

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA DEL ESTADO DE
BAJA CALIFORNIA**

**DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI**



**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN
TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS UTILIZANDO LA ESCALA DE BECK (IDB-II)**

**TESIS DE POSTGRADO PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTEGRADA**

**PRESENTA:
BLANCA YUDITH GARCÍA GARCÍA**

MEXICALI, B.C. MARZO 2010

**HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN**

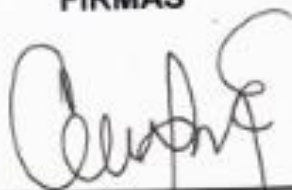
**TITULO
TAMIZAJE DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
UTILIZANDO LA ESCALA DE BECK (IDB-II)**

**INVESTIGADOR
BLANCA YUDITH GARCÍA GARCÍA**

**ASESOR DE LA INVESTIGACION
M. EN C. DR. ULISES MERCADO**

MEXICALI, B.C MARZO 2010

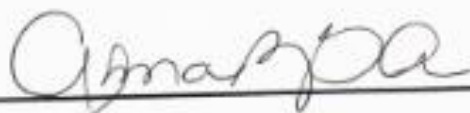
FIRMAS



DR. CALEB CIENFUEGOS RASCON
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI



DR. ALEJANDRO BALLESTEROS SALAZAR
JEFE DE ENSEÑAZA HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI



DRA. ALMA ROSA GASTELUM
JEFE DE SERVICIO DE MEDICINA INTEGRADA



M. EN C. DR ULISES MERCADO
ASESOR DE LA INVESTIGACION



DRA. BLANCA YUDITH GARCÍA GARCÍA
INVESTIGADOR

AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos por sus oraciones, por creer en mí, pero sobre todo por proteger mi pequeño tesoro.

A mi nueva familia por su apoyo, cariño y acogerme en su casa sin conocerme.

A la persona que a nombre de mi madre me dio su bendición todas las noches.

A mis maestros por sus enseñanzas.

Al Dr. Mercado por su tiempo, entrega y apoyo desinteresado para realizar este trabajo.

A mis compañeros residentes por su ausencia de egoísmo en compartir sus conocimientos conmigo y porque les puedo llamar amigos.

Al personal del hospital, por su buen trato y amistad.

DEDICATORIA

A **Dios** por brindarme su amor y presencia en cada minuto de mi vida.

A mi esposo por su confianza, paciencia, apoyo incondicional y por su invaluable amor.

A mi hija por aceptar que otros en representación de su mami velaran sus sueños.

INDICE DE CONTENIDO

| | |
|---------------------------------|--------|
| RESUMEN..... | 2,3 |
| INTRODUCCION..... | 4 |
| MARCO TEORICO..... | 5, 6 |
| ANTECEDENTES..... | 7, 8 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| JUSTIFICACION..... | 9 |
| OBJETIVO GENERAL..... | 10 |
| - Objetivos específicos..... | 10 |
| HIPOTESIS..... | 10 |
| METODOLOGIA..... | 11,12 |
| PLAN DE ANALISIS..... | 13 |
| ASPECTOS ETICOS..... | 13 |
| RESULTADOS..... | 14,15 |
| DISCUSION..... | 16,17 |
| CONCLUSIÓN..... | 18 |
| PROPUESTAS..... | 19 |
| REFERENCIAS..... | 20. 21 |
| ANEXOS..... | 22, 31 |

RESUMEN

INTRODUCCION: Los síntomas y síndromes depresivos son comunes en las enfermedades crónicas, incluyendo a la diabetes. La prevalencia varía de acuerdo a los autores y la metodología usada para evaluarlos. En los EUA se ha encontrado que la prevalencia de la depresión es 2 a 3 veces mas frecuente en los diabéticos, que en la población general. La depresión no solamente interfiere con la calidad de vida de los diabéticos, si no también afecta negativamente su adherencia al tratamiento y su control glucémico. **OBJETIVO:** determinar la frecuencia y los factores de riesgo posiblemente asociados con la diabetes del adulto. **METODOS:** se realizó un estudio transversal, que incluyó 100 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2, mayores de 30 años y menores de 60 años de edad; también se obtuvo un grupo control de 50 pacientes que acudieron a consulta del hospital, entre 30 años y menores de 60, sin DM ni depresión. Se utilizo el inventario de depresión de Beck total y también la subdivisión de los factores cognitivo y somático. Durante la entrevista se obtuvieron las variables sociodemográficas, escolaridad, duración de la enfermedad, comorbilidad, adherencia a tratamiento y control de la glicemia. Además se obtuvo índice de masa corporal (IMC) y ultima glicemia. **RESULTADOS:** no hubo diferencia estadística significativa en cuanto a sexo en ambos grupos ($p > 0.05$), (OR 1.29 (IC 95% 0.6-2.6). La mediana de la edad de los pacientes con diabetes fue de 52, no hubo diferencia en ambos grupos obteniendo una ($p > 0.05$). En relación al puntaje total del inventario de Beck, del grupo de pacientes con diabetes, 52 tuvieron depresion moderada y severa con un puntaje de corte ≥ 17 , del grupo control ninguno tuvo depresión, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) OR 9.7 (IC 95% 4.8-19.9). En cuanto a los 2 factores del inventario de Beck, el cognitivo y somático, encontramos que la mediana del aspecto cognitivo en el grupo de pacientes fue de 9 (rango 0-30) y la mediana para del grupo control fue de 1 (rango 0-5) ($p < 0.05$). En cuanto al aspecto somático también se encontró una diferencia significativa en las medianas (8 vs 1, $p < 0.05$). **CONCLUSIÓN:** La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos fue de 52%, los factores de riesgo asociados fueron similares a lo reportados en la literatura, sexo femenino, ama de casa, pobre adherencia a tratamiento, hiperglucemia y

comorbilidad. Utilizando la subdivisión cognitiva del índice de Beck el porcentaje de depresión disminuyó a 19% manteniendo el punto de corte ≥ 17 . Ambas subescalas cognitiva y somática son necesarias para identificar depresión en pacientes diabéticos.

INTRODUCCION

La diabetes y la depresión son condiciones crónicas muy comunes y significativamente asociadas con dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, también designada discapacidad funcional. En los EUA, 6% (17 millones) de la población tiene diabetes y es la causa principal de enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral, ceguera, insuficiencia renal crónica, amputaciones no traumáticas, enfermedad vascular periférica, neuropatía y principal causa de discapacidad funcional (1). Específicamente los individuos con diabetes tienen 2 a 3 veces más riesgo de depresión y discapacidad funcional comparada con sujetos sin diabetes (2-4). Se estima que 9% o 19 millones de adultos con diabetes tienen un desorden depresivo y discapacidad funcional resultado de la disminución en la actividad física, aumento en la susceptibilidad a enfermedad y disminución en la probabilidad de búsqueda de atención médica. La prevalencia de depresión es más alta en sujetos con diabetes y varía de acuerdo a la severidad de la depresión, pero en general varía de 30% a 46% según reportajes de la literatura anglosajona y del centro de nuestro país. En nuestro hospital desconocemos la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes, ambos son padecimientos crónicos que pueden conducir a discapacidad funcional.

MARCO TEORICO

La diabetes, es una enfermedad crónica degenerativa de etiología múltiple que hasta la actualidad solo puede ser controlada, pero imposible de erradicar. No solo causa daño a la salud física, sino también afecta la salud mental de quien la padece. Enfrentarse a esta enfermedad crónica constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección la cual, según la literatura existe una alta prevalencia de este trastorno del estado de ánimo y que afecta tanto la calidad de vida y el estado de salud del paciente.

Durante los últimos años, la prevalencia de la depresión ha aumentado a nivel mundial, convirtiéndose, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la cuarta condición médica de importancia en relación a los años de vida perdidos por muerte prematura o vivida con una discapacidad severa y de larga duración. Se considera que para el año 2020 será el segundo problema de mayor importancia en cuanto a la producción de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares (8).

Se conoce que mientras en la población general la depresión varía de 5 a 10%, en adultos con diabetes puede ser de 30 a 65%. La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados producen costos a la sociedad incluyendo a los servicios de salud y desafortunadamente en el paciente con diabetes puede pasar inadvertida para el clínico, quien solo se preocupa por la enfermedad metabólica. Los mecanismos por los cuales la depresión y la diabetes independientemente afectan el funcionamiento físico y psicosocial y que median la calidad de vida aun no se conocen con claridad. Se postula que la depresión disminuye la salud física por una combinación de factores biológicos y psicosociales (5). El

stress psicológico y los cambios subsecuentes neurohumorales e inmunológicos aumentan la susceptibilidad para la enfermedad. Los síntomas somáticos persistentes de la depresión empeoran la salud sobre el tiempo, y la tristeza interfiere con la recuperación física al impedir la búsqueda de alivio, adherencia al tratamiento y adoptar estilos de vida saludables (5).

La importancia de brindar apoyo y tratamiento a los pacientes es que puede ayudar a prolongar la vida de los diabéticos, según concluye un estudio (10) realizado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Pensilvania, donde se comprobó que los pacientes diabéticos que recibieron atención gestionada para la depresión fueron menos propensos a morir al cabo de cinco años de seguimiento que los pacientes diabéticos que recibieron la atención habitual. Los hallazgos respaldan la integración de la evaluación y tratamiento de la depresión con el manejo de la diabetes en la atención primaria.

La diabetes por su parte, participa en la discapacidad funcional a través de múltiples complicaciones. De ahí la importancia de identificar cuando los pacientes cursan con esta enfermedad. Desafortunadamente muchos trabajadores de la salud, trabajan de manera mecanizada haciendo a un lado esta comorbilidad tan importante y que sin duda alguna sería fácil de identificar y tratar de así ser necesario; el manejo del trastorno del estado del ánimo sumado al adecuado control metabólico en los pacientes, elevaría la adherencia a tratamiento por un lado y por otro disminución en la aparición de complicaciones, elevando la calidad de vida de los pacientes y como resultado se obtendría a largo plazo disminución en los costos tanto en el sector salud como para la población diabética.

ANTECEDENTES

En 1997, Lustman y cols (6) determinaron la utilidad del Inventario de depresión de Beck (IDB) como una herramienta de tamizaje para depresión mayor en diabetes tanto en tipo 1 como en tipo 2. Se midió el puntaje de las 21 preguntas de IDB y se comparó cuando se subdividió el IDB en cognitivo (preguntas 1-13) y somático (14-21). Los sujetos con depresión pudieron discriminarse de los no deprimidos utilizando las 21 preguntas. Las 13 preguntas solamente del grupo cognitivo y las 8 restantes del subgrupo somático, aunque la escala del subgrupo cognitivo es más efectiva que el subgrupo somático. El punto de corte utilizado fue ≥ 16 para la medición de las 21 preguntas, exhibió el mejor balance entre la sensibilidad (la proporción de los pacientes con una prueba positiva en presencia de enfermedad) y los valores predictivos positivos cuando los valores de predicción se extrapolaron a una población diabética con una prevalencia de depresión del 20%.

Está demostrado que la depresión en pacientes con diabetes mellitus genera mal control de la glucosa sérica, esto se refiere en un estudio (9) realizado en un hospital psiquiátrico de New York, en el que se analizaron los registros médicos de 11.525 veteranos, en su mayoría varones, tratados por diabetes tipo 2, se les dio un seguimiento a 10 años, Al comienzo, el 6% presentaba diagnóstico de depresión. En promedio, los expertos encontraron que ese grupo mostraba un nivel de hemoglobina A1C mucho mayor con los años. La diferencia entre los grupos era pequeña (una brecha del 0.13 por ciento en general), en cada persona incluso con un nivel levemente alto de hemoglobina A1C. La posibilidad de ello es que lidiar con la depresión les dificulte a los diabéticos el control de su glicemia ya sea por un tratamiento llevado de manera irregular o por atención médica inadecuada y esto puede elevar el riesgo de las complicaciones a largo o corto plazo.

En México, un estudio (7) publicado en el 2001 sobre depresión y diabetes usando el IDB, incluyó 189 pacientes con diabetes del adulto. Muestra que la prevalencia de depresión fue del 39%. Los factores de riesgo identificados fueron el sexo femenino, viudez o divorciado, pobre adherencia a tratamiento y comorbilidad. Las asociaciones más frecuentes fueron la presencia de glucemia ≥ 200 mg/dl. Con estos antecedentes

nosotros utilizamos la escala más reciente de IDB-II y la comparamos con las subescala cognitiva omitiendo la escala somática e investigamos los posibles factores de riesgo asociados a depresión en diabetes, comparando con una población sin diabetes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia y los factores de riesgo posiblemente asociados a depresión en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital General de Mexicali?

JUSTIFICACION

Los pacientes con diabetes del adulto comprenden una gran población en nuestro hospital. Por ser un hospital de concentración se reciben diariamente diabéticos con enfermedad crónica y comorbilidad. La mayoría de los enfermos solo reciben tratamiento para su hiperglucemia. Esta población es adecuada para realizar esta investigación, ya que en nuestro medio no hay ningún estudio que aborde la asociación entre diabetes y depresión, por lo tanto nosotros identificaremos la prevalencia y los posibles factores asociados con depresión en sujetos con diabetes. El impacto se vería reflejado en el tiempo a corto o largo plazo, incluidos el autocuidado de los pacientes, mayor adherencia a tratamiento, disminución de la comorbilidad y retraso en las complicaciones.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia y los factores de riesgo posiblemente asociados con la diabetes del adulto.

Objetivos específicos

1. Medir la depresión mediante la escala de Beck y compararla con el subgrupo cognitivo del inventario de Beck eliminando la escala somática.
2. Identificar la frecuencia de depresión en los pacientes con DM2
3. Determinar los posibles factores de riesgo de depresión en diabetes analizando las variables socio demográficas y socioeconómicas.
4. Comparar con el grupo control o de pacientes sin diabetes.

HIPOTESIS

La frecuencia de depresión en diabetes del adulto es mayor de 50% en nuestra población estudiada.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio transversal, que incluyó pacientes que acudieron a control a la consulta externa de Medicina Interna del Hospital de General de Mexicali con diagnóstico de diabetes tipo 2, realizado en un periodo de tiempo comprendido desde el 01 al 30 de Noviembre del 2009.

- Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico de DM2, tomando en cuenta los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA), mayores de 30 años y menores de 60 años de edad.
- Criterios de Exclusión: pacientes hospitalizados, pacientes <18 años con diabetes mellitus Tipo 1, así como aquellos con diagnóstico de Diabetes secundaria a corticoides o cirugía de páncreas y sujetos con diagnóstico establecido de depresión y en tratamiento antidepresivo.

Se estimó la muestra de 100 individuos tomando en cuenta la población atendida en los últimos 6 meses que fue de 300 pacientes y el número mínimo requerido para este estudio; también se obtuvo un grupo control de 50 pacientes que acudieron a consulta del hospital, entre 30 años y menores de 60, sin DM ni depresión. A ambos grupos se solicitó consentimiento informado realizado exclusivamente para este estudio, el cual incluye título del proyecto, objetivos de estudio, específica que no tiene costo alguno ni afecta la privacidad de los pacientes. Se utilizó el inventario de depresión de Beck total y también la subdivisión de los factores cognitivo y somático. La escala de Beck contiene 21 preguntas y cada respuesta tiene un valor de 0-3 puntos. Los puntos de corte difieren del Beck original: 0-13 normal; 14-19 depresión leve; 20-28 depresión moderada y 29-63 depresión severa o mayor, este instrumento concuerda con criterios diagnósticos para depresión de la OMS en su décima clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), está adaptada transculturalmente y además contiene los síntomas más importantes de depresión considerados en el DSM-IV.

Durante la entrevista se obtuvieron los siguientes datos edad, sexo, estado civil (soltero casado, viudo, divorciado), ocupación, estado socioeconómico (variables socio

demográficas), escolaridad y duración de la enfermedad, comorbilidad, adherencia a tratamiento, control de la glicemia. Además se obtuvo índice de masa corporal (IMC) y de las glicemias la más reciente.

- Variable dependiente: depresión
- Variable Independiente: diabetes, duración de la enfermedad, adherencia a tratamiento, control de la glicemia.
- Limitación del estudio: prevalencia y tamaño de muestra del grupo control

PLAN DE ANALISIS

Análisis estadístico. Se utilizó estadística descriptiva, medias, medianas, porcentajes. Se utilizaron también la prueba exacta de Fisher y la prueba Chi cuadrado así como la prueba de U de Mann-Whitney; se consideró una $p < 0.05$ estadísticamente significativa.

ASPECTOS ETICOS

Según el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Artículo No. 17 la clasificación para nuestro estudio es: categoría I. sin riesgo para la población.

Aun así decidimos recabar la información de los pacientes con previo consentimiento informado (pág. 30), y los datos se manejaron de manera confidencial. Los pacientes con depresión fueron referidos para su manejo y también aquellos con presencia de alguna comorbilidad.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las características generales de los pacientes con diabetes mellitus y el grupo control. En el total del grupo de pacientes con DM 77 pacientes afirmaron ser casados o con pareja, 66 fueron mujeres y dedicadas al hogar; hombres fueron 34, de ellos 9 son desempleados y 25 con empleo remunerado: en el grupo control se entrevistaron 50 personas, 47 de ellos casados o con pareja, 30 fueron mujeres dedicadas al hogar, el resto hombres y de ellos 18 tenían trabajo estable; en ambos grupos no hubo diferencia estadística significativa en cuanto a sexo ($p > 0.05$), OR 1.29 (IC 95% 0.6-2.6). La mediana de la edad de los pacientes con diabetes fue de 52 (rango 31-59) y la de los controles fue de 50 (rango 32-59), no hubo diferencia en ambos grupos obteniendo una ($p > 0.05$). No se encontró diferencia significativa en el IMC entre pacientes y controles (mediana 30, rango 25- 48 vs 30, rango 24- 34, $p > 0.05$). El promedio de la glicemia de los pacientes fue de 200mg/dl (rango 96- 386). En relación al puntaje total del inventario de Beck, del grupo de pacientes con diabetes, 52 tuvieron depresión leve, moderada y severa con un puntaje de corte ≥ 17 y del grupo control ninguno de ellos tuvo depresión, obteniéndose una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) OR 9.7 (IC 95% 4.8-19.9). En los 2 factores del inventario de Beck, cognitivo y somático, encontramos que la mediana del aspecto cognitivo en el grupo de pacientes fue de 9 (rango 0-30) y la mediana para del grupo control fue de 1 (rango 0-5) ($p < 0.05$). En cuanto al aspecto somático también se encontró una diferencia significativa en las medianas (8 vs 1, $p < 0.05$). Se observa que 95 pacientes tienen comorbilidad tales como hipertensión, 20 pacientes con dislipidemia y las complicaciones más frecuentes fueron: retinopatía 14 pacientes, 4 con pie diabético, 6 tienen IRC, 8 pacientes presentan secuelas de EVC y 3 pacientes antecedente de IAM, del grupo control solo 15 tuvieron hipertensión y 3 dislipidemia. En la tabla 2 se observa la clasificación de depresión en el grupo de pacientes así como regularidad en el tratamiento para DM. Se obtuvo que 18 de los pacientes presenta depresión severa o mayor y de ellos el 17 afirmó llevar su tratamiento de manera irregular; 21 pacientes cursa con depresión moderada y 16 refieren tratamiento irregular, no se encontró diferencia significativa ($p > 0.12$) OR 3.9 (IC 95% 0.7 - 21.9).

La tabla 3 muestra la clasificación de depresión severa y moderada por sexo en pacientes con diabetes mellitus. Se observó que 14 mujeres y 4 hombres tuvieron depresión severa, 12 mujeres y 9 hombres tuvieron con depresión moderada, no hubo diferencia significativa, ($p > 0.15$) OR 2.47 (IC 95% 0.6 - 9.2). La tabla 4 muestra el grado de depresión severa, moderada y leve según el índice de Beck total vs subdivisión cognitivo y somático utilizando el punto de corte ≥ 17 ; 52 pacientes tuvieron algún grado de depresión según el puntaje de Beck total; con el subgrupo cognitivo disminuyó a 19 pacientes los que presentan depresión severa, moderada y leve por arriba del punto de corte y con la escala somática son 5 pacientes los que están por arriba del punto de corte.

DISCUSION

El diagnóstico de depresión se hace mediante una entrevista semiestructurada o con un instrumento para medir el grado de depresión. El IDB es uno de los instrumentos más usados en la actualidad y tiene una sensibilidad de 94% y una especificidad de 92%. Pocos estudios se han realizado en nuestro país para conocer la frecuencia de depresión en sujetos con diabetes del adulto. En 1998 Garduño y cols. (11) encontraron una prevalencia de depresión del 46% en adultos con diabetes utilizando el IDB. Los factores asociados con depresión fueron el sexo femenino y la duración de diabetes mayor de 15 años. En el 2001 Téllez Zenteno y cols. (7) investigaron los factores de riesgo asociados con depresión en diabetes del adulto, también utilizando el IDB. En aquel año la prevalencia de depresión fue del 39% de 189 pacientes. Entre los factores de riesgo identificados están: ser viudo o divorciado, sexo femenino, ama de casa, pobre adherencia a tratamiento y la presencia de comorbilidad. Por otro parte, la asociación más constante fue hiperglucemia en la última cita $\geq 200\text{mg/dl}$.

En nuestro estudio encontramos una frecuencia de depresión de 52% y los factores de riesgo más frecuentemente asociados fueron: el sexo femenino, ama de casa, glucemia $\geq 200\text{mg/dl}$, pobre adherencia a tratamiento, comorbilidad y nivel socioeconómico bajo. La frecuencia más alta de depresión en nuestro estudio puede deberse a que nuestra población vive en el Valle de Mexicali que la mayoría cursa con dificultad para trasladarse al hospital de segundo nivel y problemas para conseguir sus fármacos. Nosotros confirmamos que el sexo femenino, la hiperglucemia, la pobre adherencia al tratamiento y la comorbilidad son factores importantes que disparan la depresión. Debido a que algunos síntomas somáticos del IDB se pueden confundir con las manifestaciones clínicas de la diabetes, nosotros eliminamos el aspecto somático del IDB, sin embargo el número de pacientes con depresión disminuyó a 19% manteniendo el punto de corte ≥ 17 . Solamente el 1% tuvo depresión severa, el 13% depresión moderada y el 5% depresión leve. En contraste cuando se eliminó el aspecto cognitivo solamente el 1% tuvo depresión moderada y el 4% depresión leve. De cualquier modo el aspecto cognitivo tuvo mayor relevancia que el aspecto somático. De la población control no se encontraron casos de depresión comparado con la población

diabética. La mayoría de los pacientes del grupo control fueron del sexo femenino no hubo diferencia estadística en la edad y en el IMC.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos fue mas alta (52%) comparada con estudios en la ciudad de México que fue alrededor de 40%, los factores de riesgo asociados fueron similares a lo reportados en la literatura, sexo femenino, ama de casa, pobre adherencia a tratamiento hiperglucemia y comorbilidad. Utilizando la subdivisión cognitiva del índice de Beck el porcentaje de depresión disminuyó a 19% manteniendo el punto de corte ≥ 17 . Esto nos hace ver que ambas subescalas cognitiva y somática son necesarias para identificar depresión en pacientes diabéticos. Estos resultados pueden deberse a que nosotros utilizamos solamente controles saludables sin trastorno mental o en tratamiento para síndrome depresivo.

PROPUESTAS

1. Facilitar el uso de guías al personal medico para la detección rápida de la depresión como el inventario de Beck (IDB)
2. Proporcionar esquemas simplificados de tratamiento para la resolución práctica de los cuadros depresivos o de ser necesario el envío oportuno a valoración psiquiátrica.
3. Asimismo, en servicios de salud tanto de segundo como de primer nivel, se deben desarrollar estrategias eficientes para la atención de pacientes diabéticos, no solo enfocándose en la enfermedad metabólica si no que también se tome en cuenta que la depresión es una comorbilidad frecuentemente asociada.

REFERENCIAS

1. Leonard EE. Diabetes, Mayor Depression, and Functional Disability Among U.S. Adults. *Diabetes Care*; 27:421-428, 2004
2. Mayfield JA. Y Cols. Work Disability and Diabetes. *Diabetes Care* 2000; 1105-1109, 2000
3. Gregg EW. Y Cols. Diabetes and Physical Disability Among Older U.S. Adults. *Diabetes Care*; 23: 1272-1277, 2000
4. Ryerson B. y Cols. Excess Physical Limitations among Adults whit Diabetes in U.S. Population. *Diabetes Care*; 26 206-210, 2003
5. Anderson RJ. Y Cols. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*. Jun; 24 (6):1069-78. 2001
6. Lustman PJ, y Cols. Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosom Med*. Jan-Feb;59 (1):24-31,1997
7. Téllez-Zenteno JF, Cardiel MH. Risk factors associated with depression in patients with type 2 diabetes mellitus. *Arch. Med. Res*. Jan-Fe; 33 (1):53-60. 2001
8. Borges G, Medina ME, López S. El papel de la epidemiología en la investigación de los trastornos mentales. *Salud Pública de México*; 46:451-463.2004
9. Richardson LK, Egede LE, y cols. Longitudinal effects of depression on glycemic control in veterans with Type 2 diabetes. *Gen Hosp Psychiatry*. Nov-Dec;30(6):509-14.2008

10. Hillary R. Bogner y Cols. Diabetes, Depression, and Death A randomized controlled trial of a depression treatment program for older adults based in primary care (Prospect). *Diabetes Care*. Dic; 30 (12) 3005-3010). 2007
11. Garduño J, Téllez JF, Hernández L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev. Invest Clin*; 50(4): 287–91. 1998

ANEXOS

TABLA 1. Características generales de los pacientes con diabetes mellitus y grupo control.

TABLA 2. Clasificación de depresión en grupo de pacientes y tratamiento para diabetes mellitus.

TABLA 3. Clasificación de Depresión por sexo en grupo de pacientes con diabetes mellitus.

TABLA 4. Índice de Beck total Vs subdivisión cognitiva y somática utilizando el punto de corte ± 17 .

Inventario de depresión de Beck (IDB).

Carta de consentimiento informado.

Cronograma de actividades.

TABLA 1

Características generales de los pacientes con diabetes mellitus y grupo control

| | Pacientes | Controles | p | OR | IC 95% |
|---|----------------------|------------|----------|------|------------|
| Sexo (F/M) | 66/34 | 30/20 | 0.47 | 1.29 | (0.6-2.6) |
| • Casado/pareja | 77/100 | 47/50 | | | |
| • Ama de casa | 66/66 | 30/30 | | | |
| • Desempleado | 9/34 | 2/20 | | | |
| • Empleo remunerado | 25/34 | 18/20 | | | |
| Edad (mediana, rango) | 52 (31-59) | 50 (32-59) | > 0.05 | NA | NA |
| Índice de Masa Corporal (mediana, rango) | 30 (25-48) | 30 (25-34) | > 0.05 | NA | NA |
| Glicemia (promedio, rango) | 200mg/dl (96-386) | NA | NA | NA | NA |
| Beck total Punto de corte \geq 17 | 52/100 | 0/50 | < 0.0000 | 9.7 | (4.8-19.9) |
| Escala cognitiva (mediana, rango) | 9 (0,30) | 1 (0-5) | < 0.05 | NA | NA |
| Escala somática (mediana, rango) | 8 (0-21) | 1 (0-6) | < 0.05 | NA | NA |
| Comorbilidad (No. de pacientes) | | | | | |
| • HAS | 95/100 | 15/50 | NA | NA | NA |
| • Dislipidemia | 20/100 | 3/50 | NA | NA | NA |
| Complicaciones | | | | | |
| • Retinopatía D. | 14/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| • Pie diabético | 4/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| • IRC | 6/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| • EVC | 8/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| • IAM | 3/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| Otras | | | | | |
| • Tuberculosis | 1/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| • AR | 1/100 | 0/50 | NA | NA | NA |
| • Ca Colon | 1/100 | 0/50 | NA | NA | NA |

Fuente: encuesta

TABLA 2

Clasificación de depresión en grupo de pacientes y tratamiento para diabetes mellitus

| Clasificación | Pacientes n=100 | Irregular | Regular | p | OR | IC 95% |
|-------------------------|----------------------------|------------------|----------------|-------------|------------|--------------------|
| Severa (29-63) | 18 | 17 | 1 | 0.12 | 3.9 | (0.7– 21.9) |
| Moderada (20-28) | 21 | 16 | 5 | - | - | - |

Fuente: encuesta

TABLA 3

Clasificación de Depresión por sexo en grupo de pacientes con diabetes mellitus

| | Pacientes n=100 | Sexo | | p | OR | IC 95% |
|-------------------------|--------------------|-----------|----------|-------------|-------------|------------------|
| | | Mujeres | Hombres | | | |
| Severa (29-63) | 18 | 14 | 4 | 0.15 | 2.47 | (0.6-9.2) |
| Moderada (20-28) | 21 | 12 | 9 | - | - | - |

Fuente: encuesta

TABLA 4
Índice de Beck total Vs subdivisión cognitiva y somática utilizando el punto de corte ± 17

| Grado de Depresión | Beck Total | Subdivisión Cognitiva | Subdivisión somática |
|---------------------------|-------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Severa (29-63) | 18 | 1/18 | 0/18 |
| Moderada (20-28) | 21 | 13/ 21 | 1/21 |
| Leve (14-19) | 13 | 5/13 | 4/13 |
| Total | 52 | 19 | 5 |

Fuente: encuesta

INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION (IDB)

1. Tristeza.

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

0. No me siento desanimado de cara al futuro.
1. Me siento desanimado de cara al futuro.
2. siento que no hay nada por lo que luchar.
3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

0. No me siento fracasado.
1. Siento fracasado más que la mayoría de las personas.
2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3. Me siento culpable constantemente.

6. Expectativas de castigo

0. No creo que esté siendo castigado.
1. siento que quizás esté siendo castigado.
2. Siento que seré castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

0. No estoy descontento de mí mismo.
1. Estoy descontento de mí mismo.
2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que los demás.
- 1. Me critico debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

- 0. Tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.

3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

0. Duermo tan bien como siempre.

1. No duermo tan bien como antes.

2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

0. No me siento más cansado de lo normal.

1. Me canso más que antes.

2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.

3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

0. Mi apetito no ha disminuido.

1. No tengo tan buen apetito como antes.

2. Ahora tengo mucho menos apetito.

3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

0. No he perdido peso últimamente.

1. He perdido más de 2 kilos.

2. He perdido más de 4 kilos.

3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

0. No estoy preocupado por mi salud

1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago

2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.

3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.

1. La relación sexual me atrae menos que antes.

2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.

3. He perdido totalmente el interés sexual.

CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACION MÉDICA

Lugar y fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

TAMIZAJE DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
UTILIZANDO LA ESCALA DE BECK (IDB-II)

Objetivo del estudio

- Determinar la frecuencia y los factores de riesgo posiblemente asociados con la diabetes del adulto.

Mi participación consistirá en:

Responder a un cuestionario de 21 preguntas

Declaro que se me ha informado que este estudio no se realizara ningún procedimiento que ponga en riesgo mi condición clínica y no tendrá costo alguno.

El investigador responsable me ha dado seguridad de que no se me identificara en las presentaciones, publicaciones o resultados del estudio y que los datos obtenidos de la encuesta serán manejados de manera confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de Investigador responsable

CRONOGRAMA

| CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA PROTOCOLO DE INVESTIGACION 2009-2010 TAMIZAJE DE DEPRESION EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL GENERAL DE MEXICALI (ISESALUD) | | | | | | | | | | | | | |
|--|------|-------|---------|-------|-------|------|-------|-------|--------|------|------|------|------|
| MESES | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad | Año | Enero | Febrero | Marzo | Abril | Mayo | Junio | Julio | Agosto | Sep. | Oct. | Nov. | Dic. |
| Elección del tema | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Recabar información bibliográfica | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Búsqueda de Asesor | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración, revisión y corrección de Anteproyecto | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Elección de título | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Entrega de Anteproyecto | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de encuestas | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Captura de datos y análisis e interpretación | 2009 | | | | | | | | | | | | |
| Redacción final y entrega de proyecto terminado | 2010 | | | | | | | | | | | | |