



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47
SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.

“DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 DERECHO-
HABIENTES DE LA U.M.F. No. 48 LA HINCADA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:
EDITH PÉREZ CRUZ



LA HINCADA, S.L.P.
2007





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.

“DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2
DERECHOHABIENTES DE LA U.M.F. 48 LA HINCADA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDITH PÉREZ CRUZ

AUTORIZACIONES:

DR. HIPOLITO JIMÉNEZ RUIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES DEL
I.M.S.S. EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 47, S.L.P.

DR. MIGUEL ÁNGEL MENDOZA ROMO
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. HIPOLITO JIMÉNEZ RUIZ
ASESOR DEL TEMA DE TESIS

DR. J. FERNANDO VELASCO CHÁVEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN MÉDICA



SAN LUIS POTOSÍ, S.L.P.
2007.



“DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS TIPO 2 DERECHOHABIENTES
DE LA U.M.F. No. 48 LA HINCADA”

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

EDITH PÉREZ CRUZ

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

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

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

INDICE

	CONTENIDO	PAGINA
1)	INTRODUCCIÓN	1
2)	ANTECEDENTES	4
3)	MARCO TEÓRICO	10
4)	FISIOPATOLOGÍA	16
5)	ETIOPATOGENIA	17
6)	CUADRO CLÍNICO	18
7)	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
8)	JUSTIFICACIÓN	21
9)	OBJETIVOS	21
10)	MATERIAL Y MÉTODOS	21
11)	DISEÑO DEL ESTUDIO	22
12)	POBLACIÓN DEL ESTUDIO	22
13)	LUGAR DE ESTUDIO	22
14)	TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
15)	TIPO DE LA MUESTRA	22
16)	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	23
17)	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	23
18)	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	23
19)	DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES	25
20)	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
22)	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN	26

23)	ASPECTOS ÉTICOS	28
24)	RESULTADOS	29
25)	ANÁLISIS DE RESULTADOS	46
26)	CONCLUSIONES	47
27)	ANEXOS 1-5	48
	1 Consentimiento informado	
	2 Cuestionario de Calderón Narváez	
	3 Gráfica de Gant	
	4 Cédula de registro de pacientes	
	5 Recursos materiales	
28)	BIBLIOGRAFIA	54

INTRODUCCIÓN:

La depresión es un estado cualitativamente diferente de la tristeza ocasional o de un estado de ánimo decaído de carácter transitorio y no patológico. Las creencias erróneas y los falsos mitos abundan sobre este tópico. La depresión no es un síntoma de una debilidad personal o de un fallo del carácter que es necesario ocultar o negar. De igual modo, es necesario algo más que fuerza de voluntad o ganas de animarse para escapar con éxito y de forma definitiva de la depresión.

La Organización Mundial de la Salud del año 2001 situaba en aproximadamente 450 millones, las personas con algún tipo de trastorno mental en todo el mundo.

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, afectando en la actualidad a 340 millones de personas en todo el mundo. A pesar de que la depresión permanece a menudo como una enfermedad no detectada y/o diagnosticada, se calcula que entre un 2 y un 4 % de la población general padece este tipo de trastorno.

La depresión mayor es el trastorno psicológico con mayor prevalencia en el mundo occidental. La Organización Mundial de la Salud sitúa la incidencia de la depresión entre la población de los países más desarrollados en un 15%. Su expansión e incidencia es creciente en todos los grupos de edad aunque muy especialmente entre los más jóvenes.

La prevalencia real entre la población general como el volumen de interés e investigación científica generada a su alrededor en los últimos años podemos destacar dentro de los principales trastornos depresivos los siguientes, la depresión mayor, la distimia, el trastorno maníaco-depresivo, el trastorno afectivo estacional y el trastorno disfórico premenstrual.

Entre los síntomas más característicos de la depresión mayor se incluyen un persistente e intenso estado de ánimo decaído, una pérdida de interés o de capacidad para experimentar placer por aquellas actividades habituales que con anterioridad sí lo producían, cambios significativos en los niveles de apetito

o en el propio peso corporal, modificaciones en los patrones de sueño habitual, pérdida de energía, sentimientos de culpa, enlentecimiento físico y apatía, dificultades de concentración, entorpecimiento en las habilidades cognitivas y pensamientos recurrentes sobre el suicidio o la muerte. La depresión mayor es el trastorno emocional más comúnmente diagnosticado. (1)

La depresión implica una sobrecarga de estrés que aumenta la secreción de hormonas que elevan la concentración de glucosa en la sangre y esto, en personas genéticamente predispuestas, puede causar la aparición de diabetes.

“ El impacto psíquico que produce el diagnóstico de diabetes es alto; las personas deberán hacerse cargo toda su vida de una función que su cuerpo no realiza en forma apropiada y que pone en juego su supervivencia”. Afirma la doctora Astrid M. Libman, endocrinóloga de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Rosario.

La depresión es mucho más frecuente en los pacientes con diabetes que conocen su condición que entre aquellos que la ignoran afirman y agregan, el cuadro psíquico es más severo cuando aparecen las complicaciones vasculares. (2)

Es cierto que el mal control repercute en el estado de ánimo. Si se descuidan, saben que eso amenaza su calidad de vida. El estrés aumenta la secreción de hormonas (adrenalina, glucagón, cortisol), que incrementan la glucemia, lo que causa mayor ansiedad, que se traduce en excesiva ingesta y así el círculo vicioso continúa, siendo muy importante el aporte de la familia, los amigos y compañeros de trabajo o de escuela y particularmente la relación con el médico, que debe operar como referente afectivo o intelectual.

En el Mundo entre el 15 y 20% de la población presenta depresión lo que equivale a mas de 240 millones de personas que la han sufrido al menos una vez en su vida.

Además la depresión se asocia a más de un millón de muertes por suicidios y al descontrol de enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión arterial.

En México más de 7 millones de personas de 12 a 65 años de edad padecen depresión, lo que corresponde al 12% de la población. La depresión es un

problema de salud que adquiere mayor relevancia debido a que al menos el 6% de los adultos han tenido en alguna ocasión un intento de suicidio en su vida.

En otros reportes la frecuencia de depresión oscila entre el 6 y 15% para la población en general y en países industrializados entre el 6 y 12%, en un estudio realizado en 1995 reporta la prevalencia de depresión en 7.9% para habitantes de la ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. (3)

Estudios transversales han establecido la prevalencia de depresión mayor en mujeres alrededor del 10% en comparación con los hombre del 6%. La ocurrencia de depresión ha sido reportada con una gran magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónico degenerativa como la diabetes mellitus en la que resultan afectados alrededor del 40 a 70% de los pacientes. (4,5)

La prevalencia nacional de depresión en México de una encuesta realizada en el 2002 fue del 5.8% en mujeres y en hombres el 2.5%. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al incrementar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas.

En dicho estudio se ubico a San luis Potosí en el 17°. Lugar a nivel nacional. (6)

La depresión es una enfermedad grave y común que nos afecta física y mentalmente. Altera nuestro modo de sentir y pensar y nos provoca deseos de alejarnos de nuestra familia, nuestros amigos, del trabajo, de la escuela así como pérdida del sueño, del apetito y del interés por realizar nuestras actividades cotidianas. (8)

En un estado de depresión predominan los sentimientos de tristeza, rechazo, de baja autoestima y de vacío. La depresión nos lleva a sentirnos inútiles sin esperanza lo cual afecta no solo a los que la padecen sino también a los que los rodean. (9)

La mayoría de las personas deprimidas no buscan ayuda porque se niegan a admitir que padezcan esta enfermedad e incluso ocultan los síntomas depresivos por temor a ser catalogadas como enfermos mentales o débiles de carácter.

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y de ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión, la depresión se caracteriza por la pérdida de interés y/o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo y que toma en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por lo menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés también existe un pensamiento constante de muerte. (8,9)

La depresión es un problema serio para las personas con diabetes. Síntomas de depresión incluyen sentimientos de soledad, desahucio, falta de autoestima, fatiga, irritabilidad y cambios en el patrón del sueño o hábitos alimenticios, por lo que muchas personas con diabetes pasan por una etapa de duelo; es normal sufrir por la pérdida de un estado saludable cuando el paciente ha sido diagnosticado con diabetes, o cuando aparece una complicación.

ANTECEDENTES:

Desde la aparición de los griegos con Hipócrates llamaban a la depresión “melancolía” como un estado de ánimo que se caracterizaba por aversión a los alimentos, inmovilidad, insomnio, irritabilidad y desesperanza y era atribuida a la influencia del planeta saturno. Explicaba la salud y la enfermedad a la acción desequilibrada de los humores en el cuerpo.

La palabra depresión deriva del latín de y premere (apretar, oprimir) y (empujar hacia abajo), se uso en Inglaterra en el siglo XVII. (6)

El término diabetes se le atribuye a Areteo (Médico griego que vivió a principios del siglo II de nuestra era, y tiene raíces griegas que significa “sifón” y “ correr de un lado a otro,” reflejando la excreción crónica de un volumen excesivo de orina.

El diagnóstico de la diabetes provoca fuertes reacciones emocionales en el paciente y en la familia ya que se presenta una crisis paranormativa, conlleva a la carga emocional de una enfermedad que no se cura solo se controla a través de los cambios de hábitos de vida y los hipoglucemiantes indicados. Las complicaciones agudas y crónicas de la diabetes como es la depresión en su inicio y en etapas avanzadas, la disfunción eréctil, retinopatía, arteriopatía, neuropatías, todo afectando al sistema familiar. (33)

Las personas que tienen diabetes tipo 2 se deprimen con más frecuencia que las personas que no la tienen. Los adultos tienen un 25% de probabilidad de tener depresión y para las complicaciones diabéticas más de la mitad padecerá depresión.

La identificación de la condición del diabético es que debe utilizar un brazalete o un collar o que lleve una tarjeta en su billetera que identifique que es un paciente diabético que es de mucha ayuda en caso de emergencia.

Los resultados de un estudio reciente sugieren que los jóvenes adultos con un historial de depresión tienen un mayor riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, según los investigadores la aparición de depresión suele darse en personas de 20 y 30 años. (10)

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en México, con un alto costo y asociada a una considerable morbilidad y mortalidad. Actualmente existen más de 6 millones de personas mayores de 20 años de edad que padecen diabetes y más de 2 millones de éstas desconocen su condición diabética. La prevalencia de la diabetes aumenta con la edad y es más elevada después de los 50 años de edad donde se supera el 20%.

Además la depresión que suele coexistir con la diabetes va asociada con el descontrol de la diabetes. Estudios recientes han demostrado que la depresión se presenta en el doble de casos en los diabéticos que en el resto de las personas. La depresión no se presenta siempre después del diagnóstico de la diabetes, incluso hay científicos que piensan que podría haber una base hereditaria común predisponente para desarrollar la depresión y la diabetes.

Las mujeres sufren el doble de depresión que los varones, las mujeres son más proclives a la depresión en ciertos períodos como son; la menstruación o el post-parto. Quizás las numerosas exigencias de la mujer profesionalista fuera de la casa y del peso fundamental del cuidado de la misma y de los niños, favorezcan su aparición a diferencia de los varones que se dedican a su carrera casi en forma exclusiva. La depresión en la mujer se detecta fácilmente porque suelen expresar sus sentimientos, sus temores y estados de ánimo, pueden reaccionar con irritabilidad, pérdida de la libido y aumento en el consumo de alcohol. (11)

La tasa de suicidio es 4 veces más alta en la mujer sin embargo los intentos de suicidio son más comunes en la mujer que en el hombre a partir de los 70 años de edad. La tasa de suicidio en el hombre aumenta alcanzando un nivel máximo después de los 85 años. Un estudio reciente ha demostrado que la depresión se asocia con riesgo elevado de enfermedad coronaria (infarto agudo del miocardio).

Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. (12)

La diabetes es una enfermedad de alta prevalencia en México, con un alto costo y asociada a una considerable morbilidad y mortalidad. Actualmente existen más de 6 millones de personas mayores de 20 años de edad que padecen diabetes y más de 2 millones de éstas desconocen su condición diabética. La prevalencia de la diabetes aumenta con la edad y es más elevada después de los 50 años de edad donde se supera el 20%.

Entre los trabajos previos cabe destacar un estudio llevado a cabo como parte de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1988, en el cual se incluyó una sección para investigar la prevalencia de trastornos mentales en personas entre 18 y 65 años de edad. Uno de los hallazgos fue que el 34% de la población presentó uno o más síntomas de depresión durante el mes de estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo del entrevistado; 8.5% en hombres y 17% en mujeres. ⁽¹⁴⁾

En otro estudio efectuado en la ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida (sin excluir al trastorno bipolar) de 8.3% ⁽¹⁹⁾

La prevalencia de depresión en la población general como tasas de prevalencia a un año de depresión mayor, en rangos de 2.6 a 6.2% y a lo largo de toda la vida el rango se amplía de 4.4 hasta 19%. En adultos jóvenes la prevalencia se encuentra en rangos de 5 a 10%, estas cifras pueden ser dos a tres veces mayores.

El informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere la prevalencia de depresión en los hombres de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un período de 12 meses es de 5.8 % y 9.5%, respectivamente. ^(12,25)

Además de la discapacidad directa producida por el conjunto de síntomas característicos de los padecimientos mentales. Existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando un sufrimiento adicional al que produce la enfermedad misma.

En la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre la población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos investigados, ocupan el

tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por usos de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3 % alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar. (20)

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2005-2006 muestran que más del 9% de hombres y mujeres adulto son diabéticos y que 28 de cada 100 enfermos no saben que tienen el padecimiento. La prevalencia de la enfermedad llega a su máximo en personas entre 60 y 69 años en donde alcanza 23.6%, lo que representa más de 1.2 millones de personas solo en este grupo. El 43% de los menores de 40 años no saben que son diabéticos. Entre el 2001 y 2005 la mortalidad por diabetes ha crecido a un ritmo promedio del 3% en las mujeres y el 4% en los hombres. (esto lo dice Julio Frenk Mora, Secretario de Salud) (22)

La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Las mujeres padecen dos veces más la depresión que los hombres. (14,15,21)

Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. (15)

En México se han llevado algunos estudios epidemiológicos para estimar la prevalencia de trastornos mentales, incluidos los trastornos y episodios depresivos, identificando, además, el proceso de búsqueda de ayuda. Los hallazgos muestran discrepancias notables debido a diferencias en la definición del trastorno, la clasificación que se ha utilizado y la población en la cual se ha desarrollado el estudio. (17)

MARCO TEORICO:

Definición: La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe a la depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad, la actividad física disminuida.

También es definida como un estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, sentimiento de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés en pasatiempos y actividades que antes disfrutaban incluyendo la actividad sexual, disminución de fatiga, energía, agotamiento, sensación de estar en cámara lenta, dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones, insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta, pérdida de peso o ambos o por el

contrario comer más y aumento de peso, pensamientos de muerte o suicidio, inquietud, irritabilidad, síntomas físicos persistentes que no responden a tratamiento médico como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Clasificación de Depresión: Existen diversas clasificaciones, una de ellas considerada por la clínica diabetológica del Dr. Antuña de Alaiz: Leve: presentan pocos síntomas que frecuentemente pasan desapercibidos, ocurren muy frecuentemente como respuesta a una nueva e importante fuente de estrés.

Moderada: Puede ocurrir sin ninguna causa concreta y reconocible, los síntomas son más importantes alterando las actividades cotidianas.

Grave: Se altera toda la persona, se vuelve apático, falta de energía y motivación, se abandona casi por completo, se convierte en rígido e inflexible algunas-veces, incluso puede llegar a presentar estados de confusión, sin tratamiento adecuado, estas personas son incapaces de trabajar mucho tiempo, estas formas extremas son raras. (9)

Otra clasificación de la depresión con gran reconocimiento en la actualidad es la Clasificación DSM IV-TR de acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en la IV edición (DSM-IV-TR) es el sistema de diagnóstico psiquiátrico que se utiliza actualmente en Estados Unidos, incluye a la depresión en el capítulo de los trastornos del estado de ánimo. Utiliza 3 secciones para clasificar a la depresión de acuerdo con su acostumbrada metodología: en la primera describe los episodios afectivos, incluyendo depresivo mayor, episodio maníaco, episodio mixto y episodio hipomaníaco a estos episodios no se le asignan códigos diagnósticos y no los considera entidades independientes, sino fundamento para el diagnóstico de los trastornos. En la segunda sección describe los trastornos del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar) Específicamente describe el episodio afectivo reciente o el curso de episodios recidivantes graves como síntomas psicóticos o melancólicos. (18-21)

La prevalencia mundial de la diabetes mellitus se ha incrementado dramáticamente en las últimas décadas. En 1995, más de 135 millones de

adultos en el mundo estaban afectados por la diabetes mellitus, y se estima que esa cifra alcance más del doble en los primeros 25 años. En ese mismo año la India era el país en el mundo con mayor número de casos, diecinueve millones, seguido por Rusia y Estados Unidos, México ocupaba el noveno lugar mundial con un total de cuatro millones de personas con diabetes millones. (8)

En la Encuesta Nacional de Salud del 2000 (ENSA) informo que la diabetes mellitus tiene una prevalencia actual del 10.7% con predominio en la población de 45-69 años en un 41.3% (22,23).

En Estados Unidos la prevalencia de diabetes mellitus ajustada para la edad, se incremento en 54%. Entre los norteamericanos del 4.8 a 7.3% únicamente en el período comprendido entre 1994-2002 (9,10)

En México se estima una prevalencia de 10.7%. En el 2001 fue una de las principales causas de muerte, sólo detrás de las enfermedades del corazón y tumores malignos, con un total de 49,954 defunciones para una tasa anual de 49.5 por cada 100,000 habitantes. En ese mismo año, la incidencia de mortalidad por sexo fue mayor para las mujeres que en los hombres de 1.9% y de 3.2% en las mujeres (26)

La prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% en general, 5.8% en las mujeres y en hombres 2.5%.La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es más alta en áreas de zonas urbanas.

En el informe mundial sobre salud de 2001 refiere la prevalencia de depresión en el mundo es de 1.9% en hombres y en las mujeres 3.2% y en un período de 12 meses se incremento a 5.8% y 9.5% respectivamente. (25)

En México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el 5º. Lugar como carga de enfermedad. La depresión es un trastorno mental que cada día cobra mayor importancia y se estima que en el 2020 será la 2ª. Causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en los países desarrollados. (22,25)

En el 2003 en México, fueron publicados los datos estadísticos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, bajo iniciativa de la OMS, Salud Mental reporta una prevalencia de 28.6% para problemas psiquiátricos alguna

vez en su vida, 13.9% informó problemas en los últimos meses y 5.8% informo de trastornos mentales durante los últimos 30 días.

En México los trastornos afectivos y los de ansiedad son más frecuentes en mujeres, el episodio depresivo mayor presenta un auge a los 17 años, un segundo pico a los 32 años y después de los 60 años de edad. (21)

El término diabetes se le atribuye a Areteo (médico griego que vivió a principios del siglo II de nuestra era, y tiene raíces griegas que significan “sifón” y “correr de un lado a otro”, reflejando la excreción crónica de un volumen excesivo de orina.

De acuerdo a la Norma oficial Mexicana de Prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus, el concepto de la diabetes es una enfermedad sistémica, crónico degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. (22,23)

La revista de Salud Pública en México, vol. 47 suplemento 1 en el 2005, de mostró la prevalencia de depresión en adultos en México, un año antes ala aplicación de la encuesta fue de 4.5%, en mujeres de 5.8% y en hombres de 2.5% (22)

La prevalencia de depresión de acuerdo a las entidades con mayor porcentaje fueron los estados de Jalisco, Veracruz y Tabasco con 5, 4.6 y 4.5% y las entidades con menor porcentaje fueron Nayarit y Nuevo León con menos de 1%. (22)

Se considera que los grupos de mayor riesgo para desarrollar depresión son las mujeres, los adolescentes y los adultos mayores.

En San Luis Potosí la diabetes mellitus tiene una prevalencia de 27% ocupando el 22º lugar causa de morbilidad. (23))

En la diabetes mellitus tipo 2, la pérdida de la secreción de insulina como respuesta a la presencia de glucosa es un acontecimiento de enfermedad temprana. La glucosa es el estimulador fisiológico de la secreción de la insulina

de las células del páncreas, pero los mecanismos implicados en la detección de glucosa de los alimentos no se han entendido completamente.

La secreción de la insulina de las células pancreáticas, es un proceso firmemente regulado, bajo control por las concentraciones de glucosa en sangre, asociado a control hormonal (presencia de insulina), que ayuda a entrar la glucosa en las células, para que ésta pueda transformarse en energía.

Los defectos en la secreción de insulina son responsables de la aparición de diabetes mellitus tipo 2, una condición en la cual existen las células pancreáticas responsables de producir insulina, pero el páncreas es incapaz de responder a la demanda con que son solicitadas, o existe una resistencia a la acción de la insulina.

Está claro, entonces, que el metabolismo de los alimentos y su transformación en energía involucran primordialmente a una buena respuesta por parte del páncreas. Al ingerir los alimentos, y éstos producir azúcar, se inicia la primera fase, que es la secreción de insulina, ésta es una fase rápida que se realiza en los primeros 30 minutos después de haber ingerido la comida, y representa la insulina ya formada y almacenada previamente dentro del páncreas. Después sobreviene una segunda fase, donde se produce insulina por parte de las células del páncreas y que tarda algo más de tiempo.

La secreción apropiada de la insulina de las células pancreáticas es sumamente importante para la regulación de la energía. Las células deben detectar y responder convenientemente a los aumentos del azúcar de la sangre después de los alimentos, y la alteración en estas células puede conducir a una disminución brusca del azúcar en la sangre (hipoglucemia) o una elevación de ésta (hiperglucemia), y en última instancia a la diabetes, como enfermedad, la célula beta del páncreas es la que detecta la presencia de azúcar en la sangre y se encarga de su regulación.

La insulina que se almacena en gránulos secretores de las células del páncreas es secretada cuando hay un estímulo (elevación del azúcar por los alimentos) -- de forma normal en personas no diabéticas, sin embargo, en aquéllas con alteraciones del páncreas la secreción es inefectiva o su respuesta a la misma ineficaz, por lo que la glucosa se encuentra en

abundancia alrededor de las células sin poder entrar a ellas, y se acumula en la sangre, con lo que ocurre la diabetes.

La glucosa de los alimentos, al metabolizarse, genera energía, y al no poder llevarse a cabo este proceso el paciente se siente débil y con hambre por no estar produciendo energía; además, el exceso de glucosa se trata de eliminar a través de la orina, por lo que el diabético orina mucho y trata de compensar esta pérdida de líquido mediante el estímulo de la sed, por lo que ingiere abundante agua. El exceso de glucosa se acumula dando como resultado hiperglucemias, que al transcurrir el tiempo dañan algunos órganos vitales, como son ojos, riñones, nervios, así como corazón, surgiendo así las complicaciones propias de la diabetes.

Dada la importancia de la diabetes mellitus tipo 2 a nivel mundial, nacional, estatal y local, se ha generado un alto número de consultas que el paciente diabético requiere, debido al crecimiento en número por su control y por los padecimientos crónico degenerativos agregados que se presentan, en la consulta se ha encontrado un descontrol glucémico en los pacientes diabéticos adscritos a la UMF 48 La Hincada a pesar de ir adecuando dosis de medicamentos y de no presentar aparente causa orgánica de descontrol, por lo que se suma importancia identificar algún grado de depresión, ya que esta condiciona disfunción familiar a su vez que se traduce en la desatención en los cuidados del diabético en forma personalizada y de sus familiares en cuanto a la alimentación.⁽²⁴⁾

La gran mayoría de este grupo > 90% tiene DM tipo 2. El número de individuos con DM se incrementa con la edad, con una incidencia aproximada de 1.5% en individuos de los 20 a los 39 años, hasta 20%, aproximadamente, en personas mayores de 75 años. La incidencia de DM es similar en hombres y mujeres en la mayoría de los rangos de edad, pero es ligeramente mayor en los hombres mayores de 60 años. ⁽¹⁰⁾

Se considera a la depresión como un proceso común entre las personas que sufren de diabetes mellitus tipo 2 presentando cuadros de leves a severos ya que se contempla que son 2 padecimientos estrechamente relacionados con -
- mayor mortalidad según los reportes de la Asociación Americana de Diabetes,

- debido a los factores conductuales y biológicos observados por Wayne Katon Catedrático de Psiquiatría de la Universidad de Washington. (23,26)

Los diabéticos con depresión comparados con los que no tienen depresión son asimismo más propensos a presentar factores de riesgo cardiovascular, como el tabaquismo, la obesidad o el sedentarismo comparados con los que sufren diabetes, así mismo los diabéticos sufren complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares.

La diabetes a su vez, genera cuadros depresivos así, depresión y diabetes forman un círculo que se retroalimenta mutuamente y perjudica la vida emocional de los pacientes.

Los trastornos mentales, así como los padecimientos crónicos específicamente la diabetes mellitus tipo 2 genera gran impacto en los individuos, las familias y la sociedad en conjunto. (27)

De acuerdo a estudios realizados la vulnerabilidad es de un 25% con probabilidad de tener depresión y DM2 en el adulto así mismo en las complicaciones como la neuropatía, retinopatía diabética, insuficiencia renal crónica, más de la mitad padecerá de depresión, (10) se refiere en el informe mundial de salud 2001 en hombres 1.9% y 3.2% en mujeres. (12,25)

A nivel nacional la población vulnerable es de 18 a 65 años de edad de acuerdo a la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica del 2002.

En cuanto de la diabetes mellitus la población vulnerable se ha incrementado dramáticamente, así en 1995, más de 135 millones de adultos en el mundo estaban afectados por diabetes mellitus y se estima que esta cifra alcance más del doble en los siguientes 25 años, a nivel nacional la población vulnerable es de 45 a 69 años en un 41.3% (22,23), en San Luis Potosí la depresión alcanza una magnitud tal que ocupa el lugar 17º., mientras que la diabetes ocupa el 3er. Lugar como causa de consulta de medicina familiar y el primer lugar como causa de defunción con similar manifestación en la U.M.F. 48 La Hincada, mostrando una trascendencia vital en los programas nacionales de salud por su influencia, repercusiones y complicaciones que se empiezan a manifestar en el primer año de evolución como microangiopatías y después del 3er. año como macroangiopatías siendo trascendental es la funcionalidad u

disfuncionalidad en la familia por las afectaciones en la dinámica familiar que se da tanto a nivel del microambiente como del macroambiente del núcleo familiar.

Dentro de las fases por las que pasa el paciente diabético desde su diagnóstico de la enfermedad van desde la negación, rebeldía, disociación o temor, tristeza o depresión, suplica, negociación y la aceptación o adaptación.

La repercusión familiar en la modificación de los estilos de vida, los cuidados hacia el paciente diabético, Samfíc dice que el impacto de la diabetes depende del ciclo vital en el que se emitió el diagnóstico.

Las complicaciones en los pacientes diabéticos se presentan en la cuarta etapa del ciclo vital familiar cuando se tienen 50 y 60 años de edad.

FISIOPATOLOGIA:

Las personas con DM tipo 2 muestran 3 anormalidades cardinales: 1) resistencia a la acción de la insulina en los tejidos periféricos, particularmente el músculo, la grasa y en cierto grado el hígado, 2) secreción defectuosa de insulina, particularmente en respuesta al estímulo de la glucosa; y 3) incremento en la producción de glucosa por el hígado. La secreción de insulina no se encuentra abatida, por lo que los individuos que la padecen no dependen de la insulina exógena para sobrevivir y no son propensos a desarrollar cetosis, excepto bajo condiciones de gran estrés físico. Sin embargo, estos pacientes pueden requerir tratamiento con insulina para control de la hiperglicemia.

No se conoce actualmente cual es el defecto en la DM tipo 2 que deriva en una secreción defectuosa de insulina. De manera inicial, el problema parece ser una respuesta inadecuada de las células beta a la glucosa; después el problema apunta hacia una reducción en la masa de células beta. La lesión inicial puede consistir en anormalidades en los procesos de síntesis, procesamiento, almacenamiento y liberación de insulina. Por otro lado, la apoptosis genéticamente aumentada puede ser la responsable de la pérdida de células beta, con factores agregados como el agotamiento de las células por hipersecreción de largo plazo y el depósito de material amiloidea en los islotes de langerhans.

La resistencia a la insulina es causada por una disminución en la capacidad de actuar efectivamente en los tejidos periféricos. La resistencia a la acción de la insulina afecta la utilización de glucosa por los tejidos sensibles a la misma e incrementa la salida de glucosa desde el hígado (ambos efectos contribuyen a la hiperglicemia) aún y cuando la resistencia a la insulina se encuentra genéticamente influenciada, ésta se asocia de manera estrecha con la obesidad, y puede estar mediada por el aumento en los ácidos grasos libres. Existe la teoría de que la disminución en la entrada de glucosa en los adipositos acelera la lipólisis e incrementa los niveles de ácidos grasos libres, lo que empeora la resistencia a la insulina tanto a nivel hepático como periférico.

El aumento en la producción hepática de glucosa es el resultado de una falla en la supresión de la gluconeogénesis por parte de la hiperinsulinemia secundaria a la resistencia a la acción de la insulina, que se refleja como hiperglucemia en ayuno y disminución en el almacenamiento hepático de glucosa en el estado postprandial.

ETIOPATOGENIA:

Factor Genético: desde la antigüedad es reconocida una característica hereditaria en la PMD. En la población general el porcentaje de depresión es de 0.5%; si uno de los progenitores es enfermo aumenta a un 15% y si ambos lo son aumenta en un 50%. Lo que no está muy claro es que se hereda más sin embargo se ha llegado a considerar que existe una cierta predisposición tanto para la depresión como para la diabetes. Diversos autores opinan como -- Kallman quien dijo que una alteración del control neurohumoral, Bellak dice que por una debilidad específica del yo, Kraepelin una alteración metabólica condiciona trastornos depresivos y que están relacionados con la diabetes mellitus

Factor Bioquímico: Hay diversas teorías que demostraron que las distintas alteraciones de las aminas biogénicas cerebrales se manifiestan en los cuadros de depresión. Se ha llegado a dividir las depresiones en noradrenérgicas y serotoninérgicas según cual sea la que está disminuida en este paciente (noradrenalina y serotonina) En esta teoría se basa la elección del tipo de

antidepresivo que se utilizará. Se sabe que la serotonina interviene en la regulación del apetito, del sueño, la actividad sexual y el ánimo, todas estas funciones están alteradas en los cuadros depresivos.

Factores Metabólico y Hormonal: La aparición más frecuente de los cuadros depresivos en embarazos, puerperio, pubertad y menopausia, hacen presumir una acción hormonal. Se ha hablado de cambios en metabolismo de los esteroides suprarrenales, los que están aumentados en los días de depresión, también en los tratamientos prolongados con corticoesteroides puede presentarse depresión.

Factores Dinámicos: Es fundamental el concepto de ambivalencia esta formado por dos sentimientos contradictorios simultáneos hacia el objeto amado; necesidad y fantasías de incorporación, envidia y fantasías de destrucción, características de posición oral sádica. Son personas cuyos intensos impulsos agresivos no pudieron ser adecuadamente resueltos en el primer año de su vida, los vuelven contra si mismos en los cuadros depresivos, y se maltratan de la misma manera ya que inconcientemente lo han hecho con el objeto ideal perdido. Existe una pulsión sádica oral más fuerte que lo habitual, debido a la frustración inevitable, que se produce en esta posición, no se pasa a la posición siguiente en forma adecuada y se relaciona con todos los objetos en la forma ambivalente que lo hizo con la madre. Aún cuando la maduración los compensa, siguen siendo vulnerables a las frustraciones y ante cualquier pérdida (real o imaginaria) se reactiva el conflicto ambivalente que la culpa vuelve contra el propio yo.

CUADRO CLINICO:

Se basa en la presencia de por lo menos 5 o más de los siguientes síntomas durante por lo menos un período mínimo de 2 semanas y que suponen un cambio importante en el paciente respecto a su actividad previa.

Síntomas principales: 1) Estado de ánimo depresivo triste, disfórico, irritable (en niños y adolescentes) la mayor parte del día y prácticamente todos los días, incluyendo manifestaciones de llanto, verbalización de tristeza o desánimo en apreciación subjetiva o través de la información de personas cercanas. 2) Disminución o pérdida a interés, o de la capacidad para el placer o bienestar en

la mayoría de las actividades casi todos los días. Síntomas somáticos: 3) Disminución o aumento de peso o en su ausencia objetiva, disminución o aumento del apetito la mayor parte de los días, 4) Insomnio o hipersomnia, 5) Enlentecimiento o agitación psicomotriz, 6) Sensación de fatiga o falta de energía vital. Síntomas psíquicos: 7) También casi todos los días, sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados a su situación observada (este síntoma puede adquirir un carácter delirante). 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse en actividades intelectuales, 9) Pensamientos recurrentes de muerte no solo un temor a morir o ideación o planes de suicidio. Es conveniente preguntar al paciente sobre estos aspectos que no siempre se manifiestan espontáneamente.

Además de lo referido las manifestaciones propias de la diabetes mellitus ampliamente conocida como poliuria, polidipsia, polifagia y la pérdida de peso sin explicación.

La prevalencia nacional de depresión en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5% general, 5.8% en las mujeres 2.5% en hombre. La prevalencia se incrementa con la edad y disminuye al aumentar la escolaridad. En los hombres la prevalencia es mas alta en áreas rurales que en zonas urbanas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Considerando que la demanda de la consulta de Medicina Familiar subsecuente es generada en una gran proporción por la diabetes mellitus tipo 2 y varios de los casos con descontrol glucémico son por focos infecciosos a diferentes partes del organismo como infecciones de vías respiratorias, infecciones de vías urinarias y en otros casos sin causa aparente y que en realidad son debidas a estados depresivos del paciente, aspecto importante en los diabéticos y que no lo consideramos como primer instancia como generador de descontrol glucémico, más sin embargo puede llegar a ser la causa de suicidio o de deterioro generalizado del paciente. Tiene una prevalencia de 5.4% en hombres y un 2.5% en mujeres y predominando en hombres en el área rural, tiene una magnitud amplia ya que ocupa el 5º. lugar dentro de todos los padecimientos.

En la Unidad de Medicina Familiar No. 48 La Hincada hasta el momento no se cuenta con ningún estudio realizado sobre la depresión en pacientes diabéticos.

Siendo tan evidente el daño que genera tanto la depresión como la diabetes en forma conjunta impactando a nivel individual, familiar, laboral, y el nivel socioeconómico, es de relevancia realizar análisis y búsqueda intencionada en etapas tempranas a los pacientes diabéticos con depresión para mejorar su control, esto ayudando a su vez a mejorar la dinámica familiar para mantener su homeostasis y retardar sus complicaciones en paciente.

Por tal motivo en este estudio se pretende llegar a ¿Determinar cuál es la prevalencia de la depresión en diabéticos tipo 2 adscritos a la U.M.F. 48?

JUSTIFICACION:

La presencia de la depresión en pacientes diabéticos genera crisis paranormativas en la familia y considerando que la medicina familiar se sustenta en la atención al individuo y la familia, la continuidad o seguimiento y anticipación al riesgo o padecimiento, esto con fundamento en los 9 principios básicos de medicina familiar. (32)

Siendo trascendental en la funcionalidad o disfunción para la familia por afecciones en la dinámica familiar que pueden repercutir en el área social, laboral y básicamente en el área familiar según hace referencia Peralta. (33)

De acuerdo a estudios realizados la vulnerabilidad es de un 25% con la posibilidad de tener depresión y diabetes tipo 2 en la edad adulta, el informe mundial de salud del 2001 reporta en hombres 1.9% y 3.2% en mujeres. (12,25)

A nivel nacional la población vulnerable de acuerdo a la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica es de 16 a 65 años de edad, mientras que en diabetes la población vulnerable es de 45 a 69 años con un 41.3% (22,23)

En San Luis Potosí la depresión alcanza una magnitud tal que ocupa a nivel nacional el lugar 17º; mientras que la diabetes mellitus ocupa el 3er. lugar como causa de consulta de medicina familiar y el primer lugar como causa de defunción; con similar manifestación en mi unidad de adscripción (la hincada).

Nuestro objetivo principal es llegar a conocer la prevalencia de la depresión en los pacientes diabéticos mellitus tipo 2 ya que se desconoce el dato, y nos será de utilidad para poder identificar a los pacientes conocer la relevancia del grupo de edad y el sexo en que se presenta con mayor frecuencia, así como el intervalo de los años de evolución de la diabetes mellitus en que se presenta la depresión, lo anterior nos permitirá realizar programas de acciones para disminuir la progresión de la depresión a un grado mayor y a su vez identificar a los pacientes que requieran apoyo profesional del especialista para apoyo psicoterapéutico en forma aunada al tratamiento médico y se le implemente una psicoterapia individual y/o familiar y mejorar el control glucémico del paciente diabético y prevenir complicaciones a largo plazo, brindando atención al sistema familiar.

Ya que sabemos que la depresión se presenta en diabéticos en un 15 a 20% comparado con el 9% en la población general.

Esto tendrá un impacto al disminuir morbilidad y mortalidad por depresión asociada a diabetes mellitus tipo 2.

La prevalencia en el informe mundial de salud es de 1.9% en hombres y 3.2% en mujeres y a nivel nacional la prevalencia de 4.5% en general, en las mujeres 5.8% y en hombres del 2.5%.

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de Depresión en pacientes diabéticos tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 48 La Hincada.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar el grupo de edad que presento mayor % de depresión
- Identificar de acuerdo a los años de evolución de la diabetes mellitus en que intervalo de años es más frecuente la depresión.
- Determinar si existe relación entre los años de evolución de la diabetes mellitus y la depresión.

MATERIAL Y METODOS:

Se inicia con la realización del censo de pacientes diabéticos adscritos a la UMF 48 La Hincada, apoyándonos de las hojas de RAIS de la consulta diaria de Medicina Familiar, para complementar datos de interés de los mismos pacientes se recurre a los expedientes clínicos, se recabarán datos clínico epidemiológicos del paciente, recabando edad, escolaridad, sexo, peso, talla y se van a correlacionar entre sí, y obteniendo los últimos resultados de laboratorio de las historias clínicas y las notas médicas de actualización, se utilizará un cuestionario para diagnosticar Depresión de Calderón Narváez, esto se realizará en forma individual en la sala de espera de la clínica, el día que acuden a su consulta de control, y en aquellos pacientes que no acudan durante el período considerado para la aplicación de dicho cuestionario, previo consentimiento informado, se les realizará en su domicilio o en su área laboral según lo requiera el caso, los resultados de este cuestionario justamente nos proporcionará la información sobre el nivel de depresión en que se encuentran, datos que nos permitirán llegar a nuestro objetivo. Se anexa el listado de pacientes, cédula de pacientes.

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Prospectivo, observacional con corte transversal, descriptivo no probabilístico.

POBLACION DE ESTUDIO:

En 124 pacientes diabéticos tipo 2, adscritos a la U.M.F. No. 48, en ambos sexos en la población mayor de 20 años de edad, en el período comprendido de septiembre 2006 a marzo 2007.

LUGAR DE ESTUDIO:

Se realizará en el Ejido La Hincada en la zona cañera de la Huasteca potosina, en la U.M.F. No. 48 La Hincada, Municipio de Cd, Valles, S.L.P.

TIPO DE MUESTRA:

Para calcular el tamaño de la muestra mediante el programa stats v2 con características de la muestra, mediante muestreo no probabilístico de casos consecutivos.

Con un nivel de confianza del 95% con un error standar del 5% con un poder de 80% con una muestra de 124 con prevalencia esperada del 12% se requiere estudiar a 68.8 pacientes.

Con un grado de error del 1% con un error del 15 y nivel de confianza del 99% con una muestra de 124 con prevalencia de 12 se requiere estudiar a pacientes calculados con programa computarizado.

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

El total de los pacientes adultos con diabetes tipo 2 de acuerdo al censo son 124 en nuestro universo de estudio.

TECNICA DE MUESTREO:

El presente estudio se realizará durante el período comprendido de septiembre 2006 a marzo 2007 en la sala de la Unidad de Medicina Familiar en el momento en que acudan a la consulta, se les aplicará el cuestionario de Calderón Narváez y a aquellos pacientes que no acudan a la clínica dentro del tiempo establecido se les visitará a sus domicilios o en su defecto a su área laboral, esto se realizará con apoyo de personal en servicio social en el área de enfermería y médico.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Los 124 pacientes mayores de 20 años que son diabéticos tipo 2.
- Pacientes diabéticos de sexo femenino y masculino.
- Todos los diabéticos que no hayan ameritado hospitalización en el último mes.
- Todos los pacientes que acepten entrar en el estudio previo consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Pacientes con reciente deceso de algún familiar en los últimos 15 días.

- A los que no acepten ingresar a dicho estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- A todos aquellos que emigren de la comunidad
- Todos los que cambien su adscripción.
- Todos aquellos pacientes que estén en protocolo de diálisis o hemodiálisis.
- Pacientes que causan baja durante el estudio
- Pacientes que dejen incompleto o no concluyente el cuestionario.
- Pacientes que ya no deseen continuar en el estudio.

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTES	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	DEFINICION CONCEPTUAL	ESCALA DE MEDICION
DIABETES	Nominal	Es un trastorno metabólico producto de defectos en la secreción de insulina	Es un padecimiento crónico degenerativo que se caracteriza por hiperglicemia.	mg/dl cifras por arriba de 126mg/dl
DEPRESION	Ordinal	Psicosis afectiva en la que el estado de ánimo se ve afectado	Es una enfermedad con afectación física y mental	Leve 36-45 Moderada 46-65 Severa 66-80
VARIABLES INDEPENDIENTES				

GENERO O SEXO	Nominal	Nominación que se le da al sexo femenino ó masculino	Características fenotípicas y genotípicas que diferencian al hombre y la mujer.	Masculino Femenino
ESCOLARIDAD	Nominal	Grado de estudios de una persona	Estudios que se efectúan en un sistema regular	Primaria incomp. Primaria completa Secundaria Preparatoria Profesional
PESO	Nominal	Es el peso que se alcanza en kilogramos en una persona	Fuerza de atracción que ejerce la tierra sobre todos los cuerpos, la unidad de fuerza es el newton, que en nuestro país se traduce en kg.	Kg.
TALLA	Nominal	Es la estatura alcanzada de una persona	Estatura o altura de una persona, medida de los pies a la cabeza	Cm

ANÁLISIS ESTADÍSTICO:

Se utilizarán medidas de tendencia central y su dispersión se expresarán en porcentajes.

INSTRUMENTO DE EVALUACION:

Se utilizará el Cuestionario para Diagnosticar Depresión diseñado por Guillermo Calderón Narváez, quien es miembro de la Academia Nacional de Medicina de México, Profesor de Psiquiatría de la Universidad de La Salle, Coordinador de Investigaciones de la Clínica San Rafael, Insurgentes Sur 1020-106, Col. Del Valle, México, D.F.,

La valoración de este cuestionario se efectuó en el Centro de Investigación de la Universidad Intercontinental, reportando un alto grado de confiabilidad del 95%.

Se creo con base a la valoración de las desventajas de los test existentes de MMPI, (Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota, la Escala de Hamilton y la Escala de Zung, la más sencilla los cuales presentan cierto inconveniente falta de adaptación a nuestro medio, como la de Zung presenta la mitad de las declaraciones en sentido negativo confunde al paciente sobre todo si es de nivel cultural bajo, en México constipación no es síntoma depresivo y así en otros reactivos.

Y se creo con la finalidad de facilitar y ayudar al médico en general cualquiera que sea su especialidad para que pueda hacer el diagnóstico en un tiempo breve.

El Cuestionario Clínico es sencillo que incluye los 20 síntomas más frecuentes de la depresión de acuerdo a nuestra realidad socio cultural y se puede aplicar en unos cuantos minutos..

La calificación es muy sencilla, anotándoles a cada síntoma del 1 al 4, pudiendo obtenerse un puntaje mínimo de 20 y un máximo de 80. (24,25)

CALIFICACION:

Preguntas contestadas en la primera columna (no) _____x1=_____

Preguntas contestadas en la segunda columna (poco) _____x2=_____

Preguntas contestadas en la tercera columna (regular) _____x3=_____

Preguntas contestadas en la cuarta columna (mucho) _____x4=_____

EQUIVALENTE A PUNTAJE:

De acuerdo con la experiencia clínica los resultados obtenidos deben valorarse

NORMAL ----- 20-35 puntos

ANSIEDAD ó DEPRESIÓN LEVE-----36-45 puntos

DEPRESIÓN DE MEDIANA INTENSIDAD-----46-65 puntos

DEPRESIÓN SEVERA -----66-80 puntos

ASPECTOS ETICOS:

El estudio se apega a los principios enunciados en la declaración de Helsinki y su modificación en Tokio de 1975 y su enmienda en 1983 y a la Ley General de Salud de México, así como basado en lo referido en "Aspectos Médicos y legales con relación a la investigación biomédica con sujetos humanos, por lo que se requirió "el consentimiento informado que es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica" esto garantizando la confidencialidad - de los resultados, con utilización de los mismos solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio.

En México existe obligación de realizar un proceso de consentimiento informado que esté fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación de salud, como se encuentra plasmado en el artículo de "Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica". "El Consentimiento Informado es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica" esto

publicado en febrero 2003 en la Gaceta Médica de México en el vol. 139, No. 2

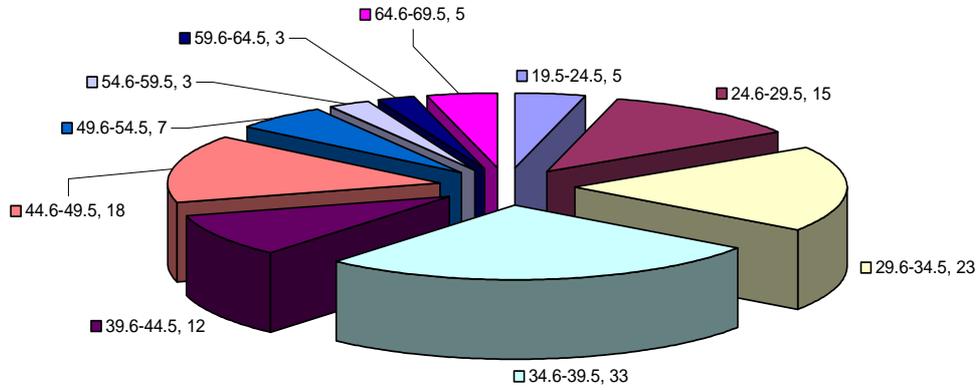
(28) Anexo 2

RESULTADOS:

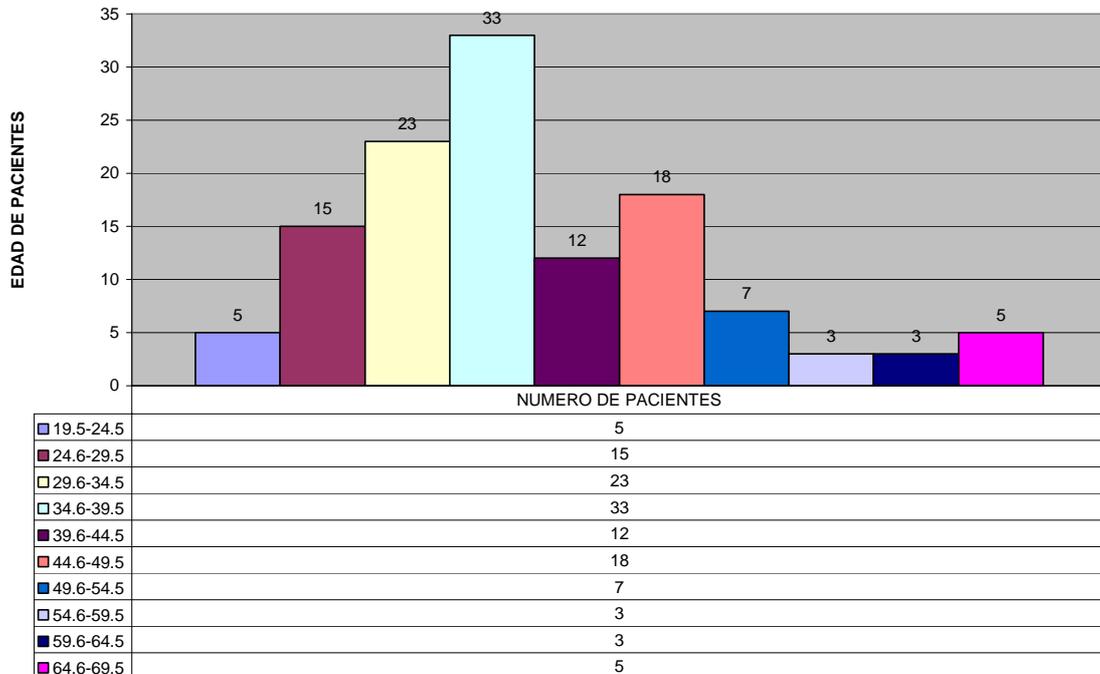
El total de la población adscrita a la U.M.F. 48 en el 2006 es de 2,969 de ambos sexos desde recién nacidos hasta 85 y más años, de esta población se maneja el estrato de 20 a 85 años y más que fueron 1,794 de los cuales se encontraron a 124 pacientes diabéticos que fueron sujetos de estudio del presente trabajo siendo el equivalente al 6.91% del total de la población en riesgo de padecer diabetes mellitus.

En dicho estudio lo más importante es llegar a conocer la prevalencia de depresión en los pacientes diabéticos, y anexo a esto se realizó una correlación de información de la cual se reporta en diversos cuadros:

EDAD DE MAYOR INCIDENCIA DE DEPRESION EN PACIENTE DIABETICOS



EDAD DE MAYOR INCIDENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABETICOS



Se aprecia que en los principales grupos de edad en que se presentó la depresión es entre 30 y 40 años principalmente en 56 pacientes equivalente al 76.7%, que tiene relación el reporte de salud pública del 2002. (6-8)

RESULTADOS DESCRIPTIVOS

Descriptives

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
TAS	124	90	170	121,45	14,63
TAD	124	60	100	77,54	9,05
EDAD	124	24	79	50,59	10,72
IMC2	124	17,4	45,3	29,593	4,722
PESO	124	35,0	127,5	75,885	15,459
TALLA	124	15	185	138,84	51,55
GLUC	124	62	633	205,55	88,61
TGC	124	46	983	231,06	157,06
COLESTER	124	74	405	189,90	48,73
VALORESC	123	20,0	69,0	39,537	10,936
FDELDX	124	1	31	7,44	5,93
Valid N (listwise)	123				

Se encontró que de los 124 pacientes en estudio la media de presión arterial

fué de 121/77mmHg dentro de la normalidad como se estable en la Norma oficial Mexicana.

La edad de los pacientes estudiados fluctúo entre los 24 y 79 años de edad con un promedio de 50 años.

El índice de masa corporal oscilo entre 17 y 45 desde bajo peso hasta obesidad predominando la obesidad en los pacientes.

Los niveles de la glucosa desde la hipoglucemia hasta un descontrol importante con una media de 205mg/dl que nos hace referencia al descontrol metabólico de acuerdo a lo considerado en la Norma Oficial Mexicana de Diabetes Mellitus NOM-015-SSA-1994.

En los niveles de los triglicéridos fueron los rangos mínimos desde 74 y los máximos de 405mg/dl con una media de 231.06mg/dl dentro de la anormalidad por encontrarse elevados.

De acuerdo a los resultados de colesterol detectados la media fue de 189.90 considerando dentro de límite normal superior.

De los resultados de la escala de valoración del estado de depresión de los pacientes de encontraron los valores mínimos de 20 y los máximos de 69 con una media de 39.5 considerándolos dentro de un estado de ansiedad o depresión leve.

En cuanto a los años de evolución de la diabetes mellitus de los pacientes en estudio oscilaron entre 1 y 31 años con una media de 7 años de diagnosticada la enfermedad.

GENERO * HAS

Crosstab

Count		HAS		Total
		1	2	
GENERO	1	51	5	56
	2	59	9	68
Total		110	14	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,569 ^b	1	,451		
Continuity Correction ^a	,220	1	,639		
Likelihood Ratio	,578	1	,447		
Fisher's Exact Test				,573	,322
Linear-by-Linear Association	,564	1	,453		
N of Valid Cases	124				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,32.

De los pacientes estudiados se encontraron las cifras de presión arterial en predominio dentro de la normalidad en 110 de los pacientes sin una significancia importante en relación al sexo ya que resultado de .451

GENERO * IMC1

Crosstab

Count		IMC1				Total
		1	2	3	4	
GENERO	1	8	10	37	1	56
	2	12	11	45		68
Total		20	21	82	1	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,481 ^a	3	,687
Likelihood Ratio	1,858	3	,602
Linear-by-Linear Association	,241	1	,623
N of Valid Cases	124		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

En relación a la con relación del índice de masa corporal y el género se encontraron a 82 pacientes con sobrepeso siendo el 65% y con predominio en el sexo masculino con una chi-square de 1.481, sin llegar a tener una significancia relevante por ser de .687

GENERO * GLUC1

Crosstab

Count		GLUC1					Total
		1,0	2,0	3,0	4,0	5,0	
GENERO	1	8	12	11	13	12	56
	2	6	9	19	16	18	68
Total		14	21	30	29	30	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,227 ^a	4	,521
Likelihood Ratio	3,232	4	,520
Linear-by-Linear Association	1,544	1	,214
N of Valid Cases	124		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,32.

De acuerdo a los resultados de los niveles de glucosa de los pacientes se encontraron a 30 pacientes dentro 150 y 200mg/dl así mismo con 30 pacientes con niveles por arriba de los 250mg/dl con un predominio en el sexo masculino

con un porcentaje de 54.8% del total de los pacientes, con chi-square 3.227 sin una significancia importante ya que fue de de .521, lo que nos dice que realmente el sexo no influye en el descontrol de los niveles de glucosa sérica.

GENERO * TG1

Crosstab

Count		TG1		Total
		1	2	
GENERO	1	20	36	56
	2	26	42	68
Total		46	78	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,084 ^b	1	,772		
Continuity Correction ^a	,010	1	,918		
Likelihood Ratio	,084	1	,772		
Fisher's Exact Test				,853	,460
Linear-by-Linear Association	,083	1	,773		
N of Valid Cases	124				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 20,77.

De los resultados emitidos de los niveles de triglicéridos de de los pacientes en estudio se encontró predominio en rangos por arriba de los normales en el sexo masculino con una significancia de .772 no relevante.

GENERO * CT1

Crosstab

Count		CT1		Total
		1	2	
GENERO	1	40	16	56
	2	47	21	68
Total		87	37	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,078 ^b	1	,780		
Continuity Correction ^a	,007	1	,934		
Likelihood Ratio	,078	1	,779		
Fisher's Exact Test				,845	,468
Linear-by-Linear Association	,078	1	,780		
N of Valid Cases	124				

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 16,71.

En relación a los niveles de colesterol detectados se encontraron dentro de límites normales 87 de los pacientes en estudio el equivalente al 70%, predominio del sexo masculino sin una significancia relevante de .780

GENERO * RELIGION

Crosstab

Count		RELIGION					Total
		CATOLI	CATOLI.	CRISTIAN	MAZÓN	T.JEHO	
GENERO	1	1	54	1			56
	2		65		1	2	68
Total		1	119	1	1	2	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,901 ^a	4	,298
Likelihood Ratio	6,787	4	,148
N of Valid Cases	124		

a. 8 cells (80,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

En la correlación entre el tipo de religión y el sexo sin resultado relevante ya que en un 95.9% son católicos con una diferencia de 10 más en el sexo masculino con significancia de .298

GENERO * OCUP1

Crosstab

Count

	OCUP1										Total
	DMERC	HOGAR	JORNAL	BRERO	ONTO	ENSION	UIMIC	TECN.	ECN. DELADO		
GENE 1		51	2	1	1		1				56
2	1	1	17	33		12		1	2	1	68
Total	1	52	19	34	1	12	1	1	2	1	124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	108,895 ^a	9	,000
Likelihood Ratio	139,044	9	,000
N of Valid Cases	124		

a. 12 cells (60,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

En la correlación entre la ocupación y el sexo femenino 51 dedicadas al hogar y el sexo masculino son obreros o jornales principalmente con una significancia de .000

GENERO * DXAGREG

Crosstab

Count	DXAGREG															Total
	ASMA	PROCHA	NSLIPI	HAS	IAS fa	AS/C/	AS/IRAS/IV	S/NEU	C/HA	IVP	TIASI	UROP	NO			
GENI 1			1	31	1	1	1			2	1		18			56
2	1	1	1	37			1		1	1		2	22			68
Total	1	1	1	68	1	1	1	1	1	2	2	2	40			124

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,898 ^a	14	,457
Likelihood Ratio	19,176	14	,158
N of Valid Cases	124		

a. 26 cells (86,7%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,45.

El principal diagnóstico agregado a la diabetes mellitus es la hipertensión arterial, en un 54.8% del total de los pacientes del estudio, en el sexo masculino 37 pacientes y en el sexo femenino 31 pacientes, y otros diagnósticos agregados son la insuficiencia vascular periférica, la neuropatía diabética y la litiasis vesicular con 2 pacientes en cada diagnósticos, habiendo otros de menor relevancia con una significancia de .457

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
GENERO * PUNTAJE	123	99,2%	1	,8%	124	100,0%

GENERO * PUNTAJE Crosstabulation

Count		PUNTAJE				Total
		1	2	3	4	
GENERO	1	14	21	17	4	56
	2	36	18	13		67
Total		50	39	30	4	123

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,569 ^a	3	,004
Likelihood Ratio	15,345	3	,002
Linear-by-Linear Association	11,431	1	,001
N of Valid Cases	123		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,82.

De acuerdo al cuestionario aplicado solo el 40% de los pacientes dentro de la normalidad y el 59.6% con algún grado de depresión, con predominio en estado de ansiedad en 39 pacientes, en depresión moderada en 30 pacientes y so-

lo en 4 con depresión severa, predominantemente en el sexo femenino con una significancia de .004 de acuerdo a chi-square 13.569.

Correlations

Correlations

	ALORES	TAS	TAD	EDAD	IMC2	SCOLA	GLUC	TGC	OLESTEF	FDELDX	
VALORE	Pearson Correlation	1,000	-,033	-,058	,020	-,125	-,165	,059	,048	-,023	,188*
	Sig. (2-tailed)		,717	,522	,830	,167	,070	,519	,599	,802	,038
	N	123	123	123	123	123	121	123	123	123	123
TAS	Pearson Correlation	-,033	1,000	,684*	,132	,327*	,056	-,016	-,020	,073	,045
	Sig. (2-tailed)	,717		,000	,143	,000	,537	,861	,827	,421	,619
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
TAD	Pearson Correlation	-,058	,684*	1,000	-,028	,242*	,069	,061	,118	,209*	,053
	Sig. (2-tailed)	,522	,000		,760	,007	,452	,498	,192	,020	,555
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
EDAD	Pearson Correlation	,020	,132	-,028	1,000	-,340*	-,072	,194*	-,046	,172	,360*
	Sig. (2-tailed)	,830	,143	,760		,000	,429	,031	,612	,057	,000
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
IMC2	Pearson Correlation	-,125	,327*	,242*	-,340*	1,000	-,049	-,084	-,069	-,226*	-,316*
	Sig. (2-tailed)	,167	,000	,007	,000		,589	,352	,450	,012	,000
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
ESCOLA	Pearson Correlation	-,165	,056	,069	-,072	-,049	1,000	-,070	,036	,097	,120
	Sig. (2-tailed)	,070	,537	,452	,429	,589		,445	,697	,285	,189
	N	121	122	122	122	122	122	122	122	122	122
GLUC	Pearson Correlation	,059	-,016	,061	,194*	-,084	-,070	1,000	,113	,132	,155
	Sig. (2-tailed)	,519	,861	,498	,031	,352	,445		,212	,145	,086
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
TGC	Pearson Correlation	,048	-,020	,118	-,046	-,069	,036	,113	1,000	,532*	,167
	Sig. (2-tailed)	,599	,827	,192	,612	,450	,697	,212		,000	,063
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
COLEST	Pearson Correlation	-,023	,073	,209*	,172	-,226*	,097	,132	,532*	1,000	,311*
	Sig. (2-tailed)	,802	,421	,020	,057	,012	,285	,145	,000		,000
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124
FDELDX	Pearson Correlation	,188*	,045	,053	,360*	-,316*	,120	,155	,167	,311*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,038	,619	,555	,000	,000	,189	,086	,063	,000	
	N	123	124	124	124	124	122	124	124	124	124

*Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

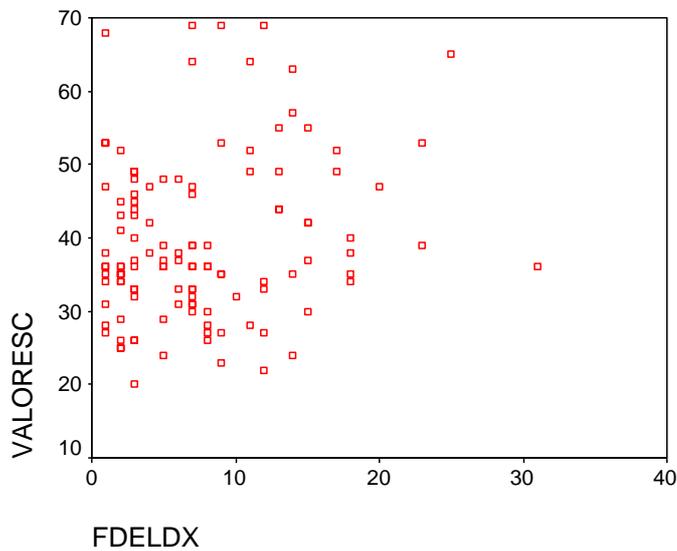
Correlations

Correlations

		FDELDX	VALORESC
FDELDX	Pearson Correlation	1.000	.187*
	Sig. (2-tailed)	.	.037
	N	124	124
VALORESC	Pearson Correlation	.187*	1.000
	Sig. (2-tailed)	.037	.
	N	124	124

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Graph



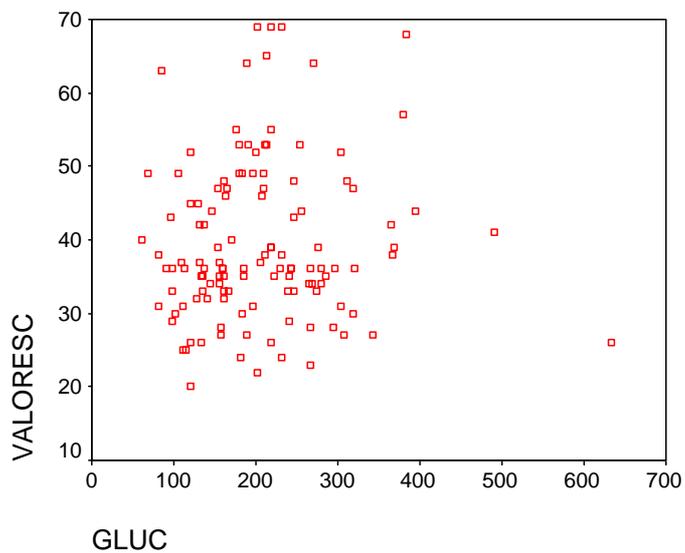
La correlación entre el tiempo de evolución del diagnóstico de diabetes mellitus 2 y los valores de escala de la depresión, la dispersión no es significativa a menor años de evolución mayor nivel de depresión.

Correlations

Correlations

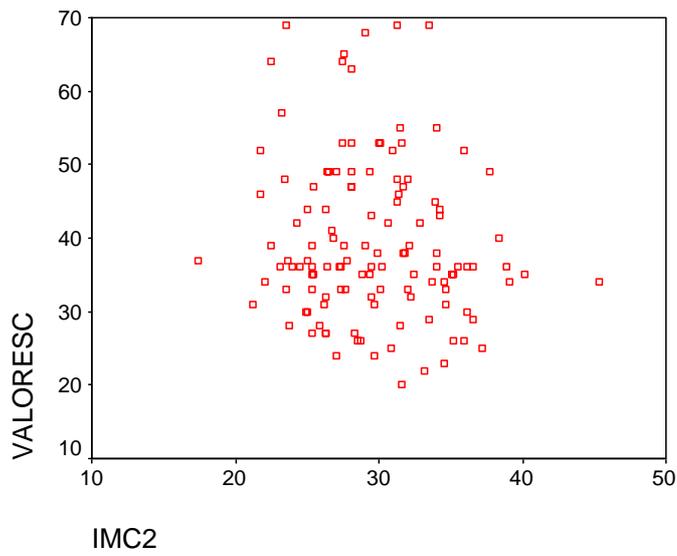
		VALORESC	GLUC
VALORESC	Pearson Correlation	1.000	.058
	Sig. (2-tailed)	.	.526
	N	124	124
GLUC	Pearson Correlation	.058	1.000
	Sig. (2-tailed)	.526	.
	N	124	124

Graph



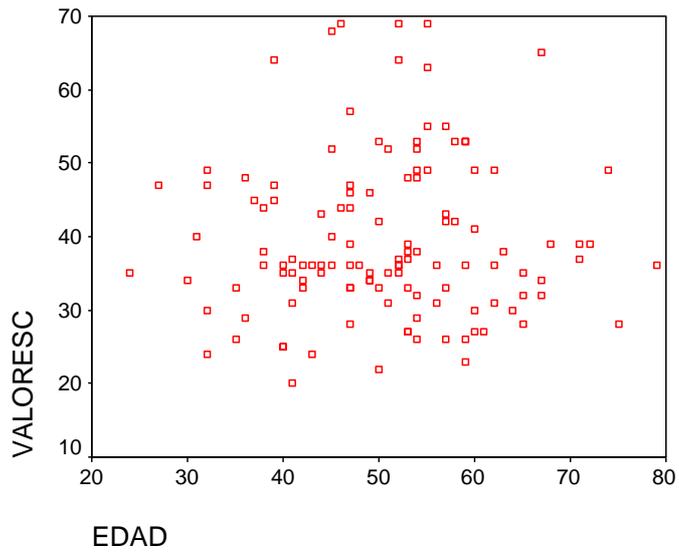
La correlación entre los niveles de glucosa con los valores de escala del grado de depresión, a mayor nivel de depresión, mayor nivel de glucosa se alcanzaron pero sin un nivel de dispersión relevante.

Graph



La correlación de los valores de escala de depresión con el índice de masa corporal sin dispersión relevante.

Graph



La dispersión de acuerdo a la relación entre la edad y los valores de escala de depresión sin relevancia.

ANALISIS DE RESULTADOS:

De los resultados obtenidos de la prevalencia de depresión en los 124 pacientes diabéticos estudiados en el presente trabajo encontramos que en relación a la población total de 20 a 85 años y más en el año 2006 es de 1794 se encontraron a 73 pacientes diabéticos con algún estado de depresión siendo el 4%, ligeramente por debajo de lo reportado a nivel nacional pero en relación a nivel mundial dentro de lo reportado entre el 3-5% (1-6).

En relación al total de pacientes en estudio resultaron con ansiedad o depresión leve el 31.45%, con depresión moderada el 24.19%, con depresión severa en el 3.2%. (1-6)

En cuanto a la presentación de depresión de acuerdo al sexo en femenino 42 pacientes equivalente al 57.53%, y en el sexo masculino 31 pacientes en un 42.46%, esto efectivamente muy similar a la ocurrencia de depresión en pacientes con padecimientos crónicos degenerativos reportado de entre el 4 y el 70% (5)

En relación a la población total de la población adscrita a la UMF 48 el porcentaje de 4%, en mujeres 2.3% y en hombres 1.7%.

Analizándolo por sexo femenino 21 con depresión leve en un 50%, 17 con depresión moderada en un 40.4%, y en un 9.5% con 4 pacientes. En el hombre 31 pacientes de esos 18 en depresión leve con un 58%, y en depresión moderada 41.9% y no se presentó depresión severa, esto dista de lo reportado para la población rural donde en estudio realizado en el 2002 arrojó que es mayor en - hombres en áreas rurales, pero en forma general similar a estudios reportados.

Encontramos relación de los niveles elevados de glucosa coinciden con los valores de escala de valoración del estado depresivo, de ahí podemos decir que a mayor depresión mayor descontrol de la diabetes mellitus, nuestros resultados son consistentes con hallazgos de encuestas previas.

Podemos decir que a pesar de que las mujeres son las que presentan mayor de presión aún así no lo perciben como tal de una necesidad de atención por falta- de reconocimiento de su padecimiento y otra situación es que como médicos familiares existe mucho que hacer desde diagnosticar en forma oportuna para- tener una intervención y evitar la presentación de una disfunción familiar como-consecuencia.

CONCLUSIONES:

De nuestro estudio realizado en nuestra población de pacientes diabéticos obtuvimos lo siguiente:

1. La prevalencia de depresión en nuestro estudio de 124 pacientes diabéticos tipo 2 encontramos que la depresión se manifestó en 73 pacientes equivalente al 58.8%, de estos 42 correspondieron al sexo femenino con un 57.53% y en el sexo masculino en 31 casos con un 42.47%.
2. Se encontró que el grupo de edad más frecuente corresponde de 30 a 40 años con 56 pacientes con un 56%
3. De los resultados obtenidos para determinar el intervalo de años de evolución de la diabetes mellitus se encontró que a los 5 años de evolución de la diabetes mellitus se presentó la depresión en 37 pacientes con un 62.27%

Consideramos que este estudio fue de utilidad ya que es el primer estudio realizado en nuestro medio y donde los resultados obtenidos similares a los estudios mundiales y nacionales con depresión y diabetes mellitus por lo que sugerimos la realización de estudios posteriores encaminados a la funcionalidad familiar y la aplicación de instrumentos de evolución en la dinámica familiar, o bien la evaluación de la calidad de vida de nuestra muestra de estudio aplicados en medicina familiar con enfoque en el primer nivel de atención buscando la interacción individuo, médico y familia.

Anexo 1

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION SAN LUIS POTOSI, S.L.P.**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 48 LA HINCADA

CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACIÓN

Lugar y Fecha _____

Nombre _____ No. Expediente _____ edad _____

Identificado con: _____

Nombre del familiar responsable: _____

Por medio del presente, manifiesto haber sido informado sobre el tipo de procedimiento que se realizarán en mi persona, de sus beneficios, riesgos y complicaciones, al participar en el Protocolo de Investigación "Depresión en Diabéticos tipo 2 derechohabientes de la U.M.F. 48 La Hincada" en S.L.P., y autorizo al personal de salud e Investigador a realizar el procedimiento.

Así como para la atención de contingencias y/o sugerencias, lo anterior como fundamento en la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del Médico Investigador

Nombre y firma del 1er.
Testigo

Nombre y firma del 2º.
Testigo

Anexo 2

CUESTIONARIO DE DIAGNOSTICO DE DEPRESION- CALDERON

Nombre: _____ Edad _____ No. Afil _____

PREGUNTAS	1 NO	2 POCO	3 REGULAR	4 MUCHO
¿Se siente triste o afligido?				
¿Llora o tiene ganas de llorar?				
¿Duerme mal de noche?				
¿En la mañana se siente peor?				
¿Le cuesta trabajo concentrarse?				
¿Le ha disminuido el apetito?				
¿Se siente obsesivo o repetitivo?				
¿Ha disminuido su interés sexual?				
¿Considera que su rendimiento en su trabajo es menor?				
¿Siente presión en el pecho?				
¿Se siente nervioso, angustiado o ansioso?				
¿Se siente cansado o decaído?				
¿Se siente pesimista, piensa que las cosas de van a salir mal?				
¿Le duele con frecuencia la cabeza?				
¿Esta más irritable o enojón que antes?				
¿Se siente inseguro, con falta de confianza en usted mismo?				
¿Siente que le es menos útil a su familia?				
¿Siente miedo de algunas cosas? Anexo 2				
¿Siente deseos de morir?				
¿Se siente apático, sin interés de las Cosas?				

CALIFICACION:

Preguntas contestadas en la primera columna (no) _____ x1= _____

Preguntas contestadas en la segunda columna (poco) _____ x2= _____

Preguntas contestadas en la tercera columna (regular) _____x3=_____

Preguntas contestadas en la cuarta columna (mucho) _____x4=_____

EQUIVALENTE A PUNTAJE:

De acuerdo con la experiencia clínica los resultados obtenidos deben valorarse

NORMAL ----- 20-35 puntos

ANSIEDAD ó DEPRESIÓN LEVE-----36-45 puntos

DEPRESION DE MEDIANA INTENSIDAD-----46-65 puntos

DEPRESION SEVERA -----66-80 puntos

Anexo 3

ORGANIZACIÓN DE LA INVESTIGACION, PROGRAMA DE TRABAJO

GRAFICA DE GANT

ACTIVIDADES/Mes	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N
Planteamiento de programa	x	x													
Investigación Bibliográfica			x	x	x	x	x								
Protocolo de Investigación								X	x	x					
Autorización del Comité											x	x			
Recolección de Datos													x	x	
Análisis de Resultados															X
Elaboración de Conclusiones															X
Elaboración de Gráficas														X	
Presentación														x	
Reunión Delegacional de Investigación Médica													X		

Anexo 4

**CEDULA DE REGISTRO DE PACIENTES EN ESTUDIO
 “DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 DERECHOABIENTES
 DE LA UMF 48 LA HINCADA “**

Nombre:	
---------	--

No. De Afiliación:	
Edad:	
Peso:	
Talla:	
TA:	
Glucosa:	
Triglicéridos:	
Colesterol:	
Escolaridad:	
Religión:	
Ocupación:	
Fecha del DX de Diabetes Mellitus 2	
Diagnósticos Agregados:	

Anexo 5

RECURSOS MATERIALES

Material de Internet	\$ 300.00
----------------------	-----------

Material de papelería hojas bond, lápices, gomas	\$450.00
Fotocopiado	\$250.00
Impresiones	\$280.00
Personal de Apoyo (Viáticos)	\$700.00

Se utilizarán recursos de la propia Institución y del Investigador.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Nathan, P., Gorman, J. y Salkind, N.(2002). Tratamiento de los Trastornos mentales. Madrid, Ed. Alianza
- 2) Navarra, Gabriela, mayo 2005, Ciencia y Salud
- 3) Caraveo-Anduaga J. Colmenares E. Saldivar G. Estudio clínico epidemiológico de los trastornos depresivos, Salud Mental 1999; 22:7-17.
- 4) Leyva González FA, Mota Velazco G. Salas Romero MF Depresión en jubilados no activos. Estudio de 234 casos. Rev. Med. IMSS 1995; 33:51-55
- 5) Garduño Espinoza J. Tellez-Zenteno JF, Hernández-Ronquillo L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev. Invest. Clin. 1998;50: 287-291.
- 6) Belló M., Puentes Rosas E., Medina Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública Méx. 2005;47 supl. 1:S4-S11
- 7) National Institute of Mental Health. Depresión Bethesda (MD): National Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health Services, 2001 reprinted 2004 January 26 pag. 23.
- 8) Leoncio Miguel Rodríguez Guzmán Dr., Hosp. Gral. De Zona No. 32 y 36 IMSS, de Minatitlán, Veracruz. Sistema de Vigilancia Epidemiológica, No. 39, Vol. 18, sem. 39 del 23 al 29/09/2001.
- 9) Dr. Antuña de Alaiz, Clínica Diabetológica, Diabetes y Depresión, Depto de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Bethanien-Hospital Hamburg, Alemania, Año 2005.
- 10) Michelle Rizzo, La Depresión esta vinculada al riesgo de desarrollar diabetes, Reuters Health, Mayo, 2005.
- 11) Dr. Antuña de Alaiz, Clínica Diabetológica, Diabetes y Depresión, Depto de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Bethanien-Hospital Hamburg, Alemania, Año 2005.
- 12) Remick, RA. Diagnosis and Management of depresión and primary care: A Clinical Update and, review. Cmai 2002, 167:1253-1260.

- 13) Organización Mundial de Salud. Informe sobre la salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra Suiza: Organización Mundial de Salud 2001: 29-30
- 14) Frenk J, Lozano R, González Ma. Economía y salud: propuesta para el avance del sistema de salud en México DF. Fundación Mexicana para la salud, 1999.
- 15) Murray CJ, López AD, Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020, Global burden of disease study, Lancet 1997, 349: 1498-1504.
- 16) American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of disorders 4a. ed. Washington, DC: American Psychiatric.
- 17) De la Fuente R, Medina-Mora ME, Caraveo J. salud Mental en México, . México, DF: Instituto Mexicano Psiquiatría, Fondo de Cultura Económica; 1997.
- 18) Medina-Mora ME, Rascon ML, Tapia R, Marino M, Juárez F, Villatoro J et al. Trastornos emocionales en la población urbana mexicana: resultados de un estudio nacional. An Int Mex Psiquiatr 1992;3:48-55.
- 19) Carrasco J, Martínez N, Rivera B, Polo A. Prevalencia en la vida de episodios depresivos y utilización de servicios especializados. SALUD Men 1997;20;15-23.
- 20) Medina-Mora ME, Borges G, Lara, Benjet C, Blanco J, Feliz Cet al Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios; resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiatría en México, Salud Mental 2003;26(4);1-16.
- 21) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM IV-TR. Washington DC,, American Psychiatric Association 2000, Editorial Masson.
- 22) Re-encuesta Nacional de Hipertension arterial (RENAHTA) Consolidación de los factores de riesgo cardiovascular. Cohorte Nacional de seguimiento Archivos de Cardiología de México, Vol. 75, No.1, Enero-Marzo 2005.
- 23) Velásquez Rosas PM, Lara EA, Pastelón G, ENSA 2000, Attie F, CONFER T: Prevalencia e interrelación de las Enfermedades

Crónicas no Transmisibles y Factores de riesgo Cardiovascular en México. Arch Cardiol Méx 2003; 73: 62-77.

- 24) Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención. Tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes, págs 5-20.
- 25) Elizabeth Heubeck, Diabetes Depression Connection; American Diabetes Association; DOC News August 1, 2005, Vol 2, Number 8 p. 6,
- 26) Organización Mundial de Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental; nuevos conocimientos nuevas esperanzas, Ginebra Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001. 29-30
- 27) Gregory A. Nichols, PHD and Jonathan B. Brown, PHD, MPP, Unadjusted and Adjusted Prevalence of Diagnosed Depresión in Type 2 Diabetes; Diabetes Care 26:744-749, 2003; by the American Diabetes Association.
- 28) Guillermo Calderón Narváez, Cuestionario clínico para el diagnóstico de los cuadros depresivos, Rev. Méd. IMSS Méx.; Vol. 30 Núm. 5/6, 1992.
- 29) Guillermo Calderón Narváez; Cuestionario para simplificar el diagnostico del síndrome depresivo, Asociación Psiquiátrica Peruana, Lima, 25 de agosto de 1995.
- 30) Miguel Ángel Mendoza Romo, Ndia Nva Zarate, Jesús Miguel Escalante-Pulido: El Médico y la Ley; Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica; Gaceta Médica Mexicana, Vol. 139, No. 2, Maxo-Abril 2003.
- 31) Ryan J. Anderson, BA, Kenneth E, Freedlan, PHD, Ray E. Clouse, MD and Patrick J. Lutstman, PHD; The Prevalence of comorbid Depression in Adulto With Diabetes; Diabetes Care 24;1069-1078, 2001.
- 32) Ian R. McWhinney, Medicina de familia, Edit.Mosby/Doyma edic. español:12-25.
- 33) Peralta, G.Figueroa D. Aspectos psicosociales de la Diabetes, Endocrinología Nutr. 2003 50(7): 280-285.

- 34) F.J.Gallo Vallejo, R. Altisent Trota, J.Diez Espino, C.Fernández Sánchez, Atención Primaria, vol. 23 Núm. Marzo 1999: 236-254.