



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACIÓN ESTATAL COAHUILA
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:
DRA. MORALES MONTIEL MARTHA YARAZET**

**DIRECTOR DE TESIS:
DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA**

**DIRECTOR METODOLÓGICO:
DR. ERICK RUIZ VILLANUEVA**

REGISTRO: R-2015-506-8

Ciudad Acuña, Coahuila, Octubre 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL COAHUILA
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA**



Dr. Erick Ruiz Villanueva

DIRECTOR DE TESIS



Dra. Morales Montiel Martha Yarazet

TESISTA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ESTATAL COAHUILA
COORDINACION DELEGACIONAL DE EDUCACION EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

Dr. Fernando Salazar Quiroga

DIRECTOR MEDICO DE U.M.F. 81, CIUDAD ACUÑA, COAHUILA.

Dra. Angelica María Ibarra Hernández

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION EN SALUD U.M.F. 81, CD. ACUÑA,
COAHUILA.

Dra. María de Jesús Vargas Castillo

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS U.M.F. 81, CD. ACUÑA, COAHUILA

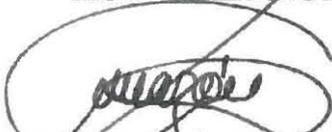
**"PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.
81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA"**

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

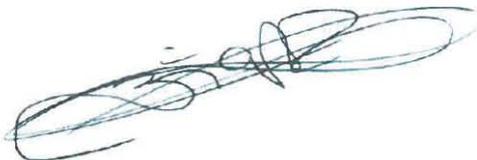
PRESENTA

DRA. MARTHA YARAZET MORALES MONTIEL

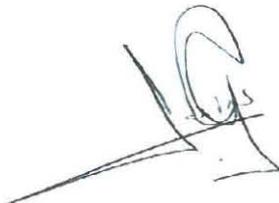
AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

7/12/2015

Carta Dictamen

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2015. Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón".

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 506
H GRAL ZONA -MF- NUM 24, COAHUILA

FECHA 07/12/2015

DRA. MARTHA YARAZET MORALES MONTIEL

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2015-506-8

ATENTAMENTE

DR.(A). RAFAEL TOMÁS PÉREZ PÉREZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 506

Imprimir

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

“Pon tu corazón, mente, intelecto y alma incluso en tus actos más pequeños. Ese es el secreto del éxito”

Swami Sivananda.

“Me lo contaron y lo olvidé; lo vi y lo entendí; lo hice y lo aprendí.”

Confucio.

“Las personas siempre están vendiendo la idea de que las personas con una enfermedad mental están sufriendo. Creo que la locura puede ser una vía de escape. Si las cosas no son tan buenas, quizá quieras imaginar algo mejor”

John Nash

“No dejes que lo que no puedes hacer interfiera con lo que puedes hacer”

John Wooden.

“El miedo y la ansiedad indican muchas veces que nos estamos moviendo en una dirección positiva, fuera de los límites seguros de nuestra zona de confort y en dirección de nuestro verdadero propósito”

Charles F. Glassman.

“De nuestras vulnerabilidades vienen nuestras fortalezas”

Sigmund Freud

“El que no está conquistando todos los días un poco de miedo no ha aprendido el secreto de la vida”

Shannon L. Alder

“Nunca consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber.”

Albert Einstein.

AGRADECIMIENTOS

Estudiando los abismos de la mente, he podido comprender mi propia oscuridad, a pesar de la cual he tenido la osadía de emprender la incesante tarea del aprendizaje, ahora entiendo que gracias al poder del amor no existen límites para aquellos que hemos cruzado alguna vez los límites entre la razón y la locura. Debo agradecer ante todo a Dios quien me ha permitido regresar a la luz.

Mama, mi primer amor, mi razón por la que me aferro a la vida, por la que me esfuerzo a diario, por lo que encuentro algo bueno y noble en la humanidad, que me hace sacar la paciencia ante el más difícil de mis pacientes, eres lo mejor que me ha pasado en la vida. Gracias por no perder la fe en mí y por todos los valores que me enseñaste, eres lo más sagrado y valioso en mi vida.

Papa, gracias por darme siempre tu apoyo y consejos, gracias por todas las atenciones que me das, con tal de levantarme el ánimo. Por ti he podido ser perseverante y capaz de alcanzar mis metas.

Olvita, a diario doy gracias a Dios por haberte enviado a mi lado, ya que representas lo mejor de mí. Sé que mereces una madre mejor pero créeme que lucho con todo mi corazón para que realices todos tus sueños y esperanzas, cada día que me sea concedido lo dedicare solo para amarte.

Mamita Julia este pequeño triunfo también es tuyo, no existe un momento del día que no te recuerde, siempre estarás en mi corazón y te prometo que voy a tratar de ser un medico más completo y humano, como siempre quisiste.

Judith Audelia, eres una gran hermana, contigo he crecido como persona, como profesional, como ser humano. Tu eres tal vez la persona que más comprende los laberintos de mi mente y mi corazón, hemos vivido mucho juntas, definitivamente no hubiera terminado esta aventura sin ti, gracias por ser parte de mi vida.

Rosa Martha, Citlali Nohemí, Belinda Yadira, Cariño, Rosa Alicia, Elba Margarita, Hermanas del alma, quizá me aleje un poco por lo absorbentes que fueron mis estudios, pero nunca me he olvidado de ustedes, mil gracias por sus oraciones, por jalarme hacia adelante, por darme ánimos, por su fe en mí, gracias por darme el valor necesario para enfrentarme a cada obstáculo que me llevo al final del camino. No sé qué hubiera hecho sin su apoyo.

Agradezco a la Dra. Judith Audelia Esquivias Fierro sus observaciones y asesoría en la realización de esta Tesis.

Agradezco a mi asesor de Tesis, el Dr. Erick Ruiz Villanueva quien me enseñó que el miedo no es más que falta de conocimiento y que no existe nada oculto para quien quiera superarse.

INDICE

1. Resumen	1
2. Introducción	2
2.1 Planteamiento del problema	3
2.2 Pregunta de investigación	4
2.3 Justificación	5
2.4 Objetivo general	6
2.5 Objetivos específicos	6
3. Antecedentes científicos	7
4. Material y métodos	14
4.1 Diseño de estudio	14
4.2 Periodo de estudio	14
4.3 Lugar de estudio	14
4.4 Universo de trabajo	14
4.5 Descripción de las variables	15
4.6 Criterios de selección	16
4.6.1 Criterios de inclusión	16
4.6.2 Criterios de exclusión	16
4.6.3 Criterios de eliminación	16
4.7 Instrumento de recolección de datos	16
4.8 Descripción general del estudio	16
4.9 Consideraciones éticas	17
5. Resultados	18
6. Discusión	38
7. Conclusiones	40
8. Referencias	41
9. Anexos	44
a. Cuestionario para evaluar factores desencadenantes de depresión	44
b. Escala de Auto evaluación para la Depresión de Zung	45
c. Consentimiento Informado	46

RESUMEN

Introducción

Cerca de 340 millones de personas en el mundo, padecerán depresión en alguna etapa de sus vidas. Es una patología que origina considerables gastos en salud secundario a su elevado impacto sobre la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con su entorno. Además, los individuos con enfermedades crónico degenerativas, entre ellas la Diabetes Mellitus tipo 2, tienen más probabilidades de padecer depresión en equiparación con personas sanas. Esta asociación de enfermedades puede originar considerables inconvenientes el tratamiento de cada una de ellas

Material y métodos

Se realizó estudio transversal, observacional, descriptivo, se aplicó la Escala de Auto evaluación para la Depresión de Zung a 322 pacientes con Diabetes mellitus Tipo 2 del turno vespertino, de la Unidad de Medicina Familiar No 81 Cd Acuña Coahuila. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: Peso, edad, género, estado civil, nivel económico, ocupación, problemas legales, experiencias violentas, consumo de sustancias adictivas. Se excluyeron pacientes con Diabetes gestacional, con amputaciones, en diálisis o hemodiálisis, ceguera o que tengan un diagnóstico previo de depresión o ansiedad.

Resultados

Del total de la población estudiada (322 personas), se encontró que 215 casos pertenecen al sexo femenino (66.7%) y 107 casos correspondieron al sexo masculino. En sobrepeso se encontraron 94 casos (29.19) y de obesidad grado I 110 casos (34.16%). Se encontró mayor prevalencia en población de 60 a 65 años. En la población estudiada se encontraron 88 casos de personas sin depresión, (27.35%), 49 casos de depresión ligera (15.20%), 115 casos de depresión moderada (36%) y 70 casos de depresión severa (22%). En el rubro del papel familiar que desempeña el paciente con depresión ligera, el primer lugar lo ocupan aquellos que cuidan esposo, nietos e hijos con 12 personas (24%), con depresión moderada en primer lugar están los que se encuentran en la etapa del nido vacío o sin usar que son 34 personas (29.50%) y con depresión severa tenemos en primer lugar a aquellas que se encuentran en etapa de nido vacío que son 23 personas (32.80%)

Discusión

En el presente estudio, prevaleció la depresión moderada, predominando en el sexo femenino, individuos con sobrepeso y obesidad grado I y además fue mayor la población con trabajo no calificado (labores del hogar) y de pacientes pensionados. Además, obteniéndose resultados similares en estudios realizados en España, Palestina, Túnez y Colombia,

Conclusiones

En el presente estudio predominó el sexo femenino, siendo el 34.16% de esta población con datos de obesidad grado 1, en una población mayoritariamente representada en edades de 50 a 65 años con puesto de trabajo pensionados y dedicados al hogar en el 62%, presentando estado civil casado en la mayor parte de los encuestados, con un ingreso mayormente entre 3,000 a 3,999 pesos mensuales, para esta población se encontró según la Escala de Depresión de Zung en depresión moderada en la mayor parte, sin ser representativo las adicciones.

1. INTRODUCCIÓN

La Depresión es la enfermedad afectiva que se presenta con más frecuencia en adultos y uno de los motivos más importantes de incapacidad a nivel mundial; la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el año 2020, el trastorno depresivo mayor será en el mundo el segundo origen de enfermedad más frecuente y los problemas que se asocian a ella son costosos para sociedad.⁽¹⁾

Cerca de 340 millones de personas en el mundo, padecerán depresión en alguna etapa de sus vidas. Es una patología que origina considerables gastos en salud secundario a su elevado impacto sobre la percepción que el individuo tiene de su lugar en la existencia, salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, así como su relación con su entorno.⁽¹⁾

Además, los individuos con enfermedades crónico degenerativas, como la Diabetes Mellitus tipo 2, tienen más probabilidades de padecer depresión en comparación con personas sanas. Esta asociación de enfermedades puede originar considerables inconvenientes el tratamiento de cada una de ellas. Pacientes que padecen Diabetes Mellitus tipo 2 tienen el doble de posibilidad de desarrollar depresión que la población general, está demostrado que una quinta parte de los pacientes con diabetes Mellitus tipo 2, presentan depresión y los pacientes con depresión son más propensos a padecer Diabetes Mellitus. Son varias las teorías que aúnan ambos padecimientos: la molestia psicológica de la misma enfermedad, las modificaciones hormonales asociadas a la activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal que aumenta la producción de cortisol, elevando los niveles de glucosa lo que provoca complicaciones macro y micro vasculares. Además se mencionan los efectos metabólicos de los fármacos de indicación psiquiátrica. Los pacientes con Diabetes Mellitus y depresión presentan descontrol de los niveles de glucosa, fallan en las actividades de autocuidado y en el apego al tratamiento deteriorando aún más el estado de ánimo, consolidando la correlación entre la Diabetes Mellitus y la depresión. Siendo que la mayor parte de los padecimientos tienen un componente biopsicosocial, la fusión de las diversas especialidades médicas permite evaluar y manejar al paciente de una forma más compleja ayudando a prevenir, diagnosticar y en el tratar las enfermedades.⁽¹⁾

Para el médico, comprender la situación de cada persona mejora la comunicación, la capacidad cognitiva de percibir lo que el paciente puede sentir y posiblemente el tratamiento. El caso de la asociación entre Diabetes Mellitus y depresión es ejemplo de cómo se necesitan distintas clases de intervención para un buen control del padecimiento y manejo del enfermo; posiblemente el manejo de la Diabetes Mellitus no sea dé del todo adecuado sin una mediación entre la Depresión y viceversa. El equilibrio emocional es sustancial para desarrollar los cuidados que se necesitan en las patologías.⁽²⁾

1.1 Planteamiento del problema

La Diabetes Mellitus tipo 2 se ha transformado en una severa preocupación en el mundo ya que su prevalencia continúa creciendo en países tercermundistas como el nuestro. Los pacientes con Diabetes Mellitus pueden presentar serios problemas médicos durante el curso de esta enfermedad, muchos de los cuales son causa de Ausencia o disminución de la capacidad para realizar una actividad dentro de unos márgenes normales que puede ser reversible o irreversible y muerte, así mismo se ha comprobado que existe mayor tendencia a enfermedades que afectan al sistema nervioso o la mente. De tal manera que el predominio de la depresión es mayor en este conjunto de personas que en la población general. Existe una relación nociva entre ambas patologías, ya que se han verificado que un mal control de la Diabetes se vincula con un mayor predominio de estados enfermedad depresiva y simultáneamente presentan menor adhesión al tratamiento, hábitos alimenticios descontrolados, pérdida de la habilidad para cuidar de sí mismos y mayor tendencia hacia un estilo de vida que incluye poco ejercicio, lo que terminará en un serio perjuicio en el estado general de los pacientes que padecen ambas patologías.⁽³⁾

En el enfermo de Diabetes Mellitus, la depresión se expresa en forma no típica y no se relaciona con los criterios de trastorno depresivo mayor. En el primer nivel de atención, según varios estudios hechos en los Estados Unidos de Norteamérica, el 50-75% de los casos de patologías mentales comunes, entre ellas la depresión, pasan desapercibidas y no son diagnosticadas en mucho tiempo. Cabe mencionar que tampoco se realizan evaluaciones de rutina para detectar depresión en consulta externa, favoreciendo la cronicidad al ser un padecimiento no diagnosticado o subtratado.⁽⁴⁾

Algunas investigaciones plantean la necesidad de observar características psicosociales en el fomento a la salud y tácticas educativas, en especial en poblaciones vulnerables como son los adultos que padecen Diabetes Mellitus Tipo 2 y aquellas con descontrol glicémico para evitar depresión y sus complicaciones, siendo una gran herramienta para la vigilancia del control metabólico la hemoglobina glucosilada. El soporte social tiene un impacto que modifica o amortigua la vida diaria. Existen variables importantes por género, ya que se ha observado que las redes de apoyo en el género femenino son un poco más amplias que las del género masculino. A cualquier edad las redes sociales de las mujeres se conforman mayormente de familia y amigos; en tanto que en los hombres, están más relacionadas con su vida laboral. El estado civil cobra importancia, ya que las personas casadas cuentan con el apoyo de su esposo (a). En cuanto al rol familiar del paciente, se observaron personas que son dependientes económicamente. Así mismo el analfabetismo dificulta el control metabólico y el auto control. La reacción del núcleo familiar ante la enfermedad está sujeta a los siguientes factores: la tipología familiar, la cultura, nivel educativo, el desempeño familiar y las ideas sobre la salud ante la enfermedad y su tratamiento. Existe evidencia que el apoyo social tiene varios efectos en la salud: el directo, el indirecto o "mediador". Muchas investigaciones han enfatizado en el impacto benefactor del apoyo social ante la tensión y sus efectos en el talante y en los comportamientos que dejan huellas en la salud y en la esperanza de vida, como la alimentación, abandono del hábito tabáquico o la actividad física.⁽⁴⁾ Lo que lleva a la siguiente pregunta de investigación.

1.2 ¿Entre los derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 81 del consultorio 7 turno vespertino, Ciudad Acuña, Coahuila ya diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 existirá prevalencia de depresión y cuál será el grado con mayor prevalencia?

1.3 Justification

La Diabetes Mellitus tipo 2 es un problema peligroso de salud en nuestro país. Las expectativas presentes resultan preocupantes: El número de casos va en aumento, se inicia a edades más tempranas, el diagnóstico se realiza tardíamente y el tratamiento la mayoría de las veces no es el adecuado. En los últimos diez años, el número de casos de obesidad y de Diabetes Mellitus tipo 2 han aumentado en forma importante: ambas enfermedades crecen más rápido en el grupo de los adultos jóvenes.⁽⁴⁾

Según datos proporcionados por la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT 2006), la incidencia de Diabetes Mellitus en los adultos es de 14.1 % (el 50 % desconocía padecer la enfermedad). En el grupo de 20 a 40 años aqueja a 5.8 % de las personas representando el 20.6% de la totalidad de los casos de Diabetes Mellitus.⁽⁴⁾

La Diabetes Mellitus es uno de los padecimientos crónicos degenerativos que necesita apoyo psicológico para la adaptación del paciente a la medicación, así como para una adecuada evolución. Según Willis y Maudsley, el origen de la Diabetes Mellitus parecía estar provocada, en muchos casos, por estados extensos de depresión y/o ansiedad. La posibilidad de padecer trastorno depresivo incrementa cuando el control glucémico se deteriora. Así mismo, cuando se presenta un trastorno depresivo en un paciente con Diabetes Mellitus, empeora el control de los niveles de glucosa. En los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 la depresión es un factor predictivo del cumplimiento terapéutico. Los problemas de adaptación se pueden presentar al momento del diagnóstico, a repetidos episodios de hipoglucemia, cuando se inicia el tratamiento con insulina o cuando aparecen las complicaciones de la enfermedad.⁽⁴⁾

La Diabetes Mellitus se ha ligado con diversas enfermedades neurológicas y psiquiátricas, entre los que figuran el trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, enfermedad de Parkinson, deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer.⁽⁵⁾

A pesar de que se han investigado las consecuencias de la Diabetes Mellitus, aún no se entienden del todo las bases neurobiológicas y neuroquímicas de esta interacción neurológica, psicológica y endocrinológica. Con los datos anteriores es evidente que el incremento de incidencia o riesgo de presentar depresión en la Diabetes Mellitus, o viceversa, incluye factores neuroquímicos cerebrales psicológicos, emocionales y sociales que individualmente o en suma, pueden deteriorar el estado de salud de los pacientes.⁽⁵⁾

1.4 Objetivo General:

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, del turno vespertino, en Unidad de Medicina Familiar No. 81, Ciudad Acuña, Coahuila.

1.5 Objetivos Específicos:

1. Identificar mediante escala de autoevaluación de depresión a los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 asegurados de la U.M.F. 81, Ciudad Acuña, Coahuila.
2. Identificar los factores desencadenantes de la depresión en Diabetes Mellitus tipo 2 adscritos a la U.M.F. 81, Ciudad Acuña, Coahuila
3. Estudiar la relación de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con depresión sus factores asociados: sexo, edad, estado civil, peso, talla ocupación salario diario integrado, su grado de depresión

3. ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica crónico-degenerativa, que se caracteriza por defectos en la acción y secreción de la insulina (hiperglucemia). La Diabetes Mellitus se clasifica en dos tipos: Tipo 1 (DM1) donde la destrucción inmunitaria de las células β del páncreas genera ausencia de insulina sérica. En la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) existe disminución de secreción de insulina por parte de las células β resistencia del receptor de insulina.⁽⁵⁾

Kovacs, *et al*, realizaron una investigación prospectiva que valoró la incidencia de enfermedades psiquiátricas en pacientes de 8 a 13 años (n=92) con Diabetes Mellitus Tipo 1, que fueron monitorizados desde su diagnóstico inicial; a los 20 años del diagnóstico de Diabetes Mellitus, el 47,6% de los pacientes desarrollaron algún padecimiento psiquiátrico y el 26,1% (n = 24) fue diagnosticado con trastorno depresivo mayor o distimia; concluyéndose que gran parte de los pacientes con Diabetes Mellitus no presentaba depresión clínica y esta se liga con perturbaciones con los niveles de lípidos en la sangre, falla en el control de la tensión arterial y complicaciones relacionadas con la enfermedad.⁽⁵⁾

Se ha reportado que la falta de apego al tratamiento es tres veces más frecuentes en pacientes que padecen Diabetes Mellitus y depresión que en aquéllos que no presentan depresión, lo cual se comprobó por un estudio realizado por González, *et al* ⁽⁶⁾, encontrando que los pacientes con Diabetes Mellitus con diagnóstico de depresión presentaban menor apego al tratamiento. Así mismo, se ha registrado que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con depresión tenían menor autocuidado que quienes no padecían depresión.⁽⁵⁾

Se evaluaron pacientes con síntomas de depresión y ansiedad, se concluyó que en aquellos tratados con paroxetina o fluoxetina, la gravedad de los síntomas mejoraba a partir la segunda semana con los medicamentos donde la mejoría con fluoxetina fue mayor.⁽⁵⁾

La falta de control gluco-metabólico se asocia con el aumento de la incidencia de síntomas de depresión y que con el tratamiento farmacológico no sólo existen mejoras psíquicas, sino que éstas se traducen también en un mejor control de la glucemia y en una disminución en la morbimortalidad asociada a ambas enfermedades.⁽⁵⁾

- **Hipótesis Monoaminérgica de la Depresión:**

En la hipótesis de las monoaminas, la depresión se da por una disponibilidad menor de noradrenalina (NA), serotonina (5-HT) o ambas. Este conocimiento se debe a un análisis realizado por serendipia (1950) de que la reserpina, desencadenaba síntomas depresivos en el 15% de los pacientes tratados. En estudios post-mortem se han identificado un aumento en la densidad de sitios de unión del receptor 5-HT₂ y disminución de sitios de unión al transportador 5-HT en el tejido cerebral de pacientes con trastorno depresivo mayor y en víctimas de suicidio.⁽⁵⁾

También se ha notificado un aumento de auto receptores 5-HT_{1A} en los núcleos del rafe dorsal de los pacientes con trastorno depresivo mayor que cometieron suicidio. Estos resultados se han apoyado en hallazgos mediante tomografía por emisión de positrones.⁽⁵⁾ También se ha sugerido que existe una liberación reducida de Na en pacientes con trastorno depresivo mayor. El receptor presináptico noradrenérgico α_2 modula la liberación

de noradrenalina por retroalimentación negativa y se ha documentado un aumento en la sensibilidad de este receptor. ⁽⁵⁾

La depresión se ha vinculado con estrés crónico en el cual se da la sobre activación del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal (HPA), relacionándose con elevaciones regulares del cortisol y en los niveles de hormona liberadora de corticotropina-CRH, segregada por el hipotálamo y responsable controlar la liberación de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) de la hipófisis, que permite a la glándula adrenal la liberación de cortisol, disminución de la eficiencia de los receptores glucocorticoides en el sistema nervioso central encargados de la retroalimentación negativa, así como incrementos del ARN mensajero (ARNm) de la hormona corticotrófica (CRH) en la regiones límbicas. ⁽⁵⁾

Hasta la fecha no se han descubierto explicaciones del todo satisfactorias para estas modificaciones, pero la teoría que resulta más aceptable, incluye la interacción de susceptibilidad genética y factores ambientales. Se propone que la exposición frecuente y repetida a factores que provocan estrés, dan como resultado aumentos prolongados o extremos de glucocorticoides, lo que coadyuva con el tiempo a una regulación a la baja de los receptores glucocorticoides en el lazo de retroalimentación negativa. Esto es más posible en personas con predisposición genética a una hipo función de los receptores para glucocorticoides, que origina un fenotipo que predispone a una hiper activación del eje hipotálamo- pituitaria-adrenal HPA y por consiguiente, a depresión. ⁽⁵⁾

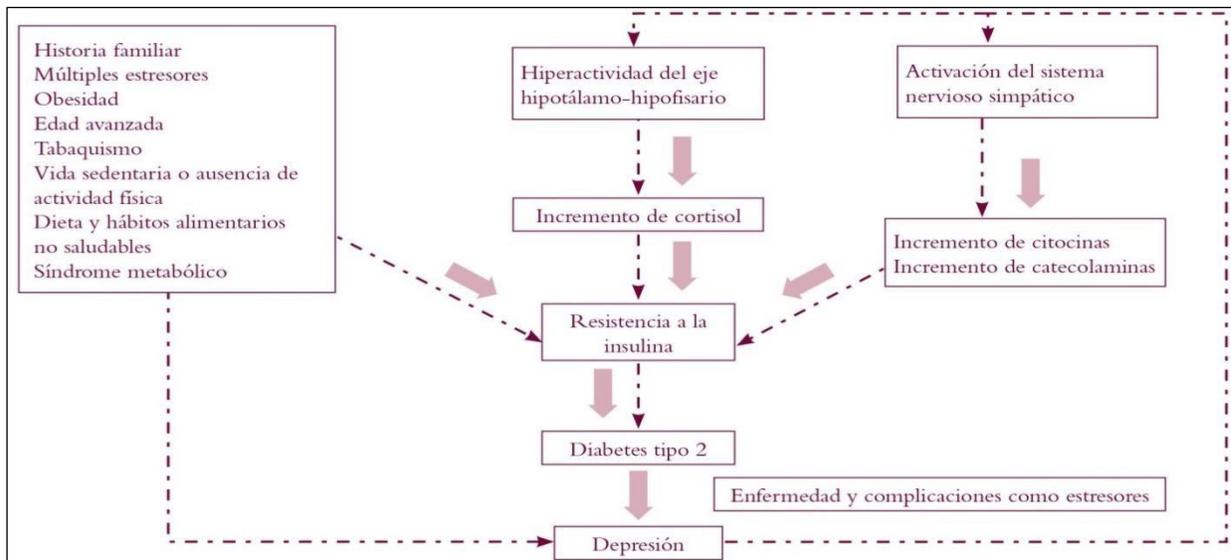
Se ha visto que la hipercortisolemia daña la estructura y fisiología del hipocampo. Estudios de neuroimagen han documentado una atrofia hipo campal en pacientes con trastorno depresivo mayor, con mayor afectación del lado derecho. Además, la sobre estimulación del eje hipotálamo- pituitaria-adrenal HPA, junto con la activación de la amígdala, provoca un incremento en el tono simpático que favorece la liberación de citosinas pro-inflamatorias por parte de los macrófagos. El aumento de citosinas circulantes se ha ligado con pérdida de la sensibilidad a la insulina y también a los glucocorticoides. Las citosinas también son capaces de disminuir el aporte de factores neurotróficos y la disponibilidad de neurotransmisores monoaminérgicos. ⁽⁵⁾

Además, las citosinas como la interleucina *IL-1* e *IL-6* pueden estimular la liberación de hormona liberadora de corticotropina (CRH) y que el hipotálamo prolonga la sobre estimulación del eje hipotálamo- pituitaria-adrenal (HPA). Por otra parte, se sabe que estas citosinas (*IL-1 β* e *IL-6*) se relacionan con una considerable resistencia a la insulina en los pacientes con DM2. Todo esto conlleva a la disfunción neuro-inmuno-endocrinológica del trastorno depresivo mayor. ⁽⁵⁾

La cronicidad de la Diabetes Mellitus, lo minucioso del autocuidado que esta enfermedad implica y su impacto social y psicológico *per se*, no aclara la incidencia observada. Las perturbaciones de la asimilación de la glucosa, la falta de actividad física o sobrepeso tendrán un resultado dañino en la autopercepción que puede fomentar la aparición de síntomas de depresión. ⁽⁶⁾

Otras hipótesis hablan acerca de la hiperactividad del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal y del sistema nervioso simpático que se relaciona con una exposición constante a condiciones que provocan tensión. Además la Diabetes Mellitus puede fomentar el deterioro vascular cerebral subclínico. Además, explicaciones recientes señalan a los cambios neurobiológicos como causantes de cambios afectivos y cognitivos en los pacientes con diabetes mellitus. ⁽⁶⁾

FIGURA 1. FISIOPATOLOGIA DE LA DEPRESIÓN EN DIABETES MELLITUS TIPO 2.⁽⁶⁾



Fuente: González I, González S. Diabetes Depresión: Cuestión de Riesgo. Diabetes práctica. 2015; 06(01):1-48.

Estudios recientes de la Federación Internacional de Diabetes indican que 382 millones de personas en el mundo padecen Diabetes Mellitus y se estima que esta cifra incrementará en más de 592 millones en menos de 25 años.⁽⁷⁾ Los 10 principales países con adultos con Diabetes de 20-79 años, en el año 2013 Según datos recolectados del Atlas de La Diabetes de la FID son los siguientes (Tabla 1):

TABLA 1. PREVALENCIA DE DIABETES EN EL MUNDO⁽⁷⁾

PAÍS / TERRITORIO	MILLONES
China	98.4
India	65.1
Estados Unidos de América	24.4
Brasil	11.9
Federación de Rusia	10.9
México	8.7
Indonesia	8.5
Alemania	7.6
Egipto	7.5
Japón	7.2

Fuente: Federación Internacional de Diabetes. Atlas De La Diabetes de la FID. 6ª edición. Federación internacional de Diabetes. 2013. pp 11-64.

América del Norte y Caribe, cuenta con una población total de 496 millones. De esta cifra se calcula que la población adulta (de 20 a 70 años) es de 335 millones y que las personas que padecen Diabetes Mellitus son 36.7 millones. Estados Unidos de Norteamérica tiene la prevalencia más alta de Diabetes, seguido de México, Canadá y Haití. Posteriormente Belice 15.9%, Guyana 15.9%, Curazao 14.5%, Martinica 14.3%.⁽⁷⁾

En América central y del sur existen 475 millones de personas, de las cuales 301 millones tienen 20 a 70 años de edad y que de estas, 24.1 millones padecen Diabetes Mellitus: Brasil cuenta con el mayor índice de personas con Diabetes (11,9 millones de enfermos), seguido de Colombia (2,1 millones de enfermos), Argentina (1,6 millones de enfermos) y Chile (1,3 millones de enfermos). Puerto Rico tiene la mayor prevalencia de Diabetes en adulto (13%), seguido por Nicaragua (12,4%), República Dominicana (11.3%) y Guatemala (10.9%).⁽⁷⁾

Según reportes estadísticos de la American Diabetes Association, en el 2012, 29.1 millones de estadounidenses, el 9,3% de la población padecía Diabetes Mellitus.⁽⁸⁾

De los 29.1 millones de casos mencionados, 21 millones fueron diagnosticados mientras que 8.1 millones de pacientes con diabetes mellitus no fueron diagnosticados. El porcentaje Diabetes Mellitus en estadounidenses de 65 años o más es del 25,9 %, es decir, 11.8 millones de personas mayores (diagnosticados y no diagnosticados).⁽⁴⁾ En el 2012 hubo 1.7 millones de nuevos casos de Diabetes y 86 millones de estadounidenses de 20 años y más tenían pre-diabetes.⁽⁸⁾

Las tasas de Diabetes diagnosticados por raza u origen étnico son: 7.6% de los blancos no hispanos, 9.0% de los estadounidenses de origen asiático, 12.8% de los hispanos, 13.2 % de los negros no hispanos, 15.9 % de los indios americanos nativos de Alaska.⁽⁸⁾

La tasa de incidencia entre los asiático-americanos: 4.4 % para el chino, 11.3 % para los filipinos, 13.0 para los indios de Asia, 8.8 % para otros estadounidenses de origen asiático.⁽⁸⁾

La tasa de incidencia entre los adultos hispanos: 8,5% para los centroamericanos y sudamericanos, 9.3% para los cubanos, 13.9% para los estadounidenses de origen mexicano, 14.8 % para los puertorriqueños.⁽⁸⁾

Según datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012, existen 6.4 millones de mexicanos con diagnóstico de Diabetes, es decir un 9.17% de la población (5) Por sexo, la prevalencia en hombres fue 8.60% (2.84 millones de hombres) y las entidades con la prevalencia más alta de hombres con Diabetes son el Distrito Federal (12.7%), Estado de México (11.5%), y Veracruz (10.7%). La prevalencia en mujeres fue del 9.67% (3.56 millones de mujeres). Las entidades con mayor porcentaje de mujeres con Diabetes son Nuevo León (15.5%), Tamaulipas (12.8%), y Distrito Federal (11.9%).⁽⁹⁾

De acuerdo al INEGI, en el 2013, la población con Diabetes Mellitus asegurada, representa en los siguientes estados de la república como los de mayor prevalencia de Diabetes: Distrito Federal, con 7.4%, Morelos con 4.4%, Baja California con 4.2% y Durango con 4.1%. En 2011, el número de nuevos pacientes con diabetes mellitus en el país es más alta en mujeres (442.23 por cada 100 mil mujeres) que en los hombres (326.81 casos por cada 100 mil hombres). Los estados que reportan el mayor número de nuevos casos de Diabetes en hombres son Morelos (654.83 casos por cada 100 mil), Baja California (492.61) y Sinaloa (480.35), asimismo, el mayor número de casos nuevos de Diabetes en mujeres se ubican en Morelos (745.88 por cada 100 mil mujeres), Sinaloa (679.01 mujeres) y Chihuahua (651.94).⁽¹⁰⁾

Según datos de la ENSANUT (encuesta nacional de salud y nutrición) 2012, La cifra de pacientes con Diabetes Mellitus por diagnóstico previo en adultos mayores de 20 años, en el estado de Coahuila fue de 9.2%. La prevalencia de Diabetes fue mayor en mujeres (10.8%) que en hombres (7.6%), con una razón mujer: hombre de 1.4.⁽¹¹⁾

- Depresión:

Las enfermedades depresivas según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V son: el trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (abarca el episodio depresivo mayor), distimia, el trastorno disfórico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamentos, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado.⁽¹²⁾

El trastorno depresivo mayor figura como la alteración clásica de este conjunto. Se define por sucesos determinados de cuando menos 14 días de duración que involucran variaciones claras en la expresión de las emociones o sentimientos experimentados subjetivamente, la habilidad para asimilar y procesar datos y las funciones del sistema nervioso autónomo, con atenuación o desaparición completa de los signos y síntomas mencionados entre episodios.⁽¹²⁾

Criterios diagnósticos⁽¹²⁾

- A. Cinco o más de los signos siguientes se han estado presentando durante el mismo periodo de 14 días y constituyen un cambio del funcionamiento anterior; cuando menos uno de los síntomas es (1) estado emocional generalizado y persistente deprimido o (2) anhedonia.
1. estado emocional generalizado y persistente deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se deduce de la información particular del paciente (por ejemplo, se siente melancólico, desolado, desesperanzado) o de la contemplación de otras personas. (por ejemplo, se le ve con ganas de llorar). (nota: en niños y adolescentes, el estado emocional generalizado y persistente puede ser irritable).
 2. Reducción significativo del interés o del placer por todas o casi todas las ocupaciones la mayor parte del día, casi todos los días (según se deduce de la información particular del paciente o de la observación).
 3. Decremento relevante del índice de masa corporal sin hacer dieta o incremento del índice de masa corporal (por ejemplo, alteración de más de un 5% del peso corporal en 30 días) o hiporexia / hiperexia casi todos los días. (nota: en los niños, tomar en cuenta el fallo para el incremento de peso esperado).
 4. Falta anormal de sueño y dificultad para conciliarlo o sueño excesivamente prolongado y profundo. casi todos los días.
 5. inquietud o enlentecimiento de la actividad motora casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación personal de inquietud o enlentecimiento).
 6. Agotamiento o pérdida de bríos casi todos los días.
 7. Sentimiento de incompetencia o sentimientos de culpa excesiva o inapropiada (que puede ser alucinante) casi todos los días (no simplemente el auto-reproche o culpa por tener la enfermedad).
 8. Dificultad de la capacidad de pensar o estar concentrado, o para la toma de decisiones, casi todos los días (a partir de la información personal o de la observación de otras personas).

9. Pensamientos acerca de la muerte de manera repetitiva (no solo temor a morir), ideas suicidas de manera repetitiva sin un plan definido, pretensión de suicidio o un plan definido para consumarlo.
- B. Los síntomas causan indisposición clínicamente importante o detrimento en lo social, laboral u otras áreas importantes de su funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos normales de una sustancia o de otra enfermedad.

Nota: los criterios A-C conforman un episodio de depresión mayor.

- D. El periodo de depresión mayor no se explica mejor con un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.⁽¹²⁾
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la depresión se presenta en 121 millones de personas a nivel mundial. Se estudió la prevalencia de depresión en 18 países y el que resultó con el mayor porcentaje fue Francia, con una prevalencia de más de 30%, en segundo y tercer lugar se encuentran Estados Unidos de Norteamérica con 19% y Brasil con 18%. China ocupó uno de los últimos lugares en prevalencia con el 6.5% seguido de Japón con 6.6% y México con un 8%.⁽¹³⁾

En México la depresión ocupa el primer lugar de disminución de aptitudes laborales para las mujeres y el noveno para los hombres. Entre los principales factores psicosociales ligados a la depresión se encuentran: pertenecer al género femenino, mayormente si se es jefa de familia, se dedica exclusivamente a ser ama de casa o cuida de algún enfermo, tener un bajo nivel económico o social, no tener empleo (principalmente en hombres), el aislamiento social, problemas legales, experiencias violentas, consumo de sustancias adictivas y la migración.⁽¹⁴⁾

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indicaron que el 9.2% de la población mexicana sufrió un trastorno afectivo en algún momento de su vida y 4.8% en el año previo al estudio. La depresión es más frecuente entre las mujeres 10.4% que entre los hombres 5.4%.⁽¹⁴⁾

La edad de inicio se ubicó en las primeras décadas de la vida; 50% de las personas menores de 21 padecieron una enfermedad mental. Cuando las enfermedades depresivas se presentan antes de los 18 años, el curso que toma es crónico y de mayor duración.⁽¹⁴⁾

Entre personas mayores de 65 años, el porcentaje de depresión fue mayor al 20% y fue principalmente asociado al desempleo, viudez y soltería. En este grupo de edad, las enfermedades mentales se encuentran entre las cinco principales causas de pérdida de las aptitudes para laborar.⁽¹⁴⁾

México tiene el mayor índice retraso en la búsqueda de atención de la depresión. Además, cuando los pacientes acuden a los servicios médicos, solo a un 50% de estos

pacientes reciben el tratamiento básico (psicoterapia, medicamentos psicotrópicos o valoración por psiquiatra).⁽¹⁴⁾

El doctor Dimitry Davydow, de la Universidad de Washington, realizó un estudio donde se examinó el riesgo de demencia entre las pacientes con depresión y Diabetes tipo 2 o ambas enfermedades en comparación con los individuos con ninguna de ellas en un grupo de más de 2.4 millones de ciudadanos de Dinamarca mayores de 50 años, entre 2007 y 2013, reportando que del 19.4% de los pacientes con depresión (477,133 personas), el 9,1% padecía Diabetes tipo 2 (223,174 individuos) y el 3,9% (95,691 personas) padecían ambas enfermedades, el 2,4% de las personas (59,663) desarrolló demencia. Del total de estos pacientes 15,729 personas (26,4%) padecían solamente depresión, 6,466 (10,8%) padecían únicamente Diabetes tipo 2 y 4 022 pacientes (6,7%) tenían ambas patologías.⁽¹⁵⁾

Según investigaciones de la Archives of General Psychiatry, la Diabetes tipo 2 como única patología, aumento hasta un 20% más el riesgo para presentar demencia. La depresión como única enfermedad aumento 83% la probabilidad de demencia, la depresión y la Diabetes tipo 2 juntas aumentaron 117% más dicho riesgo.⁽¹⁵⁾

En los meses de enero a junio del 2011, se realizó un estudio en adultos de más de 40 años, inscritos a instituciones de salud en el estado de Querétaro, México. Se formaron dos grupos: Uno integrado por pacientes con diabetes mellitus con un mínimo de 5 años de evolución y el segundo grupo con pacientes sin diabetes mellitus.⁽¹⁶⁾

Se incluyeron pacientes de ambos géneros, solteros, casados o en unión libre; se excluyeron pacientes con trastornos psiquiátricos, en etapa de duelo, divorciados o viudos, o en tratamiento con antidepresivos. La depresión se diagnosticó de acuerdo a los criterios del DSM IV y la Diabetes a través del expediente clínico de cada paciente. El estudio demostró que el porcentaje de pacientes con diabetes mellitus que además padecían depresión fue 52.0% y entre los pacientes que no padecían Diabetes el porcentaje de depresión fue 18.0%⁽¹⁶⁾

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 Diseño de Estudio:

Estudio transversal, descriptivo, observacional

4.2 Periodo de Estudio:

Enero a Junio del 2016

4.3 Lugar de Estudio:

Unidad de Medicina Familiar No. 81 Ciudad Acuña, Coahuila

4.4 Universo de trabajo

Población de Estudio:

Todos los trabajadores y beneficiarios asegurados que asistan a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No. 81 turno vespertino de lunes a viernes.

Tamaño de la Muestra:

La muestra que se calculó es de 322 pacientes El tamaño de la muestra se calculó tomando en cuenta un 5% de error, un nivel de confianza del 95%, distribución de respuestas del 50%.

Se utilizó la siguiente fórmula para calcular el tamaño de muestra para población finita

$$n = \frac{Z_a^2 \times p \times q}{d^2}$$

En donde:

Z = nivel de confianza (95%)

P = probabilidad de éxito

Q = probabilidad de error (5%)

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción)

El tamaño de la población se obtuvo según archivos de la UMF No. 81 donde reportan que el número de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del turno vespertino de la unidad, sin depresión o trastornos de ansiedad que cuentan con los criterios de inclusión es de 1974 pacientes.

Muestreo:

Se tomó por conveniencia en turno vespertino en los días de aplicación de encuesta.

4.5 Descripción de las Variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad en años cumplidos.	La registrada en credencial oficial o cartilla de salud.	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Condición orgánica masculina o femenina	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Masculino 2= Femenino
Peso	la cantidad de masa que alberga el cuerpo de una persona	Lo registrado en cuestionario	Cuantitativa discreta	Kilogramos
Talla	La altura de un individuo.	Lo registrado en cuestionario	Cuantitativa discreta	metros
IMC	índice del peso de una persona en relación con su altura	Lo registrado en cuestionario	Cuantitativa discreta	Kg/m2.
Ocupación	Función que desempeña el trabajador de acuerdo a las habilidades y capacidades propias	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1. Técnicos y Profesionales 2. Empleados de Oficina 3. Trabajadores de Servicios/vendedores 4. Oficiales, operarios, artesanos 5. Operadores de Instalaciones y máquinas 6. Trabajadores no calificados 7. Pensionados
Estado civil	Situación civil del paciente, al momento de realizar la encuesta	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Soltero 2= Casado
Salario Mensual	Conjunto de remuneraciones y beneficios que obtiene el trabajador en la prestación de los servicios en un mes.	Lo registrado en cuestionario	Cuantitativa discreta	Pesos mexicanos
Problemas legales actuales	Incumplimiento de un particular a una obligación tutelada por el derecho	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Si 2= No
Sufre algún tipo de violencia intrafamiliar.	Uso de fuerza física o comportamiento intimidante por un miembro adulto del hogar hacia otro que forma parte también del el núcleo familiar.	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Si 2= No
Toxicomanías	Estado derivado del consumo habitual y excesivo de ciertas sustancias tóxicas	Lo registrado en cuestionario	Cualitativa nominal	1= Si 2= Tabaco 3= Alcohol 4= Otros 5= No

4.6 Criterios de selección

4.6.1 Criterios de Inclusión:

Se aplicara la Escala de Auto evaluación para la Depresión de Zung, en todos los pacientes derechohabientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio 7 turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No 81, Cd Acuña Coahuila, sin complicaciones

4.6.2 Criterios de Exclusión:

Mujeres con Diabetes gestacional, pacientes que se encuentren en diálisis o hemodiálisis, pacientes con amputaciones, con ceguera y pacientes con diabetes mellitus con diagnóstico previo de depresión, que no tengan tratamiento para depresión o ansiedad.

4.6.3 Criterios de Eliminación

- Asegurados que se negaron a participar en el estudio
- Asegurados que pertenezcan a una Unidad de Medicina Familiar de diferente adscripción a la de Unidad de Medicina Familiar No. 81 Ciudad Acuña, Coahuila.

4.7 Instrumento de Recolección de datos:

Se utilizó la información recabada del cuestionario de la Escala de Auto evaluación para la Depresión de Zung, Esta herramienta se desarrolló en el año de 1965, se transcribió al español y fue certificado por Conde y colaboradores en el año 1970⁽¹⁷⁾, el cual fue aplicado en la Unidad de Medicina Familiar No.81 del I.M.S.S,Ciudad Acuña, Coahuila. La información se capturará en un formato diseñado por el investigador para la recolección de datos, con las siguientes variables a estudiar: peso, género, estado civil, nivel económico, ocupación, problemas legales, experiencias violentas, consumo de sustancias adictivas.

4.8 Descripción General del estudio:

El proceso inicio en la Unidad de Medicina Familiar No. 81, donde a los trabajadores asegurados y beneficiarios que acuden a control mensual de Diabetes Mellitus tipo 2 que no tengan complicaciones ni tratamiento previo para controlar ansiedad o depresión; Se les aplico durante dicha consulta los siguientes procedimientos

- 1) El paciente lleno la escala de autoevaluación de Zung.
- 2) Posteriormente se aplicaron las preguntas del el anexo 1: Nombre del paciente, peso, talla, IMC, edad, ocupación, estado civil, salario mensual, problemas legales actuales, si sufre algún tipo de violencia, consumo de tabaco o bebidas alcohólicas o drogas, ya que todos esos son factores predisponentes para padecer depresión.
- 3) Todos esos datos se vaciaron en la hoja correspondiente para clasificar la existencia de depresión, el grado del mismo. Se ofrecerá tratamiento individualizado para cada paciente. Posteriormente la información se capturará en un formato diseñado por el investigador, se organizarán en una base de datos en

hojas de cálculo Excel para su procesamiento y se procederá al análisis estadístico.

Análisis Estadístico:

Se realizó análisis descriptivo para obtener frecuencias simples y distribución porcentual de las características generales de los sujetos de estudio, media, mediana y desviación estándar de las variables continuas que se distribuyan normalmente.

4.9 Consideraciones Éticas

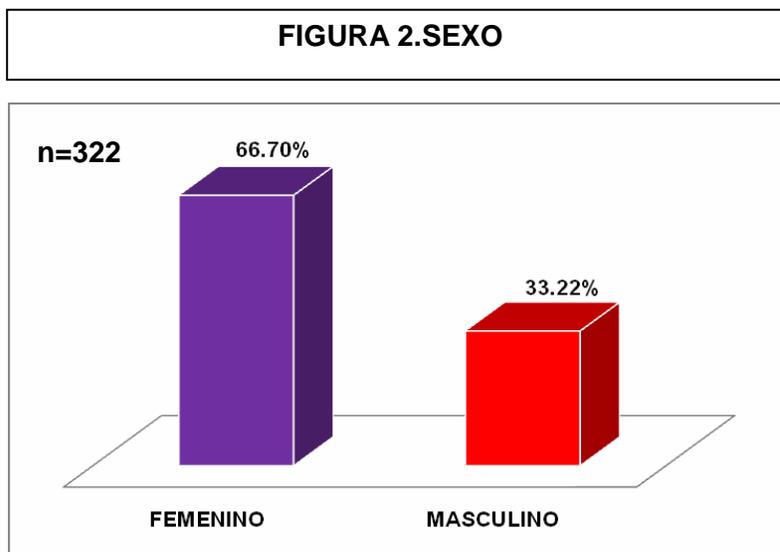
La investigación se apegó a los lineamientos establecidos en la normatividad internacional vigente, así como la Ley General de Salud en Materia de Investigación de Seres Humanos y a los principios éticos del reporte de Belmont, la presente no es una investigación con riesgo, ya que se trata de un estudio donde se emplean técnicas y métodos de investigación observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, se realiza encuesta directa del trabajador y observación durante el desarrollo de sus actividades laborales.

Debido a los inconvenientes o molestias que pudiera causar la presente investigación, se obtiene el consentimiento informado. Los datos obtenidos de la investigación se conservaran anónimos respetando la autonomía, la intimidad y la dignidad del ser humano de acuerdo a los principios básicos de la investigación médica.

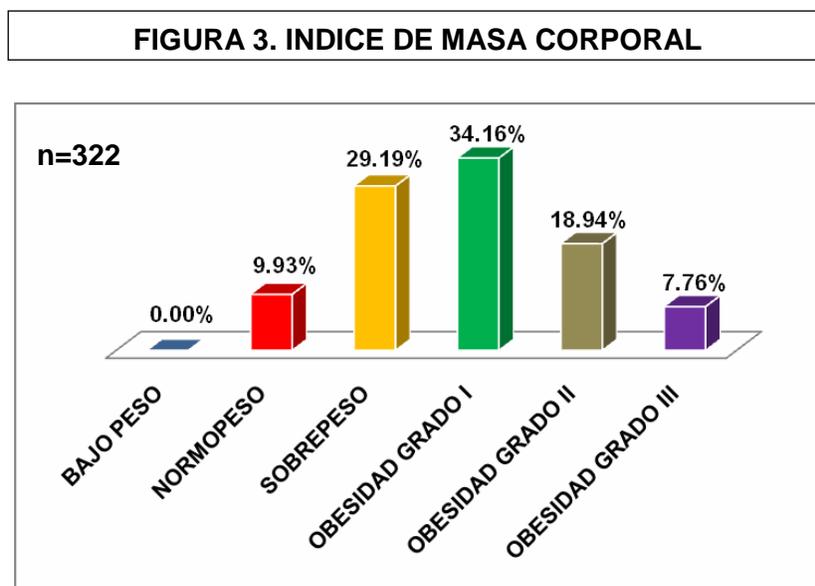
La información obtenida en este estudio será manejada en forma confidencial, respecto a la dignidad y privacidad de los participantes, siendo manejada exclusivamente por el investigador en base a la declaración de Helsinki, Reglamento de la Ley General de Salud y los comités Locales de Investigación, dando a conocer de manera oportuna los resultados solo al personal del área correspondiente.

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, se considera este estudio como "Investigación sin riesgo". Para la realización de este estudio no se contravino la "Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial" que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52º, en Edimburgo, Escocia en el año 2000. Y en base a lo establecido en la enmienda realizada en Tokio en 1975 el presente estudio debe ser revisado y aprobado por el Comité Local de Investigación de la institución a la cual pertenezco.

5. RESULTADOS

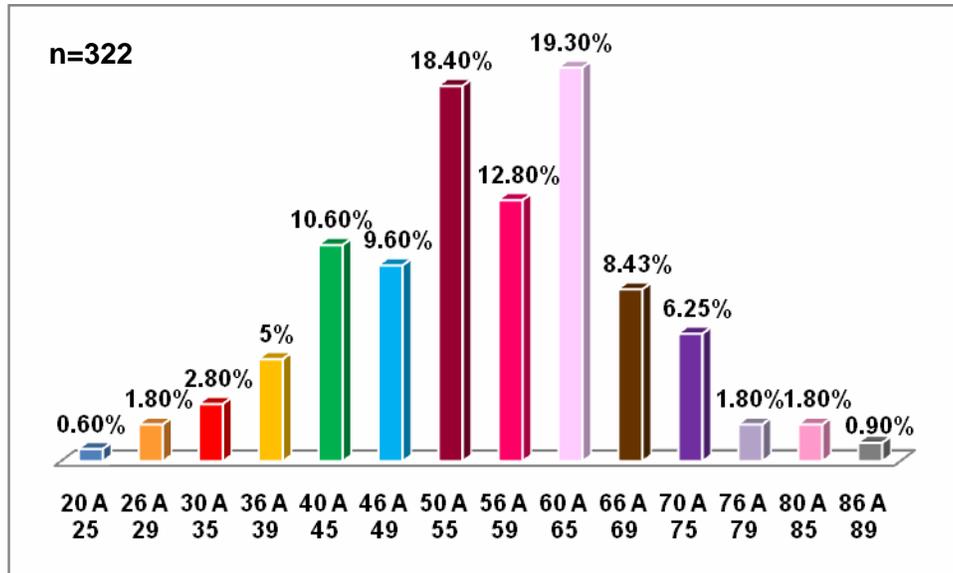


Del total de la población estudiada se encontró que 215 casos pertenecen al sexo femenino (66.7%) y 107 casos correspondieron al sexo masculino (33.22%). (Figura 2).



Se encontró en la población estudiada que ningún caso corresponde a bajo peso. En normo peso se encontraron 32 casos (9.93%), en sobrepeso se encontraron 94 casos (29.19), obesidad grado I se encontraron 110 casos (34.16%), obesidad grado II 61 casos (18.94%), obesidad grado III con 25 casos (7.76%). (Figura 3).

FIGURA 4. EDAD



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

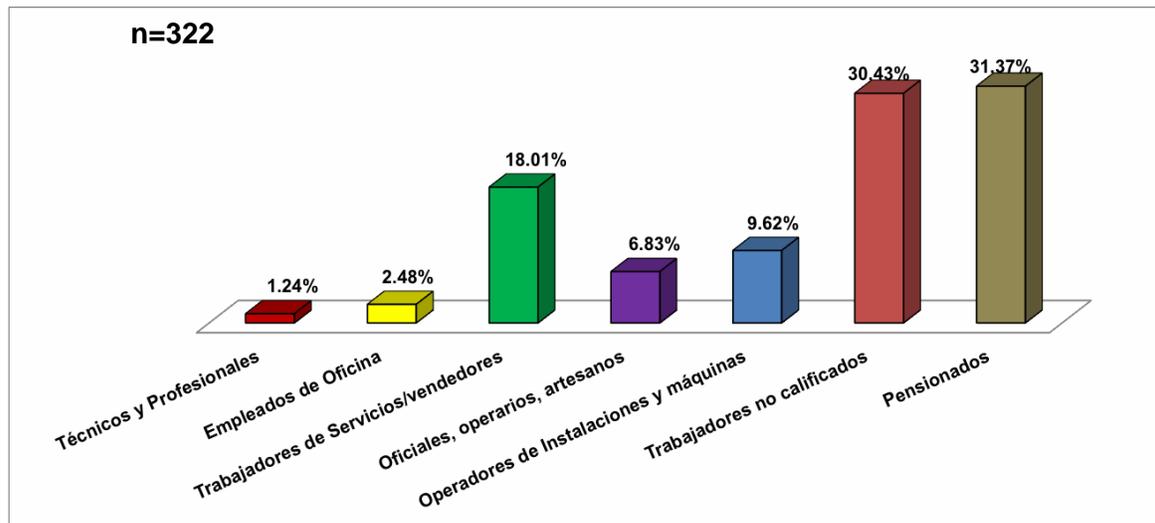
En cuanto a los rangos de edad de la población estudiada se encontró mayor prevalencia en población de 60 A 65 años con 62 casos correspondiente al 19.30% de la muestra, en segundo lugar se encontró en el grupo etario de 50 a 55 años con 59 casos correspondiendo al 18.40% de la muestra, en tercer lugar de prevalencia se encontró al grupo de 56 A 59 años con 41 casos correspondiendo al 12.80% del total de la muestra, siendo el menor prevalente el grupo de 20 a 25 años con dos casos correspondiendo al 0.60% de la muestra.(Figura 4).

TABLA 2. PREVALENCIA DE EDAD

GRUPO DE EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
20 a 25	2	0.60%
26 a 29	6	1.80%
30 a 35	9	2.80%
36 a 39	16	5%
40 a 45	34	10.60%
46 a 49	31	9.60%
50 a 55	59	18.40%
56 a 59	41	12.80%
60 a 65	62	19.30%
66 a 69	27	8.43%
70 a 75	20	6.25%
76 a 79	6	1.80%
80 a 85	6	1.80%
86 a 89	3	0.90%

Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

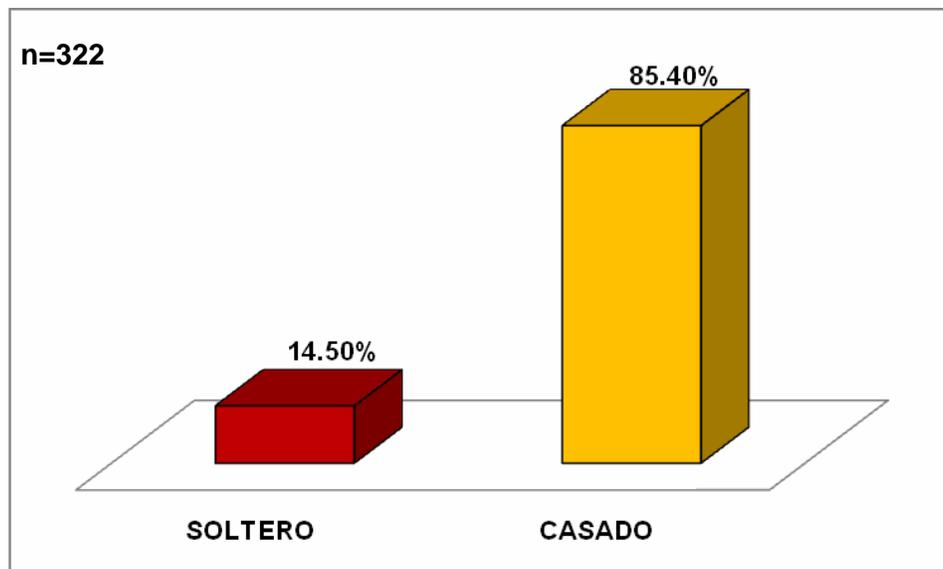
FIGURA 5. OCUPACIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto al rubro de ocupación, el primer lugar es ocupado por los pensionados con 101 personas, que constituye un 31.37% de la población total. El segundo lugar lo ocupan los trabajadores no calificados con 98 que corresponde al 30.43% de la población estudiada, en tercer lugar tenemos a los trabajadores de servicios/vendedores con 58 personas es decir el 18.01 % de la población, en cuarto lugar están los operadores de instalaciones y máquinas con 31 personas, es decir el 9.62%, en quinto lugar están los oficiales, operarios, artesanos con 22 personas que corresponde al 6.83%, en sexto lugar están los empleados de oficina con un total de 8 pacientes con un 2.48% y por último los técnicos y profesionales con solo 4 personas, correspondiente al 1.24% la población estudiada. (Figura 5).

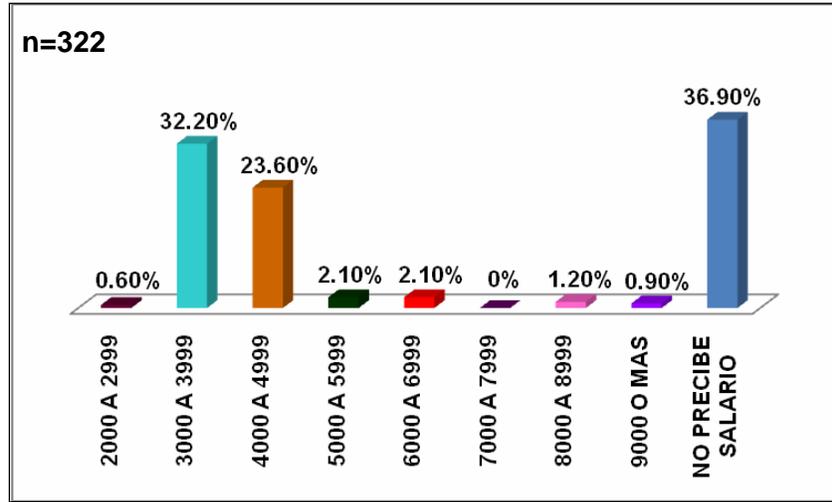
FIGURA 6. ESTADO CIVIL



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

Del total de la población estudiada se encontró que 47 casos pertenecen a estado civil soltero (14.50%) y estado civil casado con 275 casos (85.40%). (Figura 6).

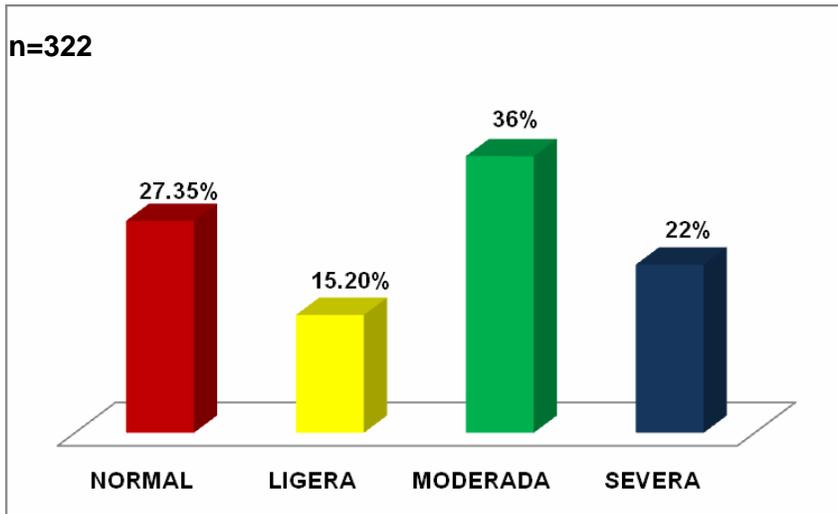
FIGURA 7. SALARIO



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto a salarios se encontró: personas que perciben salario mensual de 2000 a 2999 pesos, 3 casos (0.60%), de 3000 a 3999 pesos 107 casos (32.20%), 4000 a 4999 pesos 77 casos (23.60%), de 5000 a 5999 pesos con 6 casos (2.10%), de 6000 a 6999 pesos con 7 casos (2.10%), de 7000 a 7999 ningún caso (0%), 8000 a 8999 4 personas (1.20%), 9000 o más 2 personas (0.90%), 116 personas no perciben salario (36.90%). (Figura 7).

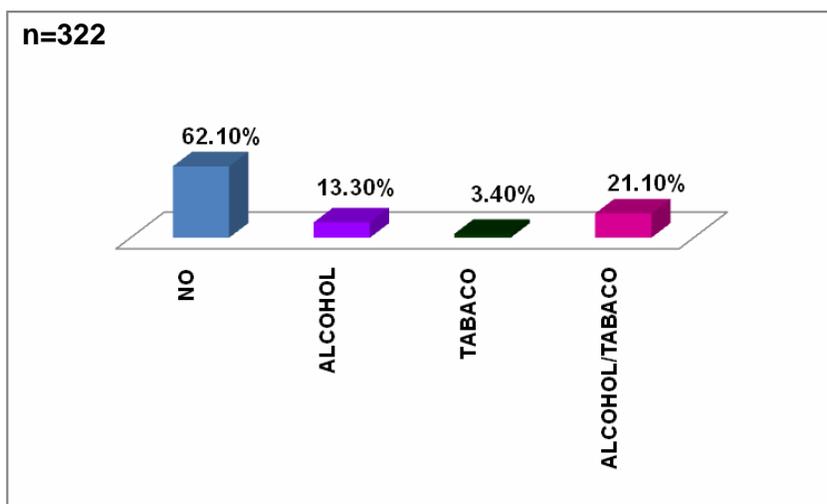
FIGURA 8. NIVEL DE DEPRESIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En la población estudiada se encontraron 88 casos de personas sin depresión, (27.35%), 49 casos de depresión ligera (15.20%), 115 casos de depresión moderada (36%) y 70 casos de depresión severa (22%). El promedio de edad de las personas con depresión ligera fue de 56.3 años, de depresión moderada 53.3 años y de depresión severa de 63.2 años. (Figura 8).

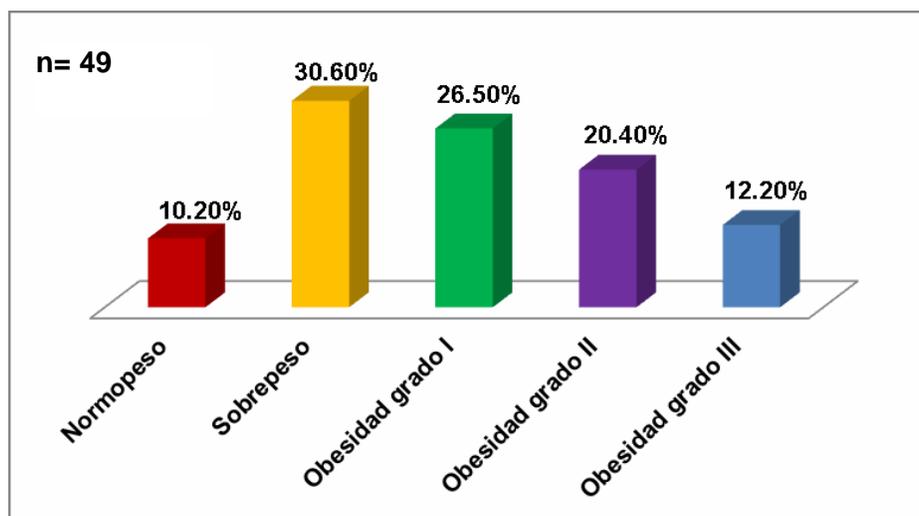
FIGURA 9. ADICCIONES



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto a consumo de sustancias adictivas se encontraron 200 casos de no consumo (62.10%), 43 casos de consumo de alcohol (13.30%), 11 casos de consumo de tabaco (3.40%) y 68 casos en que se consume tanto alcohol como tabaco (21.10%) (Figura 9).

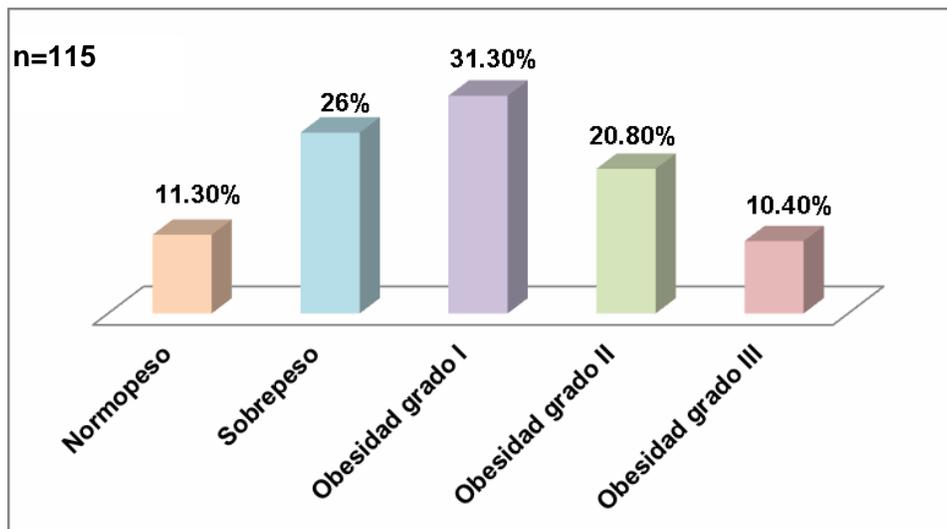
**FIGURA 10.
RELACION ENTRE DEPRESIÓN LIGERA
Y SOBREPESO/OBESIDAD**



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto a la relación índice de masa corporal y grado de depresión se encontró que de 49 personas que sufrían de depresión ligera, 5 de ellas (10.20%) presentaban normopeso, 15 pacientes (30.60%) presentaban sobrepeso, 13 personas (26.50%) presentaban obesidad grado I, 10 personas (20.40%) presentaban obesidad grado II y 6 personas (12.20%) tenían obesidad grado III. (Figura 10).

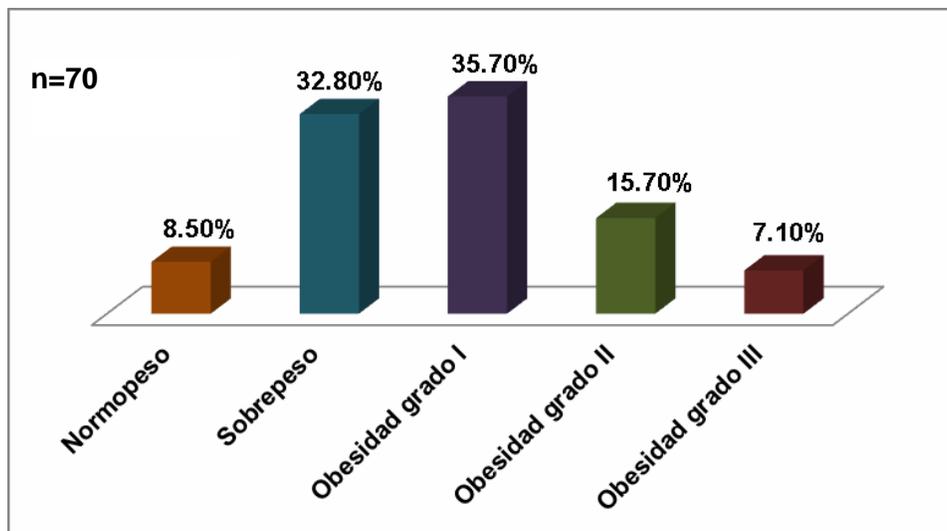
FIGURA 11. RELACION ENTRE DEPRESIÓN MODERADA Y SOBREPESO/OBESIDAD



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

De 115 personas con depresión moderada, 13 de ellas (11.30%) presentaban normopeso, 30 (26%) presentaban sobrepeso, 36 (31.30%) presentaban obesidad grado I, 24 (20.8%) obesidad grado II y 12 (10.40%) presentaban obesidad grado III. (Figura 11).

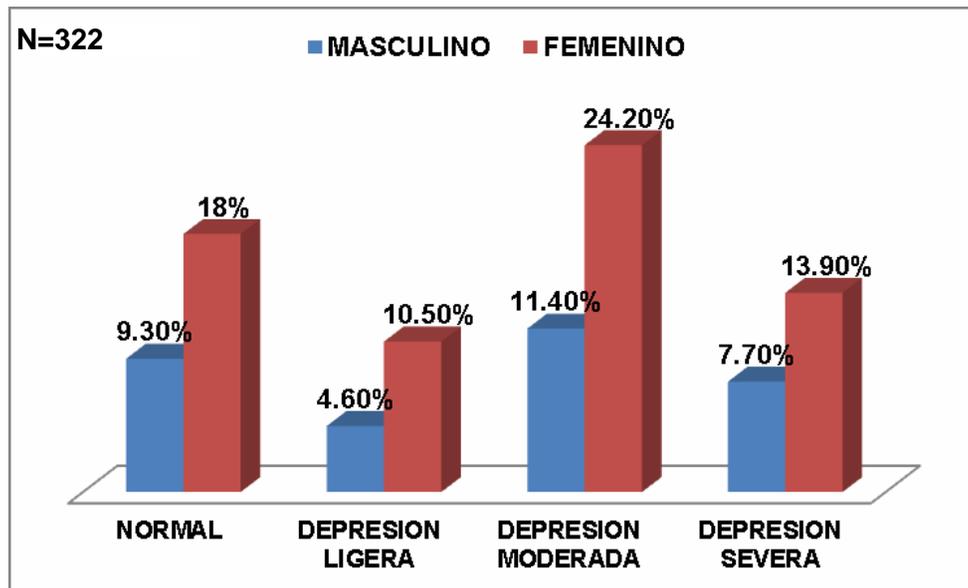
FIGURA 12. RELACION ENTRE DEPRESIÓN SEVERA Y SOBREPESO/OBESIDAD



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

De 70 personas con depresión severa, 6 de ellas (8.50%) presentaban normopeso, 23 (32.80%) tenían sobrepeso, 25 (35.70%) presentaban obesidad grado I, 11 personas (15.70%) presentaban obesidad grado II y 5 (7.10%) presentaban obesidad grado III. (Figura 12).

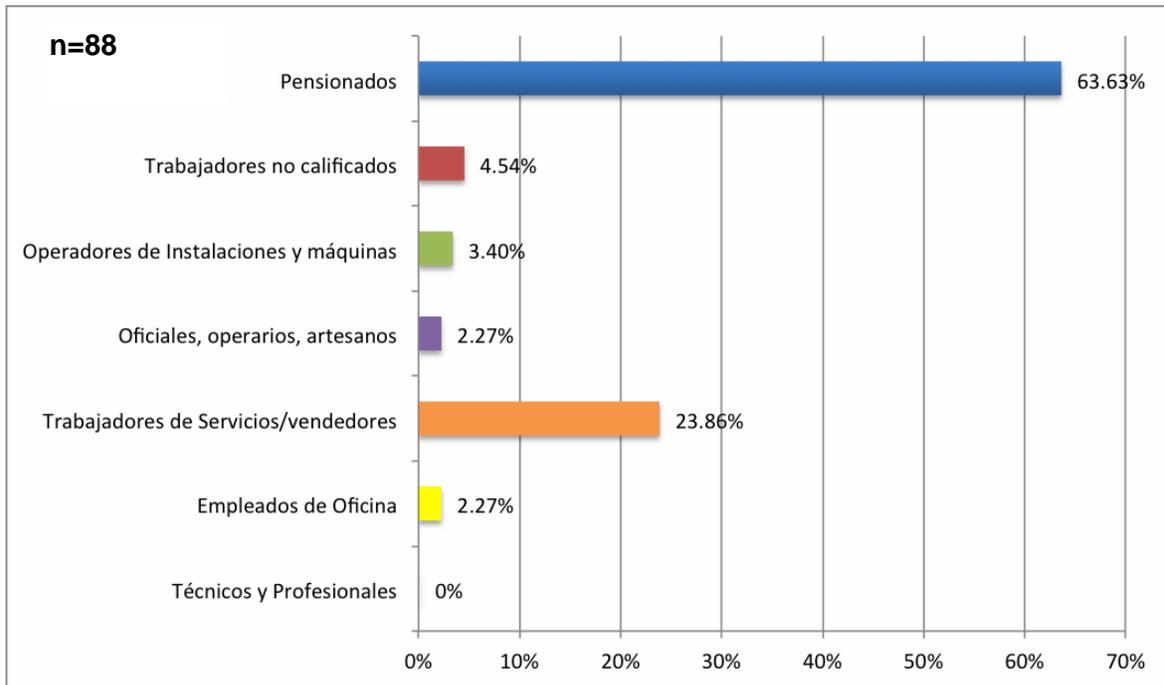
FIGURA 13. RELACIÓN SEXO CON GRADO DE DEPRESIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto a la relación entre sexo y grado de depresión, encontramos hombres sin depresión 30 casos (9.30%), depresión ligera 15 casos (4.60%), depresión moderada 37 casos (11.40%), depresión severa 25 casos (7.70%). en cuanto a las mujeres se encontraron 58 casos sin depresión (18%), 34 casos de depresión ligera (10.50%), 78 casos de depresión moderada (24.20%) y 45 casos de depresión severa (13.90%). (figura 13)

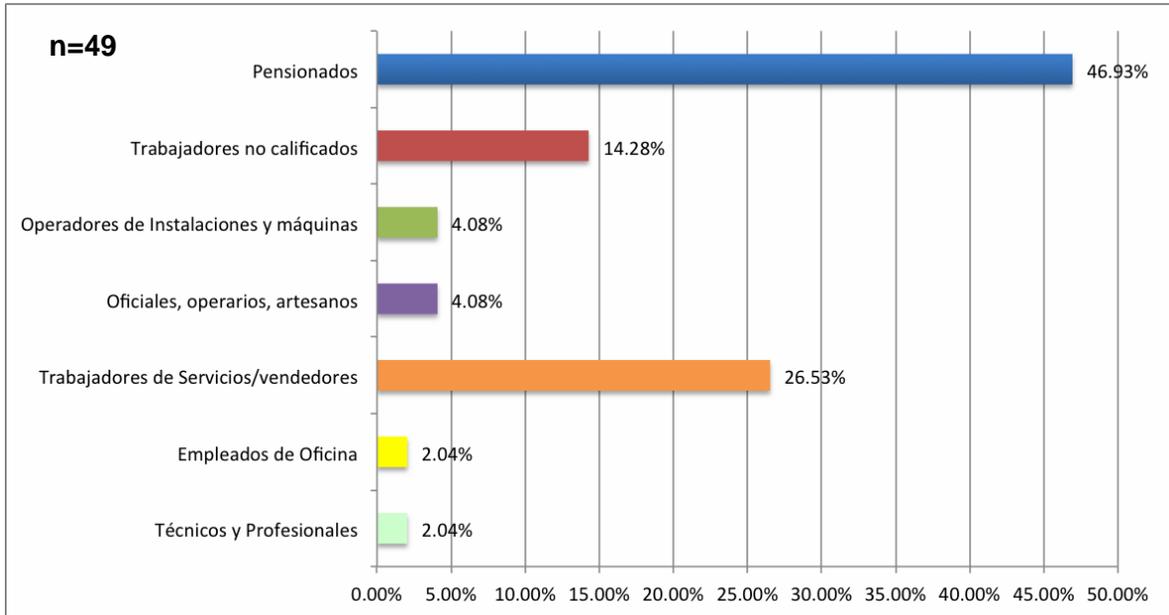
FIGURA 14. CASOS SIN DEPRESIÓN POR OCUPACIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los casos sin depresión por ocupación, entre los técnicos y profesionales no hubo casos sin depresión, en los empleados de oficina se encontraron 2 personas que corresponden al 2.27%, entre los trabajadores de servicios/vendedores se encontró un 23.86% de 21 personas, entre los oficiales, operarios, artesanos con 2 personas con 2.27%, en los operadores de instalaciones y máquinas 2 personas sin depresión, que corresponde al 3.40% de la población en estudio, dentro de los trabajadores no calificados se encontró un porcentaje de 4.54% que son 4 pacientes y por último el grupo de los pensionados se encontró el mayor número de personas sin depresión de 56 personas, con porcentaje de 63.63% (Figura 14).

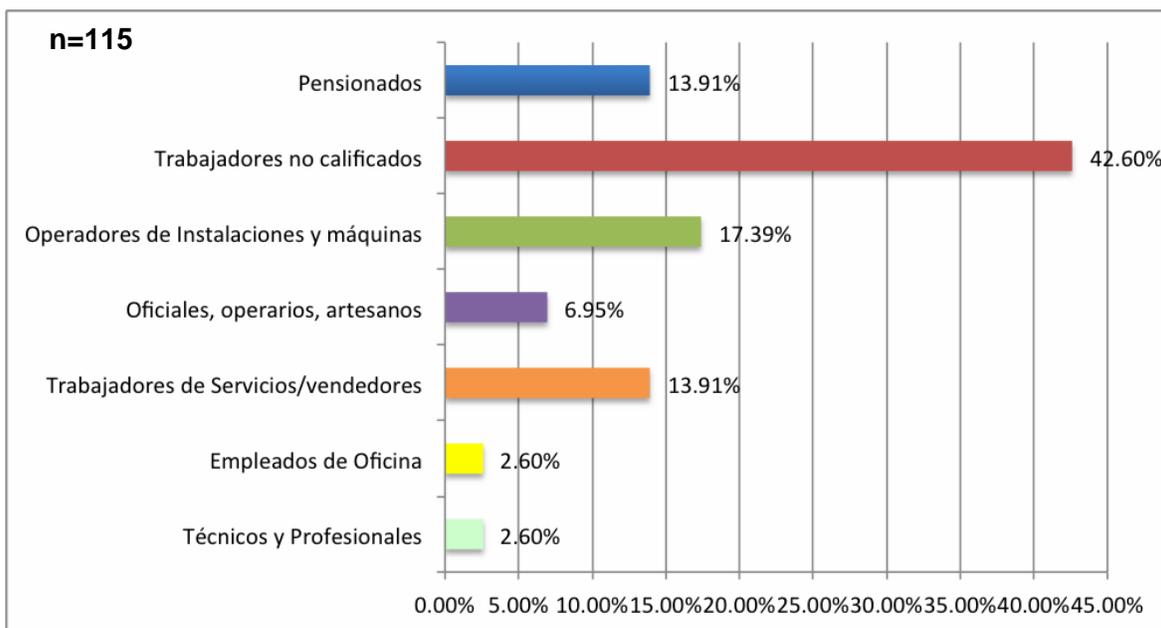
FIGURA 15. CASOS DE DEPRESIÓN LIGERA POR OCUPACIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los casos de depresión ligera por ocupación, se encontro un paciente en cada uno del grupo de técnicos y profesionales y en los empleados de oficina que corresponde cada uno a 2.04%, entre los trabajadores de servicios/vendedores hay 13 personas, correspondiente a 26.53%, entre los grupos de oficiales, operarios, artesanos y operadores de instalacion y maquinas hay 2 pacientes en cada grupo (4.08%), en los trabajadores no calificados encontramos un 14.28% igual a 7 personas, y en los pensionados se encuentra el mayor porcentaje, 46.93% de 23 personas. (Figura 15).

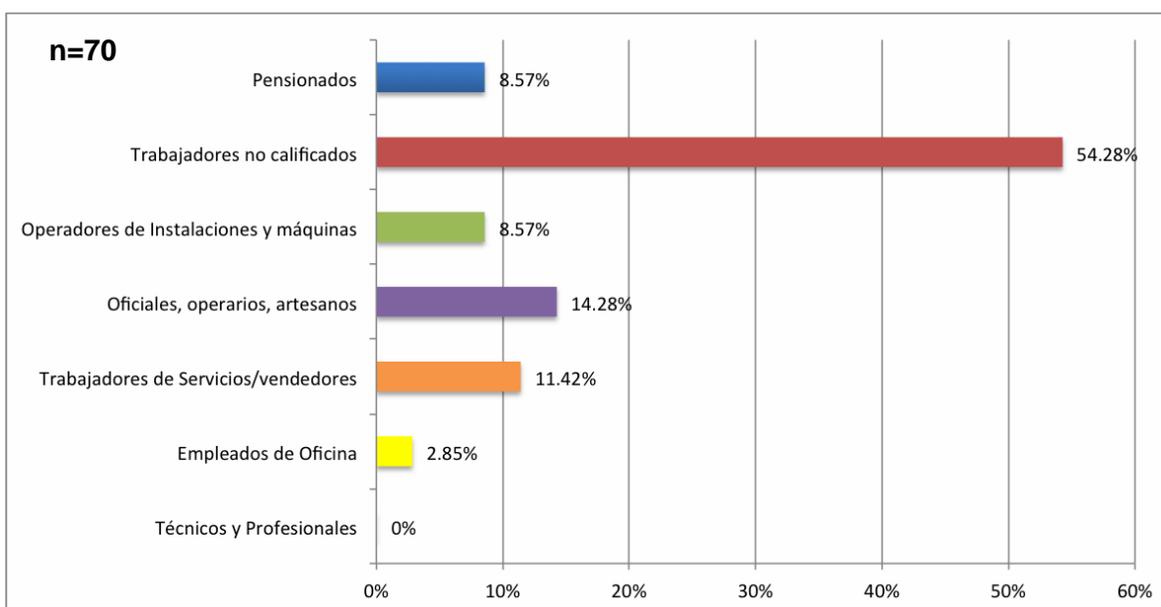
FIGURA 16. CASOS DE DEPRESIÓN MODERADA POR OCUPACIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los casos de depresión moderada por ocupación, en los técnicos y profesionistas se encontraron 3 personas (2.60%), en los empleados de oficina igual hay 3 personas (2.60%), entre los trabajadores de servicios/vendedores se encontraron 16 personas (13.91%), en los oficiales, operarios, artesanos hay 8 personas (6.95%), entre los operadores de instalaciones y máquinas hubo 20 personas (17.39%), el mayor número se encontró entre los trabajadores no calificados 49 personas (42.60%) y en los pensionados se encontró 16 personas (13.91%) (Figura 16).

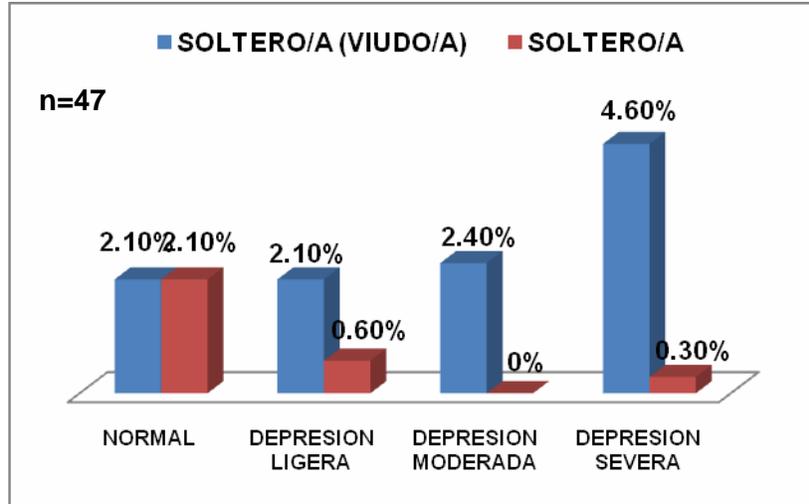
FIGURA 17. CASOS DE DEPRESIÓN SEVERA POR OCUPACIÓN



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los casos de depresión severa por ocupación, entre los técnicos y profesionales no se encontro ninguna persona, en los empleados de oficina hay 2 personas, que corresponden al 2.85%, en los trabajadores de servicios/vendedores son 8 personas (11.42%), entre los oficiales, operarios, artesanos se encontro 10 personas, correspondiente al 14.28%, del grupo de los operadores de instalaciones y máquinas se encontraron 6 personas (8.57%), el mayor numero de personas se encontro en los trabajadores no calificados, igual a 38, (54.28%), y entre los pensionados se encontro un numero de 6 personas (8.57%) (Figura 17).

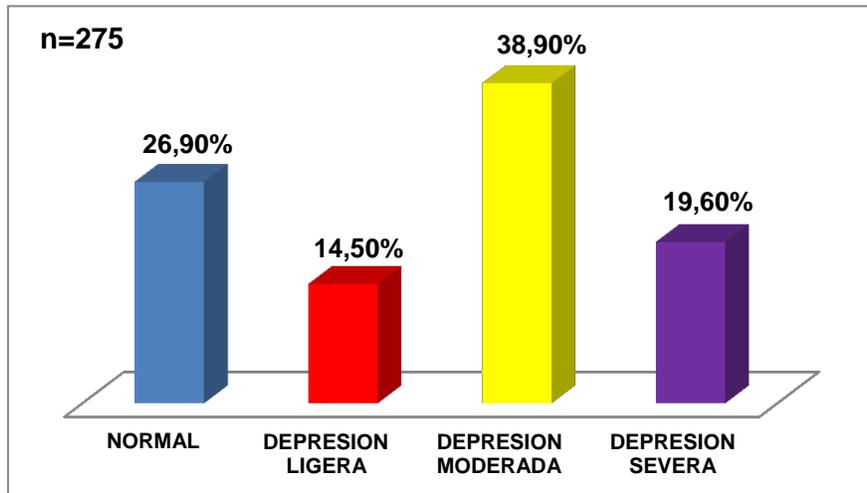
FIGURA 18. CASOS DE DEPRESIÓN EN PACIENTES SOLTEROS



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

De 47 personas solteras, se encontraron 37 viudos, de los cuales 7 no presentaron depresión, 7 presentaron depresión ligera, 8 presentaron depresión moderada y 15 presentaron depresión severa. En los solteros no viudos, se encontraron 7 casos sin depresión, 2 casos de depresión ligera, ningún caso de depresión moderada y solo un caso de depresión severa. (Figura 18).

FIGURA 19. GRADO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CASADOS



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto a los pacientes casados, se encontraron 74 casos sin depresión (26.90%), 40 casos de depresión ligera (14.50%), 107 casos de depresión moderada (38.90%) y 54 casos de depresión severa (19.60%). (Figura 19).

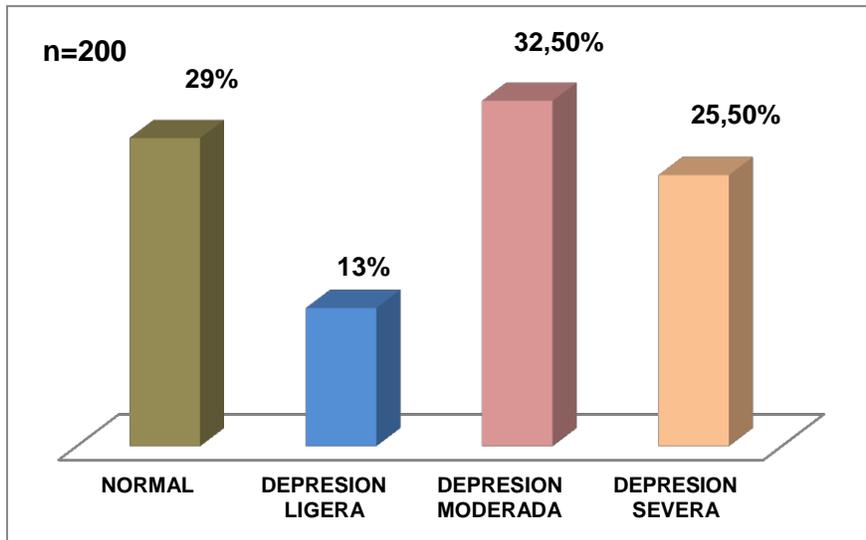
En cuanto a la relación entre salario y grados de depresión se realiza la comparación de resultados en la siguiente tabla (Tabla 4)

TABLA 4. GRADOS DE DEPRESIÓN ASOCIADO A SALARIO

SALARIO	NORMAL	DEPRESION LIGERA	DEPRESION MODERADA	DEPRESION SEVERA
2000 a 2999	1 caso (0.30%)	1 caso (0.30%)	0 casos (0%)	1 caso (0.30%)
3000 a 3999	29 casos (9%)	21 casos (6.5%)	24 casos (7.4%)	33 casos (10.2%)
4000 a 4999	28 casos (8.60%)	10 casos (3.10%)	31 casos (9.6%)	8 casos (2.4%)
5000 a 5999	1 caso (0.30%)	1 caso (0.30%)	3 casos (0.9%)	1 caso (0.30%)
6000 a 6999	0 casos (0%)	1 caso (0.30%)	3 casos (0.9%)	3 casos (0.9%)
7000 a 7999	0 casos (0%)	0 casos (0%)	0 casos (0%)	0 casos (0%)
8000 a 8999	1 caso (0.30%)	0 casos (0%)	3 casos (0.9%)	0 casos (0%)
más de 9000	2 casos (0.60%)	0 casos (0%)	0 casos (0%)	0 casos (0%)
No percibe salario	26 casos (8.0%)	15 casos (4.6%)	51 casos (15.8%)	24 casos (7.4%)

Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

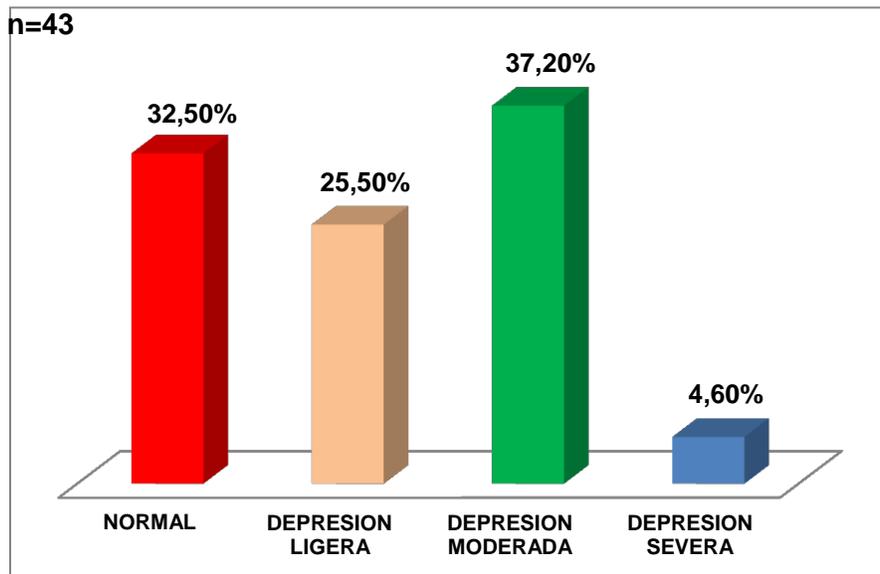
FIGURA 20. ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y NO CONSUMO DE SUSTANCIAS



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En cuanto a la asociación entre depresión y presencia de adicciones, en los pacientes en los que no se reportó consumo de sustancias, hubo 58 casos sin depresión (29%), 26 casos de depresión ligera (13%), 65 casos de depresión moderada (32.50%) y 51 casos de depresión severa (25.50%). (Figura 20).

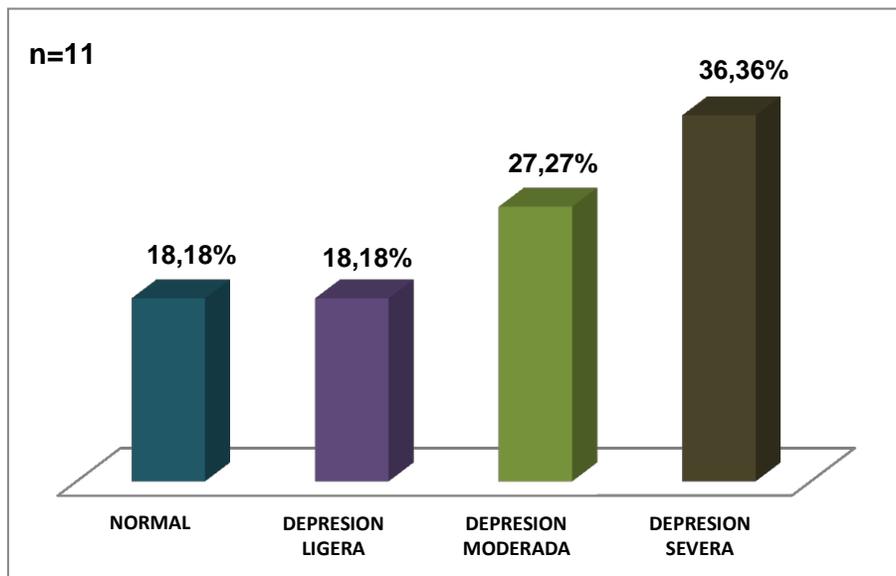
FIGURA 21. ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los pacientes que solo refirieron consumo de alcohol, se reportaron 14 casos sin depresión (32.50%). 11 de casos de depresión ligera (25.50%), 16 casos de depresión moderada (37.20%) y dos casos de depresión severa (4.60%) (Figura 21).

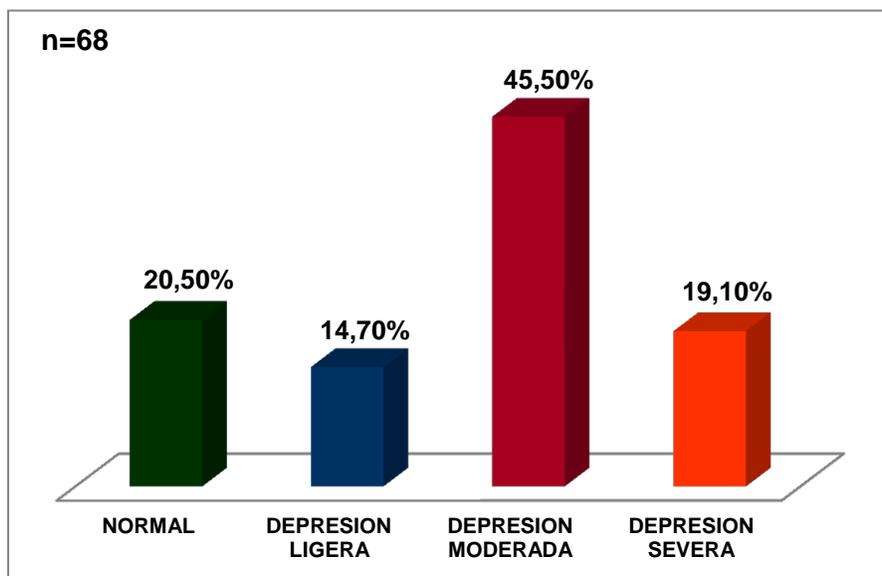
FIGURA 22. ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE TABACO



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los pacientes que solo consumían tabaco, se presentaron dos casos sin depresión (18.18%), dos casos con depresión ligera (18.18%), 3 casos de depresión moderada (27.27%) y 4 casos de depresión severa (36.36%) (Figura 22).

FIGURA 23. ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL Y TABACO



Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

En los pacientes que consumían alcohol y tabaco, se presentaron 14 casos sin depresión (20.50%), 10 casos de depresión ligera (14.70%), 31 casos de depresión moderada (45.50%) y 13 casos de depresión severa (19.10%) (Figura 23).

En cuanto a la prevalencia de depresión por grupo de edad, los resultados se encuentran en las siguientes tablas: (tablas 5, 6, 7,8)

TABLA 5. PREVALENCIA DE PACIENTES SIN DEPRESIÓN DE ACUERDO A LA EDAD

20 a 25	26 a 29	30 a 35	36 a 39	40 a 45	46 a 49	50 a 55	56 a 59	60 a 65	66 a 69	70 a 75	76 a 79	80 a 85	86 a 89
1 Caso 1.13%	2 Casos 2.27%	4 Casos 4.54%	8 Casos 9.09%	13 Casos 14.77%	12 Casos 13.63%	12 Casos 13.63%	8 Casos 9.09%	15 Casos 17.04%	7 Casos 7.9%	3 Casos 3.40%	0 Casos 0%	2 Casos 2.27%	1 Caso 1.13%

Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

TABLA 6. PREVALENCIA DE PACIENTES CON DEPRESIÓN LIGERA DE ACUERDO A LA EDAD

20 a 25	26 a 29	30 a 35	36 a 39	40 a 45	46 a 49	50 a 55	56 a 59	60 a 65	66 a 69	70 a 75	76 a 79	80 a 85	86 a 89
0 Casos 0%	1 Caso 2.04%	2 Casos 4.08%	1 Caso 2.04%	6 Casos 12.24%	3 Casos 6.12%	10 Casos 20.40%	6 Casos 12.24%	8 Casos 16.32%	4 Casos 8.16%	5 Casos 10.20%	3 Casos 6.12%	0 Casos 0%	0 Casos 0%

Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

TABLA 7. PREVALENCIA DE PACIENTES CON DEPRESIÓN MODERADA DE ACUERDO A LA EDAD

20 a 25	26 a 29	30 a 35	36 a 39	40 a 45	46 a 49	50 a 55	56 a 59	60 a 65	66 a 69	70 a 75	76 a 79	80 a 85	86 a 89
1 Caso .95%	2 Casos 1.73%	2 Casos 1.73%	6 Casos 5.21%	13 Casos 11.30%	11 Casos 9.56%	32 Casos 27.82%	17 Casos 14.78%	20 Casos 17.38%	7 Casos 6.08%	2 Casos 1.73%	0 Casos 0%	1 Caso .95%	1 Caso .95%

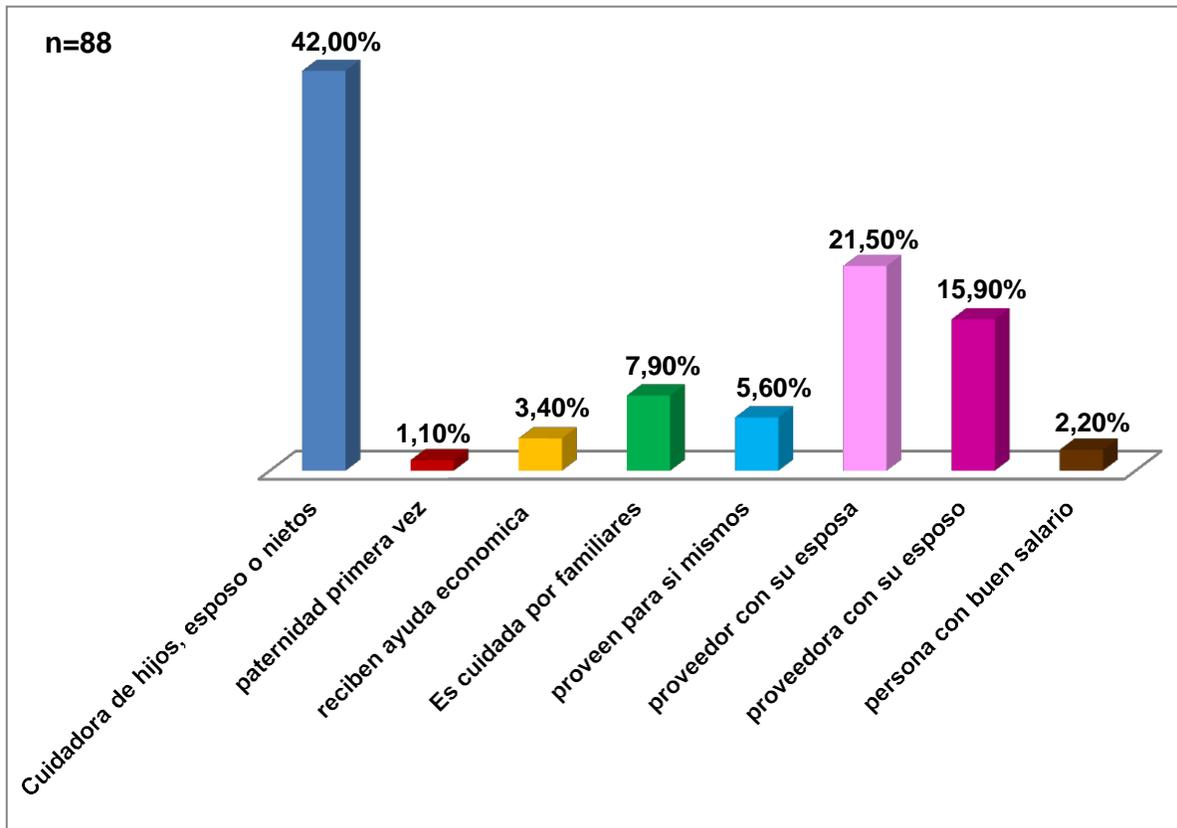
Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

TABLA 8. PREVALENCIA DE PACIENTES CON DEPRESIÓN SEVERA DE ACUERDO A LA EDAD

20 a 25	26 a 29	30 a 35	36 a 39	40 a 45	46 a 49	50 a 55	56 a 59	60 a 65	66 a 69	70 a 75	76 a 79	80 a 85	86 a 89
0 Casos 0%	1 Caso 1.42%	1 Caso 1.42%	1 Caso 1.42%	2 Casos 2.85%	5 Casos 7.14%	5 Casos 7.14%	10 Casos 14.38%	19 Casos 27.14%	9 Casos 12.85%	10 Casos 14.38%	3 Casos 4.28%	3 Casos 4.28%	1 Caso 1.42%

Fuente: Hoja de recolección de datos de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2

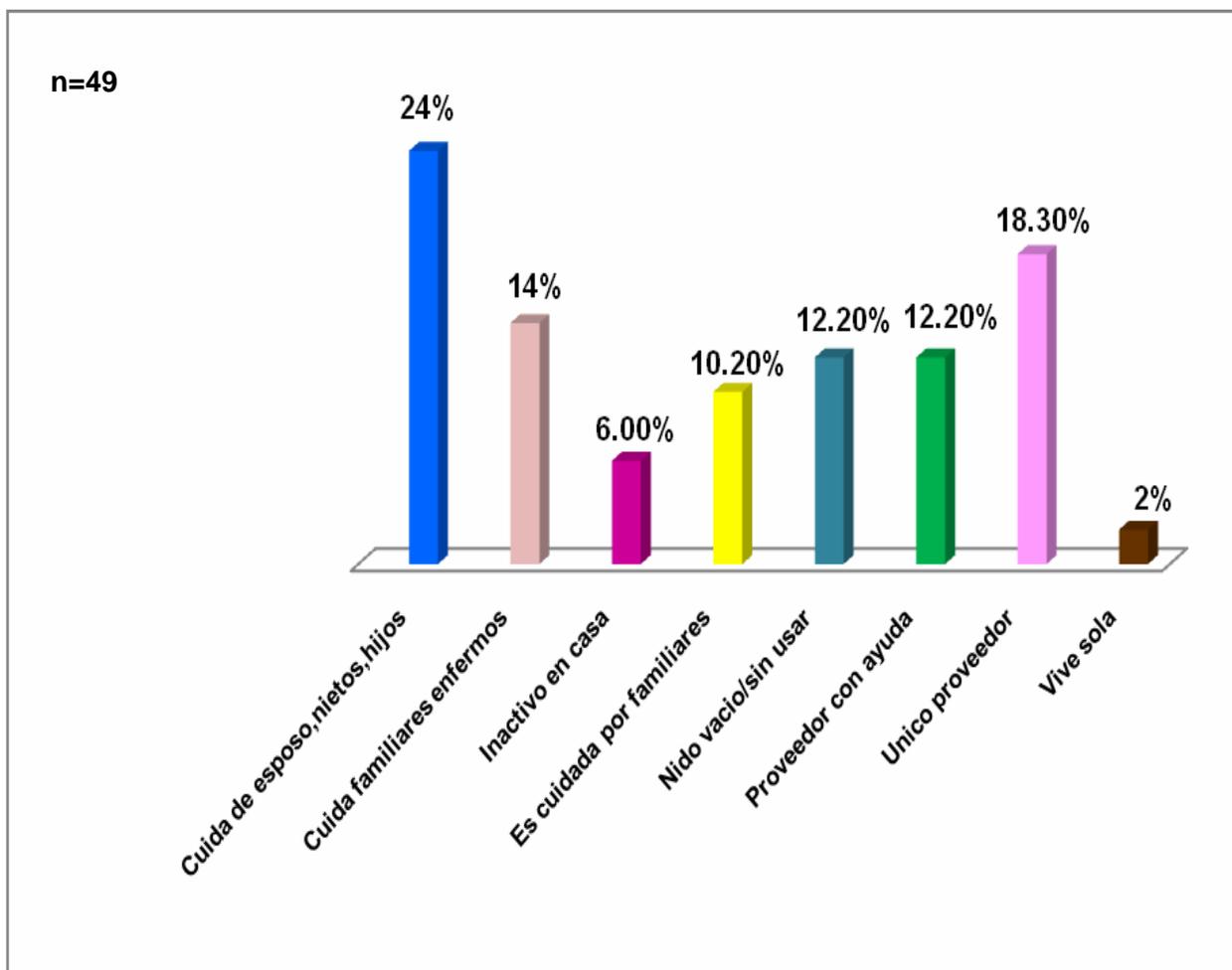
FIGURA 24. PAPEL FAMILIAR EN PACIENTES SIN DEPRESIÓN



Fuente: Expediente electrónico (SIMF, 2017)

En cuanto al papel que desempeñan en sus familias los pacientes sin depresión tenemos 37 casos de aquellos que cuidan hijos, esposo o nietos (42%), en segundo lugar 19 casos de hombres que son proveedores junto con su esposa(21.50%), en tercer lugar 14 casos de mujeres proveedoras junto con su esposo (15.90%). En último lugar tenemos a un hombre que fue padre por primera vez (1%). (Figura 24)

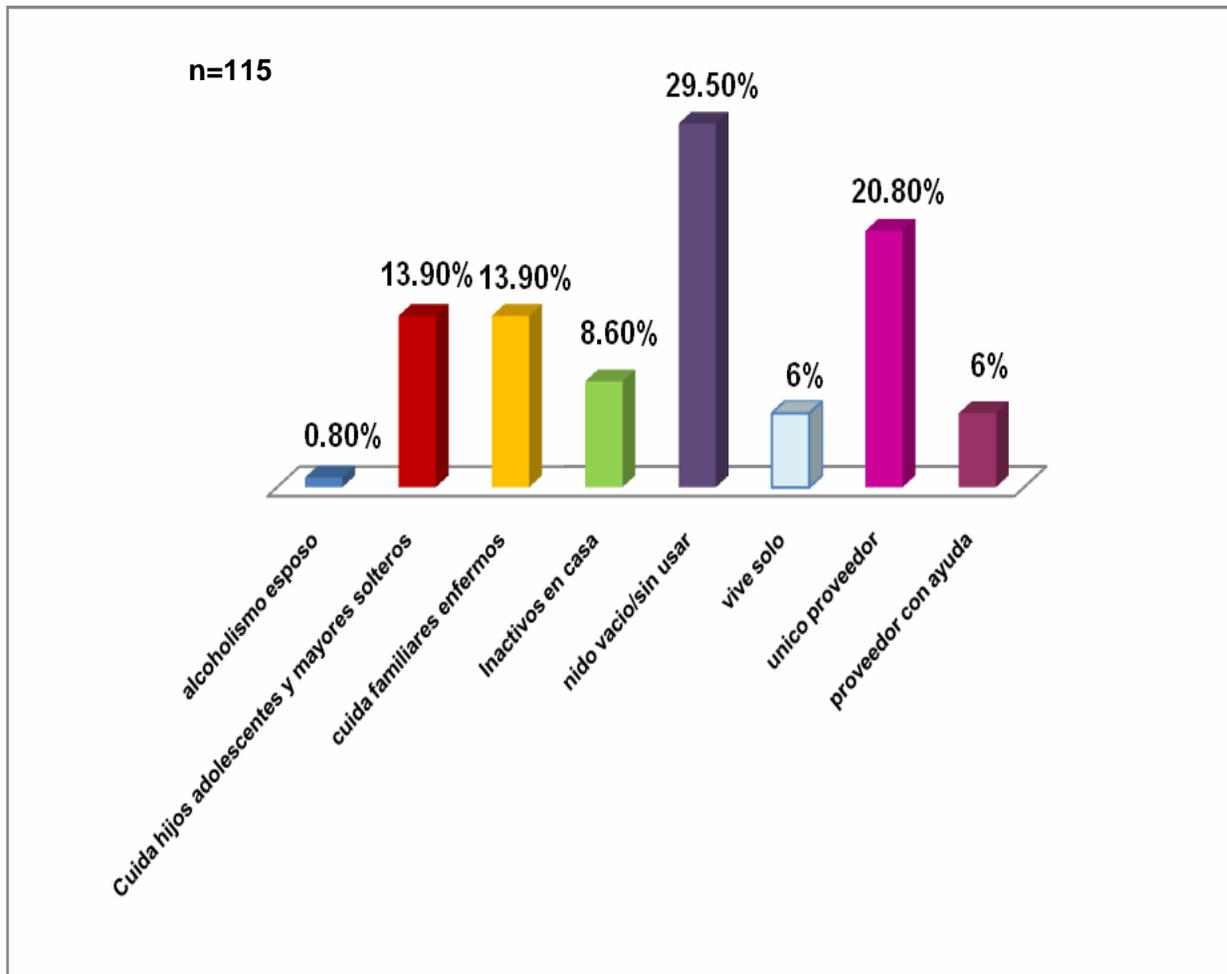
FIGURA 25. PAPEL FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN LIGERA



Fuente: Expediente electrónico (SIMF, 2017)

En el rubro del papel familiar que desempeña el paciente con depresión ligera, el primer lugar lo ocupan aquellos que cuidan esposo, nietos e hijos con 12 personas (24%). En segundo lugar están las personas que se desempeñan como únicos proveedores de su hogar que son 9 personas (18.30%), en tercer lugar están aquellos cuyo ciclo vital familiar es de nido vacío y los que se desempeñan como proveedores que reciben ayuda de su cónyuge con 6 personas respectivamente conformando el 12.20% cada uno. El último lugar lo ocupa una persona que vive sola (2%). (Figura 25).

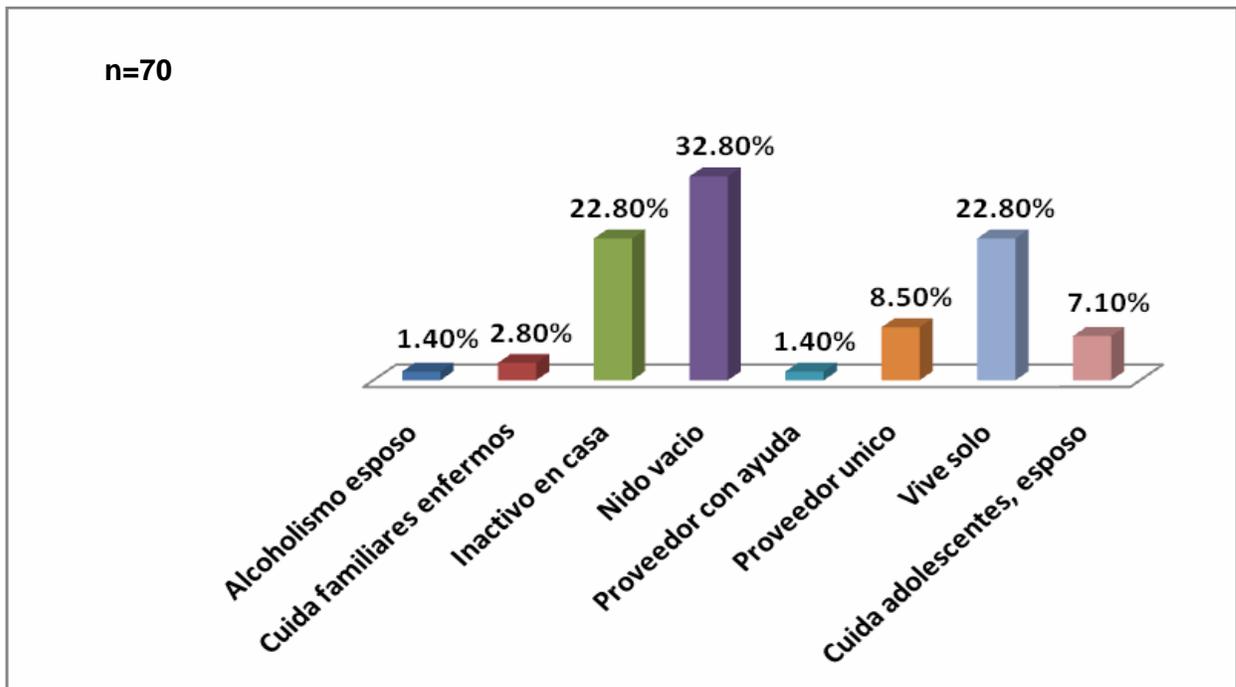
FIGURA 26. PAPEL FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN MODERADA



Fuente: Expediente electrónico (SIMF, 2017)

En cuanto al papel familiar de los pacientes con depresión moderada en primer lugar están los que se encuentran en la etapa del nido vacío o sin usar que son 34 personas, integrando el 29.50% de la población. En segundo lugar tenemos a 24 personas que funcionan como proveedor único del hogar perteneciendo al 20.80%, en tercer lugar tenemos a aquellas personas que cuidan hijos adolescentes y mayores solteros y los que cuidan familiares enfermos con 16 casos de cada uno, comprendiendo el 13.90% de la población respectivamente. En último lugar tenemos una persona que enfrenta alcoholismo del esposo y conforma el .80% de la población estudiada. (Figura 26).

FIGURA 27. PAPEL FAMILIAR EN PACIENTES CON DEPRESIÓN SEVERA



Fuente: Expediente electrónico (SIMF, 2017)

En cuanto al papel familiar de los pacientes con depresión severa tenemos en primer lugar a aquellas que se encuentran en etapa de nido vacío que son 23 personas y conforman el 32.80% de la población, en segundo lugar están 16 personas que se encuentran inactivas en casa y 16 que viven solos, representando el 22.80% de la población estudiada respectivamente. Los últimos lugares corresponden a un proveedor que recibe ayuda de su cónyuge y una que vive el alcoholismo del esposo, que corresponde al 1.40% de total de la población estudiada respectivamente. (Figura 27)

6. DISCUSIÓN

Rodríguez Calvín, Zapatero Gaviria y Martín Ríos publicaron en el 2015 sobre la prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, la cual se tasó en un 32,7% e incrementaba con la edad, en sexo femenino, viudos, personas con obesidad, en aquellos con mal apego a tratamiento, en los que no mantenían buen control de cifras de glucosa y en los que desarrollaron complicaciones secundarias de Diabetes. En el presente estudio, la tasa de depresión es más alta, encontrándose también mayor tendencia del sexo femenino, individuos con sobrepeso y obesidad grado I. En este estudio se descartó a los pacientes con complicaciones de Diabetes Mellitus tipo 2 y ninguno de los pacientes de este estudio tuvo diagnóstico de depresión previo al mismo.

(18)

En Palestina se realizó un estudio de prevalencia de depresión entre pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y la relación con factores socio demográfico, clínicos y control de la glicemia; la mayor parte de los participantes tenían una edad menor de 65 años, la mayoría de los pacientes pertenecían al sexo femenino (55.8%). Una gran parte de los pacientes eran analfabetos o tenían bajo nivel educativo, 243 personas (82.7%) eran casados, 51 personas (17.3%) eran solteros, divorciados o viudos. La menor parte de los encuestados tenían trabajo. La mayoría de los pacientes (223) que correspondió al 75.9% no fumaban. Los pacientes informaron que el tiempo de diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 era de 5 a 35 años. En cuanto al Índice de Masa Corporal, el promedio para los hombres fue de 28,8 y para las mujeres fue de 32. Más de la mitad de los pacientes tenían un IMC \geq 30. En cuanto a las cifras de Tensión Arterial Sistólica y Diastólica, los valores medianos para Tensión Arterial Sistólica fue de 132 (120-143) y Tensión Arterial Diastólica de 80 (75-88) mmHg. Además se tomó en cuenta la hemoglobina glucosilada donde se tasó a los participantes con glucosa controlada en 17,7% mientras que el 82,3% de los pacientes no se encontraban controlados. Los pacientes con Diabetes Mellitus con alto índice de adherencia a la medicación tienen menos tendencia a padecer depresión. Para valorar los síntomas de depresión se utilizó la escala de depresión de Beck. (19)

En este estudio también predominaron los pacientes menores de 65 años y el sexo femenino. Por la relación ocupación y depresión encontramos solamente tres personas con licenciatura de toda la población estudiada (322). En este estudio también predominó el estado civil casado y además fue mayor la población que no tenía un trabajo remunerado (labores del hogar) y de pacientes pensionados. En cuanto al consumo de sustancias la mayoría de nuestra población estudiada no refirió consumir alcohol o tabaco. En cuanto al IMC también encontramos índices más elevados en mujeres. Nosotros utilizamos la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung.

En Túnez, se realizó un estudio con una centena de pacientes con Diabetes Mellitus, en donde el 51% de los pacientes presentaron depresión moderada a grave, el 13% presentó depresión leve y 36% no presentaron depresión, de acuerdo a la Escala de Depresión de Hamilton. La depresión de grado moderado a grave se presentó en el 37% de los pacientes del sexo masculino y el 42% en las pacientes del sexo femenino. (20)

En este estudio prevaleció la depresión moderada, posteriormente los pacientes sin depresión, en tercer lugar la depresión severa y en último lugar la depresión ligera. En todos los grados de depresión predominó el sexo femenino.

En Cali, Colombia se estudiaron treinta enfermos con Diabetes Mellitus Tipo 2, 26 casos (87%) pertenecían al sexo femenino, el promedio de edad fue de 64.4 años, la mayor

parte pertenecía a nivel socioeconómico bajo (67%), el 73% se dedicaban al hogar y el 60% de los estudiados tenían apoyo de su familia. ⁽²¹⁾

En el presente estudio predominaron también el número de mujeres que se dedican al hogar, así como el grupo etario de 60 a 65 años de edad. La mayoría de nuestros encuestados no perciben salario o perciben salarios bajos, además tomamos en cuenta el rol familiar de nuestros pacientes encuestados, en donde la mayoría de los pacientes sin depresión y con depresión ligera se dedicaban al cuidado de otros integrantes de la familia, mientras que los pacientes con depresión moderada y severa se encontraban en etapa de nido vacío o sin usar.

En la Clínica 44 del Seguro Social de la ciudad de Durango, Durango, se realizó un estudio a 232 pacientes donde el 71.9% (167 personas) no tuvieron ninguna alteración depresiva, 26 pacientes presentaron depresión moderada, 14 pacientes presentaron depresión grave y 7 pacientes presentaron depresión extrema. No existió una inclinación evidente hacia la depresión de acuerdo a la edad de la población estudiada ni con los niveles de glucosa con la Diabetes Mellitus tipo 2. Las mujeres presentaron mayor tendencia a la depresión que los hombres. ⁽²²⁾

En este estudio también predominó la depresión en el sexo femenino, sin embargo al contrario del estudio mencionado el nuestro demostró tendencia hacia la depresión moderada y relación con la edad (50 a 65 años).

Z. CONCLUSIONES

En el presente estudio se tomó una muestra representativa de 322 personas, las cuales correspondieron mayoritariamente al sexo femenino, siendo el 66.7% de esta población con datos de obesidad grado 1, en una población mayoritariamente representada en edades de 50 a 65 años con puesto de trabajo pensionados y dedicados al hogar en el 62%, presentando estado civil casado en la mayor parte de los encuestados, con un ingreso mayormente entre 3,000 a 3,999 pesos mensuales, para esta población se encontró según la Escala de Auto evaluación para la Depresión de Zung, en depresión moderada en la mayor parte, sin ser representativo las adicciones.

Se determinó la correlación entre índice de masa corporal y depresión leve mayormente en individuos con sobrepeso, siendo la depresión moderada con mayor prevalencia con individuos que desarrollaron obesidad grado I persistiendo esta tendencia en la depresión severa en el mismo grupo de obesidad grado I; correspondiendo la depresión moderada con mayor prevalencia en el sexo femenino y con menor prevalencia la depresión ligera en sexo masculino.

Respecto a la ocupación se encontró una mayor prevalencia en sujetos que presentaron depresión ligera en los pensionados, para los casos de depresión moderada y severa se encontró principalmente en los trabajadores no calificados, en los que se encuentran las amas de casa.

En cuanto al estado civil en los solteros/viudos se encontró una mayor prevalencia de depresión severa, con la más baja tasa de prevalencia en depresión moderada en solteros. En cuanto al estado civil casado presento una mayor prevalencia los individuos que presentaron depresión moderada.

Hablando del uso de sustancias se encontró mayor prevalencia de depresión moderada en sujetos que no consumen alcohol o tabaco, así como en los que ingieren alcohol y alcohol y tabaco, y la depresión severa se encontró en la mayor parte de los pacientes que consumen tabaco.

Hablando respecto a grupo de edad, los pacientes sin depresión son mayormente del grupo de 60 a 65 años de edad, con depresión ligera el grupo más afectado es el de 50 a 55 años de edad al igual que la depresión moderada y la depresión severa predominaron en el grupo de 60 a 65 años.

El rol familiar desempeñado en pacientes sin depresión o con depresión ligera es el de cuidador de hijos o nietos y en pacientes con depresión moderada y severa se encontraban en etapa de nido vacío.

8. REFERENCIAS

1. Antúnez Moraima, Bettioli Adrianna A. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. Acta Med Colomb [Revista electrónica]. 2016 June; 41(2): 102-110. [Consultado 06/05/2017] Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2016/02-2016-05.pdf>
2. Escobar J. M, Escobar M. Diabetes y depresión. Acta Med Colomb [Revista electrónica]. 2016 June; 41(2): 96-97. [consultado 06/05/2017]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163147315002>
3. Caballeros Barragán, César R., Quiroa, Luis, Román, Víctor, Ranero, Jorge Luis. Diabetes Mellitus Tipo 2: Correlación De Trastorno Depresivo y su Influencia en Factores Clínicos Y Metabólicos. Revista de Medicina Interna de Guatemala [revista electrónica] Enero-Abril 2014. Volumen 18, Revista No. 01: 7. [consultado 11/04/2015]. Disponible en: <http://asomigua.org/wp-content/uploads/2014/05/articulo-1.pdf>
4. M.C. Sandra Liliana Palacio Azpeitia. Percepción de apoyo social en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 y síndrome depresivo en la consulta externa de medicina familiar” [tesis de diplomado] Toluca, estado de México, Universidad Autónoma del Estado de México Facultad de Medicina 2014: 5-7. [Consultado 11/04/2015]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/123456789/14534/1/411858.pdf>.
<http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14534>
5. Jorge I. Castillo-Quan, Divia J. Barrera-Buenfil, Julia M. Pérez-Osorio, Fernando J. Álvarez-Cervera. Depresión y Diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. RevNeurol 2010; 51 (6): 347-359. [consultado 01/07/2015]. Disponible en: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf>
6. Iván González Tejón, Susana González Tejón. Diabetes y depresión: Cuestión de riesgo. Diabetes Práctica [revista electrónica] 2015; 06(01):1-48. [consultado el 01/07/2015]. Disponible en: http://Diabetespractica.com//docs/publicaciones/143135792203_Articulo_revision_6-1.pdf
7. Federación Internacional de Diabetes. Atlas De La Diabetes de la FID. 6ª edición. Federación internacional de Diabetes. 2013; 11-64.
8. American Diabetes Association [En línea]. 2014[consultado el 08/04/2015]; [1 página]. Disponible en: <http://www.Diabetes.org/Diabetes-basics/statistics/>
9. Hernández-Ávila, Mauricio DSc, Gutiérrez, Juan Pablo PhD, Reynoso-Noverón, Nancy DSc. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia, Salud Pública Méx [revista electrónica] 2013 (55 supl): s-129,136. [consultado el 05/07/2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800009

10. Instituto Nacional De Estadística y Geografía. “Estadísticas a propósito del día mundial de la Diabetes” Aguascalientes, Ags., a 14 de noviembre de 2013. Disponible en:
<http://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2014/11/diabetes2013INEGI.pdf>
11. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Coahuila. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx/informes/Coahuila-OCT.pdf>
12. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-5), 5 ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014:155-162
13. BBC Salud. Los ricos y las mujeres, los más deprimidos. 2011; [en prensa]. Disponible en:
http://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/07/110726_depresion_global_men
14. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México Salud Pública Méx 2013; Vol. 55(1):74-80 Disponible en:
http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002796
15. Huerta Elmer. Las personas con depresión y diabetes tienen más riesgo de sufrir demencia. RPP Noticias Salud. 2015;[en prensa] Disponible en:
http://www.rpp.com.pe/2015-04-15-las-personas-con-depresion-y-Diabetes-tienen-mayor-riesgo-de-sufrir-demencia-noticia_787966.html
16. Serrano Becerril CI, Zamora Hernández KE, Navarro Rojas MM, Villarreal Ríos E. Comorbilidad entre depresión y Diabetes Mellitus. Med Int Méx 2012; 28(4):325-328. [consultado en 01/07/2015] Disponible en:
http://www.cmim.org/boletin/pdf2012/MedIntContenido04_04.pdf
17. Sánchez – Cruz JF, Hipólito – Lorenzo A, Mugartegui – Sánchez SG, Yañez – González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Aten Fam. 2016; 23(2):43-47.
18. J.L. Rodríguez Calvín, A. Zapatero Gaviria, M.D. Martín Ríos. Prevalencia de la depresión en la Diabetes Mellitus tipo 2, Revista Clínica Española, 2014:215, (supl3):156-164. Disponible en,
<http://www.revclinesp.es/es/pdf/S001425651400410X/S300/>
19. Sweileh, W. M., Abu-Hadeed, H. M., Al-Jabi, S. W., & Zyoud, S. H. (2014). Prevalence of depression among people with type 2 diabetes mellitus: a cross sectional study in Palestine. *BMC Public Health*, 14, 163. Disponible en:
<http://doi.org/10.1186/1471-2458-14-163>
20. El-Hechmi, S., Zgueb, Y., Jomli, R., Ouanes, S., Nacef, F., & Turki, Z. (2013). 2859–Depression and diabetes comorbidity: prevalence and clinical features. *European Psychiatry*, 28, 1. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924933813774406>
21. Cortés, L. F. L., Ortiz, M. C., & Ruiz, A. S. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en un hospital de mediana

complejidad en Cali, 2013. Ciencia & Salud, 2(8), 43-48. Disponible en:<http://revistas.usc.edu.co/index.php/CienciaySalud/article/view/407#.WVAWn5l190w>

22. Quinteros, Luis Carlos Díaz, Marco Antonio Vázquez Soto, Jaime Fernández Escárzaga. Niveles de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Iberoamericana de Producción Académica y Gestión Educativa, 2016. Disponible en <http://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/627>.

9. ANEXOS

A

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA

CUESTIONARIO PARA EVALUAR FACTORES DESENCADENANTES DE DEPRESIÓN

La información del cuestionario es confidencial

Nombre Del Paciente _____

Peso: _____ Talla: _____ IMC _____

Edad: _____ Ocupación: _____ Estado Civil: _____

Salario Mensual: _____ Problemas legales actuales: _____

Sufre algún tipo de violencia intrafamiliar _____

¿Consume tabaco? _____ ¿Consume bebidas alcohólicas? _____

¿Consume algún tipo de droga? _____

B

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA

Escala de autoevaluación de Zung

Por favor marque X en la respuesta que más se acerque a lo que siente en este momento.	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.	1	2	3	4
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. Tengo problemas para dormir por la noche.	1	2	3	4
5. Como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. Tengo problemas de estreñimiento.	4	3	2	1
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. Me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. Mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. Estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. Me es fácil tomar decisiones.	1	2	3	4
17. Siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. Mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.	1	2	3	4
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung explicada los puntajes

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 a 80, Severamente deprimido



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: **PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 81 CIUDAD ACUÑA COAHUILA**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

AL DETECTAR TRATAR LA DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 MEJORARA SU APEGO AL TRATAMIENTO, MEJORANDO SUS CIFRAS DE GLUCOSA

Procedimientos:

APLICACIÓN DE CUESTIONARIO DE FACTORES DESENCADENANTES DE AUTOEVALUACION PARA LA DEPRESION DE ZUNG

Posibles riesgos y molestias:

NINGUNO

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE DATOS SUGESTIVOS DE DEPRESION Y CANALIZAR CORRECTAMENTE PARA CONFIRMACION Y MANEJO

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

EL PACIENTE ES LIBRE DE RETIRARSE DEL PROYECTO

Privacidad y confidencialidad:

TODA INFORMACION SERA DE CARÁCTER CONFIDENCIAL

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes

(si aplica): Sera derivado a Servicio de Medicina Interna para valorar canalización a servicio de psiquiatría o a trabajo social para envío a psicología

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Martha Yarazet Morales Montiel

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Martha Yarazet Morales Montiel

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013