



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR No. 27. TIJUANA BAJA CALIFORNIA MÉXICO.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA FACULTAD DE
MEDICINA Y PSICOLOGÍA.

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN.

TÍTULO:

“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2, EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”

INVESTIGADOR:

Jorge Luis García Cortés.
IMSS: 98021636
Khokhe_1985@hotmail.com
Teléfono: (664) 9000332

ASESORES:

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Coordinadora de Educación e Investigación Médica.
Correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx
Teléfono: (664) 629-6372 ext. 146

Tijuana B.C., Marzo de 2016.

Tijuana, Baja California, México, Marzo del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE GRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobado

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada ***“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”***, elaborada por Jorge Luis García Cortés, manifiesto a ustedes que reúne con los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos
Director de Tesis

c.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, México Febrero del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE PROGRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA

ASUNTO: Voto Aprobado

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada ***“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”***, elaborada por Jorge Luis Garcia Cortés, manifiesto a ustedes que reúne con los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Dr. Juan José Camacho Romo
Sinodal

c.c.p. Archivo

Tijuana, Baja California, México Febrero del 2016

COMITÉ DE ESTUDIOS DE GRADO
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGÍA

ASUNTO: Voto Aprobado

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada ***“ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y CONTROL METABÓLICO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EN UNA UNIDAD DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN”***, elaborada por Jorge Luis García Cortés, manifiesto a ustedes que reúne con los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE

Sinodal

c.c.p. Archivo

INDICE

1. RESÚMEN
2. INTRODUCCIÓN
3. ANTECEDENTES
4. MARCO TEÓRICO
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
6. JUSTIFICACIÓN
7. OBEJTIVOS
8. HIPOTESIS
9. MATERIAL Y MÉTODOS
10. RESULTADOS
11. CONCLUSIONES
12. DISCUSIÓN
13. BIBLIOGRAFÍA
14. ANEXOS

1.- RESÚMEN

Antecedentes: La ansiedad es un estado emocional displacentero que se torna patológica cuando su presentación es irracional, por un estímulo ausente o por su intensidad excesiva, perturba y limita al paciente y médico para enfrentar la enfermedad, dificulta el control y fomenta complicaciones. La depresión por su parte es un estado de anhedonia crónica que puede estar presente y precedido o no por la ansiedad, afecta la calidad de vida y función al individuo. La Diabetes Mellitus T2 es una enfermedad crónico-degenerativa considerada pandemia Global, para la cual a diario se buscan nuevas herramientas de tratamiento que prevengan las múltiples y costosas complicaciones que día a día devastan los sistemas de salud. A nivel nacional hay estudios que relacionan la ansiedad y depresión con diabetes mellitus T2; sin embargo, no hay estudios que las asocien directamente con las metas de control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus T2.

Objetivo general: Determinar la frecuencia de tamizaje positivo para ansiedad y/o depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su relación con mal control metabólico en pacientes.

Material y Métodos: Se realizó un estudio no experimental, transversal, correlacional; en pacientes derechohabientes de la UMF, No. 27, Tijuana B.C., se estudio una muestra por conveniencia de los pacientes en el programa Diabetimss. Se aplicó la Escala Ansiedad y Depresión de Goldberg; así como, un cuestionario sociodemográfico. El análisis estadístico se llevó a cabo por el paquete estadístico SPSS 21. Se analizó estadística descriptiva para variables cuantitativas y porcentajes y frecuencias para variables cualitativas. Análisis bivariado con chi cuadrada (χ^2) para comparación de variables.

Resultados: De los 191 pacientes con Diabetes, se estudiaron 149 mujeres (78%), y 42 hombres (22%), media de edad fue de 47.56 (± 8.47). Del 100% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($n=191$), ninguno cumplía con todas las metas de control metabólico. La escala de Goldberg arrojó 73 detecciones positivas para ansiedad (61%), y 59 detecciones positivas para depresión (30.9%). No se logró establecer relación entre ansiedad y/o depresión y mal control metabólico ya que esta última fue una constante en todos los pacientes.

Conclusión: La relación entre ansiedad, depresión y control metabólico Diabetes mellitus tipo 2 es su alta frecuencia como comorbilidad. Para ansiedad se encontró por arriba de la prevalencia nacional, sin embargo para la depresión se encontró muy similar. En esta investigación se determinó que el control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 no tiene relación con el control metabólico y puede estar ligada a otros factores que acompañan a la ansiedad y depresión; sin embargo, meritan ambas ser tratadas oportuna e integralmente.

Palabras clave: Ansiedad, Depresión, Control metabólico, Diabetes Mellitus Tipo 2, primer nivel de atención.

2. INTRODUCCIÓN

La salud mental en el paciente cronicodegenerativo es crucial para su manejo y adecuado control, aquellos pacientes con enfermedades cronicodegenerativas como la diabetes mellitus T2, al pasar por la crisis de aceptación de dicha enfermedad se pueden ver inmersos en pensamientos que dañan su imagen y autoestima provocados por una mezcla de creencias, vivencias, miedos y expectativas acerca de la enfermedad, llegando en ocasiones al grado de “automutilarse” mentalmente y perder el bienestar mental, quedando sin herramientas para enfrentar su enfermedad de manera adecuada y sostenida. Los pacientes con Diabetes Mellitus T2 adquieren progresivamente conocimiento acerca de las complicaciones a las que se pueden enfrentar, este cumulo de información recibida desde distintas fuentes, que no siempre son las mas adecuadas y empáticas o bien, analizadas con el mejor juicio informado, desencadena y perpetua miedo, miedo que se puede traducir en ansiedad y depresión. El individuo según sus experiencias pondrá en marcha sus mecanismos de defensa para atender el estrés de conocerse con una enfermedad que es no curable y con complicaciones que afectaran su calidad de vida o su ritmo de vida al cual está acostumbrado y con ese mismo estrés interpretará la información a cerca de su enfermedad, pues de ello dependerá su respuesta emocional y riesgo de desarrollar ansiedad, depresión o ambas y en consecuencia de esto, la manera de actuar ante el la enfermedad.

3. ANTECEDENTES

En el siglo pasado (S. XX) el entorno psicológico ha tomado gran auge dentro de la salud tanto así que se integro a la definición de Salud el cual hoy se define según la OMS como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

La salud mental, como parte indivisible de la salud, contribuye de manera significativa a la calidad de vida y a una plena participación social.²

Encuestas recientes muestran que la prevalencia en la comunidad entre las personas con un trastorno psiquiátrico, a lo largo de la vida, con más de un diagnóstico es de aproximadamente 50%. Se observan las tasas más altas de comorbilidad entre ansiedad y trastornos afectivos. La presencia de trastornos comórbidos se asocia con una significativamente tasa más alta en cuanto a la búsqueda de ayuda.¹⁰

La realidad es que la Ansiedad afecta a los procesos mentales, tiende a producir distorsiones de la percepción de la realidad, del entorno y de si mismo, interfiriendo con la capacidad de análisis y afectando evidentemente la funcionalidad del individuo.⁶ La mala identificación de los trastornos de ansiedad pueden atribuirse al hecho de que los proveedores de salud están más interesados en la gestión de los síntomas físicos y las escalas de cribado estandarizados que raramente son utilizados.¹³ La ansiedad perturba y limita al paciente para enfrentar la enfermedad y, al médico, puede dificultarle diagnósticos y tratamientos.⁴ Las características de diagnóstico del trastorno de ansiedad social incluyen miedos debilitantes de evaluación negativa y evitativas asociados a situaciones sociales. Estas persistentes y repetitivas expectativas con juicio

negativo se producen de forma independiente a la probabilidad real de que tales resultados sucedan. Tales creencias y comportamientos son insensibles a los resultados en la experiencia, lo que puede indicar una pérdida de control voluntario. Revisiones recientes han puesto en manifiesto cómo los estados ansiosos o de estrés, pueden resultar en un déficit para una toma de decisiones objetiva, con un cambio voluntario, inflexibles del control para respuestas habituales. Sin embargo, hay poca investigación empírica sobre cómo dichos procesos contribuyen a la etiología o mantenimiento de los trastornos de ansiedad.¹⁵

Algunas instituciones que promueven la salud mental es el caso de la Federación Mundial de la Salud Mental (FMSM), que sigue impulsando su visión de un mundo en el que la salud mental es una prioridad de todos. Pese al creciente reconocimiento de que los servicios de atención de la salud mental son de importancia crítica, aún siguen recibiendo poca atención. No reciben los recursos ni el apoyo que merecen. El argumento se basa en que las enfermedades mentales constituyen un porcentaje importante de la carga a nivel mundial que suponen las enfermedades y que, al darle prioridad y atención a la salud mental, se contribuirá en mucho al desarrollo tanto económico como social. La salud mental está íntimamente vinculada con áreas fundamentales del desarrollo como la educación y la productividad humana. En definitiva, no hay salud en el individuo sin salud mental y no hay desarrollo satisfactorio sin salud. Se ha demostrado que las personas con enfermedades físicas graves o crónicas suelen tener un problema de salud mental coexistente. Ampliamos y detallamos la noción de “integración de la atención” centrándonos en la conexión y relación de los

trastornos de salud mental con las enfermedades crónicas. Tal y como señalara la Organización Mundial de la Salud: Cuatro enfermedades crónicas, las cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las respiratorias, son responsables del 60% de la mortalidad mundial. Hoy día se sabe que las personas con estas enfermedades crónicas tienen una incidencia de depresión y ansiedad mucho mayor que la población general. La presencia de una enfermedad mental con una enfermedad crónica afecta al cuidado que la persona da a su propia salud y su seguimiento de los tratamientos, y aumenta la mortalidad.²¹

4. MARCO TEÓRICO

ANSIEDAD

En los orígenes de la Ansiedad el término que Freud utilizó (“Angst”) literalmente significa “miedo”, y en rigor no corresponde en alemán ni a “ansiedad” ni a “angustia”. Pese a ello, y por el peso de traducciones ya consolidadas en psiquiatría desde el siglo XVII, “Angst” tradicionalmente se ha traducido al castellano por “ansiedad”, siguiendo la vertiente de la traducción inglesa “anxiety”, o por “angustia”, de acuerdo con la tendencia francesa que utiliza “angoisse”. Sin embargo, el problema de traducción persiste porque mientras que en alemán Freud utilizó un solo vocablo, en castellano “angustia” y “ansiedad” no son técnicamente equivalentes, así como tampoco lo son en inglés “anguish” y “anxiety”. En castellano, “angustia” se refiere a algo más próximo a una condición existencial, se trata de un sufrimiento, de algo volcado hacia el propio sujeto. En contrapartida, la “ansiedad” se refiere a la expectativa. Una expectativa inquieta por algo que ocurrirá. Es importante que el lector tenga en mente que en “Angst”, aún cuando se trate de un miedo vago y anticipatorio, el sujeto está preparado para reaccionar rápidamente. Connota un estado visceral, intenso, vinculado a la sensación de peligro y muchas veces próximo a la fobia y al terror, arraigado originariamente en el proceso primario e inscripto en el cuerpo. Ya en sus escritos tempranos, Freud postuló una primera tesis sobre la ansiedad que diferenciaba dos conjuntos nosográficos: las psiconeurosis de defensa, en las cuales la ansiedad reflejaba un conflicto intrapsíquico, un desplazamiento defensivo del afecto que cristalizaba en los síntomas psiconeuróticos; y por otra parte, las llamadas “neurosis actuales” (que incluían a la “neurosis de ansiedad”), en las que

la ansiedad se debía a una falta de procesamiento psíquico de la libido. Mientras que para Freud las psiconeurosis evidenciaban conflictos reconducibles al pasado infantil del paciente, la neurosis de ansiedad presentaba una etiología actual. Más tarde Freud complejizó esta teoría de la ansiedad como afecto “tóxico” y su relación con los dinamismos intrapsíquicos de la neurosis. Explicó el surgimiento de dicho afecto como resultado del proceso represivo. Posteriormente, Freud modificó sus concepciones sobre la ansiedad, planteando que el proceso represivo era consecuencia (y no causa) de la aparición de ansiedad en el yo.¹

Fernández y cols. lo definen como un estado de agitación e inquietud reactivo a una situación concreta. Se trata de una emoción, que se manifiesta en mayor o menor medida a través de un triple sistema de respuesta “cognitivo-fisiológico-conductual” y que puede ser suscitada tanto por estímulos ambientales como por estímulos internos al sujeto (pensamientos, imágenes mentales, etc.), cuando son percibidos como peligrosos o amenazantes.³ Guillermo Hernández y cols. lo definen como una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria pero en ocasiones se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan, genera conductas evitativas o retraimiento y se ha incluido entre los trastornos mentales.⁴ La guía española lo define como un grupo de enfermedades caracterizadas por la presencia de preocupación, miedo o temor excesivo, tensión, o activación que provoca un malestar notable y deterioro clínico.⁵ Finalmente y para fines prácticos la Guía de práctica clínica nacional la define como un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que pueden presentarse como una reacción adaptativa, o

como síntoma o síndrome que acompaña diversos padecimientos médicos. Se considera que la Ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea por que el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva con relación al estímulo o la duración es excesivamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.⁶

EPIDEMIOLOGÍA

Según el estudio europeo ESEMeD 2005, el 13,6% de la población habría presentado algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida y el 6,4% durante el último año. Así mismo, la revisión sistemática de 27 estudios epidemiológicos llevados a cabo en Europa encontró una prevalencia para los trastornos de ansiedad del 12%, similar a la hallada en el estudio ESEMeD. En España, se ha estimado que la prevalencia para los trastornos de ansiedad a lo largo de la vida es del 9,4%, con un riesgo del 6,2% de presentar una crisis de ansiedad en el último año, cabe señalar que este tipo de estudios se realizó por encuesta en una población representativa de la población española mayor de 18 años de 5.473 individuos por encuesta domiciliaria con criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV, 1993).⁷ Así mismo, la revisión sistemática de 27 estudios epidemiológicos llevados a cabo en Europa encontró una prevalencia para los trastornos de ansiedad del 12%, similar a la hallada en el estudio ESEMeD. La estadística nacional que marca la GPC para el manejo de los Trastornos de Ansiedad nos dice que de acuerdo a la OMS en el 2007 la prevalencia en México para cualquier trastorno de Ansiedad a lo largo de la vida era de 14.3%. Y en todos la prevalencia es mayor en mujeres que en hombres.⁶

O bien si pudiéramos traducirlo a grupos de edades donde población anciana

alcanza las tasas más altas hasta del 52% que para fines de este estudio no es el grupo a estudiar.³

DIAGNÓSTICO Y CUADRO CLÍNICO

Esta condición se manifiesta por:

Sensaciones somáticas como:

- Aumento de la tensión muscular
- Mareos
- Sensación de “cabeza vacía”
- Sudoración
- Hiperreflexia
- Fluctuaciones de la presión arterial
- Palpitaciones
- Midriasis
- Síncope
- Taquicardia
- Parestesias
- Temblor
- Molestias digestivas
- Aumento de la frecuencia y urgencia urinaria
- Diarrea

Síntomas Psíquicos (cognoscitivos conductuales y afectivos) como:

- Intrquilidad
- Inquietud

- Nerviosismo
- Preocupación excesiva y desproporcionada
- Miedos irracionales
- Ideas catastróficas
- Deseo de huir
- Temor a perder la razón o el control
- Sensación de muerte inminente

CLASIFICACIÓN

Trastornos de ansiedad según la DSM-IV TR:

Ataques de pánico (crisis de ansiedad, crisis de angustia, panic attack)

Agorafobia

- Trastorno de angustia sin agorafobia (F41.0)
- Trastorno de angustia con agorafobia (F40.01)
- Agorafobia sin historia de trastorno de angustia (F40.00)

Fobia específica (F40.02)

Fobia social (F40.1)

Trastorno obsesivo-compulsivo (F42.8)

Trastorno por estrés postraumático (F43.1)

Trastorno por estrés agudo (F43.0)

Trastorno de ansiedad generalizada (F41.1)

Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica (F06.4)

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Además de estos trastornos, agrupados bajo el rótulo “trastornos de ansiedad”, en la DSM-IV TR se incluye finalmente un trastorno de ansiedad infantil, el trastorno de ansiedad por separación.

DEPRESIÓN

La palabra Depresión viene del latín *depressio*: hundimiento. El paciente se siente hundido con un peso sobre su existencia.³⁴

Es una alteración patológica del estado de animo con descenso del estado de humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia ante las exigencias de la vida), además en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.³⁵

EPIDEMIOLOGÍA

Varia mucho entre los distintos países quienes son los que se ven afectados por la depresión. La prevalencia a lo largo de la vida va desde un 3% en Japón a un 16.9% en EEUU, llegando entre un 8 a 12 % la mayor parte de los países. La falta de criterios diagnósticos de despistaje hace difícil comparar tasas de depresión entre las naciones.³³

Mas de 150 millones de personas en el mundo sufren de depresión en algún momento de su vida. En el año 2001 la prevalencia de depresión en el mundo fue de 5.8% para hombres y de 9.5% en mujeres. La OMS estima que la carga de los

trastornos mentales aumentara de manera significativa en los próximos 20 años. La depresión para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdida a nivel mundial y la primera en países desarrollados.

La depresión es la primera causa de atención psiquiátrica en México. Datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) aplicada en 2003 señalan: Una de cada 5 personas presenta al menos un trastorno mental en su vida, el 13% refirió haber padecido alguno de los trastornos mentales durante el año previo a la encuesta, 5.8% en los últimos 30 días, los hombres presentan prevalencia más alta para cualquier trastorno que las mujeres (30.4% vs 27.1%). La prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos.

DIAGNÓSTICO Y CUADRO CLÍNICO

Trastorno depresivo mayor (DSM-5):

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la anterior, por lo menos uno de los síntomas debe ser

- (1) estado de ánimo depresivo o
- (2) pérdida de interés o placer.

Nota: No incluir los síntomas que son claramente atribuibles a otra condición médica.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (por ejemplo, se siente triste, vacío, sin esperanza) o la

observación realizada por otros (por ejemplo, parece lloroso). (Nota: En los niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan).

3. pérdida de peso significativa sin hacer dieta o ganancia de peso (por ejemplo, un cambio de más del 5% del peso corporal en un mes), o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En niños hay que valorar el fracaso para hacer la ganancia de peso esperada).

4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no sólo remordimiento o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en las áreas sociales, ocupacionales, u otras importantes del funcionamiento.

C. El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra enfermedad médica.

Nota: Criterios de A-C representan un episodio depresivo mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (por ejemplo, pérdida, ruina económica, las pérdidas por un desastre natural, una enfermedad grave o discapacidad) pueden incluir los sentimientos de intensa tristeza, reflexión sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso señalados en el Criterio A, que puede parecerse a un episodio depresivo. Aunque tales síntomas pueden ser comprensibles o se consideren apropiados para la pérdida, la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa debe ser considerado cuidadosamente. Esta decisión requiere inevitablemente el ejercicio del juicio clínico basado en la historia del individuo y las normas culturales para la expresión de angustia en el contexto de la pérdida.

D. La aparición del episodio depresivo mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro del espectro esquizofrénico especificadas y no especificadas y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio de hipomanía. Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios maníacos o hipomanía son inducidos por sustancias o son atribuibles a los efectos fisiológicos de otra enfermedad médica.

CLASIFICACIÓN

Trastorno depresivo mayor, episodio único

Trastorno depresivo mayor, recidivante

Trastorno distímico

Trastorno depresivo no especificado

DIABETES MELLITUS TIPO 2:

La palabra diabetes data del siglo II, cuando Areteo de Capadocia la denomina con este nombre. Willis en el siglo XVII describe el sabor dulce (azúcar, miel) como la miel de la orina en la diabetes y le da el atributo de mellitus.²⁹

Desde 1986, se han desarrollado e implementado programas nacionales de prevención de diabetes mellitus en muchos países, bajo varias declaraciones y planes regionales, llevadas a cabo principalmente mediante colaboraciones entre la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la FID (federación internacional de diabetes). Estos programas han unificado y han orientado los esfuerzos de múltiples agencias gubernamentales y no gubernamentales por combatir la diabetes. La Diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de defectos en la secreción de insulina, acción de la insulina, o ambos. La hiperglucemia crónica de la Diabetes se asocia con daño a largo plazo, disfunción e insuficiencia de diversos órganos, especialmente los ojos, los riñones, el corazón y los vasos sanguíneos. Varios procesos patogénicos están involucrados en el desarrollo de la Diabetes. Estos van desde la destrucción autoinmune de las células del páncreas con deficiencia de insulina como consecuencia de anomalías que resultan en la resistencia a la acción de la insulina.

La Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las cuatro enfermedades no

transmisibles prioritarias identificadas por la OMS, junto con la enfermedad cardiovascular (ECV, que incluye el infarto de miocardio y el derrame cerebral), el cáncer y la enfermedad respiratoria crónica. Es una enfermedad progresiva en la cual la producción de insulina disminuye según progresa aquella, pero en los estadios iniciales el hecho patológico más significativo es la resistencia a la insulina. Ésta se desarrolla a partir de defectos genéticos desconocidos combinados con factores ambientales, principalmente la obesidad y los hábitos sedentarios. Según progresa la enfermedad la resistencia a la insulina permanece relativamente estable y la producción de la misma disminuye progresivamente.³⁰

EPIDEMIOLOGÍA

En el año 2010 se reportan 215 millones de pacientes con DM2 en el mundo y en menos de 25 años (2030) esta cifra alcanzará los 366 millones. Por lo tanto, debido al número de individuos afectados así como por el incremento sostenido en la prevalencia de la DM2 esta enfermedad representa uno de los principales retos para los Sistemas de Salud en todo el mundo.³¹

En México esta patología constituye la primera causa de muerte y de incapacidad prematura y definitiva. Datos recientes indican que existen cerca de 8 millones de pacientes con DM2 en el país y que aún con tratamiento un gran porcentaje, cercano al 60%, no muestra un control óptimo de la glicemia. Adicionalmente ya que este padecimiento co-existe con otras patologías como la hipertensión arterial, la obesidad y distintos desórdenes en los niveles de lípidos sanguíneos su manejo es costoso y complejo.³²

El análisis epidemiológico de los datos del United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) mostró una relación continua entre el riesgo de complicaciones

microvasculares y la glucemia, de manera que por cada punto porcentual de reducción de HbA 1c (hemoglobina glucosilada) (por ejemplo, 9-8%), hubo una reducción del 35% en el riesgo de complicaciones. Existe una relación continua entre el riesgo de complicaciones cardiovasculares y la glucemia, de manera que por cada punto porcentual de reducción de HbA 1c (por ejemplo, 9-8%), hay una reducción del 25% en las muertes relacionadas con la diabetes, una reducción del 7% en todas las causas de mortalidad y una reducción del 18% en el combinado infarto de miocardio mortal y no mortal.³¹

Según estadísticas locales, en comparación con los resultados nacionales, la prevalencia de diagnóstico médico previo de diabetes en Baja California (9.9%), se ubicó por arriba de la media nacional (9.2%).²³

DIAGNÓSTICO Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Los síntomas clásicos de la DM se deben a la propia hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, visión borrosa e infecciones recurrentes, aunque en la mayor parte de los casos, sobre todo en las fases iniciales de la DM2, el paciente se encuentra asintomático.

Los criterios diagnósticos son los propuestos por la Asociación Americana de Diabetes (ADA)³¹

- Glucemia basal 126 mg/dl. Debe realizarse una segunda determinación en un día diferente para confirmar el diagnóstico.

- Síntomas típicos de diabetes y glucemia al azar 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

No es necesaria una segunda determinación

- Glucemia a las 2 h de la SOG con 75 g de glucosa 200 mg/dl (11,1 mmol/l).

CONTROL METABÓLICO

Las metas de control metabólico establecidas tanto por la Asociación Americana de Diabetes (2009) como la norma oficial mexicana para enfermedades crónicas como la obesidad, diabetes, hipertensión arterial y las Dislipidemias.^{18-19 y 22}

Objetivos	
Hemoglobina glucosilada (HbA1c) (%)	< 7%*
Glucemia basal y preprandial (mg/dl)	70-130
Glucemia posprandial (mg/dl)	< 180
Colesterol total (mg/dl)	< 200
Colesterol LDL (mg/dl)	< 100
Colesterol HDL (mg/dl)	> 40 en hombres; > 50 en mujeres
Triglicéridos (mg/dl)	< 150
Presión arterial (mmHg)	< 130/80

ANSIEDAD, DEPRESION Y ENFERMEDADES CRONICODEGENERATIVAS

Hay muchos tipos de enfermedades crónicas, desde la diabetes y el SIDA hasta la artritis y el cansancio persistente. Si bien, la ciencia médica ha logrado grandes progresos en el desarrollo de tratamientos eficaces para los efectos físicos de estas enfermedades, muchas víctimas siguen enfrentando un desafío asombroso para su salud mental y emocional. Uno de los mayores temores es la incertidumbre asociada con una enfermedad crónica. La enfermedad puede ser esporádica y durar solo un tiempo breve o puede ser permanente y empeorar gradualmente con el paso del tiempo. Las enfermedades crónicas pueden forzar muchos cambios de estilo de vida potencialmente estresantes como por ejemplo,

dejar de hacer actividades que disfruta, adaptarse a nuevas limitaciones físicas y necesidades especiales y pagar medicaciones y servicios de tratamiento costosos. Con el paso del tiempo, estas tensiones y sentimientos negativos pueden robarle la energía emocional necesaria para avanzar en la vida. La falta de progreso en su recuperación o el empeoramiento de los síntomas pueden desencadenar pensamientos negativos que aumentan los sentimientos de ansiedad y tristeza, que con frecuencia llevan a la depresión. En estudios realizados con pacientes recientemente diagnosticados con diversos tipos de enfermedades crónicas, el mayor riesgo de síntomas depresivos se produjo durante los primeros dos años.¹⁷

Actualmente y a gran escala, estudios epidemiológicos, tanto en Europa (Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales) y en los EE.UU. (Encuesta Nacional de Comorbilidad-Replicación) han demostrado que trastornos de ansiedad tienen las más altas estimaciones de la prevalencia a lo largo de vida (13,6 a 28,8%) y la edad más temprana de inicio es a los 11 años para los trastornos psiquiátricos. Los pacientes que sufren de trastornos de ansiedad también con frecuencia presentan otras enfermedades comórbidas, incluyendo no sólo trastornos psiquiátricos como la depresión, sino también condiciones médicas, incluyendo enfermedad gastrointestinal funcional, asma, enfermedad cardiovascular, cáncer y el dolor crónico, hipertensión y migraña.⁹

La morbilidad psíquica en la población general es del 15% de los individuos, siendo el doble en Atención Primaria. La cuarta parte de los pacientes que llegan al médico de familia tienen malestar psíquico significativo, siendo ansiedad y depresión los problemas, con mucho, más frecuentes en este entorno (33,8% y 23%, respectivamente).¹⁰

Desde la misma perspectiva si incluyéramos prevalencias asociadas a otras comorbilidades por ejemplo, que afectan hasta al 20% de los pacientes a través de diferentes etapas de la enfermedad arterial coronaria (EAC). Tan solo el Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es el trastorno más frecuente de ansiedad con tasas de prevalencia que oscilan del 5% al 12%. Aunque, la ansiedad, cuando se compara con la depresión, ha recibido significativamente menos atención en pacientes con EAC.¹³ En otras situaciones, como la relacionada con alcohol, el primero de ellos se llevó a cabo por el ECA (Epidemiologic Catchment Área) en Estados Unidos. En dicho estudio los datos nos indican que la comorbilidad entre el abuso o dependencia de alguna sustancia y algún trastorno de ansiedad es del 23,7% (OR 1.7), siendo estadísticamente significativa esta interrelación.¹⁴

Por otro lado los síntomas depresivos son asociados con un mayor riesgo de mortalidad 2 a 3 veces y se mostró a actuar con independencia de los factores biológicos de riesgo. Los síntomas de ansiedad son reportados para 38-70% de los pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva. Por esta razón, las directrices nacionales e internacionales de alta frecuencia recomendar la evaluación periódica de la depresión y la ansiedad en pacientes con insuficiencia cardíaca. Sin embargo, a pesar de que la evidencia reciente sugiere que los pacientes tamizado positivo para la depresión tienen un mayor riesgo de hospitalización, visitas a urgencias y mortalidad, no hay datos disponibles sobre la transformación de estas recomendaciones en el cuidado de rutina de los pacientes con IC.²⁸

En cuanto a Diabetes la década de 1940 datan los primeros reportes relacionados con la aparición de complicaciones “crónicas”, como la retinopatía, neuropatía y nefropatía, las cuales eran directamente proporcionales al número de años de

evolución de la enfermedad. En 1979 Pirat informó que las complicaciones se relacionaban con el grado de control metabólico; observaciones similares se encontraron en los informes del Control de la Diabetes y sus Complicaciones (DCCT en inglés), de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos para los pacientes con diabetes tipo 1. Las complicaciones se previenen mediante un adecuado control glucémico y mediante los demás parámetros establecidos por las diferentes organizaciones, como la Norma Oficial Mexicana y la Asociación Americana de Diabetes. En términos generales, se considera que 60% de los diabéticos tipo 2 tiene un control insuficiente de su enfermedad y padece las complicaciones asociadas, lo que podría controlarse con la intervención familiar.

En México el porcentaje de pacientes diabéticos realmente controlados, por cumplir con sus metas metabólicas, se ha considerado extremadamente bajo, según la Norma Oficial Mexicana y la Asociación Americana de Diabetes. El impacto económico es evidente, es la primera causa de demanda de consulta externa, con un gasto anual de más de 3,200 millones de pesos. El efecto que representa lograr estos objetivos terapéuticos se ha evidenciado en diferentes estudios, como el Control de la Diabetes y sus Complicaciones (DCCT en inglés 1983-1993), el Estudio Prospectivo de Diabetes del Reino Unido (UKPDS en inglés), el Control intensivo de glucosa en sangre y resultados vasculares en pacientes con diabetes tipo 2 (Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes), la Acción contra la Diabetes y la Enfermedad Vascular (ADVANCE) y el estudio Steno 2.¹⁸

Por otro lado, existen escasos datos regionales en relación a depresión y ansiedad en comorbilidad con Diabetes Mellitus Tipo 2 o con la suficiente evidencia para

citarlos y mucho menos, alguno que establezca la relación entre parámetros de control metabólico y presencia de estas psicopatologías.

ESCALA DE GOLDBERG

Una herramienta valiosa para el cribaje de ansiedad y depresión es la escala EADG (Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg), cabe señalar que las escalas por sí mismas no generan diagnósticos, sino que permiten seleccionar personas con puntuación alta en las que se sospecha la presencia de patología mental, lo que justifica la realización posterior de un estudio más profundo. Además, estos instrumentos de medida sirven para completar una adecuada valoración, ya que refuerzan el juicio diagnóstico elaborado tras la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. Debido a que el tiempo disponible para evaluar a los pacientes en las consultas de Atención Primaria es limitado, los instrumentos a utilizar deben ser fáciles de manejar e interpretar. Esta escala hetero-administrada, es útil en el momento de proporcionar preguntas clave para guiar la entrevista clínica y para evaluar los cambios logrados con las distintas intervenciones. La EADG-Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, así como de indicador de la prevalencia, gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados para estudios de investigación.⁵

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia de tamiz positivo para ansiedad, depresión o ambas en pacientes con control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2?

6. JUSTIFICACIÓN:

Los trastornos de ansiedad son un conjunto de síntomas derivados de emociones universales; a lo largo de la vida todos los individuos pudiéramos tener esta vivencia por diversas circunstancias que no necesariamente implican enfermedad. La ansiedad es una entidad de la cual se ha estudiado mucho pero comprendido muy poco, fuera del ámbito psiquiátrico/psicológico, debido a su connotación psicológica y su carácter subjetivo. A partir de la nueva definición que establece la OMS con respecto a la “salud”, el bienestar psicológico se ha colocado como un aspecto esencial en la salud del ser humano así como el aspecto biológico y social, que dan un entorno integral al individuo para su estudio; así mismo, trazan las vías por las que el individuo pudiera enfermar y establecen la pauta para la intervención sobre ella. La detección de los trastornos de ansiedad en atención primaria es importante debido a su prevalencia y la discapacidad asociada.¹⁶ Por si fuese poco existe una insuficiente detección de morbilidad psíquica en Atención Primaria motivada, tal vez, por factores relacionados con el médico (falta de motivación, experiencia, técnicas, etc.), con el paciente (edad avanzada, minorías étnicas, somatización, cuadros de larga evolución, patología no demandada de forma directa, etc.) o con el sistema sanitario (presión asistencial elevada).¹⁰ Esto es muy grave, dado que pasa por alto el momento en el que las enfermedades mentales dejan de ser una respuesta fisiológica o de adaptación, para iniciar como una nueva entidad comórbida que también amerita la atención médica y tratamiento médico integral. Si bien la visión biologicista médica nos ha heredado esta percepción a lo largo de la evolución médica, dentro de las múltiples especialidades, el médico familiar esta obligado a no dejarlo pasar por alto, si lo

que se pretende es el bienestar bio-psico-social del paciente; es decir, la Salud. La ansiedad es además, una entidad estrechamente relacionada con la Depresión y las enfermedades crónico-degenerativas. La Diabetes mellitus tipo II, cuya prevalencias está en ascenso alarmante y desmedido, enfermedad que epidemiológicamente es considerada como pandemia al igual que sus complicaciones y que en conjunto abarcan la mayor parte del impacto económico en todas las instituciones de salud ya sean públicas o privadas. La Ansiedad y Depresión tienen un aumento en la misma medida, estas comorbilidades contribuyen al mal control de estas patologías y actúan como coadyuvante a la ineficacia de los esfuerzos, individuales, médicos e institucionales por lograr el óptimo registro de los parámetros para el control metabólico de los pacientes, ya que el bienestar mental es un determinante para la salud. Esto deja en claro que no se han terminado de agotar los recursos para incidir integralmente en los pacientes con diabetes.

7. OBJETIVOS:

1.- General:

Determinar la frecuencia de tamizaje positivo para ansiedad y/o depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 y su relación con control metabólico.

2.- Específicos:

-Determinar la frecuencia de tamizaje positivo de Ansiedad y Depresión con los parámetros en mayor descontrol metabólico, de Diabetes Mellitus Tipo 2.

-Determinar la frecuencia de tamiz negativo para Ansiedad y Depresión con parámetros en buen control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

-Describir las características sociodemográficas que tienen más frecuencia con tamiz positivo de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

8. HIPOTESIS:

Hipótesis de trabajo (H_0): La presencia de tamiz positivo para Ansiedad, Depresión o ambas es mas prevalente en pacientes diabéticos con mal control metabólico.

Hipótesis nula (H_1): La presencia de tamiz positivo para Ansiedad, Depresión o ambas no es mas prevalente en pacientes con mal control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

Hipótesis alterna (H_a): La presencia de tamiz positivo para Ansiedad, Depresión o ambas no tiene relación alguna con el mal control metabólico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2.

9. MATERIAL Y METODOS

Diseño y tipo de estudio:

Se realizó estudio no experimental, transversal, correlacional, unicéntrico.

Universo de trabajo:

El presente estudio se realizó en pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de la Unidad Médico Familiar No. 27 (UMF No. 27), Tijuana; Baja California; donde se otorga consulta médica a pacientes citados, espontáneos y además cuenta con servicio de Atención Médica Continua (AMC). El universo son todos los pacientes actualmente bajo adscripción al programa Diabetimss, cuyos pacientes están divididos en grupos, dirigidos por un Médico de Base capacitado según las directrices del programa, y atendidos en turno matutino y vespertino.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para la selección del tamaño de la muestra, se utilizó la fórmula de Thomson; el cálculo del tamaño de muestra para estimar parámetros con distribución multinominal:

$$n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

N= Tamaño de la muestra

Z: Nivel de significancia del 95% (Valor estándar de 1.96)

P: Prevalencia estimada de la población a estudiar

M: Margen de error del 5% (Valor estándar de 0.05)

$$n = \frac{z^2 \times p(1-p)}{m^2}$$

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.143(1-.143)}{0.05^2}$$

$$n = \frac{3.84 \times 0.143(0.857)}{0.0025}$$

$$n = \frac{0.47059584}{0.0025}$$

$$n = 188.2383$$

El cálculo fue realizado en base a la prevalencia nacional de Ansiedad, registrada con 14.6%, según Guía de Práctica Clínica: “Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto”, con IC del 95% (1.96) y con margen de error del 5% ($P=0.05$). Mediante la muestra se obtuvieron un total de 188 pacientes; sin embargo, se contemplaron 200 pacientes como total, considerando las posibles pérdidas en el muestreo final. El tipo de muestreo fue por conveniencia y se seleccionaron pacientes del grupo de Diabetimss que cumplieron los criterios de inclusión, se tomaron las mediciones de laboratorio y antropométricas, respectivas de los expedientes de los pacientes con previo consentimiento de los encargados de dicho programa, directivos y el correspondiente Comité Local de Investigación y Ética en Investigación. Así mismo se le aplicó el cuestionario sociodemográfico y de antecedentes.

Lugar y fecha de recolección de datos:

Este estudio se realizó en la Unidad Médico Familiar No. 27 del IMSS, del periodo comprendido entre Mayo y Diciembre de 2015.

Criterios de inclusión:

Pacientes derechohabientes del IMSS de la UMF No. 27, pacientes alfabetas que desearon participar y llenaron de manera completa, personal y con pleno entendimiento del consentimiento informado y firmado o equivalentes, pacientes con llenado completo y adecuado de la escala de Goldberg para Ansiedad y Depresión, rangos de edad: de ≥ 18 años a $\leq$ de 60 años. Pacientes que contaron con parámetros clínicos y paraclínicos actualizados (no mayor a 3 meses), de los criterios de Control Metabólico según la NOM-015-SSA2-2010, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus, que incluye: glucemia en ayuno o glucemia posprandial de 2hrs. o HbA1c (%), Colesterol total (mg/dl), LDL (mg/dl), Triglicéridos en ayuno (mg/dl), Colesterol HDL (mg/dl), colesterol HDL (mg/dl), Microalbuminuria (mg/día), Presión Arterial (mm de Hg), índice de masa corporal (IMC), circunferencia abdominal (cm), llenado del cuestionario sociodemográfico y de antecedentes personales según anexo.

Criterios de exclusión:

Quienes no cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de no inclusión o eliminación:

Quienes no completaron cuestionarios o llenado adecuado de escalas, quienes decidieron voluntariamente abandonar el estudio en cualquier momento de la recolección, así como aquellos de quienes faltó información sobre las variables a estudiar y que no pudieron ser recabadas o solicitados en tiempo y forma.

Sistema de registro de información:

La captación de los datos se realizó por medio de una hoja de recolección de datos.

Análisis estadístico:

Se utilizó estadística descriptiva para variables cuantitativas, frecuencia, medidas de tendencia central, dispersión y varianza para variables cuantitativas. Para variables cualitativas se aplicó porcentajes y frecuencias. Análisis bivariado con chi cuadrada (χ^2) para comparación de variables, procesado paquete estadístico SPSS 21.

Procedimientos:

Una vez aprobado por el Comité Local de Investigación y Ética en Investigación, se procedió a la ejecución de los procedimientos antes descritos. Ya obtenido el consentimiento informado, adecuadamente llenado y los permisos correspondientes para revisión de expedientes, se inició con la selección de los pacientes del programa Diabetimss que cumplieron con los criterios ya descritos. Se les aplicó la escala de Goldberg (anexo 3), cuestionario sociodemográfico y antecedentes personales y recabó información en los expedientes, con tiempo establecido a tres meses para la recolección de datos y 4 meses para análisis de la información así como redacción de la misma.

Aspectos éticos:

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, en el Título Segundo: de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, Capítulo I, Art. 17, “una Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta”.

La investigación que se llevará a cabo no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia en 1983 y en Hong Kong 1989, así como el artículo 13 de la Ley General de Salud de México, ya que cumple los requisitos de acuerdo a los Artículos II de la Ley de Salud en materia de investigación y a los códigos de Nuremberg 27 y Helsinki 28 párrafos 13 y 14 DH 17,18,19, 22, 23, 24 y 26.

Para llevar a cabo el estudio, se requiere únicamente de la realización voluntaria y libre de una encuesta por parte de los sujetos del estudio, la cual es totalmente anónima, dándose a conocer a los sujetos de estudio el objetivo del mismo, explicándose el procedimiento de la aplicación, misma que no conlleva ningún tipo de riesgo al sujeto. Se utilizará consentimiento informado por escrito, el cual se encuentra como archivo anexo.

Datos personales: los datos obtenidos de los cuestionarios individuales se manejarán de manera confidencial, su difusión se realizará con previa autorización en caso de ser necesario.

10. RESULTADOS:

Tabla 1. Sociodemográfica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
(Años)					
EDAD					
MEDIA		47,56			
MEDIANA		49,00			
MODA		50			
DESV. TIP.		8,474			
MINIMO		20			
MAXIMO		60			
SEXO					
Válidos	FEMENINO	149	78,0	78,0	78,0
	MASCULINO	42	22,0	22,0	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
ESCOLARIDAD					
Válidos	PRIMARIA	104	54,5	54,5	54,5
	SECUNDARIA	54	28,3	28,3	82,7
	PREPARATORIA O TECNICA	21	11,0	11,0	93,7
	UNIVERSITARIA O POSTGRADO	6	3,1	3,1	96,9
	SOLO SABE LEER Y ESCRIBIR	6	3,1	3,1	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
OCUPACION					
Válidos	HOGAR	95	49,7	49,7	49,7
	EMPLEADO	64	33,5	33,5	83,2
	OBRERO	13	6,8	6,8	90,1
	ESTUDIANTE	5	2,6	2,6	92,7
	PENSIONADO	9	4,7	4,7	97,4
	DESEMPLEADO	3	1,6	1,6	99,0
	OTRO	2	1,0	1,0	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
ESTADO CIVIL					
Válidos	Casado	104	54,5	54,5	54,5
	Soltero	31	16,2	16,2	70,7

Divorciado	5	2,6	2,6	73,3
Viudo	12	6,3	6,3	79,6
Unión libre	35	18,3	18,3	97,9
Otro	4	2,1	2,1	100,0
Total	191	100,0	100,0	

El presente estudio fue realizado con paciente Diabéticos tipo 2 derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, que se encuentren en control bajo el programa DIABETIMSS del IMSS de la UMF No. 27, Tijuana, B.C. Se calculó una muestra de 188 pacientes según la prevalencia de ansiedad de la GPC para el manejo y tratamiento de la Ansiedad y se aplicó la escala de Goldberg y cuestionario sociodemográfico. En el presente estudio se realizaron 210 encuestas, obteniendo un total del 111% de la muestra esperada de los cuales 19 pacientes se excluyeron, 15 por no contar con estudios de laboratorios y 4 por inadecuado llenado de la escala de Goldberg, obteniendo un total de 191 pacientes que representan el 100% de la muestra a estudiar.

De los 191 pacientes 149 fueron del sexo femenino (78%), y 42 del sexo masculino (22%), media de edad fue de 47.56 (± 8.47), la moda de edad fue de 50 y la mediana de 49 años, la edad mínima edad fue de 20 y la máxima de 60. El 54% estaban casados y el solo el 2.1% divorciado, el 85% contaba con algún grado de estudios, predominando la primaria como el grado mas frecuente (54,5%). En cuanto a la ocupación 49.7% se dedicaba al hogar y el 33.5% tenia algún empleo, el 70.7% practicaba la religión católica y 20.4 la religión cristiana (tabla 1.).

Tabla 1.2 COMORBILIDADES					
HIPERTENSION ARTERIAL					
Válidos	SI	116	60,7	60,7	60,7
	NO	75	39,3	39,3	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
DISLIPIDEMIAS					
Válidos	SI	37	19,4	19,4	19,4
	NO	154	80,6	80,6	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
TABAQUISMO					
Válidos	SI	13	6,8	6,8	6,8
	NO	178	93,2	93,2	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
ALCOHOLISMO					
Válidos	SI	8	4,2	4,2	4,2
	NO	183	95,8	95,8	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
ANSIEDAD					
Válidos	SI	29	15,2	15,2	15,2
	NO	162	84,8	84,8	100,0
	Total	191	100,0	100,0	
DEPRESION					
Válidos	SI	26	13,6	13,6	13,6
	NO	165	86,4	86,4	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

En cuanto a comorbilidades 13 pacientes practicaban el tabaquismo (13%), y 8 pacientes con alcoholismo (4.2%), el 60% era hipertenso (116), 19% con

Dislipidemia, 47% se conocía con algún grado de obesidad y el 2,1% con alguna cardiopatía. 29 personas ya se conocía con el diagnóstico de ansiedad y 26 con el diagnóstico de depresión (tabla 1.2).

Del 100% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, ninguno cumplía con todas las metas de control metabólico (N=191)

Tabla 3. TAMIZ POSITIVO PARA ANSIEDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	73	38,2	38,2	38,2
	SI	118	61,8	61,8	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Tabla 4. TAMIZ POSITIVO PARA DEPRESIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	132	69,1	69,1	69,1
	SI	59	30,9	30,9	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

La escala de Goldberg arrojó 73 detecciones positivas para ansiedad (61%), y 59 detecciones positivas para depresión que representan el 30.9% de los diabéticos tipo 2 estudiados.

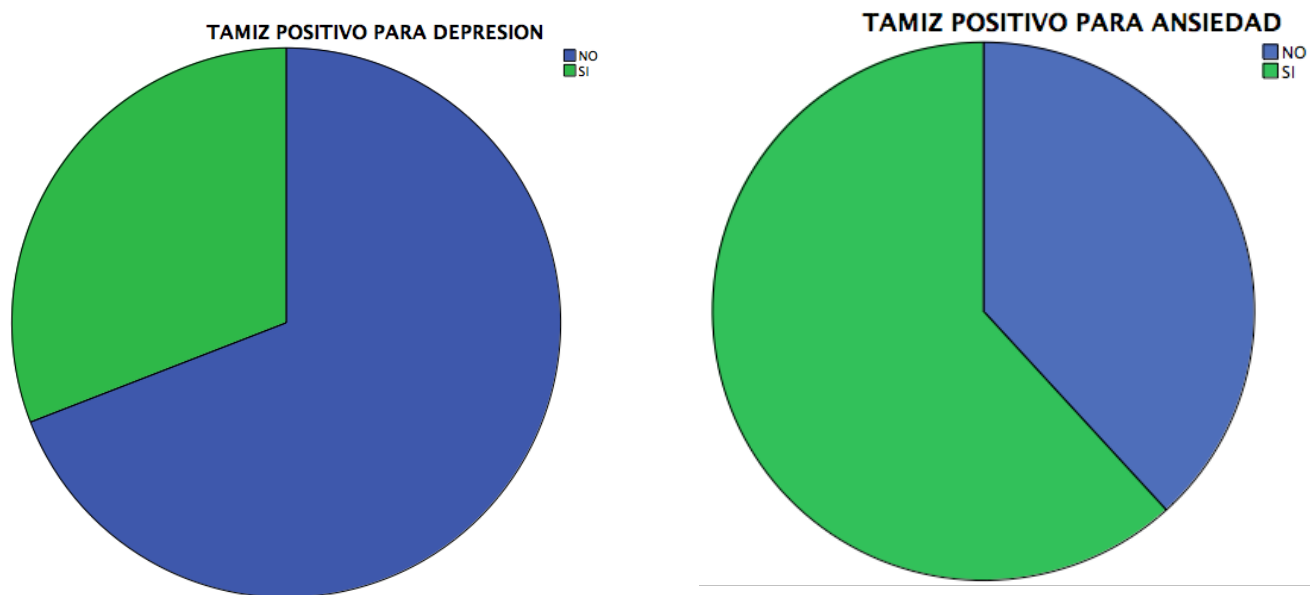


Tabla 5.1 HEMOGLOBINA GLUCOSILADA <7%

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
si	77	40,3	40,3	40,3
Válidos no	114	59,7	59,7	100,0
Total	191	100,0	100,0	

Tabla 5.2 COLESTEROL TOTAL <200 mg/dl

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SI	104	54,5	54,5	54,5
Válidos	NO	87	45,5	45,5	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Tabla 5.3 IMC MENOR DE 24.9 kg/m2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	SI	16	8,4	8,4	8,4
Válidos	NO	175	91,6	91,6	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Tabla 5.4 TRIGLICERIDOS <150 mg/dl

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	72	37,7	37,7	37,7
	NO	119	62,3	62,3	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Tabla 5.6 GLUCOSA EN AYUNO 70-130 mg/dl

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	NO	88	46,1	46,1	46,1
	SI	103	53,9	53,9	100,0
	Total	191	100,0	100,0	

Tabla 5.7 CONTROL DE TA <130/80 mmHg

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	SI	78	40,8	96,3	96,3
	NO	3	1,6	3,7	100,0
	Total	81	42,4	100,0	
Perdidos	Sistema	110	57,6		
Total		191	100,0		

Cuando se analizan por separado las metas de control metabólico encontramos que de los 191 pacientes solo 77 (40,3%) de ellos alcanzan un buen control de la hemoglobina glucosilada. Para colesterol, mas de la mitad (54.4%) también alcanza un buen control (Tabla 5.2). Solo 16 personas (8.4%), logra su IMC sin algún grado de obesidad, 72 personas con buen control para triglicéridos (37.7%). En cuanto a la tensión arterial 78 pacientes logran un control sistólico menor de 130mmHg con menos de 80mmHg de presión sistólica. Finalmente 88 personas (46.1%) logra el control en cuanto a glucosa en ayuno. Otros parámetros metabólicos no se logran analizar debido a que son mínimos los pacientes que cuentan con mediciones de HDL y LDL, lo que nos llevaría a un análisis de una muestra no representativa.

El análisis estadístico de cruce de variables por Chi cuadrada nos arroja los siguientes resultados:

Tabla 6. Relación de ansiedad y depresión con parámetros de Control metabólico en descontrol				
Parámetro de control metabólico	Tamiz positivo para ansiedad (n=%)	χ^2	Tamiz positivo para depresión (n=%)	χ^2
Hb A1c% >7	69 (36%)	,806	36 (18.8%)	,727
Glucosa en ayuno (>130)	52 (27.2%)	,480	31 (16.2%)	,230
IMC >24.9	106 (55.4%)	,256	55 (28.7%)	,594
Colesterol >199	46 (24%)	,021	29 (15.1%)	,504
Triglicéridos >149	74 (38.7%)	,882	39 (20.4%)	,469
TA >129/79	81 (42.4%)	,543	39 (20.4%)	,857

Al calcular el análisis estadístico de relación χ^2 con valores de control metabólico en descontrol encontramos que solo hubo significancia estadística en relación a los valores de colesterol total y el tamizaje positivo para ansiedad.

11. CONCLUSIONES:

La relación entre ansiedad, depresión y control metabólico Diabetes mellitus tipo 2 es su alta frecuencia como comorbilidad. Para ansiedad se encontró por arriba de la prevalencia nacional, sin embargo para la depresión se encontró muy similar. La relación entre ansiedad y/o depresión con el descontrol metabólico no se pudo establecer dado que ninguno de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 encuestados alcanzo a cumplir con todas las metas de control metabólico; sin embargo como hallazgo interesante, el mal control de colesterol total si adquirió significancia estadística. En esta investigación se determino que el mal control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 no tiene relación directa con presencia de síntomas depresivos u ansiosos y el buen control puede estar ligada a otros factores; sin embargo, meritan ambas ser tratadas de manera oportuna e integral.

12. DISCUSIÓN

En el presente estudio la relación entre los parámetros de control metabólico y la presencia de tamizaje positivo para ansiedad y depresión no se pudo demostrar, probablemente no debido a que no exista dicha relación, si bien ya descrito y demostrado en el marco teórico, pero es necesario resaltar el impactante hecho

del poco control metabólico que se tiene en los pacientes en control y lo estricto que resulta para nuestra población alcanzar dichas metas.

Aunque el diagnóstico de ansiedad y depresión no fue el objetivo en este estudio, el conocer la presencia de síntomas sugestivos de la enfermedad nos ayudara a comprender y predecir el comportamiento de las enfermedades crónicas de nuestros pacientes y será una herramienta más, que podremos utilizar en el abordaje de la enfermedad, así como otorgar envíos oportunos a segundo nivel donde se podrá establecer un diagnóstico y tratamientos adecuados para el paciente.

Gran parte del registro de casos psiquiátricos han sido de utilidad; sin embargo dependerá de la validez de los diagnósticos psiquiátricos. Byrne (2005) en su revisión concluyen que, son pocos los trabajos de calidad con mediciones sistemática para la validez de los datos que conducen al diagnóstico y su registro con fines de investigación. Casi ningún estudio (1 de 14) realizan alguna otra revisión para evaluar la validez de los casos. Sólo dos de los estudios revisados indicaron que los diagnósticos registrados tenían sesgo por parte de los investigadores y las pruebas de confiabilidad entre calificadores sólo se realizó en tres de los estudios.¹¹ Otra situación a contemplar sin duda importante es el hecho de que la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés) ha modificado el capítulo de los trastornos de ansiedad que ya no incluye el trastorno obsesivo-compulsivo o trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno de estrés agudo (que están en el nuevo capítulo "Trastornos estresores relacionados"), cambios en los criterios para la fobia específica y trastorno de ansiedad social (antes fobia social), incluyen la supresión de la exigencia de que

las personas mayores de 18 años reconocen que su ansiedad es excesiva o irrazonable. En su lugar, la ansiedad debe ser fuera de proporción con el peligro real o amenaza de la situación. La duración de 6 meses se extiende ahora a todas las edades. Los ataques de pánico ahora se pueden enumerar como un especificador que es aplicable a todos los trastornos DSM-5. El desorden de Pánico y la agorafobia no están ligados en el DSM-V, los ex-diagnósticos DSM -IV de trastorno de pánico con agorafobia, trastorno de pánico sin agorafobia y agorafobia sin historia de trastorno de pánico se sustituyen ahora por dos diagnósticos: trastorno de pánico y agorafobia, cada uno con criterios separados.¹² Nuestra comprensión de los procesos patológicos, factores etiológicos y causales subyacentes trastornos de ansiedad siguen siendo lamentablemente en la infancia y debe ser desarrollado si vamos a diagnosticar y tratar los trastornos de ansiedad más eficazmente.⁹

FORTALEZAS Y DEBILIDADES:

FORTALEZAS:

Se cuenta en el instituto un departamento que atiende específicamente a los pacientes con Diabetes Mellitus, donde se aplican diferentes estrategias que permiten llevarlo a condiciones óptimas.

DEBILIDADES:

El tipo de estudio tiene sus limitaciones propias que no le permiten determinar incidencias o causalidad y seguimiento. Con un muestreo no probalístico que le confiere sesgos a la investigación.

RECOMENDACIONES.

Para mejorar el estudio:

Realizar para futuras investigaciones diseños analíticos, comparativos y de seguimiento.

Realizarse con una muestra más representativa y con un muestreo de tipo probabilístico.

Realizar una muestra más homogénea entre hombres y mujeres, ya que en este estudio fueron mucho mas mujeres que hombres lo que puede conferir mayor sesgo.

Realizar de forma periódica este mismo tipo de estudio.

Realizar una intervención educativa en los médicos sobre diabetes, ansiedad y depresión.

A nivel institucional:

Difundir los resultados de este estudio.

Favorecer estudios de este tipo de forma periódica.

Realizar una educación más intensiva para los médicos en apego en las NOM y GPC.

13. BIBLIOGRAFIA

- 1.- Juan S, Etchebarne S, Gómez-Penedo JM y Roussos A. Una perspectiva psicoanalítica sobre el trastorno de ansiedad generalizada. Raíces históricas y tendencias actuales. SAP. 2010;14:197-219.
- 2.- Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. © Copyright Organización Mundial de la Salud (OMS), 2015. Reservados todos los derechos. Preguntas más frecuentes. [Consultado el 10 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- 3.- Secretaría de salud [Internet]. © Copyright CENETEC. México; 2010. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los trastornos de Ansiedad en el Adulto. [Consultado el 01 de Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/392_IMSS_10_Ansiedad/EyR_IMSS_392_10.pdf
- 4.- Fernández-Blázquez MA, Ávila-Villanueva M, López-Piña JA, Zea-Sevilla MA, Frades-Payo B. Propiedades psicométricas de una nueva versión abreviada del State-Trait Anxiety Inventory (STAI) para valorar el nivel de ansiedad en personas mayores. Rev Neurología. 2014;12:1-7.
- 5.- Guillermo-Hernández G, Gricel-Orellana V, Mónica-Kimelman J, Carlos-Nuñez M, Carolina-Ibáñez H. Trastornos de ansiedad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. Rev Méd Chile. 2005; 133: 895-902.
- 6.- Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. [Internet]. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. n.d. [Consultado el 01 de Marzo de 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf.
- 7.- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004; 420:21-27.
- 8.- Haroa JM, Palacína C, Vilagutb G, Martínez M, Bernala M, Luquea I, et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. Med Clin. 2006; 126(12):445-51.
- 9.- Cryan JF and Sweeney FF. The age of anxiety: role of animal models of anxiolytic action in drug discovery. British Journal of Pharmacology. 2011; (164):1129–1161.

- 10.- Rodríguez-Fernández E y Gómez-Moraga A. Estudio descriptivo de los trastornos de ánimo en la población mayor de 65 años que acude a consulta en un medio rural. SEMERGEN. 2004; 30(7): 320-325.
- 11.- Øiesvold T, Nivison M, Hansen V, Skre I, Østensen L and Sørgaard KW. Diagnosing comorbidity in psychiatric hospital: challenging the validity of administrative registers. BMC Psychiatr 2013;(13)13:1-7.
- 12.- American Psychiatric Association. Diagnosis and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Washington, DC: APA 1997.
- 13.- Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: APA 2013.
- 14.- Bunevicius A, Staniute, Brozaitiene J, Pop VJM, Neverauskas J, Benevicius R. Screening for anxiety disorders in patients with coronary artery disease. Health Qual life Outcomes. 2013; 11(37):1-9.
- 15.- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA 1990; 264:2511-2518.
- 16.- Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. J Affect Disord. 2008; 109:233-250.
- 17.- Eisele M, Blozik E, Störk S, Träder JM, Herrmann-Lingen C and Scherer M. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure-study protocol of a longitudinal observation study. BMC Fam Prac. 2013; 14:180.
- 18.- Gail A. Alvares, Bernard W. Balleine, Adam J. Guastella. Impairments in Goal-Directed Actions Predict Treatment Response to Cognitive-Behavioral Therapy in Social Anxiety Disorder. PLoS ONE. 2014;9(4):1-7
- 19.- Terluin T, Oosterbaan DB, Brouwers E, van Straten E, van de Ven PE, Langerak W and van Marwijk H. To what extent does the anxiety scale of the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) detect specific types of anxiety disorder in primary care? A psychometric study. BMC Psychiatr. 2014; 14:121.
- 20.- American Psychological Association [Internet]. Actualizado Junio 2010. Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz. [Consultado el 19 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cronicas.aspx>

21.- WFMH [Internet] c2010. La salud mental y las enfermedades físicas crónicas: La necesidad de atención constante e integrada. [Fecha de consulta: 01 Marzo 2015] Disponible en: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2014/02/WMHDAY-2010-FINAL-COPY_Spanish.pdf

22.- Conrado-Aguilar S, Calderón-Estrada R, Mello-García M, Rosas-Barrientos JV. Metas terapéuticas en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus 2, servicio de consulta externa de Medicina Interna del Hospital Regional 1° de Octubre. Rev Espec Méd Quir 2011;(16)1:18-26.

23.- ENSANUT [internet]. Cuernavaca, México: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Baja California. Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. [Fecha de consulta: 30 Marzo 2015] Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/BajaCalifornia-OCT.pdf>

24.- DOF [Internet] Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad. [internet] Secretaría de Salud. México; 2010 [Fecha de consulta: 01 Enero 2010]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010

25.- DOF [Internet] Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica. [internet] Secretaría de Salud. México; 2010. [Fecha de consulta: 01 Enero 2015]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010

26.- DOF [Internet] Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2012, Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Dislipidemias. Secretaría de Salud. México; 2012. [Fecha de consulta: 01 de Enero de 2015]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5259329&fecha=13/07/2012

27.- DOF [Internet] Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus. Secretaría de Salud; 2010. [Fecha de consulta: 30 Noviembre de 2014] Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5168074

28.- Eisele M, Blozik E, Störk S, Träder J-M, Herrmann-Lingen C and Scherer M. Recognition of depression and anxiety and their association with quality of life, hospitalization and mortality in primary care patients with heart failure-study protocol of a longitudinal observation study. BMC Fam Prac 2013;14:180.

29.- De La Paz-Castillo K.L. Y Cols.. Factores de riesgo en adultos mayores con diabetes mellitus. Medisan (2012); 16 (4): 489-497.

30.- Del Olmo-Gonzalez E et. al. Actualización del tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2. Inf Ter Sist Nac salud (2008); 32(1):1-16.

31.- American Diabetes Association [internet]. Actualizado Junio 2015. Diabetes tipo 2: acerca de la diabetes [consultado Julio 2015]. Disponible en: <http://www.diabetes.org/es/informacion-basica-de-la-diabetes/diabetes-tipo-2/?loc=superfooter-es>

32.- Tusié-Luna MT et.al. El componente genético de la diabetes tipo 2. Mensj bioquim (2008); (32):59-66.

33.- WFMH [Internet] c2012. Hoja de datos: Depresión en el mundo [Fecha de consulta: 01 Marzo 2015] Disponible en: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_spanish.pdf

34.- Rivas-Acuña V, García-Barjau H, Cruz-León A, Morales-Ramón F, Enríquez-Martínez RM, Román-Alvarez J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2 Sal Tab 2011, (17); 1:30-35

35.- Secretaría de salud [Internet]. © Copyright CENETEC. México; 2010. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. [Consultado el 01 de Noviembre de 2015]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/161_GPC_TRASTORNO_DEPRESIVO/Imss_161ER.pdf

14. ANEXOS

ANEXO 1. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

No. Folio _____

Fecha: _____

Nombre: _____ NSS: _____

Edad: _____ años. Sexo: _____ (1 Femenino, 2 masculino),

Estado civil: _____ (1 casado, 2 soltero, 3 divorciado, 4 viudo, 5 unión libre)

Escolaridad: _____ (1 primaria, 2 secundaria, 3 preparatoria o técnica, 4 universitaria o posgrado)

Ocupación: _____ (1 Hogar, 2 Empleado , 3 Obrero, 4 Estudiante, 5 Pensionado , 6 Desempleado)

Peso: _____ Kg, Talla: _____ cm, perímetro abdominal _____ cm

Índice de masa corporal: _____ (1.- bajo peso, 2.- normal, 3.- sobrepeso, 4.- Obesidad G1 5.-

Obesidad G2, 6.- Obesidad G3)

Comorbilidades:

Tabaquismo: _____ (1 si, 2 no)

Hipertensión arterial: _____ (1 si, 2 no)

Cardiopatía previa conocida: _____ (1 si, 2 no)

Dislipidemia: _____ (1 si, 2 no)

Parkinson: _____ (1 si, 2 no)

EPOC: _____ (1 si, 2 no)

Obesidad: _____ (1 si, 2 no)

Diabetes Mellitus _____ (1 si, 2 no)

EVC previo: _____ (1 si, 2 no)

Ansiedad: _____ (1 si, 2 no)

Epilepsia: _____ (1 si, 2 no)

Depresión: _____ (1 si, 2 no)

ANEXO 2. DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.	Cuantitativa
Ocupación	Acción o función que desempeña económicamente en la sociedad.	Cualitativa
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Cualitativa
Escolaridad	Conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes públicos o privados.	Cualitativa
Comorbilidades	La presencia de uno o más trastornos (o enfermedades) además de la enfermedad o trastorno primario.	Cualitativa
Embarazo	Es el estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto y el nacimiento del producto.	Cualitativa
Género	Características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer.	Cualitativa
Familia de Origen	Grupo integrado por Padre y/o madre así como descendientes, ascendientes o colaterales consanguíneos	Cualitativa
Psicopatía	Anomalía psíquica como un trastorno antisocial de la personalidad.	Cualitativa
IMC	Es un índice del peso de una persona en relación con su altura.	Cuantitativa
Motivo de consulta	Expresión del paciente por la que solicita atención sanitaria al médico.	Cualitativa
Depresión	Diagnóstico psiquiátrico que describe un trastorno del estado de ánimo.	Cualitativa
Numero de Medicamento	Numero de formulas farmacéutica, presentado para expendio y uso industrial o clínico, y destinado para su utilización en las personas o en los animales, dotado de propiedades que permitan el mejor efecto farmacológico de sus componentes con el fin de prevenir, aliviar o mejorar el estado de salud de las personas enfermas, o para modificar estados fisiológicos.	Cuantitativa
Climaterio	Periodo de transición que se prolonga durante años, antes y después de la menopausia, como consecuencia del agotamiento ovárico, asociado a una disminución en la producción de estrógenos.	Cualitativa
Trastorno ansioso	Término general que abarca varias formas diferentes de un tipo de trastorno mental, caracterizado por miedo y ansiedad anormal y patológica.	Cualitativa
Religión	colección organizada de creencias, sistemas culturales y cosmovisiones que relacionan a la humanidad a un tipo de existencia	Cualitativa

ANEXO 3. ESCALA DE ANSIEDAD DEPRESIÓN DE GOLDBERG

TABLA II
Escala E.A.D.G.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | ☐ | ☐ |
| 2- ¿Ha estado muy preocupado por algo? | ☐ | ☐ |
| 3- ¿Se ha sentido muy irritable? | ☐ | ☐ |
| 4- ¿Ha tenido dificultad para relajarse? | ☐ | ☐ |

Subtotal

☐

(Si hay 2 o mas respuestas afirmativas, continuar preguntando)

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | ☐ | ☐ |
| 6- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | ☐ | ☐ |
| 7- ¿Ha tenido alguno de los siguientes sintomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | ☐ | ☐ |
| (sintomas vegetativos) | | |
| 8- ¿Ha estado preocupado por su salud? | ☐ | ☐ |
| 9- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido? | ☐ | ☐ |

TOTAL ANSIEDAD

☐

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1- ¿Se ha sentido con poca energia? | ☐ | ☐ |
| 2- ¿Ha perdido Vd. su interes por las cosas? | ☐ | ☐ |
| 3- ¿Ha perdido la confianza en si mismo? | ☐ | ☐ |
| 4- ¿Se ha sentido Vd. desesperanzado, sin esperanzas? | ☐ | ☐ |

Subtotal

☐

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

- | | SI | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | ☐ | ☐ |
| 6- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | ☐ | ☐ |
| 7- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | ☐ | ☐ |
| 8- ¿Se ha sentido Vd. entorpecido? | ☐ | ☐ |
| 9- ¿Cree Vd. que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | ☐ | ☐ |

TOTAL DEPRESIÓN

☐



ANEXO 4. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

No. Folio: _____

Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: "Ansiedad, depresión y control metabólico en pacientes con Diabetes Tipo 2 en una unidad de primer nivel."

Dicho estudio se llevara acabo en la Unidad Medico Familiar No. 27 del IMSS, Tijuana B.C. Durante el año 2015.

Registro ante el Comité Local de Investigación y ética en Investigación con el número: 204

El objetivo de estudio es: Determinar la frecuencia de tamizaje positivo para ansiedad y/o depresión con la prevalencia de mal control de las metas de control metabólico.

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Responder el cuestionario sociodemográfico, Contestar la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg. Donde se me pide que conteste las preguntas con la mayor honestidad y claridad posible. Se me ha explicado que todas las respuestas serán mantenidas en completa confidencialidad al llenar el cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. Este estudio esta clasificado sin riesgo; sin embargo:

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

Acepto los envíos oportunos para mi tratamiento en caso de tener la prueba Goldberg positiva para ansiedad y depresión.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

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

En caso de dudas contácteme:

Dr. Jorge Luis García Cortés, Médico becario.

Correo Electrónico: khokhe_1985@hotmail.com. Teléfono fijo: (664) 9000332.

Dra. María Cecilia Anzaldo Campos, Coordinadora de Educación e Investigación Médica.

Correo electrónico: maria.anzaldo@imss.gob.mx Teléfono: (664) 629-6372 ext. 146

Nombre y Firma Participante

Dr. Jorge Luis Garcia Cortes
Matricula. 98021636

Firma Testigo 1

Firma Testigo 2