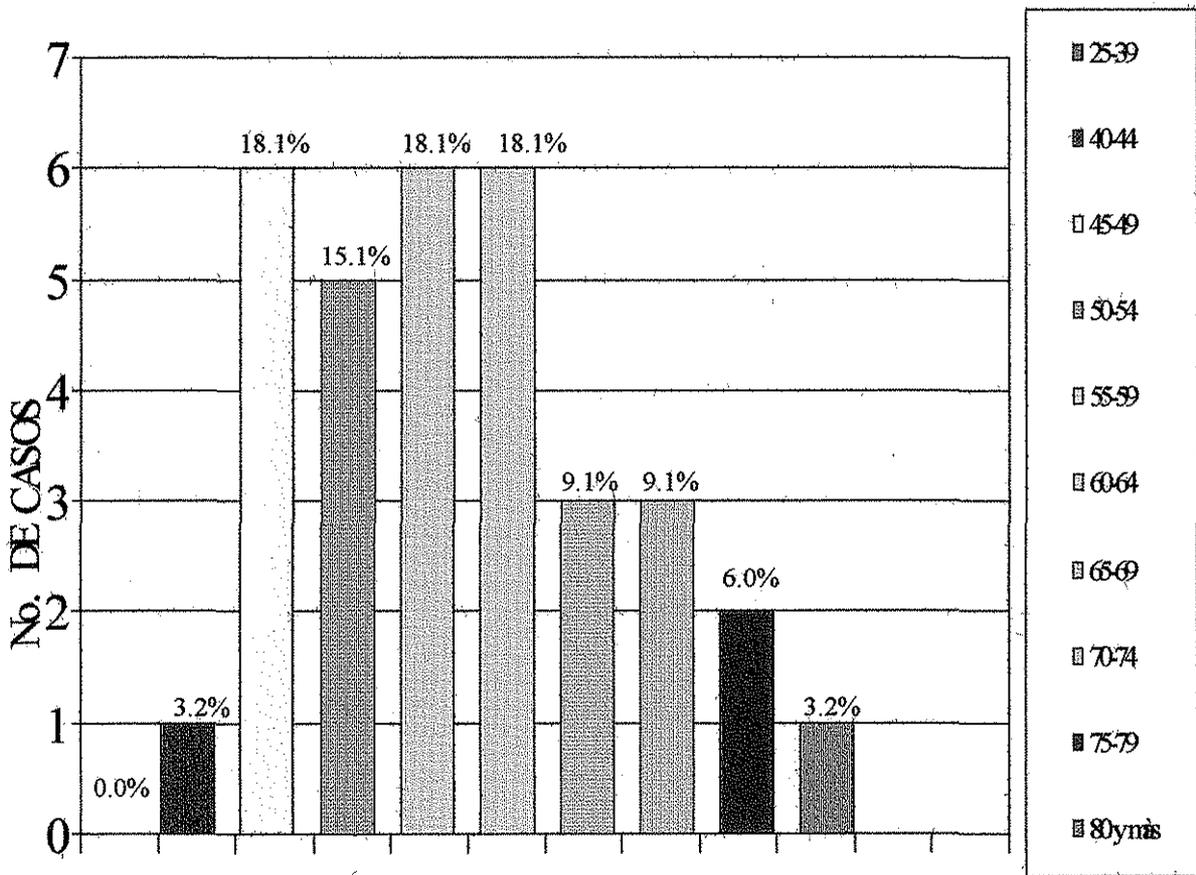
DEPRESIÓN CLÍNICA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

GRAFICA No. 2

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2  
POR GRUPOS DE EDAD



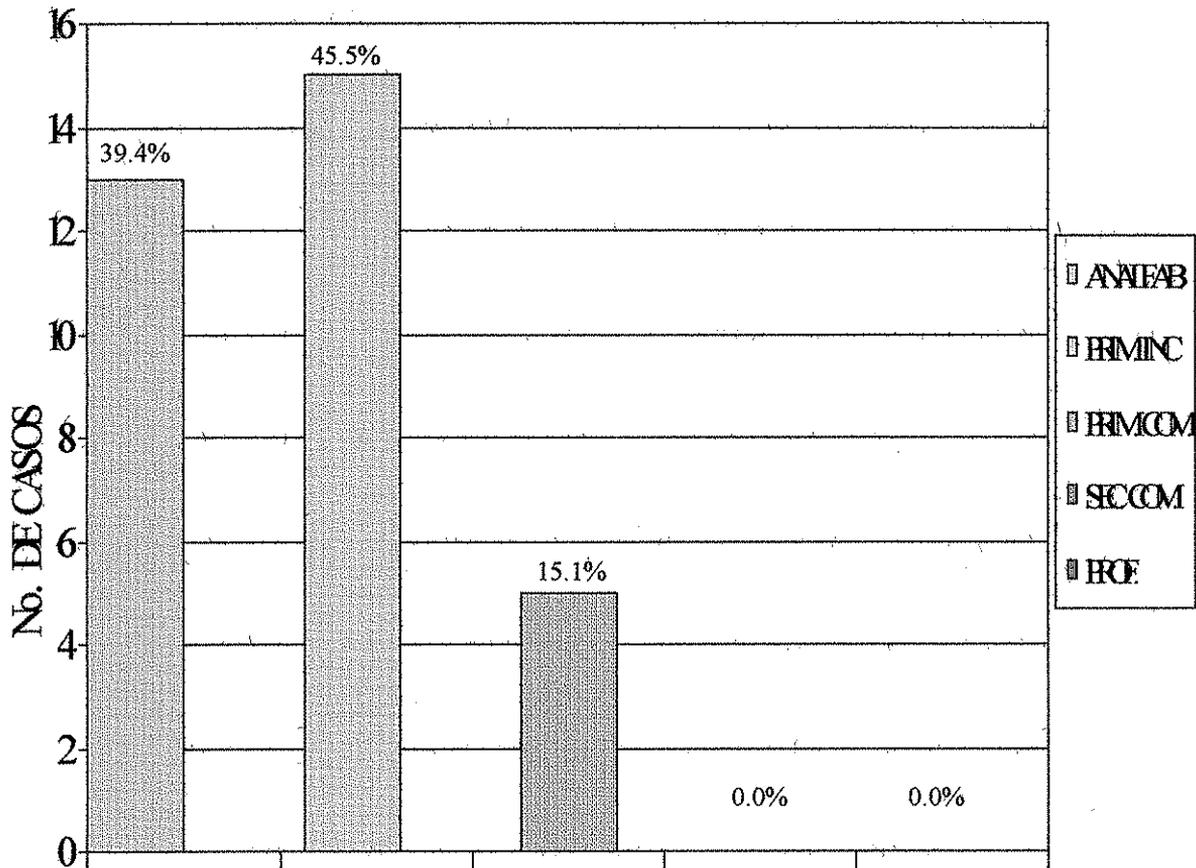
EDAD

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

GRAFICA No. 3

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2  
POR GRADO DE ESCOLARIDAD

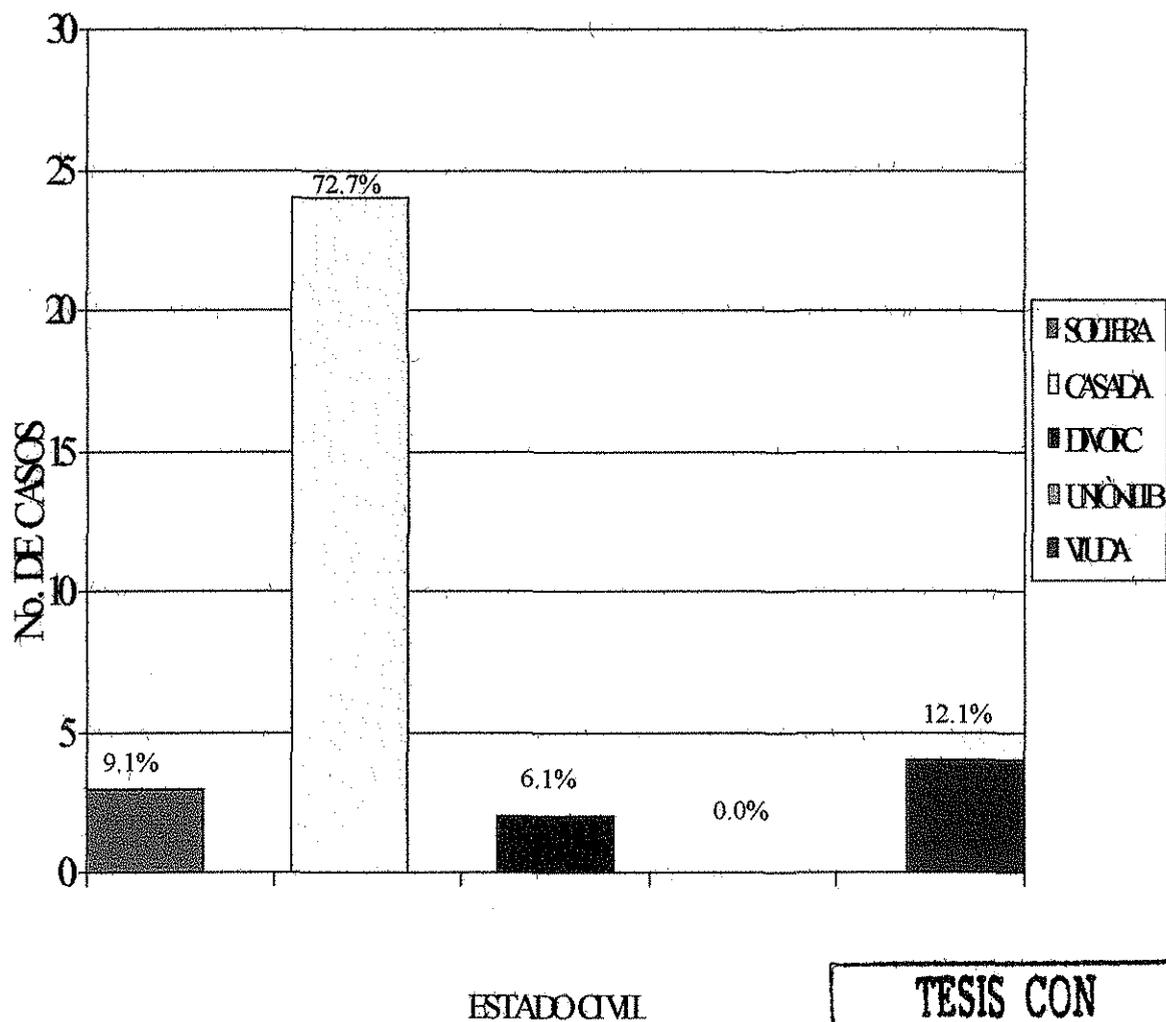


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

GRAFICA No. 4

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2  
EN RELACIÓN A SU ESTADO CIVIL

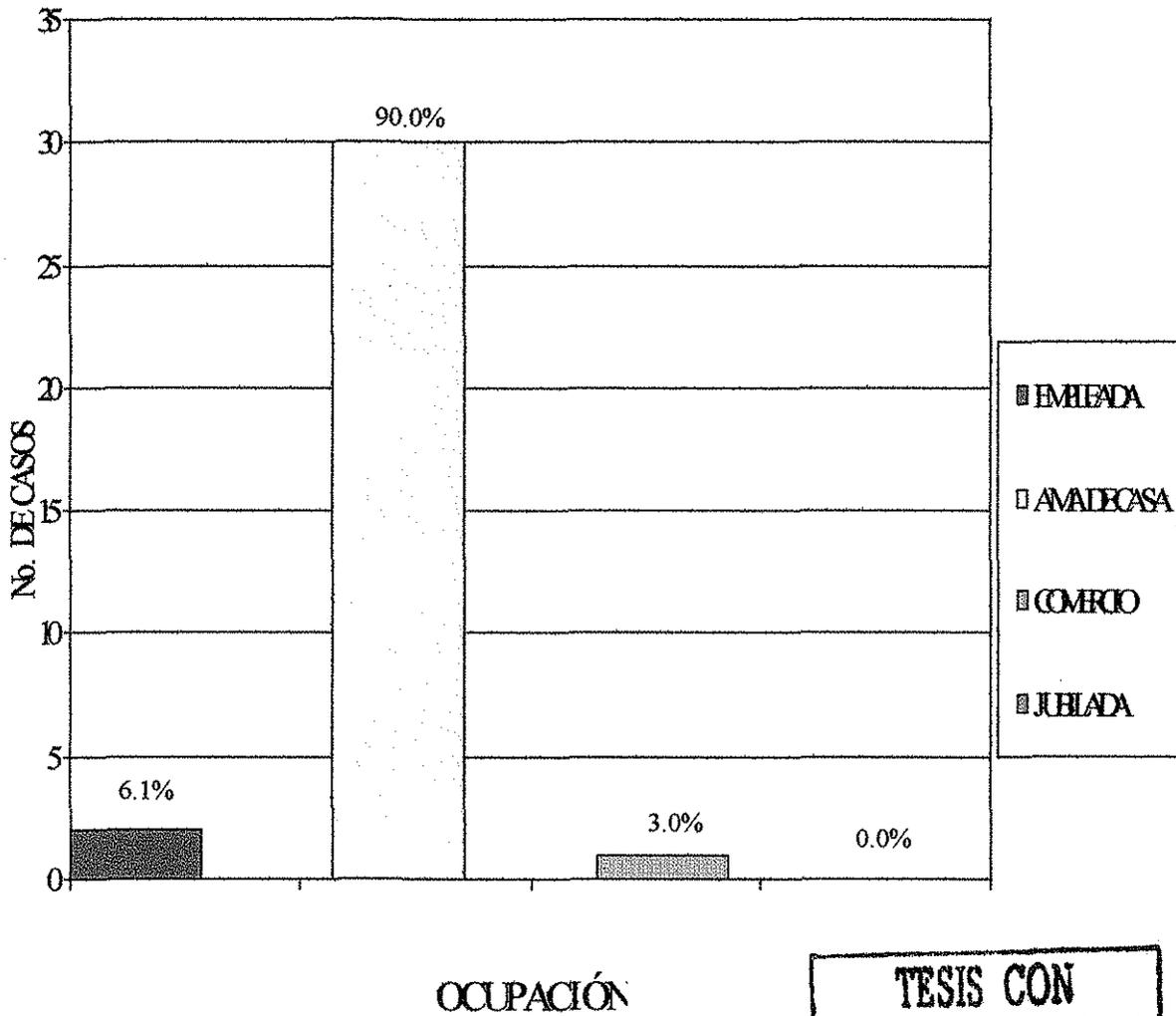


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

GRAFICA No. 5

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2  
EN RELACIÓN A LA OCUPACIÓN

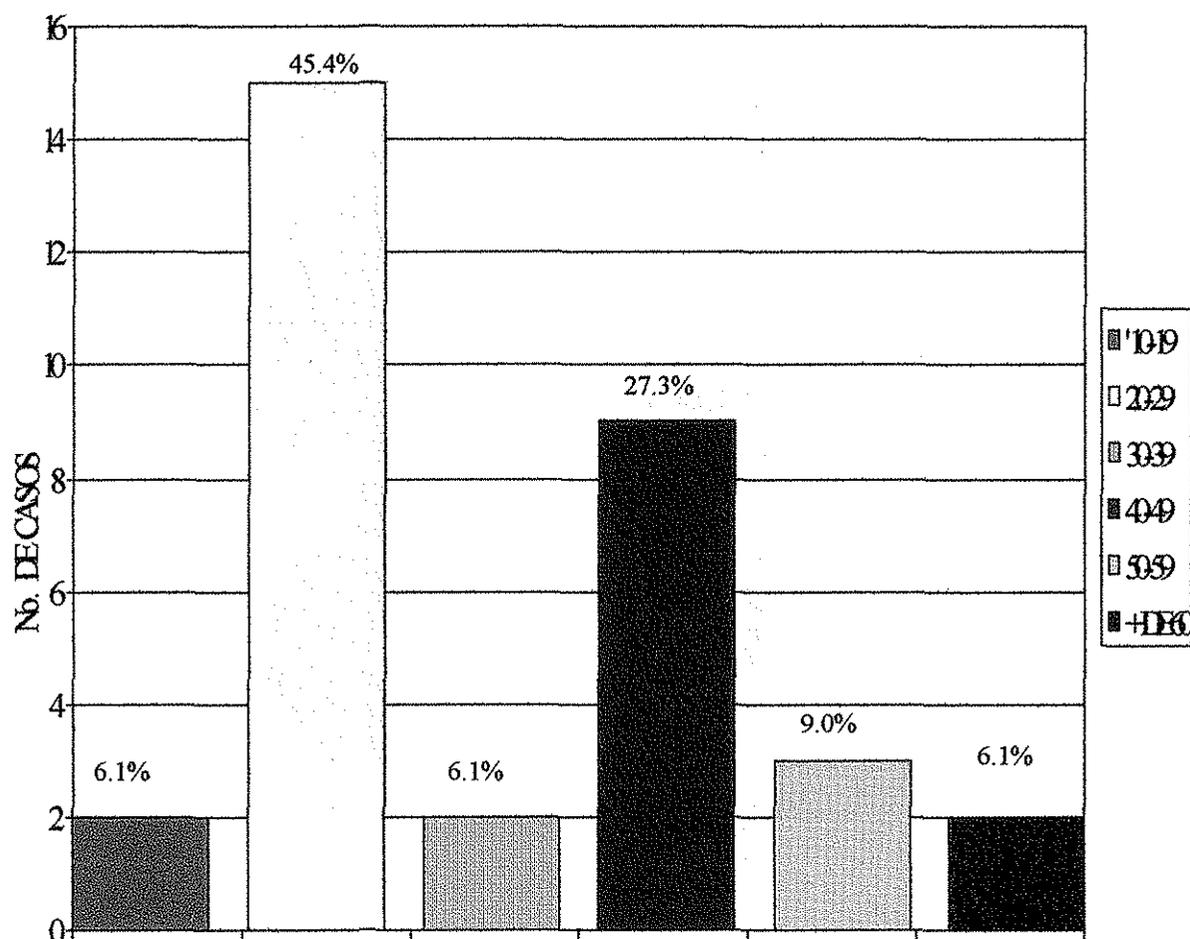


TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

GRAFICA No. 6

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2 EN RELACIÓN A LA PERCEPCIÓN ECONOMICA MENSUAL



SALARIOS MINIMOS

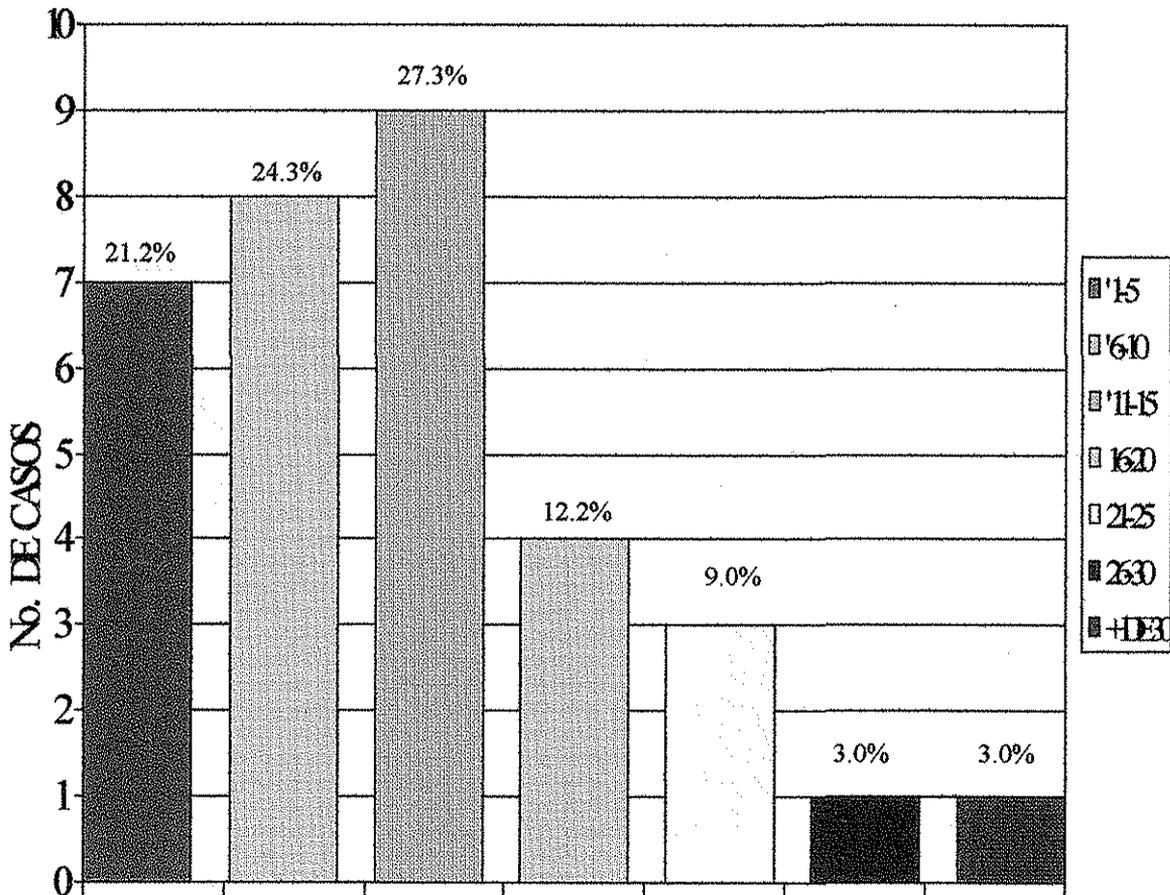
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80

MORELIA, MICH.

GRAFICA No. 7

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICAS TIPO 2  
EN RELACIÓN AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN



AÑOS DE EVOLUCIÓN

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FUENTES: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

CUADRO No. 2

CLASIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR EN PACIENTES  
DIABÉTICAS CON DEPRESIÓN CLÍNICA

	ADAPTACIÓN	COMPAÑERISMO	CRECIMIENTO	AFECTO	RESOLUCIÓN
SI	18	16	16	20	21
%	54.5	48.5	48.5	60.6	63.6
NO	15	17	17	13	12
%	45.5	51.5	51.5	39.4	36.4

+ 5 PUNTOS	16	48.5 %
- 5 PUNTOS	17	51.5 %

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

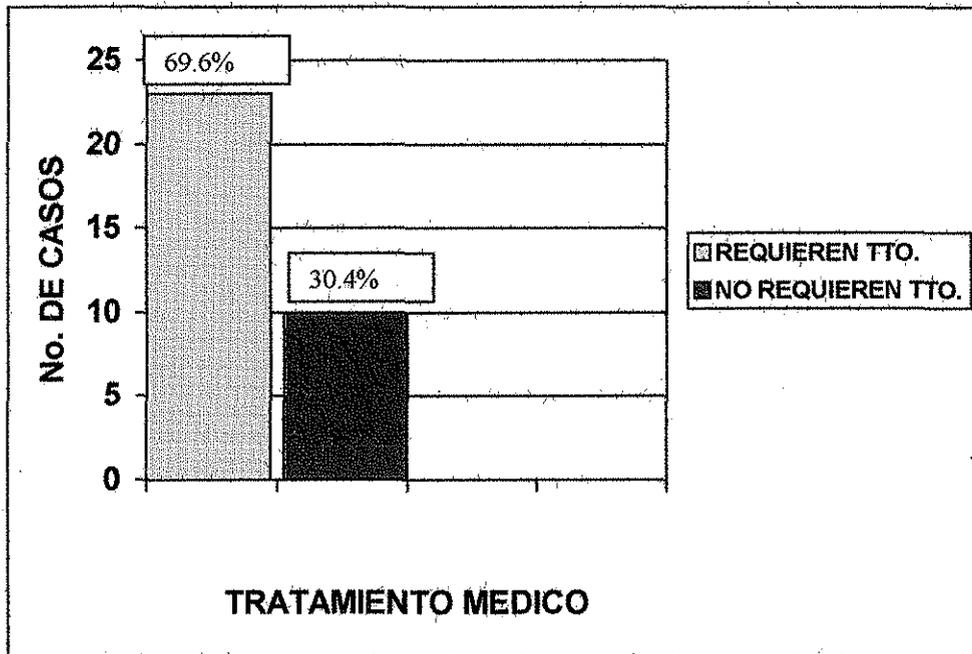
FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80  
MORELIA, MICH.

CUADRO No. 3

PACIENTES DIABÉTICAS QUE REQUIEREN TRATAMIENTO MÉDICO

PACIENTES DIABÉTICAS DEPRIMIDAS QUE	N	%
REQUIEREN TRATAMIENTO MÉDICO	23	69.6
NO REQUIEREN TRATAMIENTO MÉDICO	10	30.4

GRAFICA No. 8



FUENTE: ESTUDIO REALIZADO EN LA U.M.F. No. 80.  
MORELIA, MICH.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

2ª

# DISCUSIÓN

La diabetes mellitus es sin lugar a dudas uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. El volumen de investigación que se publica cotidianamente en la literatura médica resulta asombroso y empieza a rebasar la capacidad de asimilación aún de los especialistas en el tema. Los resultados obtenidos en nuestro trabajo dejan claro cuáles son las condiciones socioeconómicas y psicoafectivas que se ligan a la diabetes mellitus tipo 2 con depresión. Sin embargo, dado que este trabajo se queda en los aspectos descriptivos del fenómeno, deja abiertos los campos de investigación para determinar el grado de asociación estadística entre ambas patologías y especialmente la determinación de la influencia que tiene la depresión en el control metabólico de la diabetes.

Nuestras conclusiones son aportativas de la definición del perfil epidemiológico de la depresión asociada a diabetes. Dejamos para investigaciones futuras la relación de causa-efecto entre estado civil y dinámica familiar con depresión clínica tanto en mujeres diabéticas como en las que no lo son; en este sentido, nos atrevemos a sugerir la hipótesis de que es la alteración de la dinámica familiar la que ocasiona la depresión y no tanto la condición del estado civil de las pacientes.

## **CONCLUSIONES**

1. La diabetes mellitus y la depresión se encuentra asociadas y favorecidas por alteraciones de la dinámica familiar.
2. Las condiciones socioeconómicas desfavorables, la baja escolaridad y la rutina de las actividades domésticas favorecen la frecuencia de la depresión en las mujeres diabéticas.
3. Hay una correlación positiva entre el apgar familiar bajo y la depresión clínica en mujeres diabéticas.
4. Todo lo anterior establece el perfil de riesgo para la depresión en mujeres diabéticas.
5. Se requiere que el sistema médico familiar incremente medidas preventivas y educativas para atender este problema de salud.

Fecha: \_\_\_\_\_

## 1. Datos personales:

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Percepción económica mensual: \_\_\_\_\_

Actividades de recreación: \_\_\_\_\_

Tiempo de Evolución de su diabetes Mellitus: \_\_\_\_\_

2. ¿Qué tan interesada está usted en su ocupación o trabajo? \_\_\_\_\_

3. ¿Cómo considera usted la calidad de las relaciones con su familia? \_\_\_\_\_

4. Fuera de su familia, ¿Qué tanto se relaciona con otras personas? \_\_\_\_\_

5. ¿Qué tan a menudo las personas de su círculo social buscan ponerse en contacto con usted.? \_\_\_\_\_

Apgar familiar: Sí ó No

Adaptación: Existe o no la cualidad de utilizar los recursos en función del bien común.

Compañerismo: Distribución equitativa de responsabilidades compartiendo de manera solidaria los problemas familiares.

Crecimiento: Grado de crecimiento humano en los miembros de la familia como expresión del apoyo mutuo.

Afecto: Relación de cuidado y cariño que deben existir entre los diferentes miembros de la familia.

Resolución: Capacidad para resolver los problemas familiares dedicando el tiempo suficiente a cada miembro de la familia.

## ANEXO 2

### INVENTARIO DE BECK

Nombre: \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la última semana, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable en su caso, márquela también.

Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de hacer la elección.

1. 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste  
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo  
3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo
2. 0 No me siento especialmente desanimada de cara al futuro.  
1 Me siento especialmente desanimado de cara al futuro.  
2 Siento que no hay nada por lo que luchar.  
3 El futuro es desesperanzador y las cosas no mejora.
3. 0 No me siento como un fracasado  
1 He fracasado más que la mayoría de las personas  
2 Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.  
3 Soy un fracaso total como persona
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes  
1 No disfruto de las cosas como antes.  
2 Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.  
3 Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo
5. 0 No me siento especialmente culpable  
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones  
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones  
3 Me siento culpable constantemente
6. 0 No creo que esté siendo castigado.  
1 Siento que quizá esté siendo castigado.  
2 Espero ser castigado  
3 Siento que estoy siendo castigado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

7. 0 No estoy descontento de mí mismo  
1 Estoy descontento de mí mismo  
2 Estoy a disgusto conmigo mismo.  
3 Me detesto
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.  
1 Me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.  
2 Continuamente me culpo por mis faltas  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio  
1 A veces, pienso en suicidarme, pero no lo haré  
2 Desearía poner fin a mi vida.  
3 Me suicidaría si tuviese oportunidad
10. 0 No lloro más de lo normal  
1 Ahora lloro más que antes  
2 Lloro continuamente  
3 No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga
11. 0 No estoy especialmente irritado.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritado continuamente  
3 Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban
12. 0 No he perdido el interés por los demás.  
1 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes  
3 Me es imposible tomar decisiones
13. 0 Tomo mis propias decisiones igual que antes  
1 Evito tomar decisiones más que antes  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes  
3 Me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes  
1 Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.  
2 Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo  
2 Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo  
3 Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

16. 0 Duermo tan bien como antes  
 1 No duermo tan bien como antes  
 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir.  
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansado de lo normal  
 1 Me canso más que antes  
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa  
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.  
 1 No tengo tan buen apetito como antes  
 2 Ahora tengo mucho menos apetito  
 3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 No he perdido peso últimamente  
 1 He perdido más de dos kilos.  
 2 He perdido más de cuatro kilos  
 3 He perdido más de siete kilos.
20. 0 No estoy preocupado por mi salud.  
 1 Me preocupan los problemas físicos: dolores, malestar de estómago, catarros, etc.  
 2 Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.  
 3 Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.
21. 0 No he observado ningún interés por el sexo  
 1 La relación sexual me atrae menos que antes  
 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes  
 3 He perdido totalmente el interés sexual

Estoy tratando intencionalmente de perder peso comiendo menos: Sí... <input type="checkbox"/> No... <input type="checkbox"/>
---

Suma total Puntuaciones	<input type="text"/>
-------------------------	----------------------

**TESIS CON FALLA DE ORIGEN**

# BIBLIOGRAFÍA

- 1 González D. Diagnóstico, clasificación y etiopatogenia de la diabetes mellitus. Diabetes y otras complicaciones Fascículo 1 1998 2-7
- 2 Juárez R, Depresión. El Internista 1997 la Edición Mc Graw Hill 779-785
- 3 Irigoyen A. Gómez F. Jaime H. Et al. Estudio de la interacción familiar 1998. 5ª. Ed. Internacional: 123-124
- 4 Lifshitz A, Arreola F. Fiorelli S. Et al. A propósito de la Diabetes en México, Rev. Med IMSS (Mex) 1996, 34 (5), 343-344.
- 5 Heinze G. La depresión en la práctica diaria. Gac Med Mex 132 (4): 443-446
- 6 De la fuente Jr. Atypical Depression: diagnosis and therapeutic issues. Eur Psychiatry 1993; 8 (5); 63'64
- 7 Salgado de snyder JN, Maldonado MA. Características psicometricas de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en mujeres mexicanas adultas de áreas rurales. Salud Pub Mex 1994; 36(2): 200-209.
- 8 Subhash C. Bhatia MD, Shashi K, et al. Depresión in Women: Diagnostic and Treatmen considerations. Am Fam Physician 1999 60(1): 225-235
- 9 Wagner FA, Gallo J, Delva J. Depression in late life: A hiddde public health problem for México?. Salud Pub Mex 1999; 41 (3): 189-202
- 10 Endicott J, Weissman M, Yonkers KA. ¿Por qué es distinta la depresión en las mujeres? Atención Médica 1997; Feb: 29-38
- 11 Lara MA, Medina M, Acevedo M, et al. Utilización de servicios para problemas de salud mental en población femenina: tres estudios. Salud Mental 1996; 19 (2): 42-49.
- 12 Lara MA, Acevedo M. Fernández M, et al. La salud emocional y las tensiones asociadas con los papeles de género en las madres que trabajan y en las que no trabajan. Salud Mental 1993; 16 (2) 13-21.
- 13 Garduño J, Téllez JF, Hernández L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Invest Clin 1998 50 (4) : 287-291.
- 14 Jiménez ER, García LA, López J, et al. Depresión en el paciente diabético hospitalizado en un servicio de medicina interna. Med. Int Mex 1999; 15 (1): 11-15.



- 15 Patrón MC. Detección de la depresión en una población de pacientes con diabetes mellitus tipo II no insulino dependientes. Tesis de Psicología 1999.
- 16 Del campo AF, Herrera K. Climaterio y depresión. Salud Mental 1996; 19 (3):49-57
- 17 López JL, Caraveo J, Martínez NA, et al. Percepción de la enfermedad mental en pacientes de consulta médica general. Salud Mental 1995; 18 (2) ; 25-30
- 18 Caraveo J, Martínez N, Rivera B. Un modelo para los estudios epidemiológicos sobre la salud mental y la morbilidad psiquiátrica. Salud Mental 1998; 21(1) : 48-57
- 19 Berlanga C. La comorbilidad en los trastornos depresivos. Salud Mental 1993; 16 (1) ; 1-8
- 20 Angst J. Epidemiología de los trastornos afectivos. Salud Mental 1992; 15 (2) : 1-4
- 21 Caraveo J, Medina ME, Rascón ML, et al. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. Salud Mental 1996; 19 (3): 14-21.
- 22 Rascón R, Arredondo A, Tirado L, et al. Una aproximación al costo del tratamiento de las enfermedades mentales en México: depresión y esquizofrenia. Salud Mental 1998; 21 (1): 43-47.
- 23 Fishman R, Downey J. Depresión en Mujeres. Clínicas Obstétricas y Ginecológicas 1997; 3: 541-551.
- 24 King D, Prochaska J, Vinicor F, et al. Cómo mejorar el autocuidado. Atención Médica 1998; sept: 44-48.
- 25 Calderón G. Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos. Rev Med IMSS (Mex) 1992;30: 377-380.
- 26 Illecas R. El diagnóstico del trastorno depresivo mayor. Atención Médica 1999; feb: 51-57.
- 27 Berlanga C. La evaluación del trastorno depresivo. Atención Médica 1999; Abr: 53-64.
- 28 Colegio Jalisciense de Medicina Familiar A.C. Apgar Familiar. II Diplomado en Medicina Familiar 1997; 182-183.
- 29 Dawson b, Trapp RG. Bioestadística Médica. Manual moderno 176-177

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN