

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACION DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACION PROFESIONAL**



**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 Y SU TIPOLOGIA FAMILIAR
EN UNA U.M.F”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 92**

TESIS

**PARA OBTENER EL DIPLOMA EN POSGRADO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

M.C. NANCY ASBEIDY CARBAJAL PÉREZ

DIRECTOR

E. EN M.F. RAFAEL HERNÁNDEZ JUÁREZ

REVISORES

**E. EN M.F. MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTINEZ
E. EN M.F. EDGAR RUBEN GARCIA TORRES
M. EN I.C. LUIS REY GARCIA CORTES**

TOLUCA, ESTADO DE MEXICO 2014

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MARIA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
PROFESORA TITULAR DE LA RESIDENCIA UMF No 64

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
EDGAR RUBEN GARCIA TORRES
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA UMF No 75

MAESTRO EN INVESTIGACION CLINICA
LUIS REY GARCIA CORTES
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD
UMF No 64

ASESOR

E.M.F. RAFAEL HERNÁNDEZ JUÁREZ

**COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD EN
UMF 77**

AGRADECIMIENTOS

A MI FAMILIA

Con todo mi amor y cariño, para esas personas que siempre me han acompañado a lo largo de mi vida, ayudándome en todo momento para poder seguir en este camino y tener un logro más. Gracias a ustedes Mamá, hermano tías, los quiero

AMIGOS

Ustedes han sido parte esencial en todo lo que he realizado, no tengo forma de agradecer, su apoyo incondicional, sus motivaciones, por siempre tener tiempo y espacio para estar con migo en las buenas y malas. Gracias por su lealtad y sobre todo por su valiosa amistad. Vanessa, Paty, Martha, Said y Elizabeth. Gracias por todo

MAESTROS

A mis dos grandes maestros, que han hecho que mire con otros ojos esta especialidad, y que han hecho que me cuestione y reflexione tantas cosas no solo en mi vida académica sino en la personal, Gracias por sus enseñanzas y consejos transmitidos. Con to do mi cariño y respeto Dr. Leonel Navarro Ovando y Dr. Miguel Ángel Ramírez Velázquez. Gracias

TITULO:

FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 Y SU TIPOLOGIA FAMILIAR
EN UNA U.M.F

INDICE

I. Antecedentes.....	12
I.1 Definición de Diabetes Mellitus.....	12
I.2.Epidemiología.....	13
I.3 Definición de Depresión.....	14
I.4 Diabetes y Depresión.....	15
I.5 Diabetes, Depresión y familia.....	16
I.6 Inventario de Depresión de Beck.....	21
II. Planteamiento del problema.....	22
II.1 Argumentación.....	22
II.2 Pregunta de investigación.....	23
III. Justificaciones:.....	24
III.1 Académica.....	24
III.2 Científica.....	24
III.3Social.....	25
III.4 Económica.....	25
IV. Hipótesis.....	27
IV.1 Unidades de Observación.....	27
IV. 2 Variables	27
V. Objetivos.....	28
V.1 General.....	28
V.2 Específicos.....	28
VI. Método.....	29
VI.1 Tipo de estudio.....	29
VI.2 Operacionalización de variables.....	30
VI.3 Universo de Trabajo.....	32
VI.3.1 Criterios de inclusión.....	33
VI.3.2 Criterios de exclusión.....	33
VI.3.3 Criterios de eliminación.....	33
VI.4 Instrumento de investigación.....	34
VI.4.1 Descripción.....	34
VI.5 Desarrollo del proyecto.....	35
VI.6 Limite de espacio.....	35
VI.7 Límite de tiempo.....	35
VI.8 Diseño de análisis.....	36
VII. Implicaciones Éticas.....	37
VIII. Organización.....	37
IX. Resultados	38

X. Discusión.....	45
XI. Conclusiones.....	48
XII. Recomendaciones.....	49
XIII. Bibliografía.....	50
XIV. Anexos.....	56

RESUMEN

Objetivo: Establecer la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 y su tipología familiar en una U.M.F

Método: Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y descriptivo con la búsqueda intencionada de paciente diabéticos tipo 2 de la consulta externa con una muestra de 149 pacientes, aplicando el test de depresión escala de BECK para determinar si existía algún grado de depresión, así mismo se valoraron algunas variables sociodemográficas y se indago en cuanto a su estructura familiar para determinar la frecuencia de depresión en estos pacientes y la tipología familiar que presentan.

Resultados: La evaluación de depresión se realizó mediante el inventario de Becker el cual reporto: una frecuencia de 28.2% de pacientes con depresión 7.4% depresión moderada, y 2% depresión severa, en cuanto a su tipología familiar se reportan 42 pacientes con depresión leve, de los cuales el 35.7% pertenecen a una familia seminuclear y 30.9% a una familia nuclear, de los 11 pacientes con depresión moderada el 45% no tiene familia,, y de los 3 pacientes con depresión leve el 66.6% pertenece a una familia reconstruida

Conclusiones: A pesar de que no se presentó en su mayoría casos de depresión moderada o severa, se pudo relacionar a estos pacientes que en su mayoría pertenecen a familias reconstruidas o sin familia, teniendo en cuenta que la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica familiar, siendo la estructura familiar de importancia en el desarrollo y control de ciertas enfermedades.

Palabras Clave: Diabetes Mellitus 2, Depresión, Tipología familiar

ABSTRACT

Objective: To establish the frequency of depression in type 2 diabetic patients and their family typology in a UMF

Method: An observational, cross-sectional, prospective, descriptive study with the deliberate search for Type 2 diabetic outpatients with a sample of 149 patients was performed by applying the test of Beck depression scale to determine whether there was some degree of depression, likewise some sociodemographic variables were assessed and were inquired as to their family structure to determine the frequency of depression in these patients and family typology presented

Results : Assessment of depression was made by Becker inventory which reported : a frequency of 28.2 % of patients with moderate depression depression 7.4 % , and 2 % severe depression in their family typology reported 42 patients with mild depression , of which 35.7% belong to a family and 30.9 % seminuclear a nuclear family of the 11 patients with moderate depression, 45% have no family , and the 3 patients with mild depression, 66.6 % belongs to a family reconstructed

Conclusions: Although not present in most cases of moderate or severe depression , it could relate to these patients who mostly belong to reconstructed family or no family, considering that the illness of one of its members affects family dynamics, family structure to be important in the development and control of certain diseases.

Keywords : Diabetes Mellitus 2 Depression , Family Type

I. ANTECEDENTES

1.1 Definición de Diabetes Mellitus

La diabetes mellitus es definida como un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia, a consecuencia de defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambos. Mismo que es clasificada como. Diabetes Mellitus Tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Gestacional y otros tipos de Diabetes. La Diabetes Mellitus tipo 2 se encuentra en 90-95% de todos los tipos de diabetes. Anteriormente llamada Diabetes No Insulinodependiente, la Diabetes Tipo 2 se presenta en pacientes con resistencia a la insulina ya sea en forma relativa o absoluta. La mayor parte de los pacientes presenta obesidad, la cual puede ser causa de la deficiencia o resistencia a la insulina. Dentro de los factores de riesgo para la presentación de Diabetes Mellitus tipo 2 incluyen Historia familiar de DM2, edad (sobre todo en personas mayores de 45 años), Obesidad (sobre todo en personas con aumento en la circunferencia abdominal), Dislipidemia, Sedentarismo.⁽¹⁾

⁽²⁾

La hiperglucemia crónica de la diabetes es asociada con daño, disfunción o falla de diferentes órganos, especialmente ojos, riñón, corazón, y daños vasculares. ⁽²⁾ La realidad es que los pacientes diabéticos tienen tasas más altas de coronariopatía, retinopatía, neuropatía y nefropatía, además, tal como expreso Alviso de la Sierna ⁽³⁾ los pacientes diabéticos muestran relación estrecha con padecer depresión, ya que existen factores neurobiológicos implícitos en ambas que afectan directamente la evolución de las mismas ⁽³⁾. Muchas de estas complicaciones pueden ser prevenidas con cuidado médico apropiado. Este cuidado implica modificar significativamente el

estilo de vida y apegarse estrictamente a actividades de autocuidado, tales como monitorear las cifras de glucemia, administrar los medicamentos necesarios, llevar un régimen alimenticio y fomentar la actividad física tal y como muestra el estudio realizado sobre Auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos ⁽⁴⁾, el cual mostro que el nivel de glucemia en ayuno entre los pacientes diabéticos con autocuidado fue de $170.99 + 61.28$ mg/dl; y en el grupo sin autocuidado, de $202.19 + 80.55$ mg/dl, $p < 0.05$. mostrando que los pacientes que llevan un adecuado autocuidado manejan cifras de glucosa mejores que los pacientes que no lo llevan. Así mismo, se ha observado que en promedio, un retraso de 4 a 7 años en diagnosticar una DM2 se traduce en que el 20% de los pacientes presentan alguna evidencia de complicación microvascular o neuropatía diabética al momento del diagnóstico, mismo que se realiza con una hemoglobina glucosilada mayor a 6.5%, Glucosa plasmática en ayuno > 126 mg/dl .con 8hrs de ayuno, o Glucosa plasmática a las 2 horas durante la prueba de tolerancia a la glucosa oral > 200 mg/dl, utilizando 75 gr de glucosa anhidra disuelta en agua, en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia con una glucosa casual mayor de 200mg/dl. ⁽¹⁾

1.2 Epidemiología

De acuerdo al último levantamiento de la Encuesta Nacional de Nutrición ENSANUT (2012), la prevalencia de Diabetes Mellitus en México fue del 9.2%. En el 2007 fue la primera causa de mortalidad general tanto en hombres como mujeres (12% y 16% respectivamente), muchas de ellas relacionadas a complicaciones por falta de atención y cuidados adecuados, datos corroborados en el estudio Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión ⁽⁵⁾ en el que además se mostró que los síntomas de

depresión los reportaron con más frecuencia las mujeres que los hombres [33.7% *versus* 12.2%, $p < 0.0001$, para mujeres y hombres, respectivamente ⁽⁵⁾. Así mismo, según el Programa Nacional de salud 2007-2012⁽⁶⁾ después de los 65 años de edad las tasas de mortalidad se incrementan de manera importante (4,697 por 100,000 habitantes). Las muertes en este grupo de edad se deben sobre todo a diabetes, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad cerebro-vascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfermedades hipertensivas y tumores. ⁽⁶⁾ Aunque las causas de muerte son semejantes en hombres y mujeres, el riesgo de morir por diabetes es mayor en las mujeres según Laura Shea ⁽⁷⁾. Además se tiene que la diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%) reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 ⁽⁸⁾

1.3 Definición de Depresión

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para pacientes con diabetes es más elevada que en la población general, oscilando del 30 % al 65 %, dato corroborado según Lehmann et al. ⁽⁹⁾ donde muestran que hasta un 40% de pacientes diabéticos estudiados mostraron depresión. Así mismo, se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes,

pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, datos observados en el estudio de Colunga - Diabetes y depresión, en el cual el tiempo de diagnóstico de diabetes fue de 10.6 años \pm 7.6 años con una frecuencia de 26% de pacientes que presentaron reacción de ansiedad y 30% que presentaron depresión media⁽¹⁰⁾ además, en el estudio Depresión en pacientes con nefropatía diabética ⁽¹¹⁾, muestran en los sujetos participantes de la investigación un alto porcentaje en el deterioro de su estado emocional con un 86% de depresión en diferente grado debido a la complicación renal. ⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

1.4 Diabetes y Depresión

El diagnóstico de la depresión es básicamente clínico, de acuerdo con los criterios establecidos en la Cuarta Revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV).⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾ En los cuales se requiere un cambio en el estado de ánimo, caracterizado por tristeza o irritabilidad, acompañado de varios cambios psicofisiológicos, entre ellos alteraciones del sueño, apetito o deseo sexual, estreñimiento, pérdida o incapacidad para presentar interés en el trabajo o con amigos (anhedonia), llanto, ideación suicida, bradilalia y bradicinesia. Y estos cambios deben durar un mínimo de dos semanas e interferir considerablemente con las relaciones interpersonales y la actividad laboral. Los trastornos depresivos se observan en 11 a 15 % de los pacientes con diabetes tipo 2, quienes tienen una probabilidad dos veces más de cursar con depresión comparados con las personas sin la enfermedad, además se ha comunicado que la falta de apego al tratamiento es

tres veces mayor en pacientes con DM y depresión que en aquellos que no presentan esta última. Lo anterior ha sido corroborado por González et al, quienes realizaron un meta-análisis de los estudios existentes hasta 2007 acerca de la asociación entre la adherencia al tratamiento en pacientes con DM y depresión. Se incluyeron 47 estudios con muestras independientes ($n = 17.000$) y encontraron que los pacientes diabéticos con diagnóstico de depresión presentaban menor adherencia al tratamiento ⁽¹⁵⁾ mismos datos fueron corroborados por Pawaskar, quien en su estudio incluyó un total de 792 pacientes con diabetes Mellitus 2 en el cual los pacientes con depresión tendieron más al sedentarismo, inadecuados estilos de vida, su estado de salud era bajo, con un 48.9% de pacientes que presentaron hospitalizaciones en el último año, comparado con los pacientes que no presentaron depresión ($p < 0.05$) ⁽¹⁶⁾ Las relaciones causales entre la depresión y el metabolismo de la glucosa no han sido bien establecidas, pero se han documentado algunas asociaciones como relaciona Manjarrez-Gutiérrez et al quienes citan que, en la corteza cerebral de ratas con Diabetes inducida, las concentraciones de L-triptófano, 5-HT y sus enzimas fueron significativamente menores, aunque en el tallo cerebral se encontró incremento. De estas 2 últimas, dando lugar a una hiperglucemia crónica que se asocia con una disminución en la concentración de 5-HT (a los 30 días) y con un aumento paralelo de los receptores serotoninérgicos 5-HT1A y 5-HT2 en la corteza y el tallo cerebral ⁽¹⁵⁾ Los pacientes con diabetes y depresión tienen niveles altos de HbA1c, mayores complicaciones crónicas y los costos derivados de su cuidado son considerablemente altos comparados con los diabéticos sin trastorno depresivo. ⁽¹⁷⁾ Tratar la depresión en los pacientes diabéticos se asocia a mejor control de la glucosa, lo cual no se ha observado en pacientes con niveles bajos de HbA1c datos corroborados por Castro-

Aké ya que en su estudio incluyó 186 pacientes diabéticos, de los cuales en cuanto al estado glucémico se encontró adecuado control de la glucemia en 53 pacientes (28.4 %); en 133 (71.6 %) se identificó descontrol metabólico. Se identificó trastorno depresivo en 51 pacientes, de los cuales 43 presentaban mal control de la glucemia y solo ocho depresión y adecuado control de la glucemia ⁽¹⁸⁾ Estudios recientes sugieren que la depresión y el mal control de la glucosa se puedan ligar desde antes del inicio de la diabetes tipo 2. La depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, al influir en comportamientos tales como comer compulsivamente y el sedentarismo. La depresión afecta físicamente el estado general del paciente diabético. Jacobson investigó que los síntomas de depresión pueden intervenir en el control de la glucosa, ya que a los pacientes les puede ser más difícil seguir las instrucciones del médico, dichos datos son corroborados por Robles quien en su estudio se registraron diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida de los pacientes de acuerdo a si llevaban o no a cabo un plan de alimentación para el tratamiento de la enfermedad: las personas que lo hacían obtuvieron una puntuación total de calidad de vida menor en comparación con las que no lo hacían (92.60 ± 25.89 vs. 95.04 ± 15.58 ; $p= 0.41$). ⁽¹⁹⁾⁽²⁰⁾ por lo que también se ha observado que la pérdida de energía y los cambios en la alimentación en las personas deprimidas puede afectar el buen autocuidado y su calidad de vida tal y como muestra un estudio realizado en España en el que de un total de 95 pacientes diabéticos la evaluación de la calidad de vida fue dada por función física la cual fue mayor en la población general con un 84.7% vs 76.6% que presentaron pacientes diabéticos, además de la salud general la cual fue de un 68.3% en la población general en comparación con un 54% que presentaron los pacientes diabéticos. ⁽²¹⁾⁽²²⁾⁽²³⁾ . No practicar un buen autocuidado por parte del paciente

diabético puede traducirse en niveles no controlados de azúcar en la sangre, que puede ocasionar pérdida de energía y de sueño, así como otras pueden agravar la depresión. La depresión contribuye a que aumente el índice de discapacidad y muerte prematura⁽⁷⁾ Además , tiene un impacto en la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, ya que interfiere en el funcionamiento psicosocial y bienestar del paciente, sin importar las complicaciones propias de la enfermedad. Tal y como se describe en el estudio de Salazar-Estrada en el que se encontraron diferencias estadísticas en la Calidad de Vida en cuanto a salud percibida por el grupo de DM2 y el de No DM2, hubo una menor percepción de Calidad de Vida en el grupo de personas con diabetes, especialmente en la dimensión de ansiedad/depresión encontrándose más severa en personas con DM2 con un porcentaje de 55.1% vs 23.5% ^{(24) (5)} Por otra parte, podría estar asociada a mal control de la diabetes debido a que cuando se conjugan no se lleva adecuadamente el plan nutricional ni el farmacológico., como se valora en un estudio llevado a cabo en Guadalajara Jalisco en el que el trastorno depresivo se asoció a mayor frecuencia de descontrol glucémico en los pacientes con diabetes tipo 2, siendo el episodio depresivo mayor recidivante el trastorno más frecuente con un 48.2% de frecuencia. ^{(18) (25)}

1.5 Diabetes, Depresión y Familia

Siendo una de las principales preocupaciones de los sistemas sanitarios el que los pacientes sean más capaces de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y en el control de la realización del programa dietético, se hace necesario incluir la familia. Esta, como fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico, aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, por lo que la

interacción entre la familia y la de la enfermedad puede tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico ⁽²⁶⁾ Además, se sabe que los adultos mayores que habitan en compañía de sus familias presentan depresión con menor frecuencia que quienes tienen alguna enfermedad crónica y que se encuentran hospitalizados o que habitan en asilos. Estudios en poblaciones de edad geriátrica han asociado algunos factores sociodemográficos con la depresión destacando el estado civil y el abandono de las familias de origen. Por su lado la tipología familiar puede representar una red de apoyo para el paciente, por lo que es importante relacionarla con la prevalencia de la depresión en este tipo de poblaciones, datos corroborados en un estudio llevado a cabo en la UMF 51 del IMSS en Guadalajara Jalisco en el que de una muestra de 100 pacientes con diabetes mellitus el 53% de los pacientes presentaron algún grado de depresión. Hubo predominio en el género femenino con 58.62%. La depresión se presentó con mayor frecuencia en los pacientes desempleados (66.6%), solteros 83.3% ($p=0.001$) y en el grupo de mayores de 75 años (59.3%) ($p=0.027$). Los pacientes pertenecientes a familias nucleares presentan menos depresión que otros tipos de familias, y la asociación entre la depresión y el pertenecer a una familia extensa tiene un OR de 3.83 (IC 95% 1.40-10.72) ⁽²⁷⁾ Entre los factores de riesgo asociados a la depresión se encuentran: factores genéticos, psicológicos y sociales. De éstos, los psicosociales son los de mayor fuerza de asociación y se evalúan a través de las siguientes variables: género, tipología familiar, apoyo social, actividad física, pluripatología, polifarmacia, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil ⁽²⁸⁾ Con lo anterior tenemos que la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede

incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes. También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar, siendo la estructura familiar de importancia en el desarrollo y control de ciertas enfermedades. ⁽²⁹⁾

A pesar de la elevada prevalencia de depresión, se estima que su reconocimiento por médicos de atención primaria se realiza únicamente en un 30% de los casos. Entre los motivos de la baja proporción de diagnóstico se han descrito los siguientes: a) El médico dispone de poco tiempo para cada uno de sus pacientes, por lo que únicamente se centra en los aspectos físicos y no en los emocionales, b) El paciente consulta por padecimientos múltiples, c) Los médicos tienen insuficiente conocimiento de la sintomatología y mínima capacitación para diagnosticar depresión, d) Las guías clínicas e instrumentos clinimétricos son poco aplicables en atención primaria, por lo que en año de 2003, se llevo a cabo un estudio transversal en la UMF 10 de IMSS en la Ciudad de México en la que se valoró una Escala Clinimétrica para el Diagnóstico de Depresión, el cual mostro un alta capacidad para identificar depresión e identificar correctamente a los pacientes que no la tuvieron, con una frecuencia de pacientes 38%. ⁽³⁰⁾

1.6 Inventario de Depresión de Beck

Con el fin de facilitar al médico familiar la identificación de los pacientes con depresión durante la última década se han desarrollado guías de práctica clínica y múltiples escalas clinimétricas, respecto a estas últimas algunas han sido utilizadas para detección y otras para el diagnóstico de depresión entre las primeras, algunas deben ser utilizadas por expertos, mientras que otras son más accesibles para el uso por personas sin capacitación especial. Las más conocidas son escala de Hamilton, de Zung mismas que no son útiles por no ser entendidas por el paciente, requiriendo asesoría médica y con probabilidad de sesgo en las respuestas; además, no hay un no categórico, es por esto último que en el estudio llevado a cabo en el HGZ 1 de IMSS en Tlaxcala se valoró la aplicación de estas escalas, teniendo las conclusiones ya mencionadas para no aplicarla, por lo que en el estudio se aplicó el cuestionario clínico para diagnóstico de cuadros depresivos propuesto por Calderón Narváez el cual obtuvo una frecuencia de detección de depresión en pacientes diabéticos de 63,3% ⁽³¹⁾ así mismo se tiene el inventario de Beck, este último se ha utilizado frecuentemente en pacientes con DM2, para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos y es la que mayor equilibrio reporta en su sensibilidad y especificidad (86%) . Contiene 21 reactivos, con cuatro posibles calificaciones en cada ítem de 0 a 3 puntos, y define la depresión leve a partir de 10 y hasta 14 puntos, depresión moderada de 15 a 22, y mayor de 23 representa depresión severa ⁽³²⁾ además de ser más enfocado a pacientes diabéticos, y estar constituido por ítems que son de mejor comprensión para el paciente, por lo que este será el instrumento de aplicación en este protocolo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica de alta prevalencia en México que es afectada en su control por múltiples factores, entre los que se encuentran los relacionados con aspectos bioquímicos, biológicos, de alimentación, metabólicos, Psicológicos y sociales, así mismo las emociones y los estilos de afrontamiento de la enfermedad también se han asociado al nivel de control metabólico de los pacientes.

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición.⁽²⁾ Un ejemplo es la alta frecuencia de estados depresivos en el paciente con diabetes mellitus, que se ha asociado estrechamente a deficientes niveles de control, y que se agravan por el hecho del bajo conocimiento que tanto el enfermo respecto a la enfermedad, como del médico para poder abordarla en forma integral condicionan a mediano y largo plazo complicaciones crónicas que producirán discapacidad variable incluso la muerte del paciente.

Siendo una de las principales preocupaciones de los sistemas sanitarios el que los pacientes sean más capaces de participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento y en el control de la realización del programa dietético, se hace necesario incluir la familia. Esta, como fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente crónico, aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, por lo que la

interacción entre la familia y la tipología de la enfermedad puede tener una influencia positiva o negativa sobre el curso del proceso crónico. Sin embargo, no se cuenta en todas las UMF con el número real de pacientes diabéticos con depresión ya sea por la falta de pericia para su detección en el primer nivel de atención, por falta de tiempo en la consulta que se le da al médico, o ya sea porque el paciente consulta por varios padecimientos a la vez, o hay muchos casos subdiagnosticados.

II.2 Pregunta de Investigación

Por lo anterior se hace la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 y su tipología familiar ?

III. JUSTIFICACION

III.1 ACADEMICA

Como parte de la preparación del médico familiar es punto importante su participación en el ámbito de la investigación motivo por el cual se le solicita un protocolo en el cual se reflejen las destrezas aprendidas en el área de investigación y que además son los requisitos para obtener el grado de médico especialista en Medicina Familiar ante la Universidad Autónoma del Estado de México.

III.2 CIENTIFICA

La finalidad de este estudio determinar la frecuencia de pacientes diabéticos tipo 2 con depresión que aún no han sido diagnosticados y así mismo proponer que sean enviados a valoración por el servicio de Psiquiatría en caso de realizar alguna detección, con la finalidad de apoyar el adecuado control metabólico del paciente.

La diabetes es una enfermedad de muy alta prevalencia en nuestro país y es sin duda alguna el mayor reto que enfrenta el sistema nacional de salud. Además de ser la primera causa de muerte, es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa a nivel nacional, una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%). Actualmente más de 5 millones de personas mayores de 20 años padecen esta enfermedad, lo que arroja una prevalencia de 8%. El porcentaje de la población que padece diabetes aumenta con la edad. Después de los 50 años de edad, la prevalencia supera el 20%, Según la última encuesta de salud del

Estado de México, la Diabetes Mellitus, ocupa el 2° lugar de mortalidad hospitalaria con un 11.3%, así mismo según diversas investigaciones del DIF Estado de México (DIFEM), se sabe que la depresión es la cuarta causa de discapacidad de las enfermedades médicas, por lo que aunadas, estas 2 entidades, tenemos un alto riesgo de descontrol metabólico en los pacientes diabéticos con depresión que no han sido diagnosticados, así mismo a pesar de la elevada prevalencia de depresión se estima que su reconocimiento por parte de médicos en atención primaria se realiza únicamente en 30% de los casos,

III.3 SOCIAL

Es muy importante realizar un trabajo de investigación el cual se enfoque a problemas médicos actuales como los la Diabetes Mellitus y Depresión siendo estas dos patologías de suma importancia para nuestra población, por su alta prevalencia, tomando en cuenta datos sociodemográficos y familiares que nos ayuden a realizar medicina preventiva y apoyo a la población diabética con depresión para un mejor control metabólico y bienestar en general

III.4 ECONOMICA

Siendo la Diabetes Mellitus y más aun sus complicaciones un problema económico no solo para el paciente que la padece, sino para instituciones de salud y a nivel nacional, tenemos que idear estrategias para la disminución de estas complicaciones y comorbilidades, por lo que este estudio es de apoyo, para identificar a pacientes diabéticos con depresión teniendo en cuenta que esto puede influir de manera importante sobre su control metabólico, y utilizar además la relación que guarda con factores sociodemográficos y familiares para prevención de dichas complicaciones y

así poder identificar tempranamente a pacientes que presenten mismas condiciones, ya que como mencione anteriormente todo esto tiene repercusiones importantes económicamente para el paciente y para gasto en salud pública a nivel nacional

HIPOTESIS

El paciente diabético tendrá un 50 % de presentar depresión

El paciente diabético tendrá $\geq 51\%$ de presentar depresión.

IV.1 Unidades de Observación.

Pacientes diabéticos tipo 2

IV.2 Variable Dependiente.

Depresión

IV.3 Variable Independiente.

Diabetes Mellitus 2

V.OBJETIVOS

V.1 Objetivo general

Determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 y su tipología familiar.

V.2 Objetivos Específico.

-Identificar el rango de edad que prevalece en pacientes con Diabetes Mellitus y algún tipo depresión

-Conocer el género que predomina de pacientes diabéticos y si existe algún predominio al padecer depresión

-Identificar qué tipo de familia en cuanto a su estructura es más frecuente dependiendo del tipo de depresión en los pacientes diabéticos

VI. MÉTODO

VI.1 Tipo y Diseño de estudio

El siguiente estudio se llevó a cabo en la UMF 92 es de tipo **Observacional** ya que en él no se manipularon las variables, solo se describió la frecuencia de pacientes diabéticos con depresión y su tipología familiar, además de ser tipo **Prospectivo**, ya que la información recabada para el estudio se planeó y se obtuvo durante el desarrollo de la investigación, además es de tipo **Transversal** ya que la medición de las variables se realizó en una sola ocasión y **Descriptivo** ya que solo se contó con una sola población que en este caso son los pacientes diabéticos, la cual se pretende describir en función de un grupo de variables.

VI.1.2 Descripción del estudio

Se realizó un estudio con la búsqueda intencionada de paciente diabéticos tipo 2 de la consulta externa que cumplieran con nuestros criterios de inclusión, con previa autorización y firma del consentimiento informado se le aplicó el test de depresión escala de BECK se tomaron pacientes de cada uno de los consultorios de la unidad, (10 de cada consultorio) con lo cual se recolectaron 200 encuestas, las cuales se numeraron de forma progresiva y al completar el total de la encuestas se marcaron papeles con el número correspondiente a cada una y se introdujeron en una tómbola

con lo cual se pidió a gente externa que nos ayude a sacar los papeles hasta completar nuestro tamaño muestral que es de 149.

VI.2 Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operativa.	Tipo	Escala	Unidad de Medición
Independiente <u>DIABETES MELLITUS 2</u>	Enfermedad metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina provocando una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglucemia.	Paciente con diagnóstico de diabetes Mellitus 2	Cualitativa	Nominal	1. si
Dependiente <u>DEPRESION</u>	Alteración patológica caracterizada por disminución del estado de ánimo.	Pacientes que se detecten por medio escala de evaluación con diagnóstico de depresión	Cualitativa	Ordinal	Escala de Beck 1.-Leve (10 a 14 puntos), 2.-Moderada (15 a 22 puntos) 3.-Severa (mas de 23 puntos)
Variables Demográficas <u>EDAD</u>	del latín <i>aetas</i> , es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Pacientes que tengan entre 18 y 65 años	cuantitativa	Numérica discreta	años
<u>GENERO</u>	se refiere a las expectativas de índole cultural respecto de los roles y comportamientos de hombre y mujer. El término distingue los aspectos atribuidos a hombres y mujeres desde un punto de vista social de los	Pacientes que se encuentran registradas en el agregado F o M del número de seguridad social	cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. Mujer

	determinados biológicamente.				
TIPOLOGIA FAMILIAR	Se refiere a la clasificación de la familia según su estructura, desarrollo, integración, demografía, ocupación, para su mejor estudio.	Pacientes que describan con que elementos está integrada su familia, para determinar la estructura de la misma	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1.Familia Nuclear 2.-Familia Seminuclear 3.-Familia extensa 4.-Familia Semiextensa 5.-Familia compuesta 6.-Familia múltiple 7.-Familia reconstruida 8.-Sin familia

V.I 3 Universo de trabajo

Pacientes diabéticos tipo 2

Población de estudio

Pacientes diabéticos tipo 2 hombres y mujeres entre 18 y 65 años de edad que sean adscritas a la unidad de Medicina Familiar No 92 ubicada en Av. Hank González S/N esquina Santa Prisca, Ecatepec, Estado de México y que acudan de forma activa a su control

Muestra:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N-1) + Z^2PQ}$$

$$n = \frac{18630 \times 1.96^2 \times 0.89(1 - 0.89)}{0.05^2 (18630 - 1) + 1.96^2 \times 0.89(1 - 0.89)}$$

$$n = 149.24$$

N: total de la población estudiada (18, 630).

n: tamaño de muestra.

P: probabilidad de éxito (0.89).

Q: probabilidad de fracaso (0.11).

d: error muestral.

Z: valor Z curva normal (1.96).

VI.3.1.Criterios de Inclusión

- Derechohabientes adscritos a la U.M.F 92 que cuenten con Dx de Diabetes Mellitus tipo 2
- Ambos sexos
- Edad 18-65
- Pacientes que firmen el consentimiento informado

VI.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes DM2 con enfermedades Psiquiátricas agregadas
- Mujeres con DM Gestacional.
- Pacientes DM2 con complicaciones de dicha enfermedad

VI.3.3 Criterios de eliminación

- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

VI.4 Instrumento de Investigación

Inventario de Beck

El Inventario de Depresión de Beck, se ha utilizado frecuentemente en pacientes con DM2, para evaluar la intensidad de los síntomas depresivos y es la que mayor equilibrio reporta en su sensibilidad y especificidad (86%) . Contiene 21 reactivos, con cuatro posibles calificaciones en cada ítem de 0 a 3 puntos, y define la depresión leve a partir de 10 y hasta 14 puntos, depresión moderada de 15 a 22, y mayor de 23 representa depresión severa además de ser más enfocado a pacientes diabéticos, y estar constituido por ítems que son de mejor comprensión para el paciente.

Inventario de Beck se encuentra en la sección de anexos

VI.5 Desarrollo del proyecto

Se realizó búsqueda intencionada de paciente diabéticos tipo 2 de la consulta externa con una muestra de 149 pacientes, aplicando el test de depresión escala de BECK para determinar si existía algún grado de depresión, así mismo se valoraron algunas variables sociodemográficas y se indago en cuanto a su estructura familiar para determinar la frecuencia de depresión en estos pacientes y la tipología familiar que presentan.

VI.6 Límite de espacio

El estudio se llevara a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 92 Ciudad Azteca, ubicada en Avenida Central sin número, esquina Santa Prisca, en Ecatepec, Estado de México.

VI.7 Límite de tiempo

El estudio se inicia durante el mes julio 2012 y terminó durante el mes de octubre del 2013.

VI.8 Diseño de análisis

Variable	Análisis
Variable dependiente	Frecuencias, porcentaje, tablas o gráficas X ²
Variable independiente	Frecuencias, tablas,
Variables socio-demográficas	Medidas de tendencia central, frecuencias, porcentajes, tablas y gráficas

Se realizó un estudio con la búsqueda intencionada de paciente diabéticos tipo 2 de la consulta externa se le aplicó el test de depresión escala de BECK se tomaran los pacientes de cada uno de los consultorios de la unidad, (10 de cada consultorio) con lo cual se recolectaron 200 encuestas, las cuales se numeraron de forma progresiva y al completar el total de la encuestas marcamos papeles con el número correspondiente a cada una y los introducimos en una tómbola con lo cual pedimos a gente externa que sacará los papeles hasta completar nuestro tamaño muestral que es de 149, posteriormente se procedió a realizar manualmente el puntaje de cada test, para determinar si el paciente se encontraba con algún grado de depresión, al mismo tiempo, llevando un registro de tipo de familia al que pertenecía en cuanto a su estructura, para que posteriormente se dio un valor numérico a cada variable para poder introducir dichos datos a programa estadístico SPSS V17, el cual midió las frecuencias con análisis de media, mediana y moda de dichas variables, para que finalmente se realizara el análisis de los resultados obtenidos con respecto a la frecuencia de pacientes diabéticos que presentaron depresión y su tipología familiar

VII.IMPLICACIONES ETICAS ETICAS.

La presente investigación se apego a los lineamientos técnicos de la Ley General de Salud en materia de investigación pública en el Diario Oficial de la Federación en el párrafo tercero del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por lo que no se viola y se guía a los médicos en la investigación biomédica y de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 18 asamblea Médica Mundial en Filadelfia en junio de 1964 y enmendada en la 52 asamblea general de Salud en materia de investigación de nuestro país se toma en consideración el título segundo, capítulo primero, artículo 17, sobre investigación sin riesgo, debido a que los individuos que participen en el estudio, únicamente aporten datos a través de un cuestionario, así como la toma de medidas antropométricas; las cuales no provocan daños físicos y/o mentales, para este efecto se pedirá el llenado de consentimiento informado de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, éste estudio conlleva un riesgo mínimo.

La carta de consentimiento informado que se utilizó en este estudio se encuentra en la sección de anexos

VIII. ORGANIZACION

El trabajo se realizó durante el año del 2011 hasta finales de octubre del 2013.

IX. RESULTADOS

Como se observa en la tabla 1 el total de la muestra analizada fue de 149 pacientes a los cuales se les aplico el cuestionario Escala de Beck para detección de depresión.

Esta escala se aplico a pacientes de entre 18 y 65 años de edad que es uno de los criterios de inclusión para el estudio, las edades de los pacientes a los que se les aplico dicha escala oscilo entre los 25 y 65 años de edad, la edad que domino en el estudio fue de 55 años con 8.7%, seguida de 44 y 46 años con un 6%,, en tercer lugar 48 años de edad con un 5.4%, como se observa en la tabla 2. Al dividir el total del grupo analizado por la mitad nos percatamos que fueron más los pacientes que se les aplico la escala de entre 46 y 65 años de edad, con una media y mediana de 47 años (tabla 2)

Así mismo se observa una media en la edad de 51 años para pacientes con depresión leve, 55 años para depresión moderada y 52 años para pacientes con depresión severa. (ver gráfica 1)

Tabla 1

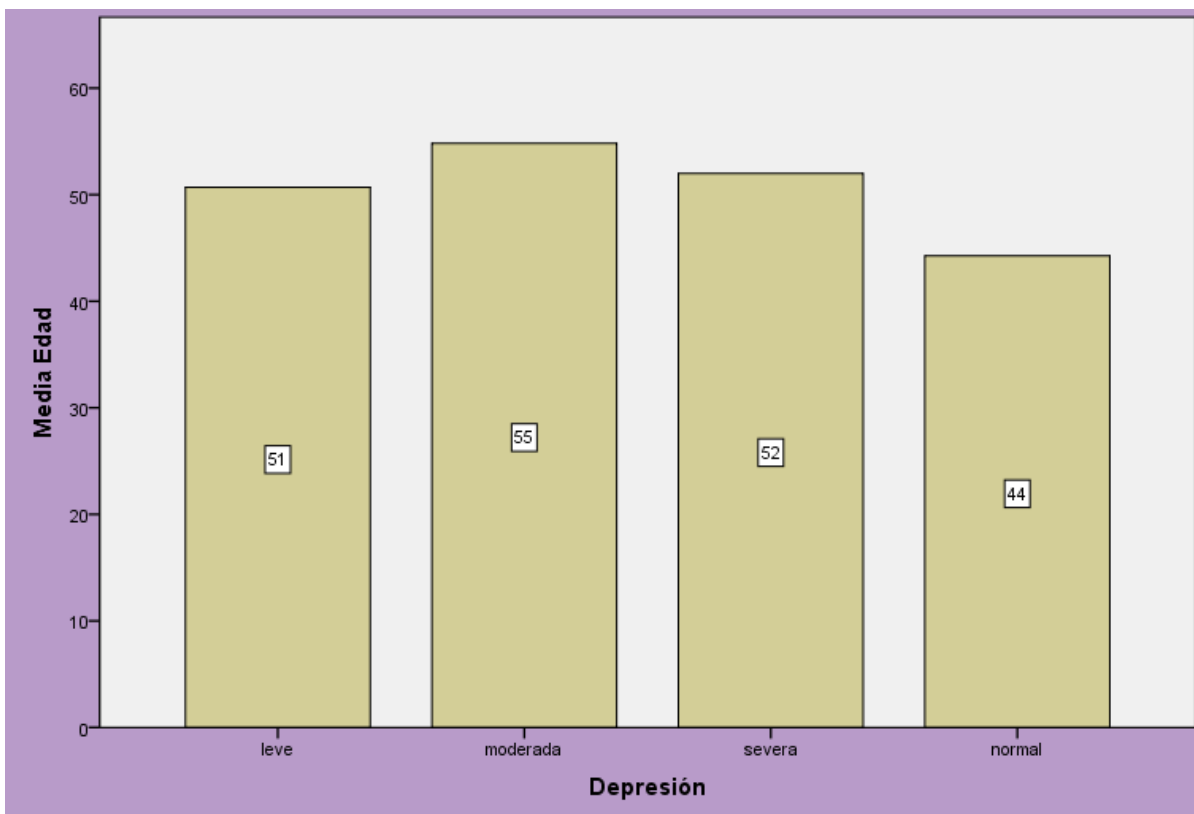
Edad				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
25	1	.7	.7	.7
26	2	1.3	1.3	2.0
27	2	1.3	1.3	3.4
28	2	1.3	1.3	4.7
31	2	1.3	1.3	6.0
32	4	2.7	2.7	8.7

33	1	.7	.7	9.4
34	2	1.3	1.3	10.7
35	1	.7	.7	11.4
36	6	4.0	4.0	15.4
37	6	4.0	4.0	19.5
38	2	1.3	1.3	20.8
39	4	2.7	2.7	23.5
40	1	.7	.7	24.2
41	3	2.0	2.0	26.2
42	4	2.7	2.7	28.9
43	5	3.4	3.4	32.2
44	9	6.0	6.0	38.3
45	5	3.4	3.4	41.6
46	9	6.0	6.0	47.7
47	6	4.0	4.0	51.7
48	8	5.4	5.4	57.0
49	5	3.4	3.4	60.4
50	1	.7	.7	61.1
51	3	2.0	2.0	63.1
52	4	2.7	2.7	65.8
53	6	4.0	4.0	69.8
54	7	4.7	4.7	74.5
55	13	8.7	8.7	83.2
56	4	2.7	2.7	85.9
57	1	.7	.7	86.6
58	2	1.3	1.3	87.9
59	1	.7	.7	88.6
60	4	2.7	2.7	91.3
61	4	2.7	2.7	94.0
62	5	3.4	3.4	97.3
63	1	.7	.7	98.0
65	3	2.0	2.0	100.0
Total	149	100.0	100.0	

Tabla 2

Estadísticos			
		Depresión	Edad
N	Válidos	149	149
	Perdidos	0	0
Media		2.99	47.01
Mediana		4.00	47.00

GRAFICA 1



En cuanto al género y su relación con el tipo de depresión, podemos observar en la tabla 3, que en los tres tipos de depresión predominaron las mujeres con 30 pacientes (20.1%) con depresión leve, 9 pacientes (6.04) con depresión moderada y 2 pacientes (1.34%) con depresión severa, y 63 pacientes (42.2%) aparentemente sanas, con un total de 104 pacientes mujeres encuestadas. En cuanto a los hombres, 12 pacientes (8.05%) presentaron depresión leve, 2 pacientes (1.34%) con depresión moderada, solo un paciente (0.67%) con depresión severa, y 30 pacientes (20.1%) aparentemente sanos, con un total de 45 pacientes hombres encuestados.

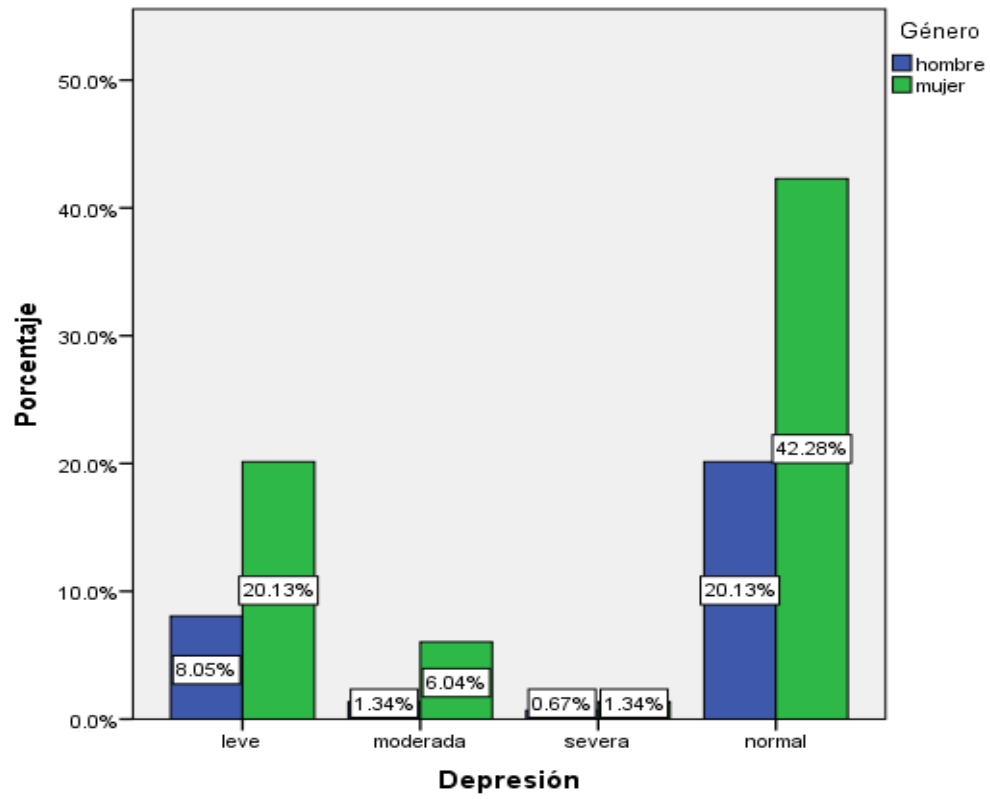
Tabla 3

Tabla de contingencia Género * Depresión

Recuento

		Depresión				Total
		leve	moderada	severa	normal	
Género	hombre	12	2	1	30	45
	mujer	30	9	2	63	104
Total		42	11	3	93	149

Grafica 2

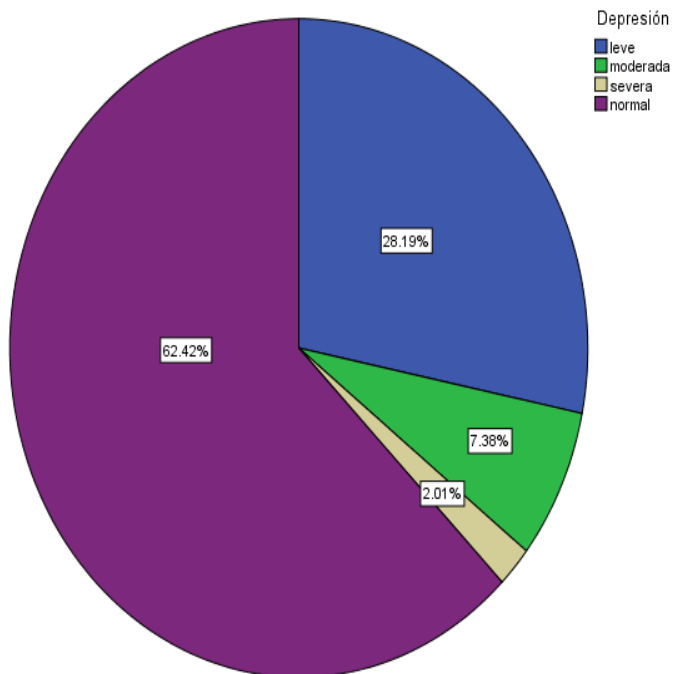


La evaluación de depresión se realizó mediante el inventario de Becker el cual reporto: del total de pacientes encuestados que fueron 149 (total de la muestra), 42 pacientes (28.2%) presentaron depresión leve, 11 pacientes (7.4%) depresión moderada, y 3 pacientes (2%) depresión severa, teniendo así mismo 93 pacientes (62.4%) sin presencia de algún grado de depresión. (Ver tabla 4 y Gráfica 3)

Tabla 4

Depresión				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
leve	42	28.2	28.2	28.2
moderada	11	7.4	7.4	35.6
Válidos severa	3	2.0	2.0	37.6
normal	93	62.4	62.4	100.0
Total	149	100.0	100.0	

Gráfica 3



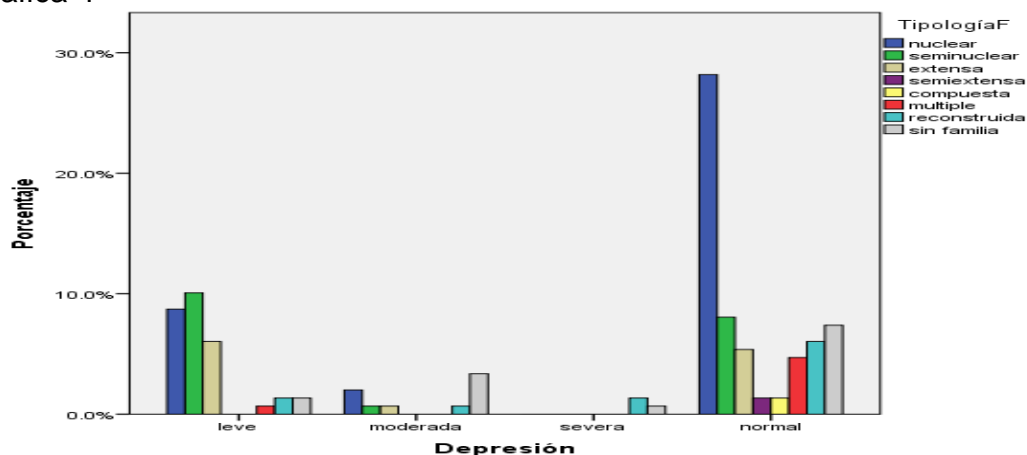
Los resultados de tipología familiar reportan 42 pacientes con depresión leve, de los cuales 13 pertenecen a una familia nuclear, 15 seminuclear, 9 extensa, 1 múltiple, 2 reconstruida y 2 sin familia. Los 11 pacientes con depresión moderada, 3 pertenecían a una familia nuclear, 1 a una familia seminuclear, 1 a extensa, 1 reconstruida y 5 sin familia. Así mismo de los 3 pacientes con depresión severa 2 pertenecían a una familia reconstruida y un paciente sin familia. (Ver tabla 5)

Tabla 5

Tabla de contingencia TipologíaF * Depresión

Recuento		Depresión				Total
		leve	moderada	severa	normal	
TipologíaF	nuclear	13	3	0	42	58
	seminuclear	15	1	0	12	28
	extensa	9	1	0	8	18
	semiextensa	0	0	0	2	2
	compuesta	0	0	0	2	2
	múltiple	1	0	0	7	8
	reconstruida	2	1	2	9	14
	sin familia	2	5	1	11	19
Total		42	11	3	93	149

Grafica 4



X.DISCUSIÓN

Se corrobora que la Diabetes Mellitus es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, siendo una de las principales causas de hospitalización y la enfermedad que consume el mayor porcentaje del gasto de nuestras instituciones públicas (alrededor de 20%) reportado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 ⁽⁸⁾. Ya que sin problema se obtuvo la muestra para este estudio (149 pacientes diabéticos tipo 2, a los cuales se les aplicó el inventario de Beck el cual nos muestra predominio en pacientes con Depresión leve con un 28.2%, seguida por 7.4% de pacientes con depresión moderada y un 2% con depresión severa, con un total de 37.6% de pacientes con algún tipo de depresión con respecto a la muestra total, dichos datos siendo corroborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual considera que para pacientes con diabetes es más elevada la presencia de depresión que en la población general, oscilando del 30 % al 65 %, al igual que Lehmann et al. ⁽⁹⁾ donde muestran que hasta un 40% de pacientes diabéticos estudiados mostraron depresión.

En cuanto al género se pudo observar que el mayor número de pacientes que acuden a consulta son mujeres, por lo tanto este es el género que predomina en los tres tipos de depresión, con un 27.48% de mujeres con respecto a 10.06% de hombres que presentaron la enfermedad, mismos datos se analizaron en el estudio Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión ⁽⁵⁾ en el que además se mostró que los síntomas de depresión los reportaron con más frecuencia las mujeres que los

hombres [33.7% *versus* 12.2%, $p < 0.0001$, para mujeres y hombres, respectivamente⁽⁵⁾.

Así mismo observamos en las tablas 1 y 2 que la edad en la que se fue aplicada las encuestas osciló entre 25 y 65 años de edad con una media y mediana de 47 años, probablemente ya que esta es la edad de predominio de pacientes que acuden a consulta, encontrándose aun en una edad productiva, sin embargo no se encontró en bibliografía algún dato que apoye o mencione alguna edad de predominio para pacientes con Diabetes y Depresión

En cuanto a la tipología familiar y su relación con algún grado de depresión se analizó que los pacientes que presentaron depresión leve en su mayoría pertenecían a familias nucleares y seminucleares con un 30.9 y 35.7% respectivamente, teniendo para pacientes con depresión moderada que un 45.4% de los pacientes detectados se encontraban sin familia, ya sea por divorcio, ser pacientes solteros o viudos. Así mismo se observa de los 3 pacientes diagnosticados con depresión severa 2 de ellos (66.6%) pertenecían a una familia reconstruida y un paciente (33.3%) se encontró sin familia. A pesar que en cuanto a frecuencia nuestro estudio no se corrobora con el realizado en la UMF 51 del IMSS en Guadalajara Jalisco en el que de una muestra de 100 pacientes con Diabetes Mellitus el 53% de los pacientes presentaron algún grado de depresión. Si lo hubo en cuanto a predominio en el género femenino con 58.62%. Se corrobora que los pacientes pertenecientes a familias nucleares presentan menos depresión que otros tipos de familias⁽²⁷⁾

Sin encontrar en más literatura la relación entre depresión y el resto de las tipologías familiares, pero en nuestro estudio encontramos que es un mayor riesgo para padecer depresión el pertenecer a familias reconstruidas o ser pacientes que no tengan familia, presentando grados más severos de depresión

XI.CONCLUSIONES

Los pacientes con diabetes y depresión tienen niveles altos de HbA1c, mayores complicaciones crónicas y los costos derivados de su cuidado son considerablemente altos comparados con los diabéticos sin trastorno depresivo, por lo que es muy importante el diagnóstico oportuno de depresión en pacientes diabéticos, pudiendo utilizar alguna de las escalas propuestas para su tamizaje

Es importante incluir la familia como fuente principal de apoyo social con que cuenta el paciente diabético, ya que esta aporta el máximo apoyo instrumental, afectivo y emocional para afrontar con éxito los problemas a que da lugar la enfermedad, por lo que la interacción entre la familia y la de la enfermedad puede tener una influencia positiva sobre el curso del proceso crónico.

Como se observó en las encuestas a pesar de que no se presentó en su mayoría casos de depresión moderada o severa, se pudo relacionar a estos pacientes que en su mayoría pertenecían a familias reconstruidas o sin familia, por lo que este dato puede servir de antecedente para poner más a atención a pacientes diabéticos con esta tipología familiar, y así poder prevenir que se presente algún tipo de depresión, teniendo en cuenta que la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica familiar, siendo la estructura familiar de importancia en el desarrollo y control de ciertas enfermedades.

XII. RECOMENDACIONES

-Se debe hacer hincapié en un diagnóstico temprano no solo de la Diabetes Mellitus sino también de depresión

-Detectar en los pacientes diabéticos, no solo síntomas de depresión sino factores familiares que puedan influir en su adecuado control metabólico

-Referir a pacientes diabéticos con depresión de forma adecuada y oportuna con servicio de Psicología o Psiquiatría

-Realizar como médico familiar una adecuada intervención ante posibles casos de pacientes diabéticos con Depresión, tomando en cuenta factores familiares

XIII. BIBLIOGRAFIA

1. - Diabetes Care (2012). Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus; January 2011; Recuperado el 22 de Marzo de 2012 de http://www.oeglmkc.at/labor/ADA_kriterien-2012.pdf
- 2.- Heredia JP, Bismark P. Depresión en diabéticos un enfoque sistémico. Universidad Católica Boliviana "San Pablo; 2008, 1(5): 22-40
- 3.- Alviso-de-la-Sierra LD, Ramírez-Abascal M. El paciente con diabetes mellitus y depresión; El Residente; 2009, 2(5) : 47-50
- 4.- Amador-Díaz MB, Márquez-Celedonio FG, Sabido-Sighler AS. Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2; Archivos de medicina familiar; 2007; Vol. 9 (2) 99-45
- 5.- Fabián-San-Miguel MG, García-Sancho MC, Cobo-Abreu C; Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades; Med Int Mex 2010; 26(2):100-108
- 6.- Programa Nacional de Salud 2007-2012, México, 28-30

7.- Shea L ; Owens-Gary M; Diabetes y Depresión en mujeres mayores: doble riesgo, doble carga ;Diabetes Voice; 2009, Mayo, | Volumen 54 | 8-11

8.--Encuesta nacional de salud y nutrición 2012 pág. 80

9.- Lehmann V, Makine C, Karşıdağ C, Kadioğlu P, Karşıdağ K, Pouwer F; Validation of the turkish version of the centre for epidemiologic studies depression scale in patients with type 2 diabetes mellitus; Medical Research Methodology 2011(11):109

10. Colunga-Rodríguez C, García-de-Alba JE, Salazar-Estrada JG, Angel-González M. Diabetes Tipo 2, Depresión en Guadalajara, México. 2005. Rev. Salud pública.2008; 10 (1):137-149

11.- De-los-Ríos-Castillo JL, Avila-Rojas TL, Montes-Banda G; Depresión en pacientes con nefropatía diabética y su importancia en el diagnóstico enfermero; Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 2008; 13 (1-2): 9-14

12.- Perveen S, Otho MS, Siddiqi MN, Hatcher J, Rafique G; Association of depression with newly diagnosed type 2 diabetes among adults aged between 25 to 60 years in Karachi, Pakistan;. Diabetology & Metabolic Syndrome; 2010,(2) 17

13.- Albendi-Sudupe J, Taboada O, Castro-Dono C, Vázquez-Ventosos C; Depresión: Guías clínicas. 2007(11);

- 14.- Lloyd C; Los efectos de la diabetes sobre la depresión y de la depresión sobre la diabetes; Diabetes Voice; 2008, Marzo, 53(1): 23-26
- 15.- Castillo-Quan JI,. Barrera-Buenfil DJ, Pérez-Osorio JM.,. Álvarez-Cervera FJ. Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología; Rev. Neurol 2010; 51 (6): 347-359
- 16.- Pawaskar MD, Anderson RT, Balkrishnan R; Self-reported predictors of depressive symptomatology in an elderly population with type 2 diabetes mellitus: a prospective cohort study; Health and Quality of Life Outcomes. 2007, 5:50
- 17.- Pibernik-Okanović M, Ajduković D, Vučić LM, Hermanns N; Does treatment of subsyndromal depression improve depression and diabetes related outcomes: protocol for a randomised controlled comparison of psycho-education, physical exercise and treatment as usual; Trials.2011, 12:17
- 18.- Castro-Aké GA, Tovar-Espinosa JA, Mendoza-Cruz U, Trastorno depresivo y control glucémico en pacientes con Diabetes Mellitus 2; Rev. Med Inst. Mex Seguro Social; 2009; 47 (4): 377-382
- 19.- Chernyak N, Petrak F, Plack K, Hautzinger M, Müller MJ, Giani G, et al; Cost-effectiveness analysis of cognitive behaviour therapy for treatment of minor or mild-major depression in elderly patients with type 2 diabetes: study protocol for the

economic evaluation alongside the MIND-DIA randomized controlled trial (MIND-DIA CEA) BMC Geriatrics. 2009, 9:25.

20.- Robles-García R, Cortázar J, Sánchez-Sosa JJ, Páez-Agraez F y Nicolini-Sánchez H ; Evaluación de la calidad de vida en Diabetes Mellitus Tipo II: propiedades psicométricas de la versión en español del DQOL; Instituto Jalisciense de Salud Mental. Secretaría de Salud de Jalisco (México); 2007. 15 (2): 247-252

21.- Hervás A, Zavaleta A, De-Miguel G, Beldarrain O, Díez J; Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2; Anales Sis San Navarra; 2007; ene.-abr. 30 (1)

22.- Nichols L, Barton PL, Glazner J, McCollum M; Diabetes, minor depression and health care utilization and expenditures: a retrospective database study; Bio Med Central.2008 5:4

23.- Cantón- Chirivella E, Domingo-Tarín A, Diabetes Insulinodependiente y Depresión: Análisis de la investigación reciente; Departamento de Psicología Básica (España) - Universidad de Valencia (España); LIBERABIT: Lima (Perú); 2008; 14: 41-48

24.- Salazar-Estrada JG, Torres-López TM, Colunga-Rodríguez C, Ángel-González M; La calidad de vida, salud y trabajo, la relación con Diabetes Mellitus tipo 2: Revista Salud Pública y Nutrición; 2009; Julio-Septiembre; 10(3)

25.- Colunga-Rodríguez C; García-de-Alba JE; González MA, Salazar-Estrada JG. Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria; Rev. Cubana Salud Pública; 2008; 34 (4)

26.- González-Castro P; El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2; Ensayo; Jul-Dic-2011; Año 3;Vol 2;No 5

27.-Guzmán-Pantoja JE, Gutiérrez-Roman EA, García-Figueroa DR, Valadez-Toscano F; Familia y depresión en pacientes geriátricos del occidente de México; MPAe-Journal de Medicina Familiar y Atención Primaria; 2012,4 (2-3)

28.-Lizarraga- Castro M, Ramírez-Zamora S, Aguilar-Morales LV, Díaz-de-Anda VM; Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor; Rev Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría; 2007, oct-dic; 39 (4); 132-137

29.-Suárez-Cuba MA; El médico familiar y la atención a la familia; Rev. Papeña de Medicina Familiar; 2006;3(4); 95-100

30.- Díaz-Rodríguez G; Reyes-Morales H, López-Caudana AE, Caraveo-Anduaga J, Atrián-Salazar ML; Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus² en unidades de atención primaria, Rev., Inv. Clin, 2006, 58 (5),432-440

31.- Escobedo-Lugo C, Díaz-García NA, Lozano-Nuevo JJ, Rubio-Guerra AF, Varela-Gutiérrez G; Descontrol metabólico relacionado con depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de reciente diagnóstico ; Med Int Mex ;2007;23(5):385

XIV. ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ANEXOS (Inventario de Beck)

Nombre: _____ Edad: _____
No. Afil: _____ Estado Civil: _____

Número de personas con las que habita en casa y quienes son:

ANEXOS (Inventario de Beck)

Marque con un tache (X) la respuesta que más se acerque a la forma en que se siente (solo un enunciado)

- 1.- No me siento triste.
 Me siento triste.
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
 Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.
- 2.- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
 Me siento desanimado con respecto al futuro.
 Siento que no puedo esperar nada del futuro.
 Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.
- 3.- No me siento fracasado.
 Siento que he fracasado más que la persona normal.
 Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
 Siento que como persona soy un fracaso completo.

- 4.- () Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
() No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
() Ya nada me satisface realmente.
() Todo me aburre o me desagrada.
- 5.- () No siento ninguna culpa particular.
() Me siento culpable buena parte del tiempo.
() Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
() Me siento culpable todo el tiempo.
- 6.- () No siento que esté siendo castigado.
() Siento que puedo estar siendo castigado.
() Espero ser castigado.
() Siento que estoy siendo castigado.
- 7.- () No me siento decepcionado en mí mismo.
() Estoy decepcionado conmigo.
() Estoy harto de mi mismo.
() Me odio a mi mismo.
- 8.- () No me siento peor que otros.
() Me critico por mis debilidades o errores.
() Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
() Me culpo por todas las cosas malas que suceden.
- 9.- () No tengo ninguna idea de matarme.
() Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
() Me gustaría matarme.
() Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.- () No lloro más de lo habitual.
() Lloro más que antes.
() Ahora lloro todo el tiempo.
() Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.
- 11.- () No me irrito más ahora que antes.
() Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
() Me siento irritado todo el tiempo.

- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.
- 12.- No he perdido interés en otras personas.
 Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
 He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
 He perdido todo interés en los demás.
- 13.- Tomo decisiones como siempre.
 Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
 Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
 Ya no puedo tomar ninguna decisión.
- 14.- No creo que me vea peor que antes.
 Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
 Creo que me veo horrible.
- 15.- Puedo trabajar tan bien como antes.
 Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
 Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
 No puedo hacer ningún tipo de trabajo.
- 16.- Puedo dormir tan bien como antes.
 No duermo tan bien como antes.
 Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
 Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme
- 17.- No me canso más de lo habitual.
 Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
 Me canso al hacer cualquier cosa.
 Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.
- 18.- Mi apetito no ha variado.
 Mi apetito no es tan bueno como antes.
 Mi apetito es mucho peor que antes.
 Ya no tengo nada de apetito.
- 19.- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.

- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20.- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.

Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.

Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21.- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo

Estoy interesado por el sexo menos de lo que solía estar.

Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.

He perdido por completo mi interés por el sexo.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE EDUCACION, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD

COORDINACION DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NOMBRE DEL ESTUDIO: FRECUENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 Y SU TIPOLOGÍA FAMILIAR EN UNA U.M.F

NOMBRE DE PACIENTE:

No AFIL:

LUGAR Y FECHA:

NÚMERO DE REGISTRO:

JUSTIFICACIÓN : A pesar de la elevada prevalencia de depresión en pacientes diabéticos, se estima que su reconocimiento por parte de médicos en atención primaria se realiza únicamente en 30% de los casos, es por esto último que se realiza la siguiente investigación para determinar la frecuencia de pacientes diabéticos tipo 2 con depresión en la UMF92

OBJETIVO: Establecer la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 en una U.M.F

PROCEDIMIENTOS: deberá llenar su totalidad el cuestionario otorgado

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información recabada, tendrá solo uso exclusivo para esta investigación, de manera confidencial

POSIBLES RIESGOS: Posible alteración psicológica en el caso de informar sobre detección de algún grado de depresión

POSIBLES BENEFICIOS AL PARTICIPAR EN EL ESTUDIO. : Tener una detección oportuna de algún grado de depresión, como complemento en su control metabólico y prevención de complicaciones

INFORMACION SOBRE EL RESULTADO Y ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO: En caso de que se detecte por medio del cuestionario algún grado de depresión se enviará al paciente a valoración por el servicio de Psiquiatría

ACEPTO PARTICIPAR EN EL SIGUIENT ESTUDIO: SI _____ NO ____--

EN CASO DE DUDAS O ACLARACIONES RELACIONADAS CON EL ESTUDIO PODRÁ DIRIGIRSE A:

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Nancy Asbeidy Carbajal Pérez cel:044-55-13-78-76-27

COLABORADORES: Rubén Ríos Morales MF / Rafael Hernández MF. 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^{to} piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, DF CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230. Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y Firma del Sujeto

Nombre y Firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, Dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma