



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

No. 56 CD. JUAREZ, CHIHUAHUA

***PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA U.M.F 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA, EN
EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 MARZO DEL 2010 AL 1 DE
NOVIEMBRE DEL 2012.***

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

PRESENTA:

Dra. Linda Verónica Nozari Acosta

ASESORES:

**MCSP. DRA. ISIS CLAUDIA SOLORIO PAEZ (HGZ 23, tel. 4422112300, correo:
isis.solorio@imss.gob.mx)**

**DRA. MARIA DOLORES MELENDEZ VELAZQUEZ MEDICO FAMILIAR (UMF
48, Tel. 6563835607, correo: maria.melendezv@imss.gob.mx)**

CD. JUAREZ, CHIHUAHUA

Agosto 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE
LA U.M.F 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA, EN EL PERIODO
COMPRENDIDO DEL 1 MARZO DEL 2010 AL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012.**

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

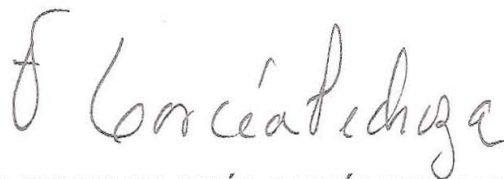
PRESENTA:

DRA. LINDA VERONICA NOZARI ACOSTA

AUTORIZACIONES



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA.
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 DEL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE
LA U.M.F 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA, EN EL PERIODO
COMPENDIDO DEL 1 MARZO DEL 2010 AL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012.**

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

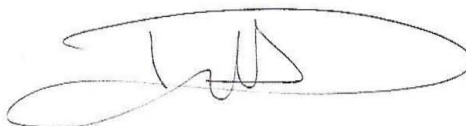
PRESENTA:

DRA. LINDA VERONICA NOZARI ACOSTA

AUTORIZACIONES



DRA. MARTHA EDITH TUFÍÑO OLIVARES
COORDINACION DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACIÓN CHIHUAHUA.



DRA. MARÍA DOLORES MELENDEZ VELAZQUEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS
ASESOR DEL TEMA



DRA. ISIS CLAUDIA SOLORIO PÁEZ
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA
ASESOR METODOLÓGICO

CD. JUÁREZ, CHIH.

AGOSTO 2012

AGRADECIMIENTO Y DEDICATORIA

Primeramente le doy gracias a mi madre porque sin ella yo no existiera, por su gran amor y paciencia, por su apoyo incondicional y su ayuda hacia mi hijo, a mi hermana Rosa porque de alguna manera me alienta a continuar adelante, posteriormente a mi dios por permitirme permanecer en la tierra por sus bendiciones y su amor. De manera muy especial a todos mis pacientes porque sin ellos este trabajo no sería posible, ya que todo lo que he realizado es para ellos para brindarles una mejor atención profesional y un mejor bienestar hacia su salud y su familia. A l director de la UMF # 56 Dr. Ernesto Herrera González por brindarme la confianza y oportunidad de realizar mi tesis y cada una de las asistentes médicas que de alguna u otra manera me ayudaron a aplicar cada una de las encuestas.

Dedico esta tesis a mis dos grandes amores, mi esposo Dr. Hugo Barragán Jurado el cual me dio la dicha de compartir esta gran experiencia de mi vida, por su amor incondicional y su gran apoyo , y mi hijo Hugo ya que siempre están a mi lado diciéndome palabras de aliento y apoyándome en todo momento y aunque en momentos ha sido difícil pero sobre todo que nunca olvidare las palabras que mi hijo Hugo Alejandro de 3 años me dijo una noche, mamá apaga ya la computadora y vente acostar conmigo. Son palabras que nunca se olvidaran y que me dejaron una huella marcada para toda la vida. Gracias también por toda su ayuda y apoyo incondicional por estar siempre en todo momento que lo necesite a mi comadre Dra. Martha Ruiz Hernández y mi hermanito Guillermo Lazo Muñoz, a mi maestra titular de la especialidad la Dra. María dolores Meléndez Velásquez por brindarnos todo su apoyo

incondicional pero sobre todo por brindarnos su tiempo y dedicación. A todos ellos gracias de todo corazón.

RESUMEN:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F # 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 MARZO DEL 2010 AL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012.

Introducción: Se estima que más del 20% de la población mundial va a sufrir de algún trastorno afectivo que requiere tratamiento médico en algún momento de su vida. La depresión es un estado de ánimo caracterizado por la pérdida de la capacidad de estar interesado y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que conduce al paciente a reducir su nivel de actividad y fatiga exagerada tras un esfuerzo mínimo, casi cada día, durante 2 semanas o más. El informe mundial sobre la salud de 2001, se refiere a la prevalencia puntual de depresión en el mundo en 1,9% masculino y 3,2% en las mujeres.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de tipo transversal. Mediante una entrevista personal se aplicó un cuestionario estandarizado que incluye variables socioeconómicas y la escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión, se incluyen variables para observar factores de riesgo. Se realizó el estudio a pacientes de ambos sexos entre 35 a 60 años que acuda a consulta externa de la unidad de medicina familiar 56 de CD. Juárez Chih. De ambos turnos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2.

Objetivo General: Conocer la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus 2, entre la población de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 56 del IMSS en Ciudad Juárez Chihuahua.

Resultados: De la muestra de 302 personas, 199 son mujeres que representan el 65.89% y 103 hombres que representa el 34.11% de la muestra. En la muestra según el sexo, lo que predomina en la evaluación que es el nivel de depresión severa y es más alto en las mujeres con 24, de los 199 de la muestra que representa 12.060% de la muestra frente al hombre, 4 de 103 representando el 3.883% de la muestra.

Conclusiones: Se ha considerado como un hecho relevante que el nivel de depresión severa a muy severa predomina en las mujeres que oscila entre las

edades de 51-55 años; y en aquellas pacientes que se encuentran casados. Se ha confirmado mediante el resultado del análisis de las encuestas una correlación entre el nivel de educación y ocupación del paciente, como factores predisponentes para sufrir algún grado más grave de depresión, en los pacientes con un nivel de estos estudios básicos o sin ningún nivel académico junto con este factor pertenecen a la clase trabajadora o desempleadas.

Palabras clave: Depresión, Diabetes mellitus

SUMMARY

PREVALENCE OF DEPRESSION AMONG PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS FROM FAMILY MEDICINE UNIT NO. 56, IMSS, CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA, IN THE PERIOD FROM MARCH 1ST 2010 TO NOVEMBER 1ST 2012

Introduction

Mental disorders have a strong impact on the lives of individuals, families and society as a whole. It is estimated that over 20% of the world population will suffer some emotional disorder that requires medical treatment at some point in their lives.

Background

Depression is a mood characterized by loss of interest and ability to enjoy things, lowered vitality that allows the patient to reduce their activity level and an exaggerated fatigue after minimal effort, almost every day for 2 consecutive weeks or more. The World Health Report 2001 states that the point prevalence of depression in the world in men is 1.9% and 3.2% in women, the prevalence for a period of 12 months is 5.8% and 9.5%, respectively. Directly from the disability produced by the set of characteristic symptoms of mental illness, there is a significant stigma that leads to discrimination of patients and their families, causing additional suffering to that produced by the disease itself. In México, Frenk and colleagues estimated that neuropsychiatric disorders rank fifth as disease burden and that they are considered as indicators of premature death and days lived with disability.

Material and Methods

Descriptive, observational, cross study. During a personal interview, was conducted a standardized questionnaire that included socioeconomic variables, the Hamilton rating scale for assessing depression and a third part which includes variables to look at risk factors, socioeconomic variables and risk factors. These are in Annex no. 2. The study was performed in all patients, both male and female, 35 to 60 years old, who attend to outpatient medicine

consultation in No. 56 family medicine unit in Juárez, Chihuahua, at morning and afternoon shifts, diagnosed with type 2 diabetes.

General Objective

To determine the prevalence of depression in patients diagnosed with type 2 diabetes mellitus among the population of outpatient Family Medicine Unit # 56, IMSS, in Ciudad Juárez, Chihuahua.

Keywords:

Depression, Diabetes mellitus

INDICE:

Introducción.....	1
II. Marco teórico.....	3
III. Planteamiento del problema.....	20
IV Justificación.....	21
V. Objetivo General.....	22
VI. Material y Métodos.....	23
VII. Consideraciones Éticas.....	29
VIII. Resultados.....	39
IX. Discusión.....	48
X. Conclusiones.....	50
XI. Recomendaciones.....	51
XII. Cronograma de Actividades.....	53
XIII. Bibliografía.....	54
XV. Anexos.....	59

INTRODUCCION

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.¹

El *Informe Mundial sobre la Salud* de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente.² 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 México, Frenk y colaboradores estimaron que los trastornos neuropsiquiátricos ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, que considera indicadores de muerte prematura y días vividos con discapacidad.

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.³ 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.⁴

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial⁵. La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento y control, ya que frecuentemente pasa inadvertida. La prevalencia de depresión para la población general, varía de 5 a 10 %, con una incidencia de casos nuevos de 13 %, sin embargo, esta prevalencia entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general, oscilando del 30 % al 65 %⁶. 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 ⁷.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales. Las enfermedades crónicas no transmisibles pueden llevar a una enfermedad depresiva.

La depresión es un importante problema de salud pública ya que reduce la calidad de vida de los pacientes y disminuye la productividad en el trabajo⁸.

Se considera que en las enfermedades crónicas, es común que los pacientes presenten depresión, considerando que la Diabetes Mellitus es una de las enfermedades más importantes y además presentan depresiones no diagnosticadas y no tratadas en forma simultánea. Por lo que si se suman los desacatos al control en la Diabetes (dieta e inactividad física) y el difícil acceso a los servicios de salud dificultando aún más la interacción del médico y paciente para reintegrarlo a la sociedad.

II. MARCO TEORICO

2.1 DEPRESION

2.1.1 Definición de Depresión

Estado de ánimo caracterizado por pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad que lleva al paciente a la reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado tras un esfuerzo mínimo, casi todos los días, durante 2 semanas consecutivas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la concentración y atención, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sobria del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresión trastornos del sueño y pérdida del apetito⁹.

La psiquiatría describe a la depresión como una alteración, cuyo síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad, el cual puede ser transitorio o permanente, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida¹⁰.

Se atribuye a un origen multifactorial, y se asocia a factores desencadenantes como el estrés y sentimientos derivados de una decepción sentimental, la contemplación o vivencia de un accidente, asesinato o tragedia, el trastorno por malas noticias, pena, etc. También puede tener otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas), y factores de predisposición como la genética o un condicionamiento educativo. La depresión puede tener importantes consecuencias sociales y personales, desde la incapacidad laboral hasta el suicidio¹¹.

2.1.2 Etiología

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Hay evidencias de alteraciones de los neurotransmisores, citoquinas y hormonas que parecen modular o influir de forma importante sobre la aparición y el curso de la enfermedad^{12,13}.

La psiconeuroinmunología ha evidenciado trastornos en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal relacionados con los neurotransmisores, así como alteraciones inmunológicas asociadas a citoquinas en el trastorno depresivo mayor (por ejemplo, se reducen el número de transportadores de serotonina en linfocitos de sangre periférica de pacientes deprimidos) ¹⁴. Esto parece apuntar a una fuerte relación entre la serotonina y el sistema inmune en esta psicopatología.

Aun no se descubre ninguna alteración biológica estable y común a todas las personas con depresión, no se puede hablar de enfermedad en su sentido literal, por lo que se habla de un trastorno mental, enfermedad mental o una psicopatología.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica ^{15, 16}. En algunas familias la depresión severa se presenta de generación en generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión. Las personas con baja autoestima se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista, lo que las hace más predispuestas a la depresión.

Las causas de la depresión incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

En los últimos años, la investigación científica ha demostrado que algunas enfermedades físicas pueden acarrear problemas mentales, y un ejemplo de ello son las enfermedades crónicas no transmisibles, el cáncer, las cuales pueden llevar a una enfermedad depresiva y/o ansiosa.

2.1.3 Epidemiología de la depresión

De acuerdo con reportes de la OMS. La depresión es el desorden afectivo más frecuente en la población adulta y la 4a. causa de pérdida de calidad de vida por la discapacidad en el mundo; y según Borges se estima que para el 2020 alcanzará el 2o. Lugar ¹⁷.

Las cifras de prevalencia de la depresión varían, de acuerdo a su grado sin embargo es del 5-11%. En general, de las personas que padecen depresión, el 70% de los casos tendrán más de un episodio a lo largo de la vida.

La prevalencia es casi el doble en la mujer que en el hombre ^{18, 19}, debido a algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (como alcohol) o la presencia de una enfermedad crónica no transmisible. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la depresión en familiares de primer grado es de 2 a 6 veces mayor que aquellos que no tienen una historia familiar de problemas afectivos, y la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1.5 y 3 veces frente a la población general ^{20,21}.

Comienza entre los 20 y 50 años, tienen mayor probabilidad de sufrir depresión aquellos que nacieron en las últimas décadas del siglo pasado ²², posiblemente por la influencia del medio externo.

2.1.4 Clasificación de la depresión

a) Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante CIE-10: F322, F330.

Se establecen cinco criterios en el DSM-IV y en el CIE-10 para el trastorno depresivo mayor son ²³:

Criterio A: La presencia de por lo menos cinco de los síntomas siguientes, durante al menos dos semanas: estado de ánimo triste, disfórico o irritable durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días; anhedonia o disminución de la capacidad para disfrutar o mostrar interés y/o placer en las actividades habituales; disminución o aumento de peso o del apetito; insomnio o hipersomnias, enlentecimiento o agitación psicomotriz; astenia; sentimientos recurrentes de inutilidad o culpa; disminución de la capacidad intelectual y pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas.

Criterio B: No deben existir signos o criterios de trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o trastornos esquizofrénicos.

Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.

Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.

Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.

b) Trastorno Distímico Código CIE F 341

Criterio A: Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.

Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas: variaciones del apetito, insomnio o hipersomnio, astenia; baja autoestima; pérdida de la capacidad de concentración; sentimiento recurrente de desánimo o desesperanza

Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.

Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad. Si antes de la aparición de la distimia se dio un episodio depresivo mayor, éste tendría que haber remitido por completo, con un periodo posterior al mismo, mayor de dos meses, libre de síntomas, antes del inicio de la distimia propiamente dicha.

Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni se presentan tampoco los criterios para un trastorno bipolar.

Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.

Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.

Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.

c) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto (ansiedad y depresión) Código CIE-10 F411 y F412.

Por trastorno adaptativo o depresión reactiva, se acepta la aparición de síntomas cuando ésta ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición. Se habla de depresión reactiva cuando el cuadro es más grave de lo esperable o tiene mayor repercusión funcional de la que cabría esperar para ese factor estresante. Debe existir, entonces, un criterio de "desproporción" para su diagnóstico.

d) Trastorno depresivo no especificado CIE-10 320.

Se denomina trastorno depresivo no especificado a aquella en la que aparecen algunos síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos. Esta situación puede darse cuando existe un enmascaramiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso-depresivo), en el contexto de un trastorno disfórico premenstrual o en cuadros de trastorno depresivo post-psicótico (residual) en la esquizofrenia.

2.1.5 La depresión por sexo

a) La depresión en la mujer. La depresión se presenta en la mujer con una frecuencia casi del doble que en el varón ²⁴. Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer, llegando a una forma grave que es el síndrome premenstrual, a veces llamado trastorno disfórico premenstrual. Esta es una enfermedad producida por cambios hormonales que ocurren cerca del periodo de la ovulación y antes de que comience la menstruación ²⁵. En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Los estrógenos y progesterona, parecen desempeñar un cierto

papel en la etiopatogenia de la depresión. La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo.

Por otra parte se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por enfermedades crónicas no transmisibles) ²⁶.

b) La depresión en los varones. Los hombres experimentan la depresión de manera distinta que las mujeres y pueden enfrentar los síntomas de diferentes modos. Los hombres tienden más a reconocer que sienten fatiga, irritabilidad, pérdida de interés en las actividades que antes resultaban placenteras, y que tienen el sueño alterado, mientras que las mujeres tienden más a admitir sentimientos de tristeza, inutilidad, o culpa excesiva ²⁷.

Los hombres tienen más probabilidades que las mujeres de acudir al alcohol o a las drogas cuando están deprimidos, frustrados, desalentados, irritados, enojados, o a veces abusivos. Algunos hombres se envician al trabajo para evitar hablar acerca de su depresión con la familia o amigos o comienzan a mostrar un comportamiento imprudente o riesgoso. Y aunque en los Estados Unidos, son más las mujeres que intentan suicidarse, son más los hombres que mueren por suicidio ²⁸.

La depresión no es algo normal del envejecimiento y existen estudios que muestran que la mayoría de los ancianos se sienten satisfechos con sus vidas a pesar del aumento de dolores físicos. Sin embargo, cuando la depresión se presenta en ancianos, puede ser pasada por alto porque ellos pueden mostrar síntomas menos evidentes y porque pueden estar menos propensos a sufrir o reconocer sentimientos de tristeza o pena ²⁹.

Además, los ancianos pueden tener más comorbilidades tales como enfermedad cardíaca, evento vascular cerebral, o cáncer, las cuales pueden provocar depresión, o pueden estar tomando medicamentos cuyos efectos secundarios contribuyen a la depresión. Algunos adultos mayores pueden padecer lo que se conoce como depresión vascular, también llamada depresión arterioesclerótica o depresión isquémica subcortical. La depresión vascular puede suceder cuando

los vasos sanguíneos pierden flexibilidad y se endurecen con el tiempo y se contraen. Este endurecimiento de los vasos evita que el flujo normal sanguíneo llegue a los órganos del cuerpo, incluyendo el cerebro. Las personas con depresión vascular pueden tener o estar en riesgo de sufrir una enfermedad cardiovascular o enfermedad vascular cerebral coexistente ³⁰.

Como habíamos mencionado anteriormente, muchas personas suponen que las tasas más altas de suicidio se dan entre los jóvenes, en realidad se dan entre los hombres mayores de 85 años. Muchos sufren una enfermedad depresiva que no se detecta, a pesar del hecho de que estas víctimas de suicidio acuden a consulta dentro del mes anterior a su muerte ³¹.

La mayoría de los ancianos con depresión mejoran cuando reciben tratamiento con antidepresivos, psicoterapia, o una combinación de ambos. La psicoterapia sola también puede prolongar los períodos sin depresión, especialmente en ancianos con depresión leve y es particularmente útil para aquellos que no pueden o no desean tomar antidepresivos ³².

2.1.6 Diagnóstico de depresión

El diagnóstico de la depresión es clínico, tomando en cuenta la Clasificación Internacional de Enfermedades en su decima Revisión ya antes mencionada. Descartándose, en primer lugar, causas orgánicas, farmacológicas o tóxicas.

Existen varios instrumentos validados y estandarizados que permiten estratificar a nuestros pacientes según la severidad de la depresión, en grado leve, moderado y severo. Como lo es Test de Depresión de Hamilton, ³³ teniendo como finalidad primordial, establecer un diagnóstico; documentar el estado clínico de un paciente para una medición a lo largo de las semanas de tratamiento de la severidad de los síntomas y el efecto de los tratamientos en el paciente, y para complementar la información clínica obtenida por otros medios.

- **Escala de depresión de Hamilton**

Esta escala fue validada en nuestro medio por Berlanga en 1992 y existe una versión de 17 reactivos y otra con 21 reactivos. Esta es la escala más común para mostrar la dosis-respuesta en los síntomas depresivos. Hay escala autoaplicada y aplicada por un evaluador. Los puntos de corte son: sin depresión de 0 a 10 puntos; depresión leve, de 11 a 20 puntos; depresión moderada, de 21 a 40 puntos; Depresión grave, igual o mayor a 41 puntos.

2.1.7 Tratamiento de la depresión

Se debe tomar en cuenta que independientemente de que se llegue a un diagnóstico fino del tipo de depresión, si la situación anímica supone una limitación en las actividades habituales del paciente, o una disminución de su capacidad funcional en cualquiera de sus esferas (social, laboral, etc.) se debe considerar la instauración de un tratamiento. El fin del tratamiento es el de mejorar la situación anímica, así como restaurar un adecuado funcionamiento de las capacidades socio-laborales y mejorar, en general, la calidad de vida del paciente, disminuyendo la morbilidad y mortalidad, y evitando en lo posible las recaídas.

El tratamiento con antidepresivos como los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina, tricíclicos y heterocíclicos³³ han demostrado una evidencia significativa de efectividad en depresiones mayores y en depresiones psicóticas. Para el resto de depresiones, existe la psicoterapia, la cual es más eficaz que el tratamiento farmacológico.

La decisión de emplear uno u otro tratamiento es basado en criterios como la buena respuesta a un fármaco determinado en episodios previos o en familiares de primer grado, la tolerancia a los posibles efectos secundarios, las interacciones posibles con el tratamiento habitual del paciente, el costo o la existencia de alguna contraindicación relativa, por la presencia de otra enfermedad.

Los principales grupos de fármacos antidepresivos son los antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) y los

inhibidores de la enzima monoamino-oxidasa (IMAO), aunque se están incorporando nuevos grupos como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y noradrenalina (venlafaxina) o los inhibidores selectivos de la recaptura de noradrenalina (reboxetina). En mayor o menor grado, todos ellos pueden presentar algunos efectos secundarios, principalmente sequedad de boca, estreñimiento, mareos, náuseas, insomnio o cefalea, siendo los de las últimas generaciones los mejor tolerados.

El tratamiento con antidepresivos debe mantenerse durante seis a doce meses, para evitar el riesgo de recaídas, aunque el efecto completo puede conseguirse al mes del inicio del tratamiento. El 25% de los pacientes abandonan el tratamiento en el primer mes, un 44% en el primer trimestre, y un 60% de los pacientes dentro de los seis meses iniciales ³⁴.

a) Psicoterapia

La psicoterapia puede ser la mejor opción para tratar la depresión leve a moderada. Incluso algunas terapias a corto plazo (10-20 semanas), pueden ser útiles en pacientes con cierto grado de Depresión. Ayudando a analizar los problemas y a resolverlos, a través de un intercambio verbal en las terapias de Hollon y Ponniah (2010), indican que existen tres psicoterapias que han demostrado ser eficaces y específicas para el tratamiento de la depresión, que son la psicoterapia interpersonal, la psicoterapia cognitiva y la psicoterapia conductual. Estudios han indicado que una combinación de medicamentos y psicoterapia pueden ser para los adolescentes la opción más efectiva para tratar la depresión y reducir la probabilidad de una reaparición.³⁵ Del mismo modo, un estudio sobre el tratamiento de la depresión en ancianos descubrió que los pacientes que respondieron al primer tratamiento de medicamentos y terapia interpersonal tenían menos probabilidades de volver a sufrir de depresión si continuaban con su tratamiento combinado durante al menos dos años.³⁶

b) Psicoterapia interpersonal

La psicoterapia interpersonal parte de la idea de que la depresión es de origen multifactorial, pero que se da en un contexto interpersonal, siendo necesario

entender este contexto para poder recuperarse de la depresión y evitar futuras recaídas.^{37.}

Este tratamiento se hace en 16 sesiones de 1 hora, que comprenden tres fases. En la primera fase (1^a-3^a sesión), el terapeuta explica en qué consiste la depresión y estudia con el paciente el entorno y el momento en que apareció.³⁸ En la segunda fase (4^a-12^a sesión), se establece un tema de conversación (o área problema) que está relacionada con el inicio o el mantenimiento de la depresión, en la tercera fase (13^a-16^a sesión) consiste en instaurar el tratamiento.³⁹

c) Terapia conductual

Aquí se incluyen distintas formas de tratamiento que tienen en común el análisis de la conducta del paciente. Programando actividades gratificantes y a organizar su tiempo.⁴⁰ También se le ayuda a ser más asertivo y más sociable, utilizando para ello el juego de rol y ayudándole a exponerse a situaciones sociales que suele evitar por miedos diversos.⁴¹

2.2 DIABETES MELLITUS 2

2.2.1 Definición de Diabetes Mellitus 2

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) representa en México un problema de salud pública ^{42,43} que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental y emocional de quien la padece.

Diferentes estudios han documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos ^{44,45}. Lustman ⁴⁶ refiere 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 prevalencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados.

2.2.2 Epidemiología y Clasificación

Diabetes mellitus es un grupo de enfermedades con un desorden metabólico de etiología múltiple caracterizado por la presencia de hiperglucemia crónica resultante de un defecto en la secreción y/o en la acción de la insulina y por una falla progresiva de la función de las células β de los islotes pancreático ^{47, 48}.

La Diabetes Mellitus (DM), tiene una prevalencia de 220 millones de pacientes en el mundo, originando un alto gasto económico. En los Estados Unidos, hay 20.8 millones de personas, o el 7% de la población, que sufren de diabetes. Si bien ya se han diagnosticado con diabetes alrededor de 14,6 millones de personas, desafortunadamente 6,2 millones (o casi un tercio) no saben que padecen la enfermedad ⁴⁸.

En México, con base en los resultados obtenidos en la encuesta nacional de enfermedades crónicas no transmisibles, 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus, 68.7% de ellos tiene conocimiento de su padecimiento y en el 31.3% fue hallazgo de la encuesta. Existen otros padecimientos de origen metabólico que se asocian con la diabetes mellitus y que probablemente se relacionen con resistencia a la insulina.

La diabetes mellitus ocupa el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónicas no transmisibles y representan 16.7% de las defunciones; además, es la cuarta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes en 1991, la cual, comparada con la de 1980 (21.10), representa una variación absoluta de 11.67 puntos y 33.59% de variación relativa⁴⁹.

2.2.3 Clasificación de la diabetes mellitus

Su clasificación se basa fundamentalmente en la etiología y características fisiopatológicas.

Abarca cuatro grupos de entidades:

2.2.4 Clasificación Etiológica de la Diabetes Mellitus

- **Diabetes mellitus tipo 1 (DM1)**
 - A. Inmunitaria
 - B. Idiopática
- **Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)**
- **Otros tipos específicos de diabetes**
 - A. Defectos genéticos en la función de células B.
 - B. Defectos genéticos en la acción de la Insulina.
 - C. Enfermedades del Páncreas exocrino.
 - D. Endocrinopatías.
 - E. Inducida por tóxicos o agentes químicos.
 - F. Infecciones.
 - G. Formas no comunes de Diabetes Inmunomediada.
 - H. Otros síndromes genéticos asociados ocasionalmente con Diabetes

2.2.4.1 Diabetes Tipo 1

Destrucción de células B que lleva habitualmente al déficit absoluto de insulina.

2.2.4.2 Diabetes inmunitaria (antes diabetes insulín dependiente, diabetes tipo 1 ó diabetes de comienzo juvenil).

Responde a la destrucción autoinmune (inmunidad celular) de las células B del páncreas. Los marcadores inmunes (autoanticuerpos) de este proceso destructivo de intensidad y velocidad variables.

La secreción de insulina termina siendo mínima o inexistente como lo demuestra la determinación del péptido C en plasma; se presenta en general durante la primera infancia y la adolescencia y la cetoacidosis puede ser la primera manifestación de la enfermedad; sin embargo, su aparición puede ocurrir a cualquier edad.

La predisposición genética es múltiple y además se relaciona con factores ambientales aún mal definidos; aunque es rara la presencia de obesidad no es incompatible con el diagnóstico. Otras enfermedades autoinmunes, tales como enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, vitiligo y anemia perniciosa, pueden asociarse.

2.2.4.3 Diabetes idiopática

Se refiere a las formas de etiología desconocida de mínima prevalencia; en algunos casos la insulinopenia es persistente y hay tendencia a la cetoacidosis, sin evidencias de enfermedad autoinmune. Tiene una carga hereditaria y carece de evidencias inmunológicas para autoinmunidad celular, no vinculada al complejo HLA.

2.2.4.4 Diabetes Tipo 2 (antes diabetes no insulín dependiente, diabetes tipo II)

Se caracteriza por insulín resistencia asociada a insulinopenia en grado variable. Presenta una importante predisposición genética aunque no bien aclarada, mayor que la forma autoinmune de la diabetes tipo 1.

Generalmente estos pacientes no requieren tratamiento con insulina. La mayoría de obesos y la obesidad, por sí misma provoca cierto grado de insulín resistencia; otros tienen distribución androide de la grasa corporal.

El riesgo de desarrollar esta forma de diabetes aumenta con la edad, la obesidad y la falta de actividad física.

La secreción de insulina es defectuosa e insuficiente para compensar la insulinoresistencia. Esta puede mejorar con la reducción de peso y con el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia. La hiperglucemia gradual y su forma clínica oligosintomática retrasan el diagnóstico. Sin embargo, estos pacientes tienen un alto riesgo de desarrollar complicaciones macrovasculares y microvasculares. La cetoacidosis es habitualmente secundaria a interurrencias, como las infecciones.

2.2.4.5 Otros tipos de diabetes

- A. Defectos genéticos en la función de las células B (antes MODY)
- B. Defectos genéticos de la acción de la insulina.
- C. Enfermedades del páncreas exocrino.
- D. Endocrinopatías.
- E. Diabetes inducida por drogas ó agentes químicos.
- F. Infecciones.
- G. Formas no comunes de diabetes inmunomediada.
- H. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con la diabetes.

2.2.4.6 Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

·Definición: La DMG se define como una intolerancia a los hidratos de carbono, de severidad variable, que comienza o se diagnostica en el embarazo.

·Factores de riesgo para desarrollar DMG: DMG previa; obesidad materna; edad mayor de 30 años; antecedentes familiares de diabetes; grupos étnicos de alto riesgo; antecedentes de macrosomía fetal y mortalidad perinatal previa.

·Detección y Diagnóstico: es fundamental hacer la evaluación del metabolismo hidrocarbonado en todas las embarazadas entre la 24 y 28 semanas de gestación.⁴⁸

2.2.5 Diagnostico

Se utilizan los siguientes criterios:

a) Criterios para el Diagnostico de la Diabetes Mellitus.

1. Cuadro clínico de diabetes ^{50,51}(descritos por las 4Ps: Poliuria, Polidipsia, Polifagia, Pérdida inexplicable de peso) + una glicemia casual que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) ⁵².
2. Glicemia en ayunas (igual o mayor a 126 mg/dl (7 mmol/l))
3. Glicemia medida en plasma venoso que sea igual o mayor a 200 mg/dl (11.1 mmol/l) 2 horas después de una carga de glucosa, durante una prueba de tolerancia a la glucosa (PTOG).

Existen factores de riesgo para padecer diabetes mellitus tipo 2 de los cuales son:

- ✓ Índice de Masa corporal mayor de 25 kg/m²
- ✓ Familiares diabéticos de primer o segundo grado de consanguinidad.
- ✓ Antecedentes obstétricos de DMG y/o de hijos macrosomicos.
- ✓ Menor de 50 años con cardiopatía isquémica: angina de pecho, infarto miocárdico, etc.
- ✓ Hipertensión arterial sistémica.
- ✓ Triglicéridos mayor a 150 mg/dl con HDL menor de 35 mg/dl
- ✓ síndrome metabólico

La American Diabetes Association (ADA) recomienda investigar a todos los individuos mayores de 45 años de edad cada tres años, y hacerlo con todos los que tienen factores adicionales de riesgo a edad más temprana. A diferencia de lo que sucede en la DM de tipo 2, es raro que un individuo con diabetes de tipo 1 tenga un período prolongado de hiperglucemia antes del diagnóstico.

2.2.6 Fisiopatología de la Diabetes Mellitus

La diabetes tipo 2 se caracteriza por tres alteraciones fisiopatológicas:

Trastorno de la secreción de insulina, resistencia periférica a ésta y producción hepática excesiva de glucosa. La obesidad, en especial la visceral o central (como es evidente en el índice cintura-cadera), es muy frecuente en esta forma de diabetes. La resistencia a la insulina que acompaña a la obesidad aumenta la resistencia a la insulina determinada genéticamente de la DM tipo 2. Los adipocitos secretan cierto número de productos biológicos (leptina, factor de necrosis tumoral alfa, ácidos grasos libres, resistina y adiponectina) que modulan la secreción de insulina, la acción de la insulina y el peso corporal, y pueden contribuir a la resistencia a la insulina.

En las fases tempranas del trastorno, la tolerancia a la glucosa permanece normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células beta pancreáticas compensan aumentando la producción de insulina. A medida que avanzan la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora, los islotes pancreáticos se tornan incapaces de mantener el estado de hiperinsulinismo. Se desarrolla entonces IGT, caracterizado por grandes elevaciones de la glucemia posprandial. Cuando declina todavía más la secreción de insulina y aumenta la producción hepática de glucosa, aparece la diabetes manifiesta con hiperglucemia en ayuno. Finalmente ocurre el fallo de las células beta. A menudo están elevados los marcadores de la inflamación como IL-6 y proteína C reactiva en la diabetes tipo 2.

2.2.7 Prevención de la Diabetes Mellitus

La DM tipo 2 va precedida por un período de diversas modificaciones del modo de vida así como varios agentes farmacológicos impiden o retrasan el inicio de esta enfermedad. El Diabetes Prevention Program (DPP) demostró que los cambios intensivos en el modo de vida (dieta y ejercicio durante 30 min/día cinco veces a la semana) de los individuos con IGT previnieron o retrasó el desarrollo de la diabetes tipo 2 en 58% de los casos en comparación con lo ocurrido en el grupo de placebo. Este efecto se observó en todos los casos señalados

independientemente de edad, sexo o grupo étnico. En el mismo estudio, la metformina previno o retrasó la diabetes en 31% de los casos en comparación con lo observado en el grupo de placebo. Los sujetos del grupo de intervención en el modo de vida perdieron 5 a 7% del peso corporal durante los tres años que duró el estudio. Los estudios efectuados en poblaciones finesas y chinas indicaron una eficacia semejante de la dieta y el ejercicio para prevenir o retrasar la DM tipo 2; acarbose, metformina y tiazolidinadionas tienen este mismo efecto, pero son medicaciones aún no aprobados para esta finalidad. Cuando se administraron a individuos no diabéticos por otros motivos (cardíacos, reducción del colesterol, etc.), dos agentes farmacológicos (ramiprilo y pravastatina) redujeron el número de nuevos casos de diabetes. Los individuos con fuertes antecedentes familiares, quienes se encuentran en alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus las personas deben ser alentados con firmeza para que conserven un índice de masa corporal (*body mass index*, BMI) normal y efectúen actividad física con regularidad.

Se menciono anteriormente, las enfermedades crónicas no transmisibles, siguen reemplazando a las enfermedades infecto-contagiosas, y siguen siendo la causa principal de mortalidad. Las formas, estilos de vida y los problemas ambientales, estresantes, entre otros factores detonantes, están incrementando las enfermedades que no causan la muerte, pero sí discapacidad a nuestra gente que lo padece, manifestándose con declinaciones en el estado anímico, funcional, y más grave deterioro intelectual.

En nuestro medio debido a la ola de inseguridad que existe, considero que es un detonante para crear crisis de ansiedad o depresión, mas con la afectación de la economía por el cierre de negocios y fuentes de ingreso.

Al padecer una enfermedad crónica no transmisible tenemos más riesgo a padecer depresión, llegando a presentar alteraciones cognitivas. Los trastornos depresivos son los trastornos emocionales frecuentes, siendo hasta un 30% frecuente evolucionando a un trastorno depresivo en el 1-5%. Cuando esta progresa lógico que las cifras aumentan, llegando a crear una discapacidad mayor y por ende el riesgo de llegar a hospitalizarse por alguna complicación, pudiendo esta haber sido prevenida en la mayoría de los casos.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales son un problema de salud pública mundial, y a pesar de ellos existe poca información de la relación que existe entre la depresión y las enfermedades crónico degenerativas en este caso la Diabetes mellitus tipo 2.

A nivel internacional lamentablemente no existe una cuantificación de la gravedad del problema, en nuestras dependencias considero importante realizar más estudios en los cuales sea posible interactuar directamente en los factores de riesgo para disminuir su incidencia.

La prevalencia de depresión en nuestro medio ha ido en aumento, en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. A diferencia de la ansiedad la cual es de menos del 1%. En nuestro medio no conocemos cifras de porcentajes reales de esta problemática y considero que es necesario para tener mejores herramientas de manejo a este tipo de pacientes, para conocer la situación actual en la unidad, lo que me obligo a realizar la siguiente pregunta:

¿CUAL ES LA PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2 DE LA U.M.F # 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA. (EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 DE MARZO DEL 2010 AL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012?)

IV. JUSTIFICACION

La depresión es una enfermedad que ha existido desde siempre. El fenómeno nuevo es que se han incrementado en la frecuencia y es una evidente preocupación de salud pública a escala internacional y nacional.

El reconocimiento clínico de esta enfermedad aún representa un problema y se encuentra en varios grados desde la más leve, que puede pasar desapercibida para el paciente hasta la más grave que es clínicamente evidente y de fácil diagnóstico.

Se considera que en las enfermedades crónicas, es común que los pacientes presenten depresión, considerando que la Diabetes Mellitus tipo 2 es una de las enfermedades más importantes y además presentan depresiones no diagnosticadas y no tratadas en forma simultánea. Por lo que si se suman los desacatos del control de la Diabetes (dieta e inactividad física) y el difícil acceso a los servicios de salud dificultando aún más la interacción con el médico y la sociedad. Por lo que consideramos de suma importancia conocer la prevalencia de la depresión en pacientes con Diabetes Mellitus en nuestro medio, para realizar acciones preventivas y terapéuticas en nuestra unidad donde consideramos de suma importancia realizar investigaciones que nos indiquen una situación más real de esta problemática para poder realizar medidas anticipadoras y preventivas en el manejo de las misma, dando un mejor servicio con el fin de mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes además disminuir el alto costo que estos padecimientos generan tanto a su economía como a la del Instituto y por lo tanto la del País.

V. OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, entre la población de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar # 56 del IMSS en Ciudad Juárez Chihuahua.

5.1 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- a) Identificar a qué edad se presenta con mayor frecuencia la depresión en pacientes diabéticos tipo 2, en la UMF # 56 del IMSS.
- b) Identificar el género en el que se presenta con mayor frecuencia la depresión en pacientes diabéticos tipo 2, en la UMF #56 de IMSS.
- c) Identificar factores asociados a la presencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en la UMF # 56 del IMSS, como el estado civil.

VI. MATERIAL Y METODOS

6.1 Tipo de Estudio

Estudio descriptivo, observacional, de tipo trasversal.

6.2. Población, Lugar y tiempo del estudio

Mujeres y Hombres de 35 años a 60 años con diagnóstico de diabetes tipo 2 elegidos al azar y que cumplan con los criterios de inclusión que acuda a consulta externa de la unidad de medicina familiar UMF # 56 del IMSS en CD. Juárez Chihuahua. En el periodo comprendido del 1ro de marzo del 2010 al 1ro de noviembre del 2012.

6.2.1 Tamaño de la muestra

302 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2

6.3 Descripción general del estudio

Mediante una entrevista se aplicó cuestionario estandarizado y escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión el cual respondieron individualmente; donde se incluyeron variables sociodemográficas en la primera parte y una parte donde se incluyen variables para observar factores de riesgo, (anexo núm. 2). Se realizó el estudio tomando una muestra de pacientes de ambos sexos de 35 a 60 años de edad que acudió a consulta externa, ambos turnos en la unidad de medicina familiar # 56 diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. En el periodo comprendido del 1ro de marzo de 2010 al 1ro de noviembre de 2012 en CD. Juárez Chih.

6.4 Instrumentos de medición:

6.4.1. ESCALA DE MEDICION

Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton Depresión rating scale (HDRS)). Es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente con depresión, su objetivo es evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo a la información que el paciente

responde en el cuestionario o entrevista clínica; se aplicó la versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos. La validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

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

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

6.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

6.5.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes hombres y mujeres de 35 a 60 años de edad con diagnóstico de Diabetes Tipo 2 adscritos a la UMF # 56 del IMSS Cd. Juárez. Chihuahua.
- Pacientes con consentimiento informado
- Pacientes en control regular

6.5.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes hombres o mujeres que sean menores de 35 y mayores de 60 años

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.
- Pacientes que no pertenezcan a la UMF # 56

6.5.3. CRITERIOS DE ELIMINACION

Encuestas incompletas

6.6 POBLACIÓN EN ESTUDIO

Personas captadas en la consulta externa de la UMF 56 del IMSS con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2

6.6.1 PERIODO DE ESTUDIO

Se realizó en el periodo de 1ro de Marzo 2010 al 1ro Noviembre del 2012

6.6.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

De 302 pacientes se calculó el tamaño de la muestra en base a la prevalencia reportada en la literatura de 27% ($p= 0.27$) de depresión en pacientes diabéticos, con un nivel de confianza de 95% ($\alpha= 0.05$, $Z_{\alpha}= 1.96$), con una precisión de $\pm 4\%$ utilizando la fórmula para calcular tamaño de muestra de una proporción:

$$N = \frac{(Z_{\alpha})^2 (p) (q)}{e^2}$$

En donde:

N= Tamaño de la muestra

p= proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q= 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

e= precisión o magnitud del error que estamos dispuestos aceptar

Z_{α} = Distancia de la media del valor de significación propuesto

Obtuvimos una muestra de 302 personas, que se tomaron al azar de los pacientes de la consulta externa con diabetes mellitus 2.

6.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

6.7.1 DEPENDIENTES

6.7.1.1 DEPRESION

DEFINICION CONCEPTUAL:

(OMS) quien 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 está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares.

DEFINICION OPERACIONAL: Para efectos de este estudio se tomaron no deprimido, depresión ligera/menor, depresión moderada, depresión severa y depresión muy severa el grado de depresión, de acuerdo al instrumento que se aplicara.

INDICADORES: Respuesta en base al instrumento de evaluación. El instrumento constara de 4 indicadores: Identificación de factores de riesgo, integración diagnóstica, utilización de instrumentos terapéuticos, y utilización de recursos para clínicos.

1. No deprimido: 0-7
 2. Depresión ligera/menor: 8-13
 3. Depresión moderada: 14-18
 4. Depresión severa: 19-22
 5. Depresión muy severa: >23
- ESCALA DE MEDICION: Ordinal
 - TIPO: Cuantitativa
 - ESTADISTICA: Proporción, frecuencias

6.7.2 INDEPENDIENTES

6.7.2.1 SEXO

- DEFINICION CONCEPTUAL: Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras de cada especie orgánica
- DEFINICION OPERACIONAL: Para fines de este estudio se captó el sexo referido por el paciente en el cuestionario.
- INDICADOR:
 1. Masculino
 2. Femenino
- ESCALA DE MEDICION: Nominal, dicotómica
- TIPO: Cualitativa
- ESTADISTICA: Porcentaje, frecuencias

6.7.2.2 EDAD

- DEFINICION CONCEPTUAL: Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento del estudio.
- DEFINICION OPERACIONAL: Para fines de este estudio se captó la edad referida en el cuestionario por grupos:

1.- 35 a 40 años

2.- 41 a 45 años

3.-46 a 50 años

4.- 51 a 55 años

5.- 55 a 60 años

ESCALA DE MEDICION: ordinal.

- TIPO: cuantitativa
- ESTADISTICA: Porcentaje, Frecuencias de grupo de edad.

- TIPO: cuantitativa
- ESTADISTICA: media y desviación estándar

6.7.2.3 ESTADO CIVIL

- DEFINICION CONCEPTUAL: El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
- DEFINICION OPERACIONAL: Para fines de este estudio se considera el estado civil como el estado referido por el paciente.

1.- Soltero

2. - Casado

3. - Unión libre

- ESCALA DE MEDICION: nominal
- TIPO: cuantitativa
- ESTADISTICA: Porcentaje, Frecuencias

6.7.3.1. FACTORES DE RIESGO

DEFINICION CONCEPTUAL:

Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad.

DEFINICION OPERACIONAL: Para fines de este estudio se captara si el paciente tiene o no factores de riesgo. Edad, nivel socio económico, entorno social, estado civil, escolaridad, sexo, padecimiento de enfermedades crónicas.

- INDICADOR:

1. SI

2. NO

ESCALA DE MEDICION: nominal

TIPO: cualitativa

Estadísticas: porcentaje y frecuencias

6.8 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

- El procesamiento y análisis de datos se realizó de la siguiente manera: Para el criterio descriptivo se utilizaron las medidas de mediana, porcentaje, promedio y desviación estándar para la realización del análisis estadístico se utilizó el Software SPSS 16.0 con cruces de variables dependientes e independientes y correlacionar el grado de incidencia de depresión en la consulta externa.

VII. CONSIDERACIONES ETICAS

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

A. INTRODUCCION

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo no debe ser aplicado sin considerar todos los otros párrafos pertinentes.
2. Aunque la Declaración está destinada principalmente a los médicos, la AMM insta a otros participantes en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios.
3. El deber del médico es promover y velar por la salud de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

4. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".
5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos. Las poblaciones que están subrepresentadas en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.
6. En investigación médica en seres humanos, el bienestar de la persona que participa en la investigación debe tener siempre primacía sobre todos los otros intereses.
7. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones actuales deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
8. En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos.
9. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS PARA TODA INVESTIGACION MÉDICA

11. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación.

12. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

13. Al realizar una investigación médica, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan dañar el medio ambiente.

14. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos debe describirse claramente en un protocolo de investigación. Este debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración. El protocolo debe incluir información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas

del estudio y estipulaciones para tratar o compensar a las personas que han sufrido daños como consecuencia de su participación en la investigación. El protocolo debe describir los arreglos para el acceso después del ensayo a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o el acceso a otra atención o beneficios apropiados.

15. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida.

El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración. El comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso.

El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. No se debe hacer ningún cambio en el protocolo sin la consideración y aprobación del comité.

16. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la formación y calificaciones científicas apropiadas.

La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

17. La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y si existen posibilidades razonables de que la población o comunidad, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.

18. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y las comunidades que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o comunidades afectadas por la enfermedad que se investiga.

19. Todo ensayo clínico debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

20. Los médicos no deben participar en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender inmediatamente el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.

21. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para la persona que participa en la investigación.

22. La participación de personas competentes en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la

comunidad, ninguna persona competente debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

23. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.

24. En la investigación médica en seres humanos competentes, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

25. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, el médico debe pedir normalmente el consentimiento para la recolección, análisis, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones en

las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación o podría ser una amenaza para su validez.

En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

26. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión.

En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

27. Cuando el individuo potencial sea incapaz, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud de la población representada por el individuo potencial y esta investigación no puede realizarse en personas competentes y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

28. Si un individuo potencial que participa en la investigación considerado incompetente es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del individuo potencial debe ser respetado.

29. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. En estas

circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

30. Los autores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación de los resultados de su investigación. Los autores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y conflictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

C. PRINCIPIOS APLICABLES CUANDO LA INVESTIGACION MEDICA SE COMBINA CON LA ATENCION MEDICA

31. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica, sólo en la medida en que tal investigación acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para

creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

32. Los posibles beneficios, riesgos, costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención probada existente, excepto en las siguientes circunstancias:

- El uso de un placebo, o ningún tratamiento, es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.
- Cuando por razones metodológicas, científicas y apremiantes, el uso de un placebo es necesario para determinar la eficacia y la seguridad de una intervención que no implique un riesgo, efectos adversos graves o daño irreversible para los pacientes que reciben el placebo o ningún tratamiento. Se debe tener muchísimo cuidado para evitar abusar de esta opción.

33. Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio tienen derecho a ser informados sobre sus resultados y compartir cualquier beneficio, por ejemplo, acceso a intervenciones identificadas como beneficiosas en el estudio o a otra atención apropiada o beneficios.

34. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe perturbar la relación médico-paciente.

35. Cuando en la atención de un enfermo las intervenciones probadas han resultado ineficaces o no existen, el médico, después de pedir consejo de experto, con el consentimiento informado del paciente o de un representante legal autorizado, puede permitirse usar intervenciones no comprobadas, si, a su juicio, ello da alguna esperanza de salvar la vida, restituir la salud o aliviar el

sufrimiento. Siempre que sea posible, tales intervenciones deben ser investigadas a fin de evaluar su seguridad y eficacia.

En todos los casos, esa información nueva debe ser registrada y, cuando sea oportuno, puesta a disposición del público.

Fuente: Adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008 ⁵⁴.

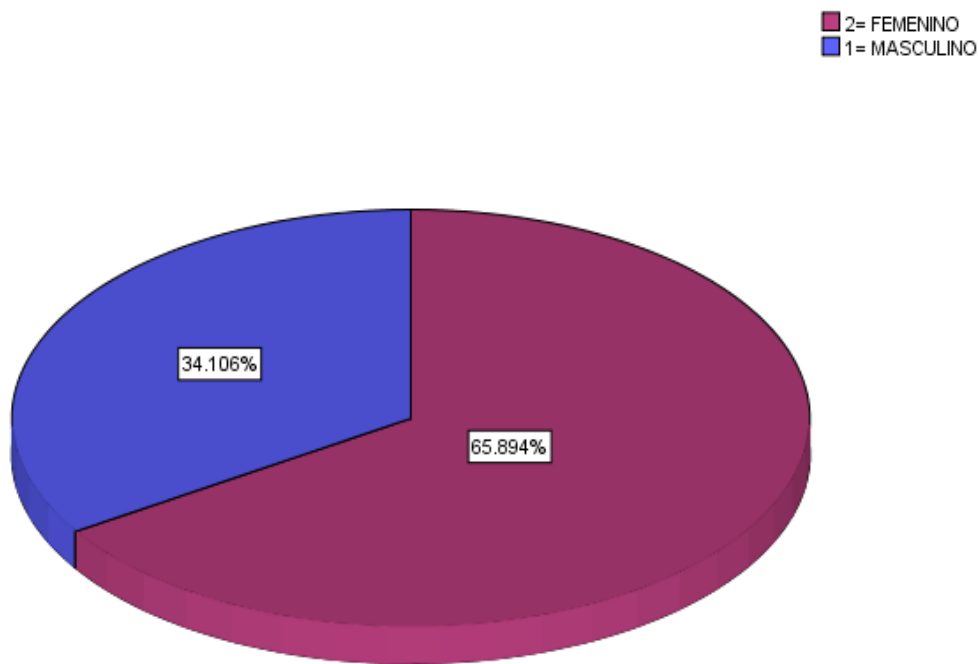
Se otorgo consentimiento informado al paciente explicando que no tiene implicaciones éticas ni existe riesgo alguno contra su integridad física ni la vida de los pacientes y se sujeta a las declaraciones internacionales de bioética e investigación. Considerando la privacidad, y beneficencia de los pacientes, tomando en cuenta el permiso y la autorización de los mismos pacientes así como de las autoridades de la unidad y comité de ética local de Ciudad Juárez, Chihuahua, Apegado al Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo).

Se otorgo un consentimiento informado por escrito de cada participante en base al Art. 14 de la Ley General de Salud. (Anexo 1)

VIII. RESULTADOS

Dentro de las frecuencias encontramos que de la muestra de 302 personas 199 son femeninos que representa el (65.89%) y masculinos 103 que representa el (34.11%) de la muestra (Grafica 1).

FRECUENCIA DE GÉNERO DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS CON DEPRESION CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF # 56.

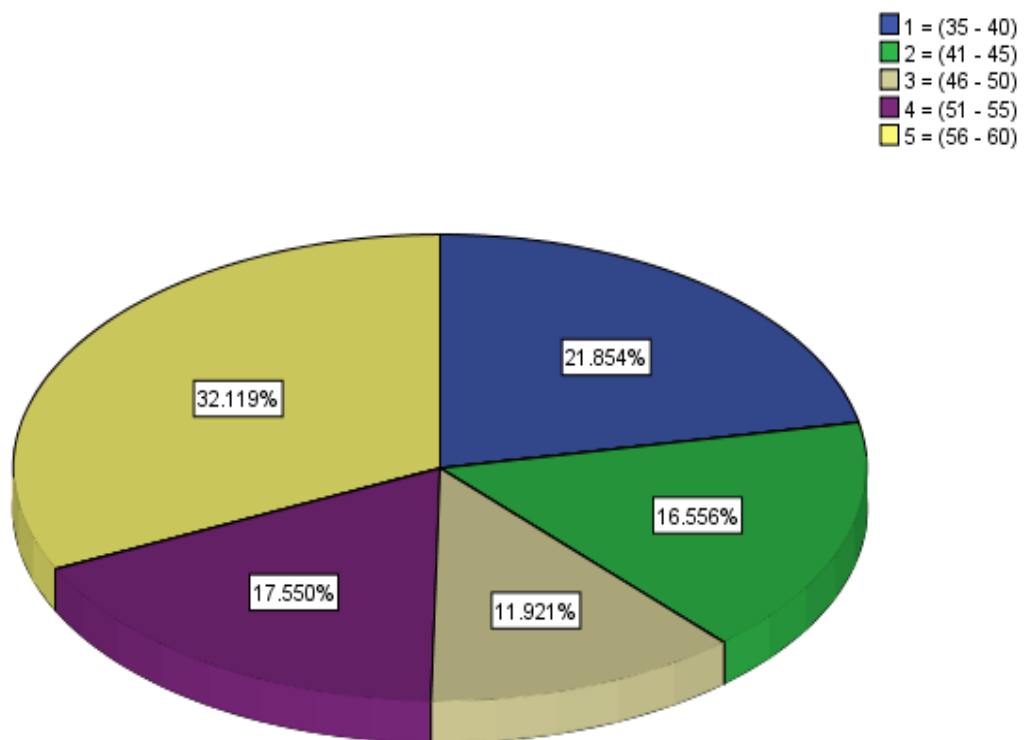


Gráfica y sexo de los pacientes

Fuente: Encuesta 2012

Dentro de los rangos de edad de la muestra de 302 pacientes 66 se encuentran en el grupo de edad de 35 a 40 años, representan el (21.8%) de muestra, rango de edad 2 , 50 se encuentran dentro del rango de edad 2 que representa el (16.556%) (Grafica 2).

PREVALENCIA DE LOS GRUPOS DE EDAD EN LOS PACIENTES CON DEPRESION Y DIBATES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF # 56.

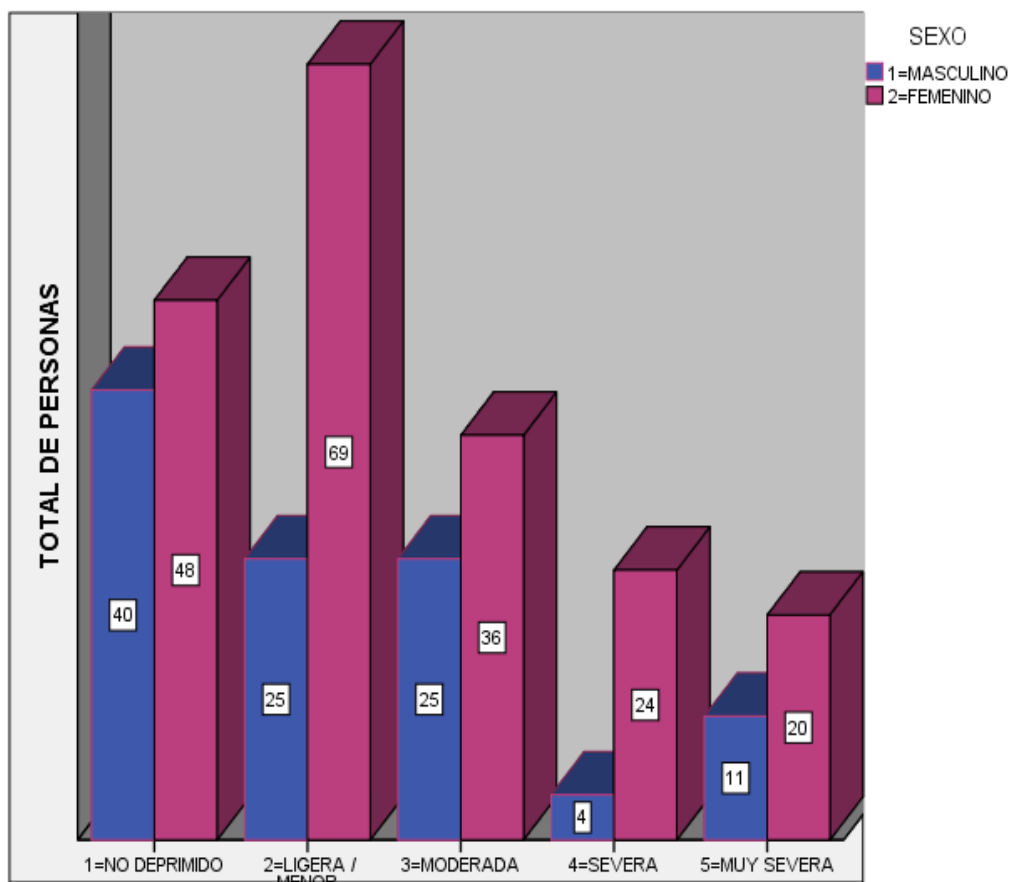


Grafica de rango de edad

Fuente: Encuesta 2012

En la muestra según el sexo predominó el nivel de depresión severa; el cual se marcó el sexo femenino con 24 mujeres de las 199 de la muestra que representa el (12.060%) de la muestra en comparación con el sexo masculino con 4 de 103 hombres y representa el (3.883%). Se considera este dato relevante más que los otros niveles de depresión ya que la cantidad de pacientes femeninos y masculinos no está proporcionalmente equitativa (Grafica 3).

TOTAL DE PACIENTES SEGUN EL GRADO DE DEPRESION DE ACUERDO AL GRUPO DE SEXO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN UMF # 56

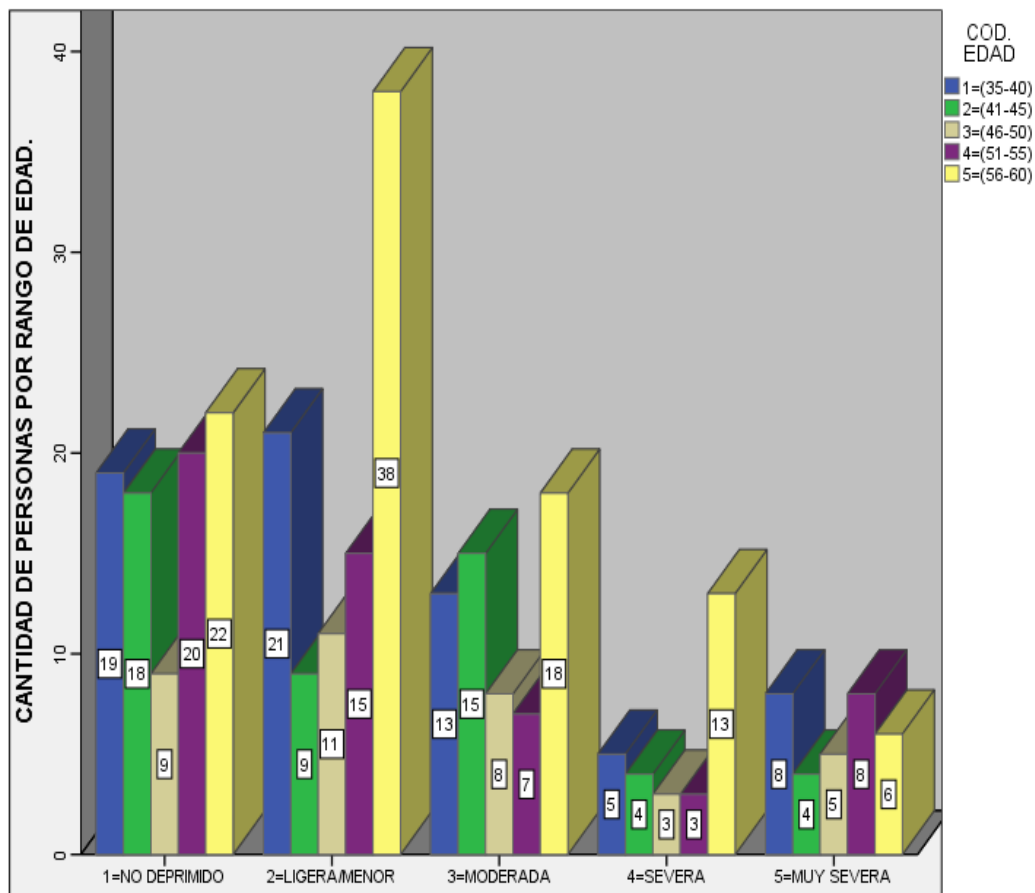


Total de pacientes según el grado de depresión

Fuente: Encuesta 2012

Dentro de la evaluación del estado de depresión no se encuentra un dato significativo que nos indique un alto índice de depresión ya que de acuerdo a la evaluación, 182 pacientes se encuentran en grado de no depresión y depresión ligera esto representa el (60.2%) del 100% 302 de la muestra (Grafica 4).

GRADO DE DEPRESION POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF # 56.

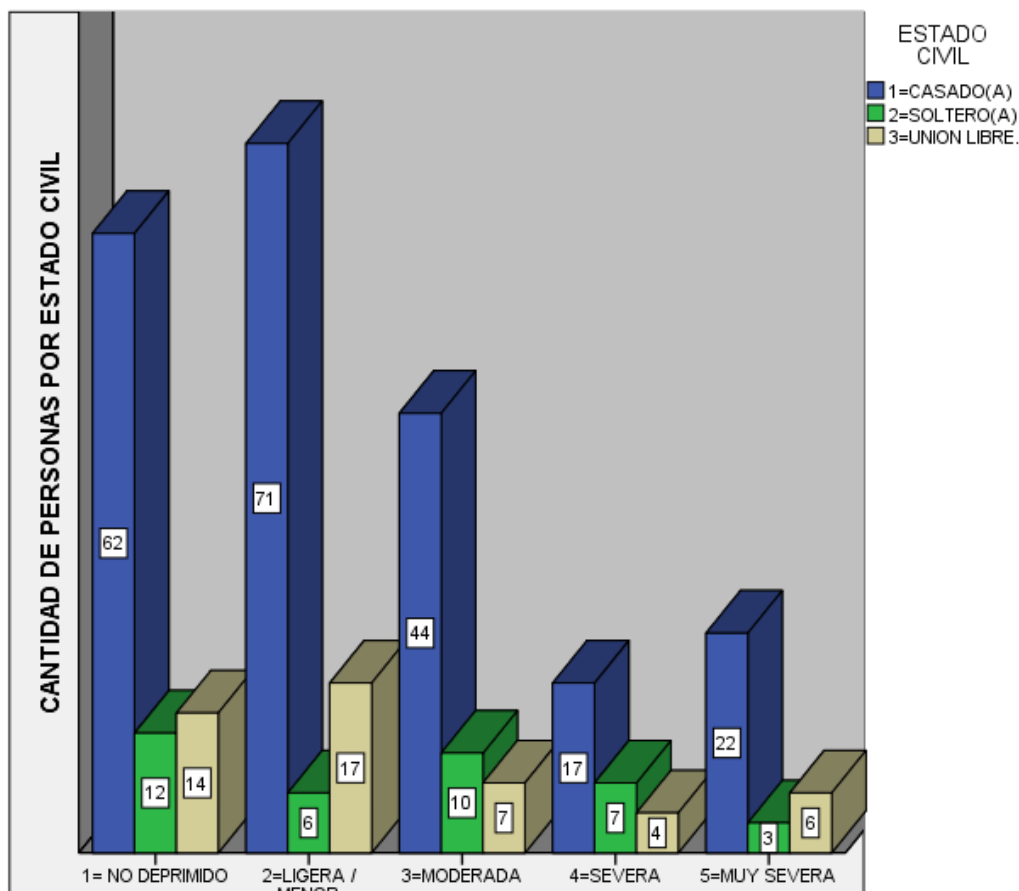


Grado de depresión según el grupo de edad.

Fuente: Encuesta 2012

En la evaluación el estado civil se encuentra un resultado ya que nos muestra que las personas casadas sufren un nivel de depresión más elevada que los solteros o en unión libre. De los 302 pacientes 216 caen en este rango y representan el (71.523%) de la muestra. En un análisis más específico de las 216 (100%) personas casadas 22 personas de la muestra se encuentran en un estado de depresión muy severa es un (10.185%), 17 personas se encuentran en un estado de depresión severa es un (8.095%), 44 con depresión moderada es un (20.370%), 44 personas se encuentran en depresión ligera menor es un (32.780%) y 62 personas no presentan depresión alguna que representan tan solo el (27.777%). Con este dato se logró identificar satisfactoriamente a cada paciente el cual se encuentra en algún grado de depresión. (Grafica 5).

GRADO DE DEPRESION DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF # 56



Grado de depresión por estado civil.

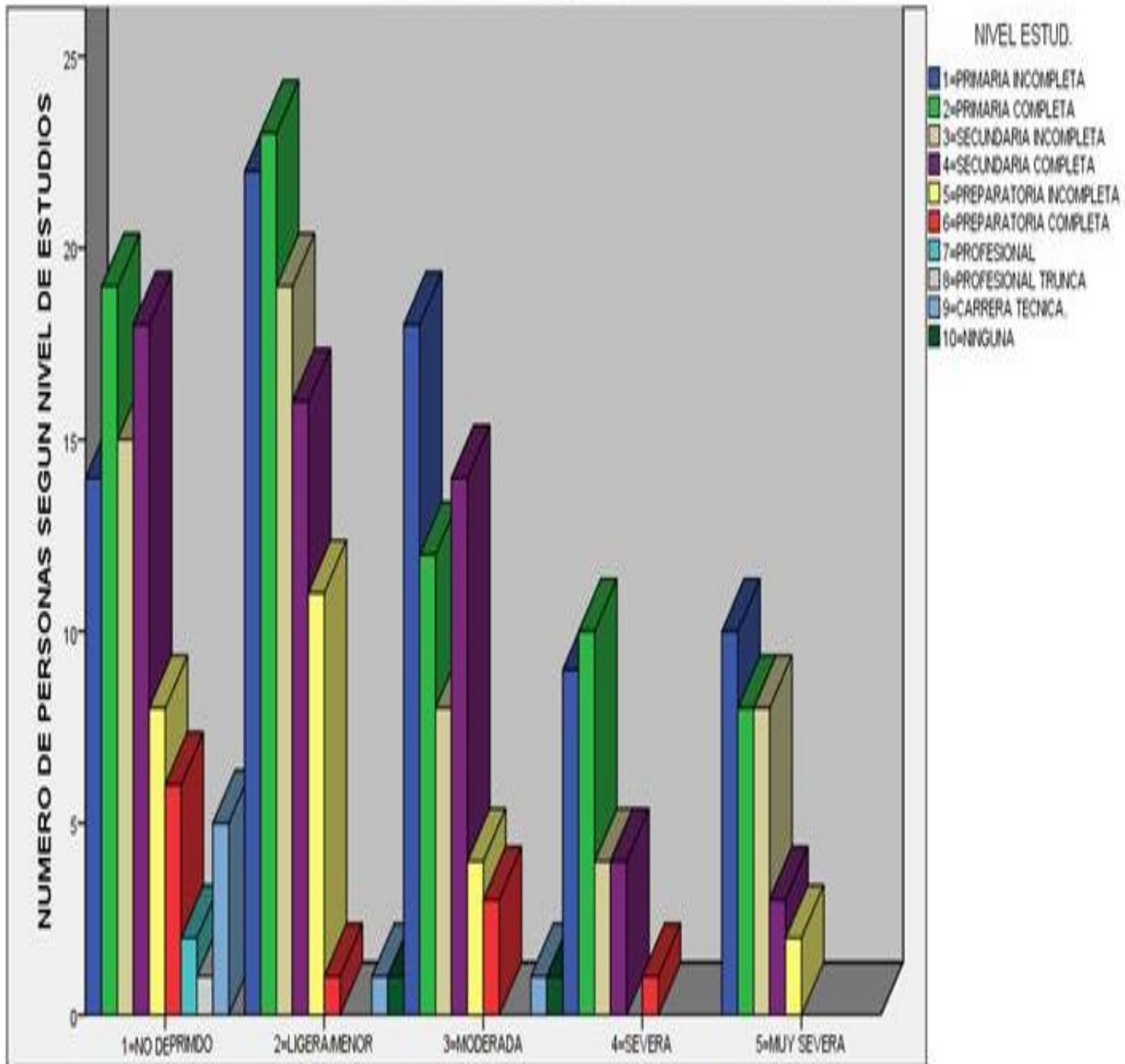
Fuente: Encuesta 2012

En el nivel de estudio se encuentran un marcado grado de depresión en los pacientes con su nivel de estudios básicos de (primaria y secundaria) incompleta e inferior a los niveles medio superior o superior.

Los pacientes con primaria incompleta dan un total de 73 (24.172%) , 72 personas (23.841%), secundaria incompleta 54 que dan un total de 54 personas (17.880%), secundaria completa que da un total de 55 personas 18.211%, preparatoria incompleta que da un total de 25 personas (8.278%), preparatoria completa que da un total de 11 personas (3.642%), nivel profesional que da un total 2 personas (.662%), profesional trunca que da un total de 1 persona (.331%), carrera técnica que da un total de 7 personas (2.317%), personas sin ningún estudio que da un total de 2 personas (.662%) de las 302 (100%) personas del estudio

En el análisis realizado en las encuestas aplicadas se observó que en personas que cuentan con algún nivel de estudio se ve representado por 219 (72.51%) de 83 personas (27.4%) de personas un nivel de educación superior del total de 302 personas (Grafica 6).

**GRADO DE DEPRESION SEGUN EL NIVEL DE ESTUDIO EN PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF # 56.**



Grado de depresión según nivel de estudios.

Fuente: Encuesta 2012

En la ocupación de los pacientes se encontró que tanto en la clase obrera como en la desempleada un marcado nivel de depresión a diferencia de los que tienen empleo u ocupación.

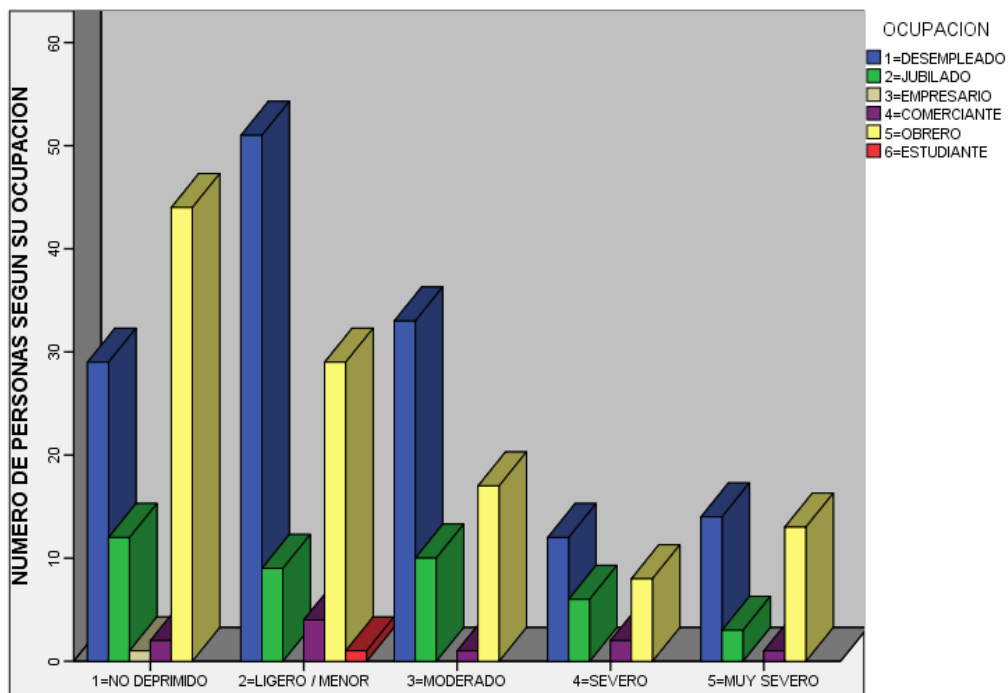
En un análisis a grandes rasgos los desempleados forman 139 personas (46.026%), los de la clase obrera 111 (36.754%) en total de 250 personas que representan el (82.781%) y las 52 personas restantes (17.218%) de las 302 (100%) personas de la muestra.

En cuanto a las 139 personas desempleadas 29 personas no presentan ningún grado de depresión (20.863%), 51 personas presentan una depresión ligera o leve (36.690%), 33 personas presentan un grado de depresión moderada (23.741%), 12 depresión severa (8.633%) y 14 depresión muy severa (10.071%). en relación a las 139 (100%) personas desempleadas.

Si las personas de la clase obrera 44 con depresión (39.639%), 29 con depresión ligera/menor (26.126%), 17 con depresión moderada (15.315%), 8 con depresión severa (2.649%), 13 con depresión muy severa (11.711%).

(Gráfica 7).

GRADO DE DEPRESION SEGÚN SU OCUPACION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF # 56



Grado de depresión de acuerdo a la ocupación.

Fuente: Encuesta 2012

IX. DISCUSION

La depresión constituye uno de los síndromes más frecuentes e incapacitantes de la población con predominio en el adulto mayor. Los trastornos depresivos afectan de alguna manera el ámbito familiar. El personal de salud es un elemento clave para establecer de forma precoz el estado mental de las personas mayores tanto desde el punto de vista efectivo como cognitivo.

Es importante mencionar que en la actualidad la clasificación diagnóstica de la OMS es la más utilizada en el mundo y constituye un referente obligado para analizar los resultados epidemiológicos. También refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de (1.9%) y de (3.2%) en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de (5.8%) y (9.5%), respectivamente

Por lo anterior, la Secretaría Mexicana de Nutrición y Epidemiología recomienda seguir estos parámetros para describir y analizar estudios epidemiológicos que se realicen en nuestro país.

En relación a este estudio de 302 pacientes se encontró que predominó entre las edades de 51 a 55 años de edad. La depresión severa, con predominio en el sexo femenino en un porcentaje del (12%) en comparación en el sexo masculino que representó el (3.88%) de la muestra.

De acuerdo a la evaluación del estado depresivo referente a la edad no se encuentra un dato significativo ya que el (60%) de la muestra se encuentra en el rango de no depresión o depresión ligero/leve.

De acuerdo a la evaluación referente al estado civil de los pacientes se encontró un resultado muy significativo ya que la muestra nos arrojó un resultado que los pacientes de estado civil casados sufren un nivel de depresión más severo en comparación con los de estado civil solteros o en unión libre. De acuerdo a las 302 encuestas realizadas a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 el (22%) de las personas casadas se encuentran dentro del estado de depresión muy severa en comparación del (7.8%) que conforman las personas solteras y el (12.5%) de las personas en unión libre.

De acuerdo al nivel de estudio se encuentra un grado de depresión en los pacientes con un nivel de estudio (primaria y secundaria) incompleta o inferior a los niveles medio superior o superior.

En los pacientes con un estudio de primaria incompleta se observó que el (24.17%), con secundaria incompleta un total de (17.88%), preparatoria incompleta (8.27%), profesional incompleta 33, y personas con ningún nivel académico (66%); el cual representa más del (50%) de la muestra; los pacientes con un estudio de nivel básico que representan un (42.05%) y en el nivel medio superior el (5.95%) de la muestra. Por lo tanto se corrobora por medio de los porcentajes la importancia del nivel de estudios en cuanto al grado de depresión el cual repercute en el paciente.

En cuanto al análisis de ocupación de cada uno de los pacientes se encontraron dos variables muy importantes en la clase obrera y desempleada se encuentra un marcado nivel de depresión a diferencia de los otros empleos u ocupaciones. Ya que los pacientes desempleados representan un (46.02%) de la muestra y la clase obrera un (36.75%). Representando un (82.78%) del total de la muestra a comparación del (17.21%) que abarca a pacientes jubilados, comerciantes así como estudiantes.

De acuerdo al porcentaje y evaluación del total de la muestra se llega a la conclusión que las personas con un estado civil casado(a) y con un nivel desempleo o perteneciente clase obrera así como un nivel de estudios inferior o incompleta nos ha demostrado que son factores clave para que el paciente se encuentre predispuesto o en riesgo de padecer un nivel más alto de depresión así como predominando el sexo femenino en comparación con pacientes con un nivel socioeconómico y educativo más elevado o estable. Lo que sí es un hecho y quedó demostrado en este trabajo, es la relación existente entre la presencia de depresión y la calidad de vida relacionada con la salud. Cabe mencionar que en el primer nivel de atención primaria es de suma importancia el detectar oportunamente estado depresivo. Esta situación socio-sanitaria por sus enormes repercusiones económicas, laborales, personales y sobre todo. Porque la mayoría de estos trastornos podrían beneficiarse de un tratamiento adecuado. Por eso es de suma importancia realizar estudios en primer nivel de atención y diagnosticar oportunamente los que nos permite cuantificar esta patología y así evitar complicaciones posteriores mayores.

X. CONCLUSIONES.

El propósito fundamental en cuestión de la salud en los pacientes es de proteger, promover y mejorar la vida y el bienestar mental de los pacientes. Las personas con trastornos depresivos son, o pueden ser, particularmente vulnerables al abuso y a la violación de sus derechos, por tal motivo es de suma importancia la atención oportuna como también promover y proteger los derechos de las personas con trastorno de depresión.

Se ha considerado como dato relevante que el nivel de depresión severo a muy severo predomina en el sexo femenino el cual oscila entre los rangos de edades de 51 a 55 años de edad; aunado así a los pacientes en los cuales predomina el estado civil casado.

Se ha corroborado mediante el resultado del análisis de las encuestas una correlación entre el nivel de estudios y la ocupación del paciente como factores predisponentes a padecer o que padece algún grado de depresión más enfocado a los pacientes con un nivel de estudios básicos incompletos o sin ningún nivel académico aunado a este factor que pertenezca a la clase obrera o desempleada.

Sin embargo se observó que hay un aumento en la prevalencia a medida que aumenta la edad, los datos obtenidos de los participantes en este estudio muestran la dificultad para alcanzar los objetivos establecidos en el mismo. Este estudio nos permitió identificar los grupos vulnerables y sondear las posibilidades de realizar el estudio para realizar un estudio más a fondo, dando la pauta para realizar posteriormente un trabajo más completo donde se identifiquen los factores de riesgo para incidir en ellos.

Una de las limitaciones que se encontró en este estudio fue que los pacientes en muy pocas ocasiones acuden a la consulta externa de primer nivel de atención por un trastorno depresivo, es de suma importancia aplicar cuestionarios para valorar el tipo o grado de depresión a nuestros pacientes y así poder identificar oportunamente con más facilidad dicha patología y poder abordarla oportunamente, y ofrecer un tratamiento adecuado.

Una de las fortalezas del estudio fue el apoyo de todas las asistentes medicas por permitir aplicar el cuestionario a todos los pacientes, y así mismo la colaboración y aceptación de todos los pacientes, lo cual nos permitió identificar oportunamente dicha patología.

XI. RECOMENDACIONES

1. A las unidades de primer nivel de atención:

La depresión es un trastorno frecuente en la población de adultos mayores con importantes repercusiones económicas, laborales y personales, por lo que es importante realizar estudios de cribado y diagnostico en el primer nivel de atención para evitar complicaciones mayores. Los pacientes con diagnostico de diabetes mellitus tipo 2, son comúnmente afectados por trastornos depresivos, sin embargo las características con las que se presenta la enfermedad hacen que se diagnostique poco y se trate menos. Por tal motivo es recomendable establecer pláticas referentes al tema de depresión, así como las posibles complicaciones que puede llevar al paciente con depresión, pero también es de suma importancia vincular a toda la familia para que en conjunto se trabaje en cada paciente y evitar desenlaces fatales.

2. A los Médicos y residentes de Medicina familiar: recomiendo continuar realizando practicas de investigación clínica en este tipo de pacientes; buscando mejores estrategias de manejo integral en beneficio de estos pacientes y sus familias; buscando en primer lugar la prevención y luego el apego terapéutico para control de su enfermedad, retraso de sus complicaciones y enfermedades asociadas como la depresión.

3. A las autoridades del IMSS: se recomienda destinar mayores recursos para la atención y prevención de estas patologías; como sabemos la diabetes por si sola ocasiona un alto costo al instituto por sus complicaciones y enfermedades asociadas. Se tiene que buscar nuevas estrategias de manejo y tratamiento buscando unificar criterios entre todo el personal de salud; con educación continua y mejores recursos.

4. A las autoridades locales, estatales y federales: proporcionando mayores recursos económicos y personal capacitado al área de salud, además de formar centros y redes de apoyo para estos pacientes y sus familias.

Hoy en día existen en el IMSS en primer nivel de atención centros de apoyo para el adulto mayor como lo es trabajo social, Psicología, el cual nos es de gran utilidad, en ellos se cuenta con diferentes actividades educativas que nos pueden ayudar a identificar oportunamente dicha patología. Aunque son pocos, recomiendo a estas autoridades poner énfasis para implementar más apoyo a estos pacientes, además de destinar recursos a la salud para tener mejores herramientas en el manejo de esta problemática.

6. A los investigadores en salud: los invito a realizar más investigaciones en este ramo sobre depresión ya que es de suma importancia y así evitar problemas referentes a la salud del paciente como también su núcleo familiar.

XII. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



ACTIVIDAD	MAR/ OCT 2010	NOV/ DIC 2010	ENE/ MAR 2011	ABR/ JUN 2011	JUL/ SEP 2011	OCT/ DIC 2011	ENE/ MAR 2012	ABR/ JUN 2012	JUL/ SEP 2012	OCT. 2012	NOV 2012
Selección de Bibliografía	X										
Elaboración del protocolo	X	X	X	X	X						
Revisión de Protocolo		X	X	X	X						
Correcciones		X	X	X	X	X	X				
Autorización por el comité de ética local								X			
recolección de Información								X	X	X	
Análisis de Resultados								X	X	X	X
Informe Preliminar								X	X	X	X
Redacción de Tesis								X	X	X	X
Entrega de Tesis											X

X Realizado

XIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Remick RA. *"Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review."* CMAJ 2002 167(11): 1253-1260.
2. Organización Mundial de la Salud, Informe sobre la Salud en el Mundo. *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2001: 29-30.
3. Murray CJ, López AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study.* Lancet 1997, 349:1498-1504.
4. American Psychiatry Association, A. (1994). DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington.
5. Borges G and López S. *"El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales."* Salud Pública de México 2004 46: 451-463.
6. Jouko A. Depression in subjects with type 2 diabetes: Predictive factors and relation to quality of life. Diabetes Care 1999; 22(6):997-998.
7. Leonard E and Charles E, "Diabetes and depression: Global perspectives" diabetes research and clinical practice 2010; 87: 302-312.
8. Yager S, Forlenza MJ, Miller GE. *"Depression and oxidative damage to lipids"* Psychoneuroendocrinology 2010; 35: 1356-1362.
9. Espinoza A, Carabeó J, et al. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores publicada en la revista salud mental" 2007; 3(6); 69-76.
10. Guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores, revista salud mental volumen 30 no. 6 nov. dic. 2007.
11. Diabetes and depression: global perspectives, Diabetes research and clinical practice 87 (2010) 302-312
12. Nieto-Moreno S, et al. Aplicación de la CIF para el estudio y evaluación del funcionamiento y la discapacidad en depresión unipolar en el ámbito de atención primaria, actas españolas de psiquiatría, 2006; 34(6):393-396.

13. Karsten Bruins S, Berger I, Dorman P, Lewis S, Dennis M, Sandercock P. La repercusión del estado funcional a los seis meses en la supervivencia a largo plazo de pacientes con accidente cerebrovascular isquémico: estudio de cohortes prospectivas. *BMJ (Ed. Esp)* 2008; 2(5):276-282.
14. Varela Pinedo I, Chávez Jimeno H, Gálvez Cano M, Méndez Silva F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Revista Médica hered* 16(3)2005:165-171.
15. Fried I, Guralnik J. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *J American Geriatric soc.* 1997; 43:92-100.
16. United States of America, The? Older Americans act. National family caregiver support program 2(H)4 sitio en internet], hallado en: http://www.aoa.gov/prof/aoaprogram/caregiver/careprof/proguidance/resources/FINAL_NFCSP_Report_July22_2004.pdf Acceso el 1 de Julio de 2007.
17. Borges G and López S. "El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales." *Salud Pública de México* 2004 46: 451-463.
18. Lima, L. (1992). "Bases biológicas de los trastornos afectivos." *Interciencia* 17(2): 86-91.
19. García-Delgado A, G. M. (2003). *Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico sobre Depresión*. Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Granada, España. 2003.
20. Kessler RC, B. P., Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al., (2003). "The epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)," *JAMA* 2003 289: 3095-3105.
21. Blazer, D. G., Kessler, R. C., McGonagle, K. A. y Swartz, M. S., (1994). "The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey." *American Journal of Psychiat.*, 151: 979-986.

22. Beers M y Berkow R (1999). Manual Merck de Diagnostico y Terapéutica. E. H. S. A. Merck and Co Inc.
23. López-Ibor Aliño, V. M. M. (2007). DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington: APA. American Psychiatry Association.
24. Kornstein S. (2002). "Chronic Depression in Women." Journal Clinic Psychiatry 63: 602-609.
25. Rubinow DR, Roca CA, 44(9):839-850.(1998). "Estrogen-serotonin interactions: implications for affective regulation." Biological Psychiatry, 44(9): 839-850.
26. Pollack W. Mourning (1998). "Melancholia and masculinity: recognizing and treating depression in men." New Psychotherapy for Men 13.147-166.
27. Cochran SV, R. F. (2000.). Men and Depression: clinical and empirical perspectives. San Diego, Academic Press.
28. Kochanek KD, M. S., Anderson RN, Scott C. Hyattsville, (2004). "Deaths: final data for 2002. National Vital Statistics Reports." MD: National Center for Health Statistics, 53(5).
29. Gallo JJ, R. P. (1999). "Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life,." American Family Physician 60(3): 820-826.
30. Krishnan KRR, T. W., et al, (2004). "Clinical characteristics of magnetic resonance imaging-defined subcortical ischemic depression." Biological Psychiatry 55: 390-397.
31. Conwell Y. (2001). "Suicide in later life: a review and recommendations for prevention." Suicide and Life Threatening Behavior 31(1): 32-47.
32. Reynolds CF III, D. M., Pollock BG, Mulsant BH, Frank E, Miller MD, et al; (2006, Mar 16). "Maintenance treatment of major depression in old age." New England Journal of Medicine 354(11): 1130-1138.
33. Díaz Martínez Alejandro (2002). "Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad." Universidad Nacional Autónoma de México, Consenso 2002 México: 95-119.
34. Soler Insa, P. A. y. G. (1999). Coord. RTM-II (Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales). 2ª Edición. Barcelona, Masson.

- 35.46. Biessels GJ, D. I., Ryan CM, (2008). "Cognition and diabetes: a life-span perspective." *Lancet Neurology* 7: 184-190.
36. Fisher L, S. M., Mullan JT, Areal P, Mohr D, Masharani U, et al. (2007). "Clinical depression versus distress among patients with type 2 diabetes: not just a question of semantics." *Diabetes Care* 2007 30: 542-548.
37. González JS, P. M., McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga SJ, et al, (2008). "Depression and diabetes treatment non-adherence: a meta-analysis." *Diabetes Care* 2008; 31: 2398-2403.
38. Gaullar-Castillon P et al (2006). "Prevalencia de depresión y factores biomedicos y psicológicos asociados en ancianos con enfermedad cardiovascular." *Esp. Cardiología* 59(8): 770-778, 2006.
39. Knol MJ, T. J., Beekman AT, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F, (2006). "Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus a meta-analysis." *Diabetologia* 2006, 49: 837-845.
40. Mezuk B, E. W., Albrecht S, Golden SH., (2008). "Depression and type 2 diabetes over the lifespan: a meta-analysis. " *Diabetes Care* 2008; 31: 2383-2390.
41. Lustman PJ, W. M., Sayuk GS, Nix BD, Clouse RE., (2007). "Factors influencing glycemic control in type 2 diabetes during acute- and maintenance-phase treatment of major depressive disorder with bupropion,." *Diabetes Care* 2007; 30: 459-466.
42. Patten SB, W. J., Lavorato DH, Brown L, McLaren L, Eliasziw M., (2009). "Major depression, antidepressant medication and the risk of obesity." *Psychother Psychosom* 2009; 78: 182-186.
43. Aguilar CA, V. O., Gómez F, González A, Lara A, Molina V, et al, (2003). "Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico." *Diabetes Care* 2003; 26(2021-2026).
44. Vázquez-Estupiñán F, R.-F. L., Corlay-Noriega I, (2000). "Depresión y diabetes mellitus: Conceptos actuales." *Revista de Investigación en Salud* 2000; 11: 35-37.
45. Anderson RJ (2001). "The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis." *Diabetes Care* 2001; 24(6): 1069-1078.
46. Lustman PJ, G. L., Gavard JA, Clouse RE, (1992). "Depression in adults with diabetes" *Diabetes Care* 1992; 15: 1631-1639.

47. American Diabetes Association (2005). "Standars of Medical Care in Diabetes." *Diabetes Care* 2005 4(1): 36.
48. Association, A. D. (Enero 2010). "Diagnosis And Classification of Diabetes Mellitus." *Diabetes Care* 2010 33(1).
49. NOM-015-SSA2-1994. (2003). "Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria."
50. U.S. Preventive Services Task Force. Screening for type 2 diabetes mellitus in adults: U. S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med.* 2008 Jun 3; 148 (11): 846-54.
51. In the clinic. Type 2 diabetes. *Ann Intern Med.* 2007; 146:ITC-1-15.
52. Eisenbarth GS, Polonsky KS, Buse JB. Type 1 Diabetes Mellitus. In: Kronenberg HM, Melmed S, Polonsky KS, Larsen PR. *Kronenberg: Williams Textbook of Endocrinology.* 11th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2008: chap 31.
53. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care.* 2010; 33 Suppl 1:S62-S69.
54. Adoptada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008.
55. Ballesteros J, Bobes J, A, Luque A, Dal- Re R, Ibarra N, Guemes I. Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HMAD). *J Affect Dis* 2007; 102: 93-99.
Bech P, Allerup P, Gram LF, Resiby N, Rosenberg R, Jacobsen O y cols. The Hamilton depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 290-299.

XIV. ANEXOS



ANEXO 1 Consentimiento informado.

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F # 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 MARZO DEL 2010 AL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012.

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Dra. Linda Verónica Nozari Acosta, Medico Alumna del curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. La meta de este estudio es Conocer la Prevalencia Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de la Unidad de Medicina Familiar # 56 de Ciudad Juárez Chihuahua durante el Periodo Marzo 2010 a Noviembre 2012.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta. Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Donde usted solo contestara una encuesta relacionada a Depresión.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlo. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree prejuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo solicitar información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Dra. .Linda V. Nozari en la UMF # 56 Consultorio 4V.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



ANEXO 2

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA U.M.F # 56 DEL IMSS EN CIUDAD JUAREZ CHIHUAHUA, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 MARZO DEL 2010 AL 1 DE NOVIEMBRE DEL 2012.

ENCUESTA

PARTE 1

Responda Al siguiente cuestionario o encierre la respuesta según sea el caso.

No. De Expediente:

Iniciales del Paciente:

Sexo: M 1 F1

Años Cumplidos:

Estado Civil: 1 Casado 2 Soltero 3 Unión Libre

Ocupación: 1 Desempleado 2 Jubilado 3 Empresario 4 Comerciante

5 obrero 6 Estudiante

Diagnostico. Psiquiátrico: 1 Depresión 2 Ansiedad 3 Mixto

Enfermedades Crónicas: 1 Diabetes Mellitus 2 Hipertensión arterial 3 Dislipidemia 4 Osteoporosis

Cobertura Médica: 1 IMSS



ANEXO 3. ESCALA DE HAMILTÓN PARA LA DEPRESION.

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítem.

1. Animo deprimido, tristeza, desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = lo indica solamente si le preguntan cómo se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Lo comunica por expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto

4 = Expresión verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Siente que la vida no vale la pena vivir

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio inicial:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora.

2 = Dificultad para dormirse cada noche.

5. Insomnio medio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío o terminal:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (indiferencia, indecisión y vacilación)

3 = Reducción del tiempo dedicado a actividades o menor productividad.

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad.

8. Retardo (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0 = Habla y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Completo estupor.

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración):

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito, pero come sin necesidad de que lo estimulen.

Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. 2=Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de sí mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia o Intuición:

0 = Se da cuenta que está deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

2 = No se da cuenta que está enfermo

ANEXO 4. PARÁMETROS PARA MEDIR EL TIPO Y GRADO DE DEPRESIÓN DEACUERDO ESCALA APLICADA.

ESCALA DE HAMILTÓN PARA LA DEPRESION.

DESCRIPCIÓN

- Consta de 17 ítems que evalúan el perfil sintomatológico y la gravedad del cuadro depresivo.
- A esta escala se le critica el hecho de que esta contaminada de forma importante por síntomas de ansiedad (ítems 9-11) y por síntomas somáticos, lo que dificulta su administración en enfermos físicos.
- Es la escala mas utilizada en; a actualidad, aunque numerosos autores proponen como alternativa la escala de Montgomery –Asberg.
- Recientemente se han evaluado las propiedades psicométricas de las versiones españolas de 5 formas breves de esta escala (Ballesteros y cols; 2007).

CORRECCIÓN E INTERPRETACIÓN

- Proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación de 3 factores o índices: melancolía, ansiedad y sueño (Bech, 1996). También se ha descrito un factor de vitalidad-enlentecimiento ((Tollefson y cols; 1993).
- La puntuación global se obtiene sumando as puntuaciones de cada ítem. Para la depresión unipolar, existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Los de Bech (1996) son los siguientes:
 - 0-7: sin depresión.
 - 8-12: depresión menor.
 - 13-17: menos de depresión mayor.
 - 18-29: depresión mayor.
 - 30-52: más de depresión mayor.
- **Otros puntos de corte utilizados son:**
 - 0-7: sin depresión
 - 8-14: distimia.
 - Mayor de 15: depresión de moderada a grave.

- En el criterio de inclusión más utilizado en los ensayos clínicos es una puntuación mayor de 18. Se considera remisión la puntuación en la escala de Hamilton menor de 7.
- Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1,2,7,8,10 y 13), ansiedad (ítems 9-11), sueño (ítems 4-6) y vitalidad (ítems 1,7,8 y 14).
- Para el índice de melancolía, Bech propone los siguientes puntos de corte: de 0 a 3, no hay depresión; de 4 a 8, depresión menor; mayor de 8, bajo enlentecimiento; mayor de 8, nivel elevado de enlentecimiento.
- Para la depresión bipolar, Nierenberg y DeCecco (2001) proponen:
- 0-7: no depresión.
- Mayor de 8: depresión.
- Para la versión española de 6 ítems el punto de corte propuesto (Ballesteros y cols; 2007) es:
- 0-2: no depresión.
- Mayor de 3: depresión.

FUENTE: Ballesteros J, Bobes J, A, Luque A, Dal- Re R, Ibarra N, Guemes I. Sensitivity to change, discriminative performance, and cutoff criteria to define for embedded short scales of the Hamilton depression rating scale (HMAD). *J Affect Dis* 2007; 102: 93-99.

Bech P, Allerup P, Gram LF, Resiby N, Rosenberg R, Jacobsen O y cols. The Hamilton depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1981; 63: 290-299.⁵⁵

