



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACIÓN NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.33 "EL ROSARIO"
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA.MARTHA SUSANA LONGINOS BENÍTEZ

ASESOR:
DRA.MÓNICA ENRIQUEZ NERI

COOR.CLIN.DE EDUC. E INV. EN SALUD PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"



México D.F. AGOSTO 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

PROF. TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO" Y ASESOR

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA

PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 "EL ROSARIO"

DRA. MARTHA SUSANA LONGINOS BENÍTEZ

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mis padres por darme la VIDA

A mi mamá por enseñarme que la: “Persistencia” es una forma de vida, no una palabra...Gracias por tu confianza inagotable incluso en aquellos momentos cuándo quise desistir...

A mi tío Fer que siempre ha sido como un padre para mí, gracias por estar siempre ahí cuando llegue a necesitarte, por tu tiempo, tus anécdotas, consejos y sobre todo por tu ejemplo...

A mis amigos: Carla, Norma, Carly y Arturo; gracias por su amistad y compañía que hicieron más fácil éste camino que un día elegimos, sin saber que recorreríamos juntos...

Pero sobre todo gracias a ti:

Mi amor: Alejandro, pues estoy segura que sin tu apoyo incondicional y tu amor, no habría podido subir éste peldaño de mi vida. Gracias por esas miles de veces que me diste tu ejemplo: de integridad, bondad, nobleza, paciencia, perseverancia, tolerancia e inteligencia que siempre he admirado en tu persona, mismas que me sirvieron de impulso para continuar cuando me faltó el aliento. Pero sobre todo gracias por continuar a mi lado después de tantas adversidades.

Mil gracias por que éste pequeño logro, es de los dos mi vida...TE AMO...

DESAFIO

Es decir *Sí* a la vida, es entender que el coraje no es para morir, si no para decidirse a vivir y *desafiar tus propias limitaciones*.

Es afrontar tu destino, tu familia, tu cuerpo; tú no decidiste el nivel económico, social y cultural en el que naciste, solo límitate a comprenderlo y aceptarlo.

Es entender que el ser humano no decide su destino pero sí su **EXISTIR**, decide lo que quieras llegar a ser, eres el único dueño y responsable de tu vida.

Es comprender que tienes más de una excusa para tus fracasos, pero ha llegado el momento de convertir tus derrotas en victorias.

Es atreverte a reinventarte a ti mismo, proyectando la imagen de quién deseas llegar a ser y creer firmemente que lo lograrás.

Es tener presente que el futuro pertenece a los que siguen aprendiendo, a los que dejan de hacerlo, solo les sirve para vivir en el pasado que además, nunca volverá.

Es aquello que hace al triunfador y no cabe desafío sin riesgo al fracaso; atreverte a pagar la colegiatura para llegar a la cima.

Es asimilar que el ser humano se convierte en extraordinario, cuando se enfrenta con riesgos extraordinarios, cuánto más difícil sea la batalla, más legítima es la victoria.

Es tener el carácter y la determinación que te harán un triunfador, dando lo mejor, en todo lo que hagas; la vida se paga con la vida.

Es ser buscador incansable de oportunidades; preparándote para aprovecharlas, jugando siempre a ganar. Es buscar el camino a la realización, comprometiéndote a realizar algo en la vida.

Es agregar a tu existencia la esencia de la vida...

La vida es un **DESAFÍO** permanente...

M. Mohzo

A mi hermano Javier, del cual me siento muy orgullosa. En momentos de adversidad recuerda siempre éstas palabras, que sean tu luz cuando todo parezca oscurecerse y te den la fortaleza para levantarte y continuar. Nunca olvides que **TU!!!** Eliges tu propio desafío y **hasta donde quieres llegar...**

INDICE

| | |
|-----------------------------------|----|
| <i>RESUMEN</i> | 6 |
| <i>ANTECEDENTES</i> | 7 |
| <i>JUSTIFICACIÓN</i> | 10 |
| <i>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i> | 11 |
| <i>MATERIAL Y MÉTODOS</i> | 12 |
| <i>RESULTADOS</i> | 13 |
| <i>TABLAS Y GRÁFICAS</i> | 14 |
| <i>DISCUSIÓN DE RESULTADOS</i> | 20 |
| <i>CONCLUSIONES</i> | 22 |
| <i>BIBLIOGRAFÍA</i> | 23 |
| <i>ANEXOS</i> | 25 |

Longinos BM, Enriquez NM. Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”. 2010 diciembre.

Antecedentes: La diabetes mellitus es un trastorno del metabolismo de los carbohidratos. En México es una de las principales causas de morbimortalidad. Un 27% de personas con diabetes desarrollan depresión en un lapso de 10 años. Ambas patologías ensombrecen el pronóstico del paciente disminuyendo su calidad de vida y empeorando su evolución.

Objetivo: Determinar la frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 2El Rosario”.

Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia y comprendió 362 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se utilizó la escala de Hamilton para evaluar depresión, SF-36 para calidad de vida y una escala ex profeso para las variables socio demográficas. Se calcularon frecuencias y porcentajes. **Resultados:** En cuanto a Depresión, 94 (26%) con leve, 56 (15%) con moderada, 22 (6%) con severa, 8 (2%) muy severa y 182 (51%) sin depresión. Respecto a Calidad de vida se encontró que el 57.29% tiene una mejor calidad de vida en términos generales. **Conclusión:** El 49% presentaba algún grado de depresión (leve, moderada, severa y muy severa). La calidad de vida fue mejor en términos generales, las dimensiones más afectadas fueron salud general y vitalidad .Finalmente concluimos que tanto el grupo de pacientes con y sin Depresión presentaron una mejor calidad de vida en términos generales.

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Depresión y Calidad de Vida

ANTECEDENTES

El cambio gradual del perfil epidemiológico que se ha dado en México a partir de la década de los cincuenta, en el sentido de una lenta disminución de los padecimientos infecciosos, pero un crecimiento acelerado de los crónico-degenerativos, ha venido generando nuevas prioridades de investigación e intervención de todos los profesionales de la salud. (1)

La diabetes mellitus, clasificada dentro de las denominadas enfermedades crónico-degenerativas, es un trastorno metabólico de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina (2).

En México se observa como una de las principales causas de morbimortalidad asociada con el actual modelo económico y social, según estadísticas del INEGI en el 2005 figuraba como segunda causa de mortalidad general. Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y, cerca del 30% de los individuos afectados, desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas.

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ésta patología ocupa el 2º lugar en la consulta de Medicina familiar y el 1er. lugar de consulta en otras especialidades.

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema de salud pública que ocasiona no solo daño a la salud física del paciente, sino que afecta la salud mental de quien la padece, cada paciente reacciona de diversas formas ante la noticia de un diagnóstico previamente desconocido, y el conocimiento individual sobre ésta patología es un factor determinante en dicha reacción. Una de estas respuestas implica que, ante el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, como es el caso de la Diabetes Mellitus, se manifieste depresión como primera respuesta, por lo anterior no resulta extraña la alta prevalencia documentada de trastornos pico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos (5,6). Es por ello habitual que observemos manifestaciones depresivas en enfermos diabéticos. Por esto, es necesario hacer una revisión sobre la importancia de dicha comorbilidad.

Se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de auto-cuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras (13).

La Encuesta Nacional de Salud muestra que la población con trastornos depresivos está ubicada en los mismos grupos de edad que los diabéticos, y alcanza prevalencia de 9.1%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Depresión como una psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está disminuida pero puede haber agitación, hay predisposición a la recurrencia a intervalos regulares.

La frecuencia de depresión para población general, varía de 5 a 10 %, con una incidencia de casos nuevos de 13 % (9). Sin embargo, esta frecuencia entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general (10), oscilando del 30 al 65 % (5, 11,12).

El diagnóstico de trastorno depresivo sigue siendo clínico y se subestima debido a interrogatorios insuficientes, falla en la consulta con un familiar de respaldo, etc. Aunado a esto, el clasificar a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y/o Depresión, resulta muy difícil debido a que signos como la pérdida de peso, ataque al estado general, insomnio, y la disminución de la libido se observan en ambos padecimientos

Existen instrumentos para evaluar los síntomas depresivos y vigilar el cambio en su gravedad. Algunos son: la escala de Hamilton y el inventario de Beck. Aunque el estándar de oro lo constituye la utilización de entrevistas estructuradas que se basan en los criterios diagnósticos del DSM-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). (14)

La Diabetes Mellitus Tipo 2 y la depresión repercuten de manera profunda en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de la gravedad de las complicaciones crónicas propias del padecimiento, tanto la cronicidad como el amplio carácter invasivo, representado por muchos síntomas de estos padecimientos, conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. (16)

Con mucha frecuencia se comprometen aspectos tan claves del funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad.

La calidad de vida relacionada con la salud es una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada paciente sobre diversos componentes de la salud. (17).

También se le ha conceptualizado como un constructo multidimensional subjetivo, de acuerdo a la valoración que el paciente emite en relación a diferentes aspectos de su vida relacionados con su estado de salud.(18-21)

Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables.

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional, que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela y en el empleo, así como situación económica. Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar.

Por lo anterior podemos concluir que la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien “. (22,23).

En el área médica el enfoque de calidad de vida se limita a la relacionada con la salud, éste término permite distinguirla de otros factores y esta principalmente relacionada con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.

Las personas con enfermedades crónicas requieren evaluaciones con relación a la mejoría o al deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida.

Existen múltiples instrumentos diseñados para evaluar las mediciones de salud y calidad de vida, uno de ellos es el SF-36 Health Survey es una encuesta de salud diseñada por el Health Institute, New England Medical Center, de Boston Massachusetts, que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad, detectando tanto estados positivos como negativos de la salud física y estado emocional.

Se han realizado diversos estudios abordando diversos aspectos en torno al concepto calidad de vida visto desde diversos enfoques. **Guttmann-Bauman y col.** observaron que en adolescentes diabéticos tipo 1, un mejor control glucémico estaba asociado a una mejor calidad de vida, obteniendo cifras de hemoglobina Glucosilada de 6,97 y una $P = 0,006$ en su estudio, correlacionándolo con una mejor calidad de vida de éstos pacientes. (24)

Lustman; realizó un estudio sobre la frecuencia de depresión en diabetes, donde encontró que la presencia de diabetes duplica las probabilidades de depresión, en dicho estudio, las probabilidades de depresión en el grupo de diabéticos eran el doble comparadas con las del grupo de no diabéticos (IC 95%: 01.08 a 02.02), además concluye que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a frecuencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados.(11).

Escobedo LC, realizo un estudio con el objetivo de determinar el grado de depresión y su relación con el descontrol metabólico en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico, encontrando que efectivamente existe una relación entre la depresión y el descontrol metabólico, observándose valores crecientes de glucemia al aumentar el grado de depresión, encontrando valores menores de glicemia venosa en ayuno para el grupo sin depresión, se obtuvo una $p = 0.0001$.(27).

La evolución actual del perfil epidemiológico indica un incremento importante de las enfermedades crónico degenerativas, en las cuáles se incluye la Diabetes Mellitus Tipo 2 como enfermedad exponencial y asociada a ésta diversas patologías que afectan su pronóstico a corto y largo plazo, tal es el caso de la Depresión, la cual se encuentra asociada entre un 30 a 65%. Ambas patologías ensombrecen el pronóstico del paciente, comprometiendo aspectos claves del funcionamiento humano disminuyendo considerablemente su calidad de vida y empeorando considerablemente su evolución.

JUSTIFICACIÓN

En México alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años padece diabetes y cerca del 30% desconocen ser portadores. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. La diabetes mellitus es la segunda causa de mortalidad general según estadísticas del INEGI hasta el 2005 y dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social ocupa el 2º lugar en la consulta de Medicina familiar.

La Diabetes Mellitus Tipo 2 es un problema de salud pública a nivel mundial, que ocasiona daño no solo a la salud física si no que afecta la salud mental de quien la padece, elevando considerablemente la frecuencia de trastornos psico-afectivos, entre ellos el más frecuente: la Depresión.

En algunos estudios se ha encontrado que la persona con diabetes puede desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los más comunes: la ansiedad y la depresión. No obstante, se conoce poco de la magnitud del problema en el primer nivel de atención, principalmente en cuanto a frecuencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados.

Tanto la cronicidad de diabetes mellitus Tipo 2 y su elevada frecuencia asociada a depresión conllevan a un deterioro notorio y a veces extremo del bienestar y la calidad de vida de quienes la padecen. Con mucha frecuencia se comprometen aspectos tan claves del funcionamiento humano como la capacidad laboral, la vida en familia o la adaptación a nuevas demandas impuestas por el ambiente y la sociedad, todo esto aunado a la forma de afrontamiento al inicio de la enfermedad y su habilidad para enfrentarse a situaciones tensas son factores muy importantes en el proceso de ajuste al tratamiento y éxito del control de la enfermedad.

Con base en lo anterior resulta de medular importancia generar líneas de investigación que aporten nueva evidencia a cerca de la frecuencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su relación con calidad de vida de este tipo de pacientes. Lo anterior nos permitirá diseñar intervenciones viables y eficaces por parte del equipo de salud, principalmente enfocado a un primer nivel de atención.

El llevar a cabo ésta investigación en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 33 “El Rosario” fue posible, debido a que es una unidad con alta incidencia de pacientes diabéticos. Hasta el 2009 existían 12,824 pacientes con éste diagnóstico, sin que en la unidad se hubiera realizado una línea de investigación en torno a éste tema.

Además la unidad contó con los recursos necesarios para ésta investigación, tanto espacios físicos, como características de la población. Tomando en cuenta que éste estudio se llevó acorde a las políticas institucionales del manejo integral del paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2 dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Los datos nuevos aportados por el presente estudio, nos permitirá generar nuevas pautas y estrategias aplicables a intervenciones de promoción a la salud, protección específica y prevención secundaria por parte del profesional de salud en un primer nivel de atención en beneficio principalmente de la salud en este grupo de pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus (DM) se considera una de las enfermedades más importantes del siglo XXI. A nivel internacional se ha encontrado que la presencia de diabetes en los pacientes duplica las probabilidades de presentar Depresión. (11) También se ha abordado el impacto que tiene ésta con la calidad de vida de los pacientes observando que un mejor control glucémico está relacionado a una mejor calidad de vida. (24).

Lo cierto es que en México existen más de cuatro millones de diabéticos, figurando ésta como segunda causa de mortalidad general. El 8.2% de la población entre 20 y 69 años de edad es diabético, y de éstos, el 30% desconoce que es portador de la enfermedad. Por otro lado la prevalencia de depresión entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general, oscilando del 30 al 65 % (5).

Dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social la Diabetes Mellitus Tipo 2 ocupa el segundo lugar en la consulta de Medicina Familiar y el primer lugar de consulta en otras especialidades.

Específicamente dentro de la Unidad de Medicina Familiar No. 33, existe una población hasta el año 2009 de 12,824 pacientes con el diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2, continúa ocupando el segundo lugar de la consulta externa.

Por lo anterior los principales temas de investigación en tesis elaboradas en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 están vinculadas a la diversos temas en torno a la Diabetes y comorbilidades asociadas como el realizado por el Dr. Ruíz OE a cerca de la *“frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”* en el cuál encontró que del total de pacientes diabéticos estudiados el 63% no presentaron depresión y tan solo el 37% la presentaba en algún grado. (31)

Finalmente la Dra. Reyes BM realizo un trabajo a cerca de “la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un primer nivel de atención, encontrando que 31% de sus pacientes tenían regular calidad de vida, 11% tenía una excelente calidad de vida. Concluyendo que efectivamente la calidad de vida estaba estrechamente vinculada con la aparición de enfermedades crónica como la insuficiencia renal. (33)

En la Unidad de Medicina Familiar No. 33 existe un solo trabajo previo que relaciona la calidad de vida y la Diabetes Mellitus Tipo 2. Otros más relacionando calidad de vida y algunas otras enfermedades crónico degenerativas o sus complicaciones como la insuficiencia renal crónica y la diálisis peritoneal, sin que hasta la fecha se haya estructurado una línea de investigación que evalúe la prevalencia de Depresión y Calidad de Vida en Diabetes Mellitus Tipo 2.

Por lo anterior en el presente estudio me permito plantear la siguiente pregunta:

¿Cuál es la Frecuencia de Depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”?

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se llevo a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del Instituto Mexicano del Seguro Social perteneciente a la Delegación Norte del Distrito, en el servicio de consulta externa, con el objetivo de determinar la Frecuencia de Depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”.

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo en el que participaron pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 33 “El Rosario”, se calculo un tamaño de muestra de 362 pacientes con un nivel de confianza de 95% y una precisión del 5% por medio de muestreo no probabilístico por conveniencia. En el estudio se incluyeron todos aquellos pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión determinados para éste estudio : mayores de 20 años de edad, con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, derechohabientes del IMSS adscritos a la UMF 33 “El Rosario”, que acudieron a control en la UMF NO. 33 dentro del periodo que abarco éste estudio, turno matutino o vespertino y finalmente aquellos que firmaron la carta de consentimiento informado para la participación en el estudio.

Previo consentimiento informado se aplicaron tres cuestionarios: 1. Escala de valoración de Hamilton para la variable depresión, en su versión reducida consta de 17 ítems, es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Se utilizaron las siguientes escalas de medición : variable depresión = No deprimido: 0-7, Depresión leve: 8-13, Depresión moderada: 14-18, Depresión severa:19-22 y Depresión muy severa: >23. 2. SF-36 Health Survey para evaluar calidad de vida que es una encuesta de salud que a partir de 36 preguntas pretende medir ocho conceptos genéricos sobre la salud, esto es, conceptos que no son específicos de una patología, grupo de tratamiento o edad. Estas ocho dimensiones de salud que evalúa son: función física (FF), limitaciones de rol por problemas físicos (RF), dolor corporal (D), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), limitaciones de rol por problemas emocionales (RE) y salud mental (SM). La variable calidad de vida se calificó de la siguiente manera: (0 a 50) peor estado de salud relacionado con calidad de vida y (50 a 100) mejor estado de salud relacionado con calidad de vida. 3. Cuestionario elaborado ex profeso para las características socio demográficas de los pacientes incluidos en el estudio.

Los datos se capturaron utilizando el sistema office, específicamente Word y Excel. Se utilizó estadística descriptiva sacando frecuencias y porcentajes mismos que se describieron a través de gráficas y tablas que mostraron los resultados obtenidos.

La presente investigación se realizó bajo los lineamientos y aspectos éticos que rigen la investigación en humanos a nivel internacional, nacional e institucional, así como previo consentimiento informado del paciente.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 362 cuestionarios a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" que cumplieron con los criterios de inclusión determinados para éste estudio, no se excluyó ni se eliminó ningún cuestionario, por lo que quedaron 362 que constituyeron el 100%.

Con respecto a las características sociodemográficas se encontró lo siguiente: en cuanto al sexo 189 (52%) correspondieron al sexo femenino y 173 (48%) al sexo masculino. En base a su edad 28 (8%) se encontraron en el rubro de 20 a 40 años, 156 (43%) en el de 40 a 60 años y 178 (49%) en mayores de 60 años. Dentro de su estado civil 219 (60%) casados, 15 (4%) solteros, 63 (17%) viudos, 45 (12%) divorciados y 20 (6%) en unión libre. En relación a la escolaridad 86 (24%) analfabetas, 108 (30%) con primaria concluida, 118 (33%) concluyeron la secundaria, 18 (5%) con bachillerato, 32 (9%) cursaron una licenciatura y ninguno refirió haber cursado algún estudio de posgrado. (Tabla 1 y gráfica 1).

En relación a la depresión: 182 (51%) no presentaron depresión, 94 (26%) con depresión leve, 56 (15%) con depresión moderada, 22 (6%) con depresión severa y 8 (2%) que presentaron depresión muy severa. (Tabla 2 y gráfica 2).

De forma global para la variable Calidad de vida la calificación promedio fue de 57.29% que corresponde a una mejor calidad de vida en términos generales. Lo anterior se desglosa de la siguiente forma: 132 (20%) con una peor calidad de vida ya que obtuvieron calificaciones por debajo del 50%, 230 (80%) con mejor calidad de vida ya que sus calificaciones estuvieron por arriba del 50%. (Tabla 3 y gráfica 3).

En relación a las 8 dimensiones contempladas para evaluar calidad de vida con SF-36 se encontró lo siguiente: la primera dimensión evaluada fue Salud general que obtuvo un porcentaje promedio de 30.72% (peor calidad de vida), Función física obtuvo 70.73% (mejor calidad de vida), Rol físico 58.63% (mejor calidad de vida), Rol emocional 59.76% (mejor calidad de vida), Función social 66.54% (mejor calidad de vida), Dolor corporal 64.44% (mejor calidad de vida), Energía-Fatiga-Vitalidad 46.98% (peor calidad de vida), Salud mental 52.51% (mejor calidad de vida). (Tabla 4 y gráfica 4).

Dentro de la encuesta existe una pregunta que no se contempla dentro de las 8 dimensiones previamente citadas, la pregunta número 2 que explora los cambios experimentados en el estado de salud en el último año, la cual obtuvo un promedio de 37.50% desglosado de la siguiente manera: 14 (4%) reportaron una salud algo mejor ahora que hace un año, 162 (45%) más o menos igual ahora que hace un año, 177 (49%) algo peor ahora que hace un año y 9 (2%) mucho peor ahora que hace un año. (Tabla 5 y gráfica 5).

Finalmente encontramos que dentro del grupo de pacientes con Depresión 180 (49%), 75 (42%) de ellos presentaron una peor calidad de vida y 105 (58%) una mejor calidad de vida. El grupo sin Depresión 182 (51%) se desglosó en 57 (31%) con una peor calidad de vida y 125 (69%) una mejor calidad de vida. (Tabla 6 y gráfica 6)

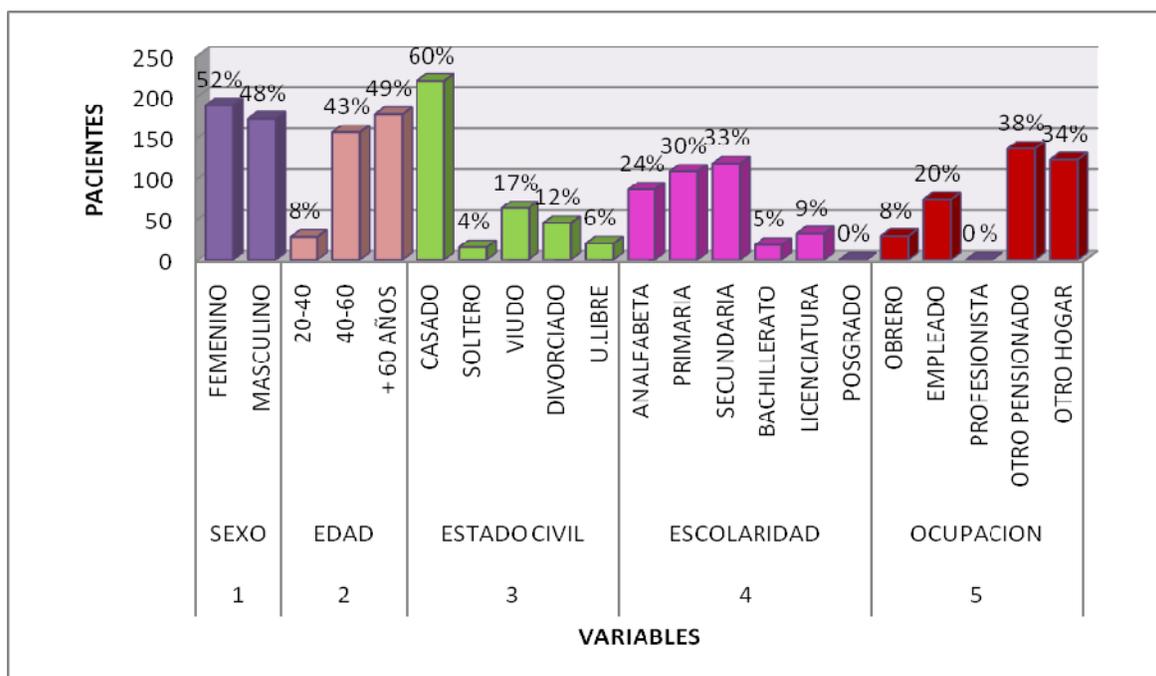
TABLAS Y GRÁFICAS

Tabla No. 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”

| No. | SEXO | | EDAD | | | ESTADO CIVIL | | | | | ESCOLARIDAD | | | | | OCUPACION | | | | | |
|-----|----------|-----------|-------|-------|-----------|--------------|---------|-------|------------|---------|-------------|----------|------------|--------------|--------------|-----------|--------|----------|---------------|-----------------|------------|
| | FEMENINO | MASCULINO | 20-40 | 40-60 | + 60 AÑOS | CASADO | SOLTERO | VIUDO | DIVORCIADO | U.LIBRE | ANALFABETA | PRIMARIA | SECUNDARIA | BACHILLERATO | LICENCIATURA | POSGRADO | OBrero | EMPLEADO | PROFESIONISTA | OTRO PENSIONADO | OTRO HOGAR |
| 362 | 189 | 173 | 28 | 156 | 178 | 219 | 15 | 63 | 45 | 20 | 86 | 108 | 118 | 18 | 32 | 0 | 29 | 74 | 0 | 136 | 123 |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

GRÁFICA No. 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”



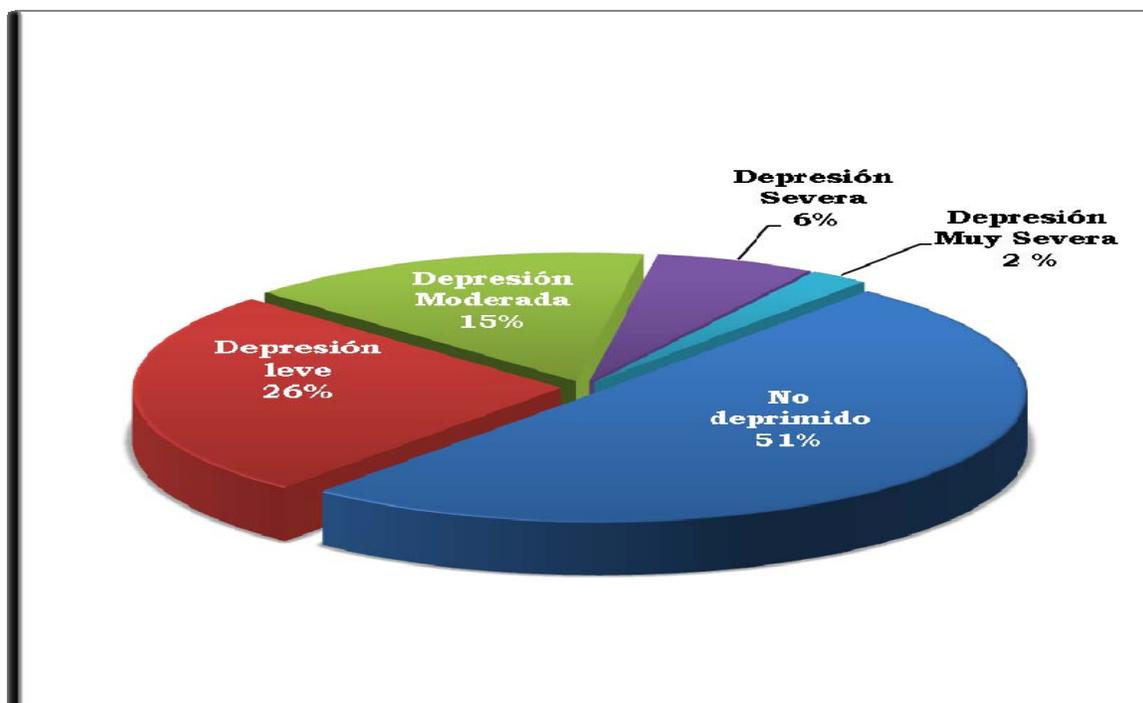
Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla No. 2 GRADOS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”

| NO DEPRIMIDO | DEPRESIÓN | | | |
|----------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| | LEVE | MODERADA | SEVERA | MUY SEVERA |
| 0-7 | 8-13 | 14-18 | 19-22 | >23 |
| 182 pacientes | 94 pacientes | 56 pacientes | 22 pacientes | 8 pacientes |
| 51% | 26% | 15% | 6% | 2% |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

GRÁFICA No. 2 GRADOS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”



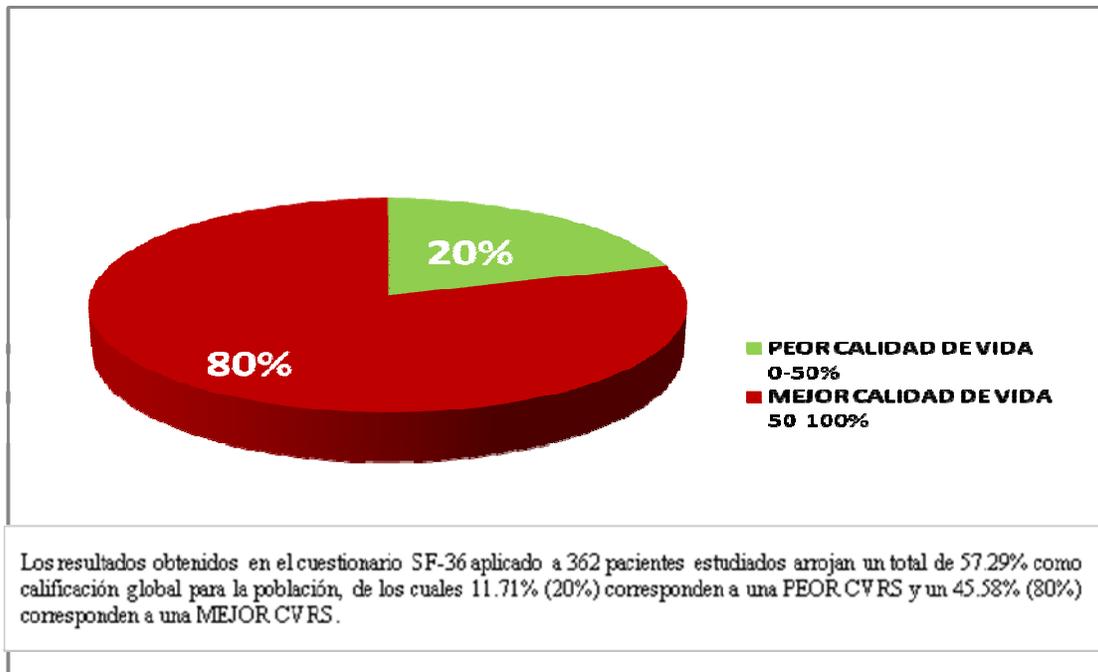
Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla No. 3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”

| CALIDAD DE VIDA | | |
|---------------------------------------|--|--|
| PEOR CALIDAD DE VIDA 0-50% | MEJOR CALIDAD DE VIDA 50-100% | PROMEDIO GLOBAL DE LA POBLACIÓN |
| 11.71 (20%) | 45.58 (80%) | 57.29 (100%) |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

GRÁFICA No. 3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”



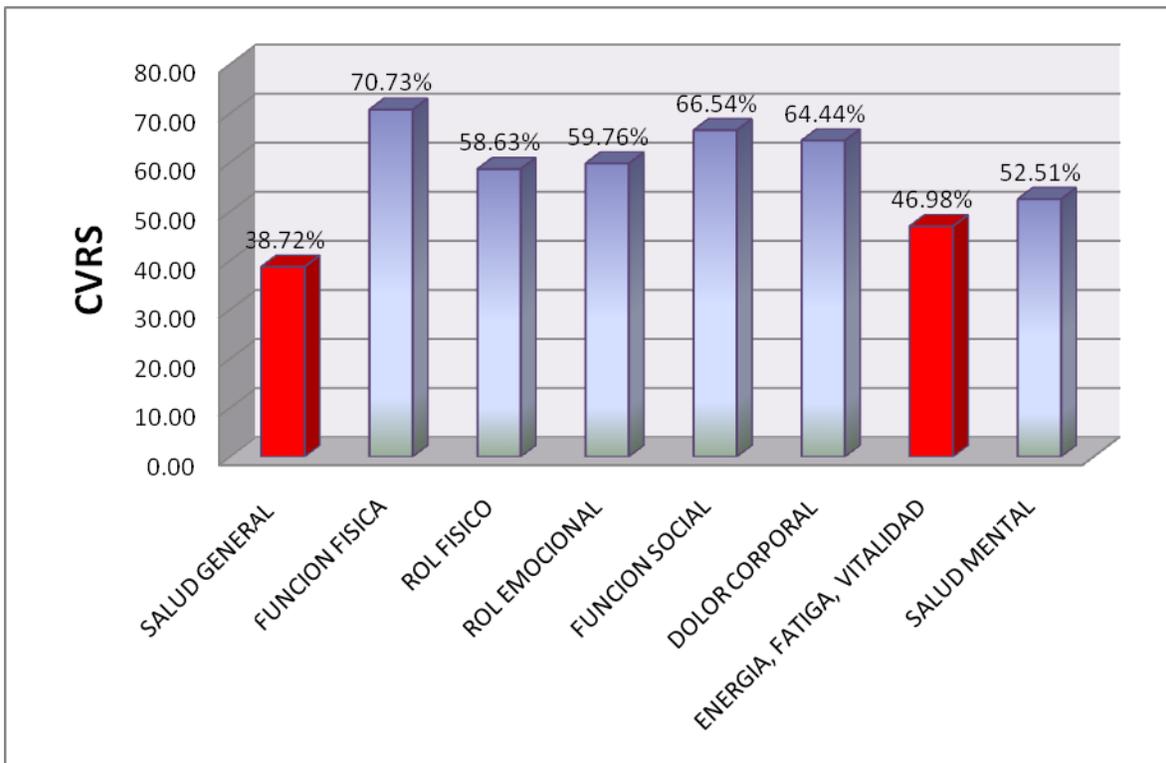
Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla No. 4 DIMENSIONES EVALUADAS POR SF – 36 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”

| DIMENSIONES EVALUADAS POR SF - 36 | | | | | | | |
|-----------------------------------|----------------|------------|---------------|----------------|----------------|----------------------------|--------------|
| SALUD GENERAL | FUNCION FISICA | ROL FISICO | ROL EMOCIONAL | FUNCION SOCIAL | DOLOR CORPORAL | ENERGIA, FATIGA, VITALIDAD | SALUD MENTAL |
| 38.72% | 70.73% | 58.63% | 59.76% | 66.54% | 64.44% | 46.98% | 52.51% |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

GRÁFICA No. 4 DIMENSIONES EVALUADAS POR SF – 36 EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”



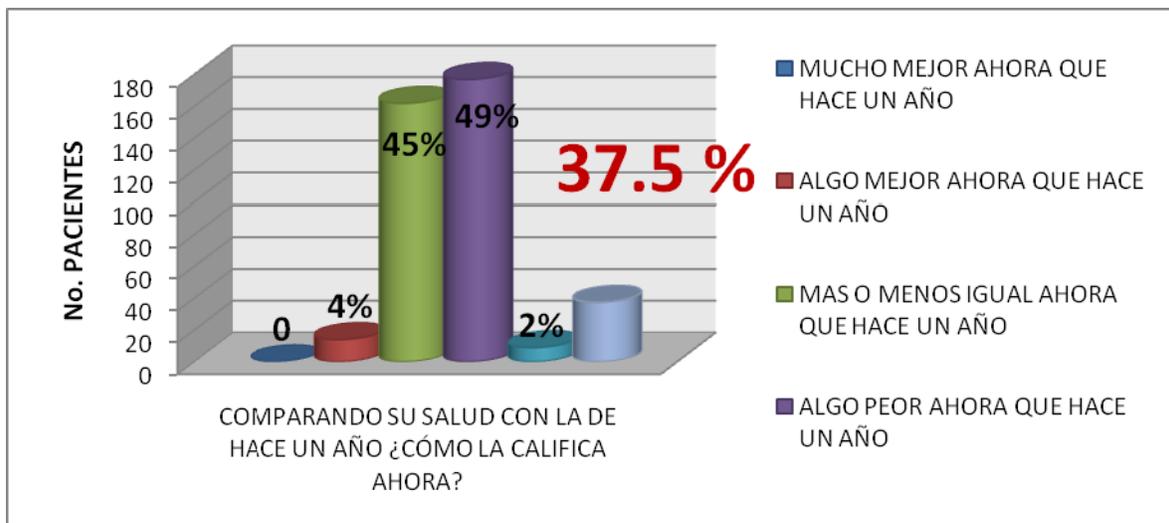
Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla No. 5 CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN EL ESTADO DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”

| COMPARANDO SU SALUD CON LA DE HACE UN AÑO ¿CÓMO LA CALIFICA AHORA? | | | | |
|--|----------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|
| MUCHO mejor ahora que hace un año | ALGO mejor ahora que hace un año | Mas o menos IGUAL ahora que hace un año | ALGO PEOR ahora que hace un año | MUCHO PEOR ahora que hace un año |
| 0 % | 4% | 45% | 49% | 2% |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

GRÁFICA No. 5 CAMBIOS EXPERIMENTADOS EN EL ESTADO DE SALUD EN EL ÚLTIMO AÑO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”



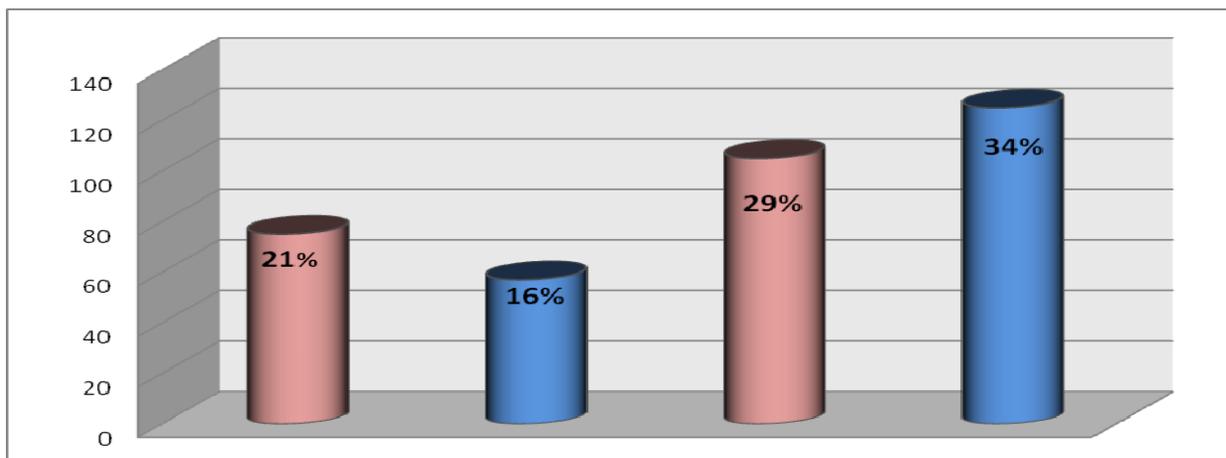
Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

Tabla No. 6 FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”

| Deprimidos | PEOR CALIDAD DE VIDA 0-50% | MEJOR CALIDAD DE VIDA 50-100% |
|----------------------|---------------------------------------|--|
| 180 | 75 | 105 |
| 49% | 42% | 58% |
| No Deprimidos | PEOR CALIDAD DE VIDA 0-50% | MEJOR CALIDAD DE VIDA 50-100% |
| 182 | 57 | 125 |
| 51% | 31% | 69% |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

GRÁFICA No. 6 FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “El Rosario”



| | PEOR CALIDAD DE VIDA 0 – 50% | PEOR CALIDAD DE VIDA 0 – 50% | MEJOR CALIDAD DE VIDA 50 – 100% | MEJOR CALIDAD DE VIDA 50 – 100% |
|----------------------------|---|---|--|--|
| | CON DEPRESIÓN | SIN DEPRESIÓN | CON DEPRESIÓN | SIN DEPRESIÓN |
| PACIENTES (362) | 75 | 57 | 105 | 125 |

Fuente: Encuestas aplicadas a pacientes diabéticos de la UMF 33 “El Rosario”

DISCUSIÓN

Al analizar los resultados del estudio *“Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario”* la muestra representativa abarco un total de 362 pacientes encuestados.

Con respecto a los datos sociodemográficos, encontramos un porcentaje ligeramente mayor de mujeres (52%) con respecto al de los hombres (48%). En base a su edad, se observo claramente un predominio de los grupos de edad de 40 a 60 años (43%) y mayores de 60 años (49%), muy pocos (8%) en el de 20 a 40 años. Esto debido a que los pacientes mayores de 60 años se encuentran en etapas del ciclo vital como independencia o retiro y muerte en donde la mayoría son pensionados y disponen de un mayor tiempo para el cuidado de su salud y asistencia a sus citas médicas. Por otro lado, las personas de menor edad generalmente tienen diversas ocupaciones que no les permiten acudir a sus unidades de salud. Aunado a esto, la edad más frecuente de inicio de la diabetes mellitus tipo 2 es después de los 40 años, lo que probablemente influyo en los resultados obtenidos.

En lo que respecta a su estado civil, la mayoría 219 (60%) eran casados. El nivel académico de la población fue bajo, debido a que considerando los pacientes con nivel, primaria, secundaria y analfabetas sumaban el 87% de nuestra muestra. Ningún solo paciente refirió haber cursado algún estudio de posgrado. Lo anterior es un claro reflejo de lo que predomina en nuestra sociedad actual, en donde según datos reportados por el *INEGI* al 2009 en el país, cuatro de cada siete habitantes de 15 años y más, están casados o en unión libre y de los habitantes de 15 años y más tienen 8.6 grados de escolaridad en promedio, lo que significa un poco más del segundo año de secundaria.

En cuanto a la Depresión como patología agregada, ésta se presentó en el 49% del total de nuestra muestra, lo anterior, dejando de lado el hecho de que se conoce poco a cerca de la magnitud del problema en un primer nivel de atención. Los datos obtenidos en éste estudio coinciden con los reportados por el autor Garduño EJ en 1998 en su estudio a cerca de la *“frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”* en el cuál se documentó una frecuencia de depresión del 46% en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la Ciudad de México, resultados muy similares a los encontrados en nuestro estudio . (34) El Dr. Ruíz OE en el 2005 realizó un estudio en la Unidad de Medicina Familiar No.33 “El Rosario”, a cerca de la *“frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”* , en el cuál encontró que tan solo el 37% del total de su población presentaba depresión en algún grado. (31) Lo cual es tan solo un 12% menor a los resultados obtenidos para éste estudio.

En base a los datos obtenidos en estudios previos y comparados con los de éste estudio, podemos observar que es bajo el porcentaje de pacientes diabéticos que cursan con depresión y son detectados en un primer nivel de atención, probablemente exista algún factor que nos impida detectar los síntomas depresivos en un paciente diabético tan fielmente como los detectamos en un paciente no diabético, lo anterior podría ser consecuencia de interrogatorios insuficientes, falla en la consulta con un familiar de respaldo, etc. Aunado a esto, el clasificar a los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y/o Depresión, resulta muy difícil debido a que signos como la pérdida de peso, ataque al estado general, insomnio, y la disminución de la libido se observan en ambos padecimientos. Por lo que es probable que en nuestro estudio exista un porcentaje

considerable de pacientes que no se estén detectando como depresivos cuando en realidad presentan algún grado de depresión.

En cuanto a los resultados obtenidos para evaluar calidad de vida, se encontró una calificación promedio que corresponde a 57.29% que refleja una mejor calidad de vida en términos generales para éste estudio.

En la literatura médica registrada en índices internacionales no encontramos estudios previos realizados sobre el estudio de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y depresión, tampoco en México se han elaborado estudios con éste propósito, sin embargo, la Dra. Reyes BM en el 2006 realizo un trabajo en la Unidad de Medicina Familiar No. 33 a cerca de *“la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un primer nivel de atención”*, encontrando que 31% de sus pacientes tenían regular calidad de vida y tan solo el 11% tenía una excelente calidad de vida. Concluyendo que efectivamente la calidad de vida estaba estrechamente vinculada con la aparición de enfermedades crónicas como la insuficiencia renal. (33) Al ser la diabetes mellitus tipo 2 una enfermedad crónico degenerativa podríamos comparar los resultados de la Dra Reyes con los nuestros, ya que si bien no se trata de la misma enfermedad, comparten muchos puntos de referencia y en la mayoría de los casos, se encuentran asociadas siendo una, la diabetes mellitus tipo 2, consecuencia de la otra (insuficiencia renal). Finalmente en nuestro estudio la calificación promedio obtenida fue mayor a la reportada por la Dra Reyes en su estudio, encontrando nosotros una mejor calidad de vida.

Finalmente en autor Escobedo LC, realizo un estudio con el objetivo de determinar *el grado de depresión y su relación con el descontrol metabólico* y afección secundaria de la calidad de vida relacionada con el estado de salud en pacientes diabéticos tipo 2, concluyendo que efectivamente existe una relación entre la depresión y el descontrol metabólico con la afección secundaria de la calidad de vida en éstos pacientes. Lo cual difiere con los resultados obtenidos en nuestro estudio, ya que nosotros encontramos que tanto el grupo de pacientes con Depresión 49% como el grupo de pacientes sin Depresión 51% presentaron una mejor calidad de vida en términos generales.

CONCLUSIONES

En éste estudio concluimos con respecto a los datos sociodemográficos que la mayoría de los encuestados eran mujeres (52%), con respecto a los grupos de edad, se observó un claro dominio del grupo perteneciente a mayores de 60 años (49%), el 60% de nuestra población era casada y el nivel académico identificado fue indudablemente bajo, ya que el 87% de los encuestados habían cursado únicamente estudios de primaria, secundaria o eran analfabetas.

Los resultados obtenidos muestran que el 49% de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) presentaban algún grado de depresión (leve, moderada, severa y muy severa) lo anterior acorde a datos obtenidos en investigaciones previas. En las que al igual que en éste estudio, se muestra un porcentaje bajo de pacientes detectados. Lo anterior nos plantea el cuestionamiento a cerca de que probablemente exista algún factor determinante que nos impida detectar los síntomas depresivos en un paciente diabético tan fielmente como los detectamos en un paciente no diabético, consecuencia quizá de interrogatorios insuficientes, falla en la consulta con un familiar de respaldo, similitud entre los signos y síntomas que se observan en ambos padecimientos, etc. Por lo que es probable que en nuestro estudio exista un porcentaje considerable de pacientes que no se estén detectando con depresión.

Finalmente concluimos que la calidad de vida fue MEJOR en términos generales como lo muestra el resultado de 57.29% obtenida como promedio general en la población. Las dimensiones más afectadas fueron : salud general 30.72% y energía-fatiga y vitalidad con 46.98%. En lo que respecta a los cambios experimentados en el estado de salud en el último año llamó la atención un aspecto interesante, y es que la mayoría de los pacientes (49%) refieren un estado de salud algo peor ahora que hace un año y el 45% más o menos igual ahora que hace un año dejando únicamente un 6% restante de pacientes que refieren un estado de salud algo mejor o mucho peor ahora que hace un año.

En éste estudio no se concluyó que la Depresión tuviera relación con la calidad de vida, ya que en términos generales e independientemente de si presentaban o no un cuadro de Depresión asociado la calidad de vida para todos ellos fue mejor. Lo anterior difiere con estudios previos realizados en los cuales se ha visto que la Diabetes Mellitus Tipo 2 y la depresión repercuten de manera profunda en la calidad de vida de pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de la gravedad y de las complicaciones crónicas existentes. Las consecuencias en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una depresión sin tratar son especialmente graves ya que la depresión hace que la persona tenga un mal apego al tratamiento y al cuidado de su enfermedad. Lo anterior resulta en un círculo vicioso que se potencializa entre depresión no tratada y mal apego a tratamiento, ambos aspectos repercutiendo considerablemente en la calidad de vida de nuestros pacientes y por tanto en su pronóstico a corto, mediano y largo plazo.

Mi propuesta gira en torno a reforzar los pilares fundamentales de la atención médica, específicamente a : la entrevista y relación médico paciente, en éste sentido aplicadas en el primer nivel de atención, mismas que de realizarse minuciosamente nos ayudaran en gran medida a detectar tempranamente a éste grupo de pacientes.

Finalmente un trabajo multidisciplinario del médico familiar, psicólogo, especialista en nutrición, trabajo social, el paciente y sobre todo el apoyo de su LA FAMILIA nos permitirá influir favorablemente en su estado de salud, mejorando así la evolución, pronóstico y Calidad de vida de éste grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez OG, Rojas RM. La psicología de la salud en América Latina. México: MA Porrúa, 1998; 13-32.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994. Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
3. Velásquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) Arch Cardiol Mex 2002; 72(1):71-84.
4. Aguilar CA, Velásquez O, Gómez F, González A, Lara A, Molina V, et al. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. Diabetes Care 2003; (26):2021-2026.
5. Eaton WW, Armenian HA, Gallo J, Pratt L, Ford DE. Depression and risk for onset of type II diabetes: A prospective population-based study. Diabetes Care 1996; 19:1097-1102.
6. Anderson RJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A metaanalysis. Diabetes Care 2001; 24(6):1069-1078.
7. Jacobson AM, Hauser ST, Willet JB, Dvorak R, Wolpert H, Herman L, et al. Psychological adjustment to IDDM: 10-year follow-up of an onset cohort of child and adolescent patients. Diabetes Care 1997; 20(5):811-818.
8. Borges G, Medina ME, López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. Salud Pública de México 2004; 46:451-463.
9. Santillana SP, Alvarado LE. Depresión en población adulta mayor: Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. Rev Med IMSS 1999; 37(2):111-115.
10. Jouko A. Depression in subjects with type 2 diabetes: Predictive factors and relation to quality of life. Diabetes Care 1999; 22(6):997-998.
11. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA, Clouse RE. Depression in adults with diabetes. Diabetes Care 1992; 15:1631-1639.
12. López MI, Rodríguez HM. Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. Revista Cubana de Medicina General Integr 1999;15(1):19-23.
13. Kovacs M, Goldston D, Obrosky DS, Scott MS, Bonar LK. Psychiatric disorders in youths with IDDM: rates and risk factors. Diabetes Care 1997; 20(1):36-44.
14. American Psychiatric Association: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition, revised). Washington, DC: American Psychiatric Association, 1987.
15. Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. Diabetes Care 1993;16:1167-78.
16. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México: SSA, 2002.
17. Levil L, Anderson L. Psychosocial stress: Population, environment and quality of life. New York: SP Books division of spectrum publications. Para practicantes de trabajo social. México: UNAM, 1975.
18. Andersen RM, Davidson PL, Ganz PA. Symbiotic relationships of quality of life, health services and others health research. Qual Life Res 1994; 3: 365-371.
19. Bowling A. Measuring Health: A review of quality of life measurement scales. En: Grau JA (ed). Calidad de vida: Problemas en su investigación. Cuba, 1992.
20. Fount A. Valoración de la calidad de vida en pacientes con cáncer. Tesis doctoral. Barcelona, España: Universidad Autónoma de Barcelona, 1998.
21. Ringdal GI, Ringdal K et al. Quality of life of cancer patients with different prognoses. Qual Life Res 1994; 3: 143-154.
22. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996;334:835-840.

-
23. Guayatt GH, Fenny HD, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-629.
 24. Guttman-Bauman I, Flaherty BP, Strugger M, McEvoy RC. Metabolic Control and Quality-of-Life Self-Assessment in Adolescents With IDDM. *Diabetes Care* 1998; 21(6): 915-918.
 25. Franciosi M, Pellegrini F, De Berardis G, Belfiglio M, Cavaliere D, Di Nardo B, et al. The Impact of Blood Glucose Self-Monitoring on Metabolic Control and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 2001; 24(11): 1870-1877.
 26. Redekop WK, Koopmanschap MA, Stolk RP, Rutten GEHM, Wolffenbuttel BHR, Neissen LW. Health-Related Quality of Life and Treatment Satisfaction in Dutch Patients With Type 2 Diabetes. *Diabet Care* 2002; 25: 458-463.
 27. Escobedo LC, Diaz GN, Lozano NJ, Rubio GA, Varela GG. Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico. *Med Int Mex* 2007;23(5):385-90
 28. Hedlund JL, Vieweg BW. The Hamilton rating scale for depression: a comprehensive review. *J Operat Psychiatry* 1979; 10: 149-165.
 29. Ruíz OE. Frecuencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la UMF No. 33 el Rosario. Tesis de Posgrado 2005 : 15-17.
 30. Oliveros US. Frecuencia de depresión en pacientes del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria del H.G.R. No. 72, mayores de 60 años y que pertenecen a la población adscrita de la UMF No. 33 del IMSS. Tesis de Posgrado 2000 : 25-28.
 31. Reyes BM. Calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en un primer nivel de atención médica del D.F. Tesis de Posgrado 2006 : 17-20
 32. Garduño E.J. , Tellez Z. J.F., Hernández R.L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Invest. Clin.* 1998; 50:287-91.

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MEDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

FOLIO

[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado Prevalencia de Depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario" registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud o la CNIC _____

El objetivo del estudio es: DETERMINAR la Prevalencia de Depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario"

Se me ha explicado que mi participación consistirá responder de manera completa un cuestionario ex profeso con datos personales y laborales así como la escala de valoración de Hamilton y la escala SF-36 instrumentos validados para medir el grado de depresión y la calidad de vida relacionada con mi estado de salud.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener datos más claros a cerca de la prevalencia de depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la UMF 33 "El Rosario"

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del encuestado

Nombre, firma y matrícula del investigador

Testigos

ANEXO 2



ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

| | |
|---|---|
| Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad) <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente- Estas sensaciones las relata espontáneamente- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a | <ul style="list-style-type: none">01234 |
| Sentimientos de culpa <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones- Siente que la enfermedad actual es un castigo- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza | <ul style="list-style-type: none">01234 |
| Suicidio <ul style="list-style-type: none">- Ausente- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir- Ideas de suicidio o amenazas- Intentos de suicidio (cualquier intento serio) | <ul style="list-style-type: none">01234 |
| Insomnio precoz <ul style="list-style-type: none">- No tiene dificultad- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño- Dificultad para dormir cada noche | <ul style="list-style-type: none">012 |
| Insomnio intermedio <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) | <ul style="list-style-type: none">012 |
| Insomnio tardío <ul style="list-style-type: none">- No hay dificultad- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama | <ul style="list-style-type: none">012 |

| | |
|--|---|
| Trabajo y actividades | |
| <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 |
| Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora) | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 |
| Agitación psicomotora | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 |
| Ansiedad psíquica | |
| <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 |
| Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración) | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 |
| Síntomas somáticos gastrointestinales | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 3 4 |
| Síntomas somáticos generales | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 | <ul style="list-style-type: none"> 0 1 2 |

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

ANEXO 3

Cuestionario de Salud SF-36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. *En general, usted diría que su salud es:*

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. *¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?*

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año
3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año
5 Mucho peor ahora que hace un año

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.

3. *Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?*

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

4. *Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?*

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

5. *Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?*

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

6. *Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?*

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

7. *Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?*

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho 2 Sí, me limita un poco 3 No, no me limita nada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

1 Sí 2 No

15. *Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?*

1 Sí 2 No

16. *Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?*

1 Sí 2 No

17. *Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?*

1 Sí 2 No

18. *Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?*

1 Sí 2 No

19. *Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?*

1 Sí 2 No

20. *Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?*

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

21. *¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?*

1 No, ninguno 2 Sí, muy poco 3 Sí, un poco 4 Sí, moderado 5 Sí, mucho 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1 Nada 2 Un poco 3 Regular 4 Bastante 5 Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS.
EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

29. *Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?*

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Muchas veces 4 Algunas veces 5 Sólo alguna vez
6 Nunca

30. *Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?*

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

31. *Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?*

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez

32. *Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?*

1 Siempre 2 Casi siempre 3 Algunas veces 4 Sólo alguna vez 5 Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. *Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.*

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

34. *Estoy tan sano como cualquiera.*

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

35. *Creo que mi salud va a empeorar.*

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa

36. *Mi salud es excelente.*

1 Totalmente cierta 2 Bastante cierta 3 No lo sé 4 Bastante falsa 5 Totalmente falsa



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33 “EL ROSARIO”
UNIDAD DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN MÉDICA
“CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS”

NOMBRE DEL ESTUDIO : “Prevalencia de Depresión y calidad de vida en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 El Rosario”

ELABORÓ: Longinos Benítez Martha Susana: Médico Residente de Medicina Familiar

Lea detenidamente las siguientes preguntas y subraye con lápiz la que considere correcta según sea el caso:

1. SEXO

- a) Femenino b) Masculino

2. EDAD

- a) 20-40 años b) 40-60 años c) Mayor de 60 años

3. ESTADO CIVIL

- a) Casado b) Soltero c) Viudo d) Divorciado e) Unión libre

4. ESCOLARIDAD

- a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura
f) Posgrado

5. OCUPACIÓN

- a) Obrero b) Empleado c) Profesionista

- d) Otro Especifique ¿Cuál? _____