



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA

SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 28
MEXICALI, BAJA CALIFORNIA.

**PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 28 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MYRNA LETICIA GÓMEZ HERNÁNDEZ

RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR

DRA. REBECA ESTHER MARTINEZ FIERRO

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL

DR. ROSA MARÍA VIZUET MARTINEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR

No. DE REGISTRO: R-2012-201-21

DICIEMBRE 2014

AUTORIZACIONES

DRA. ALMA LILIA IBARRA ROMERO

COORDINADOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

UNIDAD MEDICA FAMILIAR No.28 IMSS

DRA. ROSA MARIA VIZUET MARTINEZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

UNIDAD MEDICA FAMILIAR No. 28 IMSS

DRA. REBECA ESTHER MARTINEZ FIERRO

MEDICO FAMILIAR

ASESOR DE TRABAJO TERMINAL

INDICE

1. Marco teórico	4
2. Antecedente	8
3. Planteamiento del problema	10
4. Pregunta de investigación	10
5. Justificación	10
6. Objetivos	
6.1 General	11
6.2 Específicos	11
7. Material y Métodos	
7.1 Tipo de estudio	12
7.2 Lugar de estudio	12
7.3 Universo de estudio	12
7.4 Tamaño de la muestra	12
7.5 Criterios de inclusión	13
7.6 Criterios de exclusión	13
7.7 Criterios de eliminación	14
8. Instrumento de Medición	14
9. Procedimiento	14
10. Operacionalización de las variables	15
11. Consideraciones éticas	16
12. Cronograma de actividades	17
13. Resultados	18
14. Discusión	24
15. Conclusiones	27
16. Referencias Bibliográficas	29
17. Anexos	32

1. MARCO TEORICO

La Diabetes Mellitus (DM) es una alteración metabólica caracterizada por la presencia de hiperglucemia crónica que se acompaña, en mayor o menor medida, de modificaciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, proteínas y lípidos. El origen y la etiología de la DM pueden ser muy diversos, pero con llevan a la existencia de alteraciones en la secreción de insulina, en la sensibilidad a la acción de la hormona o bien en ambas en algún momento de su historia natural.¹

La diabetes se clasifica en dos variedades: diabetes tipo 1, donde la hiperglucemia se produce por ausencia de insulina sérica consecutiva a la destrucción inmunitaria de las células β del páncreas y diabetes tipo 2 de origen multifactorial, identificándose causas como la disminución de secreción de insulina por parte de las células β o la resistencia del receptor de insulina (IR), y se asocia a hiperinsulinemia.¹⁰

La DM en México se ha asociado fuertemente con la carga genética, hipertensión arterial, obesidad, dieta rica en azúcares simples y la falta de ejercicio.² Los pacientes están más propensos de experimentar depresión y pueden asociarse a una pobre calidad de vida, experimentar deterioro funcional y esto a su vez desencadenar mayor riesgo de complicaciones, aumentando la mortalidad y a su vez incrementando los recursos de salud.⁸ Es ampliamente conocido que la obesidad y el sedentarismo son los principales factores de riesgo de desarrollar DM2 en personas genéticamente susceptibles. Se estima que aproximadamente el 50% de dichos factores son de origen genético y la otra mitad, ambientales. En el año 2007, la International Diabetes Federation (IDF) publicó un consenso sobre prevención de la DM2 y separó los factores de riesgo en modificables y no modificables. Entre los que se consideraron los genéticos, edad y diabetes gestacional previa.⁴ Otros factores de riesgo no modificables, y al parecer, de menor influencia, corresponde a niños con bajo peso al nacer ($<2,5$ kg), considerados con desnutrición fetal, que condiciona insulino-resistencia en edad adulta y a los grandes para su edad gestacional ($\geq 4,0$ kg), quienes desarrollan frecuentemente obesidad en la adultez y en consecuencia diabetes tipo 2.⁴

El principal factor de riesgo individual modificable es la obesidad, particularmente la de tipo androide. En segundo lugar por su importancia, se considera la inactividad física que favorece tanto la obesidad como la DM2. Mayor incertidumbre existe hasta hoy respecto a la influencia de ciertos factores dietarios; sin embargo, posiblemente estarían involucradas dietas de alto contenido calórico, ricas en ácidos grasos saturados y bajas en ácidos grasos insaturados y fibra. También podría incluir como

factor de riesgo a la hipoglucemia reactiva, estado que en algunos casos precede en años la aparición de DM2.⁴

En la actualidad, México es uno de los países con mayor ocurrencia de DM en el mundo. En 1995 ocupaba el noveno lugar con mayor número de casos de diabetes y se espera que para el año 2030 ocupe el séptimo con casi 12 millones de pacientes con diabetes tipo 2. La diabetes es actualmente la primera causa de mortalidad en México y su tendencia muestra un incremento progresivo en los últimos años, esto a su vez por el importante cambio demográfico habiendo un incremento de la proporción de personas mayores de 65 años. En 2008 hubo más de 75 500 defunciones por diabetes en el país, para una tasa de mortalidad de 73.6 en mujeres y de 63.4 en hombres, por 100,000 habitantes.^{2, 17.}

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la mayor institución de seguridad social en el país, reporta a la DM como la primera causa de mortalidad, de años perdidos por muerte prematura, de años vividos con discapacidad y de años de vida saludables perdidos contribuyendo con un 13.30% en el 2000.^{2.} Este es un claro ejemplo de la transición epidemiológica que vive el país, así como de atención a la salud. Se ha estimado que los costos de la atención a la diabetes en México superan los 300 millones de dólares al año y el comportamiento muestra un patrón ascendente en los próximos años.²

Un buen control glucémico disminuye la incidencia y progresión de enfermedad microvascular y macrovascular en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2.³ Se considera como un trastorno crónico complejo que conlleva a una disminución de la esperanza y calidad de vida de quienes la padecen, debido a su asociación a múltiples complicaciones como retinopatía, nefropatía, neuropatía, infarto agudo al miocardio, enfermedad cerebrovascular y vascular periférica.⁵

Durante décadas se ha utilizado ampliamente la determinación de las concentraciones séricas de glucosa como método estándar de diagnóstico; la glucosa de ayuno y la prueba de tolerancia son los más empleados. Una recomendación reciente es el uso de hemoglobina glucosilada (HbA1c) no sólo como evaluación crónica de control metabólico, sino como un método diagnóstico adicional. Ninguna de las pruebas tiene una concordancia del 100% por lo que se recomienda repetirlas o combinarlas para que el diagnóstico sea preciso.³

Su tratamiento siempre se ha calificado como un gran reto porque implica múltiples aspectos en la toma de decisiones educativas (médico y paciente) y de recursos institucionales ya que el tratamiento de las complicaciones como la invalidez temporal y permanente que ocasiona una carga económica creciente en los sistemas de salud de todo el mundo. Las recomendaciones actuales incluyen

intervenciones en el escrutinio, diagnóstico y acciones terapéuticas que tengan un efecto favorable en el desenlace de los pacientes con DM2, pudiendo así disminuir las complicaciones crónicas incluyendo enfermedades psicológicas que deben estar soportadas por una evidencia sólida.^{3,5.} La edad de inicio de la DM, aunque varía en diferentes estudios, puede establecerse entre los 30 y 40 años, y alcanza un pico máximo de incidencia entre los 18-44. La presentación de enfermedades psíquicas como depresión en los pacientes diabéticos puede presentarse en edades distintas, encontrándose en los jóvenes síntomas fundamentalmente comportamentales mientras que los ancianos presentan con mayor frecuencia síntomas somáticos, y un incremento en el riesgo de muerte. La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia, aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas. Tomando en cuenta que la depresión es un desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial.^{7, 13,19.}

Según la Guía Práctica Clínica del IMSS la depresión es un conjunto de síntomas caracterizados por la pérdida de interés y la incapacidad de satisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Se diferencia por la persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de estos síntomas es considerada la enfermedad mental más frecuente, y es una de las principales causas de discapacidad. El impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional, colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y la artritis reumatoide. En 1990 se ubicó como la 4ta causa de discapacidad en el mundo, y se espera que para el 2020 como se comentó, se ubique como la 2da causa.⁶

La posibilidad diagnóstica de un trastorno depresivo se puede plantear a partir de datos observacionales poco específicos, como el deterioro en la apariencia y en el aspecto personal, enlentecimiento psicomotriz, tono de voz bajo, facies triste, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, ideas hipocondríacas, alteraciones del sueño y quejas somáticas inespecíficas.¹³ Es frecuente que el médico de atención primaria considere como "causa" de la depresión las quejas de la vida cotidiana, la incapacidad para hacer frente al estrés familiar, el aislamiento social o el cambio de roles y los problemas financieros; por lo tanto la considera "justificada" y evita proporcionar tratamiento, cuando en realidad esta incapacidad suele ser

ocasionada por la misma depresión. La depresión es uno de los padecimientos psicogeríátricos más frecuentes y en México su prevalencia global es de 9.5% en mujeres y 5% en hombres mayores de 60 años. En la mayoría de los casos no es diagnosticada por la presentación atípica de la misma o por la falsa creencia de que forma parte del envejecimiento normal, puesto que en el adulto mayor la depresión se puede esconder en síntomas somáticos, ya sea como manifestaciones del síndrome depresivo o porque a causa de éste se acentúan los síntomas de otras enfermedades concomitantes.¹⁴ La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, así como a su núcleo familiar, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento y control, es causa de que frecuentemente pase inadvertida.⁷

En 1994 el DSMIV¹⁵ da pautas que distinguen diversas formas de depresión en función de su gravedad, duración, síntomas, etc. Desde el episodio depresivo agudo hasta los trastornos distímicos que tienen más que ver con trastornos de personalidad y clasifico a la depresión de acuerdo a su intensidad en:

-Depresión leve: es cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria toma un esfuerzo extraordinario.

-Depresión moderada: es cuando las personas presenta muchos de los síntomas de la depresión y estos le impiden realizar las actividades de la vida diaria.

-Depresión severa: es cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y le impide realizar sus actividades de la vida diaria.

Según el DSMIV para cumplir los criterios de depresión mayor el paciente debe tener:

A. Como mínimo, cinco de los siguientes síntomas durante un periodo igual o superior a dos semanas. Al menos uno de dichos síntomas debe consistir en estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.

(1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día. Lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.

(2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día.

(3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito.

- (4) Insomnio o hipersomnia.
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores.
 - (6) Fatiga o pérdida de energía.
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas.
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica.
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

2. ANTECEDENTES

La diabetes mellitus y la depresión constituyen las enfermedades más prevalentes en el mundo, dentro de sus respectivas áreas de estudio. Sin embargo, existe evidencia de que los pacientes con diabetes tienen mayor riesgo de padecer depresión.^{10, 20} Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, grupo en que la prevalencia es de 15 a 20% en la población ambulatoria, que se incrementa de 25 a 40% en la hospitalizada; predomina en el sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es de 13% por año.²¹ Desde 1975 se ha tratado de determinar si existe una personalidad típica en el paciente diabético. Menninger sugirió que la ansiedad y la depresión eran características consistentes en estos sujetos. En 1981, Dunn y Turtle analizaron 27 trabajos publicados entre 1940 y 1980 que definían el tipo de personalidad de estos pacientes; algunos de estos estudios, como los realizados por Slawson y col. en 1963, Muraskiy col. en 1970 y Sanders y

col. en 1975, identificaron tendencias depresivas en los pacientes con diabetes mellitus, pero llegaron a la conclusión de que en realidad no había una personalidad característica en ellos.¹⁶

Las complicaciones de la diabetes también son frecuentes en los individuos con depresión. En un meta-análisis de 27 estudios incluyendo adultos con diabetes tipo 1 y tipo 2, Groot et al. Encontraron un aumento significativo en las complicaciones que incluyen retinopatía, nefropatía, complicaciones microvasculares y disfunción sexual. Clouse et al, demostró que la enfermedad coronaria afectaba más a mujeres diabéticas que cursaban con depresión. El decremento en la productividad del trabajo también es algo que se ha asociado con la presencia de depresión en pacientes diabéticos. Egede encontró que estos pacientes estaban más propensos a perder más de 7 días de trabajo en el año.²²

A nivel mundial se estima que la prevalencia de depresión en diabéticos tipo 2 es de aproximadamente el 50%. Existen diversos estudios en los que se demostró que la depresión esta fuertemente relacionada en los pacientes con DM2 y es un factor determinante en relación a su adherencia al tratamiento.⁹ Actualmente la prevalencia de depresión en población adulta, en el ámbito de la atención primaria, es de 21.7% en mujeres y de 12.7% en hombres, y en pacientes con DM2 es de hasta 49.3%. La encuesta nacional de salud muestra que la prevalencia de diabetes mellitus en la población de 20 años o más en nuestro país es del 7.5% y corresponde 7.8 % para las mujeres y 7.2% para los hombres. Esta prevalencia aumenta con la edad hasta alcanzar 21.2% después de 60 años. Como se observa la población que actualmente padece diabetes son en la mayoría la económicamente activa, por lo tanto conlleva consecuencias importantes tanto en el ámbito de salud como en el económico del país. Cuando se compara con el grupo poblacional que padece depresión los resultados resultan de más interesantes ya que los trastornos depresivos están ubicados en los mismos grupos de edad que los diabéticos.

En la República Mexicana se documenta una prevalencia de 6 a 15% en población general y en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México un 5.8%, mientras que en el Distrito federal, en dos diferentes instituciones, se ha reportado el 45% en pacientes con DM2.¹¹

.A pesar de la elevada prevalencia de depresión, se estima que su reconocimiento por médicos de atención primaria se realiza únicamente en 30% de los casos.¹¹ En varios estudios prospectivos se encontró que la depresión incrementa el riesgo de muerte en personas de edad mayor. La atención primaria ocupa una posición estratégica en la evaluación, tratamiento y prevención de los desordenes mentales en edad tardía.⁹

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con la finalidad de llevar un buen control en pacientes diabéticos y ofrecerles un tratamiento integral es también importante conocer su estado psíquico, ya que es sabido que el diagnóstico de diabetes se asocia a diversas condiciones psicológicas de índole físicas, personales y sociales que pueden afectar el grado de control metabólico en dichos pacientes así como la adherencia o apego a su tratamiento. Enfrentarse a una enfermedad crónica, constituye un reto importante en la vida del paciente diabético así como en ocasiones para su familia.

Generalmente la depresión puede presentarse en este tipo de pacientes e imposibilitarlos en sus esfuerzos por un autocontrol de su enfermedad. En atención primaria existe un sub diagnóstico y retraso en la identificación de la depresión y, por lo tanto, en el inicio del tratamiento, lo que impacta negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de los servicios sanitarios.¹³ La depresión limita ciertas áreas en la vida cotidiana y si además se suma la sintomatología causada por un descontrol metabólico, el resultado será que tendremos a un paciente que puede y que seguramente presentara complicaciones propias de la enfermedad ya sea agudas o crónicas en un menor tiempo. Por lo anterior el propósito de esta investigación es identificar aquellos pacientes diabéticos que cursan actualmente con un estado de depresión a fin de poder brindarles un tratamiento integral, para que puedan mejorar la percepción de su enfermedad y el apego a su tratamiento médico.

4. PREGUNTA DE INVESTIGACION.

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad Medica Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali Baja California?

5. JUSTIFICACION:

La depresión es un trastorno común en la población general y especialmente en los pacientes diabéticos. El diabético correctamente tratado puede disfrutar de una calidad de vida similar a una persona sana, pero es de esperarse que el diagnóstico pueda llevarlos a una crisis individual y familiar, por lo tanto su atención es muy importante con la finalidad de, facilitar al médico familiar la

identificación de los pacientes con depresión, lo idóneo es la aplicación de entrevistas estructuradas para efectuar una evaluación integral del paciente. El médico reconoce únicamente un bajo porcentaje de los casos, lo que lleva al paciente a un pobre control glucémico, aumento en las complicaciones propias de la diabetes, deterioro de la calidad de vida, mayor número de consultas e importante consumo de recursos institucionales.^{11, 18}

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia. El diagnóstico de depresión en los pacientes diabéticos resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia y alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. Considerando esto, es importante conocer las condiciones psicológicas que favorezcan que el paciente diabético desarrolle un adecuado afrontamiento de su condición, como por ejemplo su estado anímico así como la percepción de su enfermedad.

Teniendo en cuenta lo anterior la presente investigación la cual no pone en riesgo la integridad física del paciente, pretende convertirse en una fuente de información para el médico familiar de primer contacto ya que son los que de inicio pueden identificar, tratar y derivar al paciente en caso necesario, con el fin de intervenir a tiempo y favorecer así la calidad de vida de estos pacientes.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Conocer la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad Médica Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali B.C.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Determinar en qué sexo existe mayor prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2.
- ❖ Conocer las edades promedio de los pacientes diabéticos tipo 2 que tienen un cuadro de depresión.
- ❖ Identificar el grado de depresión promedio que se presenta en los diabéticos tipo 2 (Depresión leve, moderada o severa).
- ❖ Demostrar si el tiempo de padecer diabetes mellitus tipo 2 influye en la aparición de depresión.

7. MATERIAL Y METODOS:

7.1 TIPO DE ESTUDIO:

El presente es un estudio observacional, descriptivo, no probabilístico, para encontrar la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2.

7.2 LUGAR DE ESTUDIO:

Se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali, Baja California, México la cual cuenta con una pirámide poblacional de 208,856 personas repartidas en 22 consultorios matutinos y 22 vespertinos.

7.3 UNIVERSO DE ESTUDIO

La información se obtuvo de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 20 y menores de 70 años de edad que son derechohabientes adscritos a la consulta externa de medicina familiar en ambos turnos de la UMF No. 28 del IMSS en Mexicali B.C durante septiembre 2012 a marzo 2013.

7.4 TAMAÑO DE MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó en base a la prevalencia de depresión a nivel Nacional en pacientes diabéticos tipo 2, la cual es del 50%, teniendo en cuenta que la pirámide poblacional es de 208,856 y la población de diabéticos derechohabientes en la UMF es de 5,697 repartidos en los 44 consultorios matutinos y vespertinos, se tomaron únicamente los que se encuentran dentro de los parámetros establecidos. Por lo que se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z\alpha)^2 (P)(1-P)}{S^2}$$

n: Tamaño de la muestra.

Z α : Nivel de confianza del 95%.

P: proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio (prevalencia estimada): 50%

S²: Precisión.

$$N = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 (1-0.5)}{(0.06)^2}$$

$$n = \frac{3.841 \times 0.5 (0.5)}{0.0036}$$

$$n = \frac{3.841 \times 0.25}{0.0036}$$

$$n = \frac{0.960}{0.0036}$$

$$n = \underline{\underline{266}}$$

7.5 CRITERIOS DE INCLUSION

- Ambos sexos derechohabientes de la UMF 28 del IMSS.
- Pacientes de más de 20 años de edad y menos de 70 años.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 de más de 5 años de evolución.

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Personas sin afiliación de la UMF 28 del IMSS.
- Pacientes con antecedentes psiquiátricos antes de ingresar al estudio.
- Pacientes que hayan recibido tratamiento con antidepresivos para neuropatía diabética.
- Pacientes diabéticos diagnosticados con menos de 5 años de evolución.
- Pacientes diabéticos con antecedente de amputación de miembros inferiores.
- Pacientes diabéticos con ceguera por retinopatía diabética.
- Pacientes en hemodiálisis o diálisis peritoneal.

7.7 CRITERIOS DE ELIMINACION

- Pacientes con diagnóstico de alguna enfermedad psiquiátrica.
- Todos los pacientes que hayan entrado en el estudio y que durante la contestación del inventario se retracten de continuar.

8. INSTRUMENTO DE MEDICION:

Inventario de depresión de Beck: es un instrumento de evaluación psicológica conformado por 21 items que mide diferentes síntomas cognitivos, afectivos, somáticos e interpersonales de depresión.¹² El paciente tiene que seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación actual y la última semana. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad-severidad son los siguientes: No depresión 0-13 puntos, depresión leve 14-19 puntos, depresión moderada 20-28 puntos, depresión grave mayor de 29-63 puntos.

9. PROCEDIMIENTO:

Prevía autorización del Director de la Unidad, se realizó por el investigador un muestreo aleatorio simple en pacientes diabéticos tipo 2 en edad de 20 a 70 años que acudieron a la consulta de medicina familiar de la clínica 28 del IMSS a control tanto del turno matutino como vespertino de cualquiera de los 22 consultorios y que cumplieron con los criterios establecidos.

Se explicó sobre la existencia del protocolo de estudio y las características generales del mismo. Si el paciente estaba de acuerdo se le hizo firmar primeramente un consentimiento informado de que aceptaba entrar al estudio. Se aplicó el Inventario de Depresión de Beck que consta de 21 reactivos y se anexó espacio para anotar sexo, edad y tiempo de diagnóstico de diabetes. Se tomó la información y se hizo una revisión sumando el total de los reactivos para clasificar el grado de depresión que presentaba el paciente. Los resultados se vaciaron a la hoja de recolección de datos en Excel para su posterior análisis en el programa JMP. En caso de que el paciente presentara alguna discapacidad visual, no sepa leer o escribir se le aplicaría el cuestionario por el investigador de manera verbal.

10. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVOS	VARIABLE	DIMENSION	CONSTRUCCION DEL INDICADOR	PLAN DE ANALISIS
Conocer la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 en la Unidad Médica Familiar No. 28 del IMSS en Mexicali B.C.	Depresión	Puntaje obtenido en el Inventario de Beck en escala de 0-63 puntos.	-No depresión: 0-13 -Depresión leve: 14-19 -Depresión moderada: 20-28 -Depresión grave: 29-63	La información será procesada con el programa JMP y se graficarán los resultados como depresión leve, moderada y severa.
Determinar en qué sexo existe mayor prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2.	Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.	Femenino. Masculino.	Dicotómica nominal. 1.Hombre 2.Mujer
Conocer las edades promedio de los pacientes diabéticos tipo 2 que tienen un cuadro de depresión.	Edad	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento.	-20-30 años. -31-40 años. -41-50 años. -51-60 años. -61-70 años.	Unidad de medida en años.
Demostrar si el tiempo de padecer diabetes mellitus tipo 2 influye en la aparición de depresión.	Tiempo	Es una magnitud física con la que se mide la duración o separación de acontecimientos.	-5 a 10 años -11-20 años -21-30 años -Más de 31 años	Unidad de medida en años.

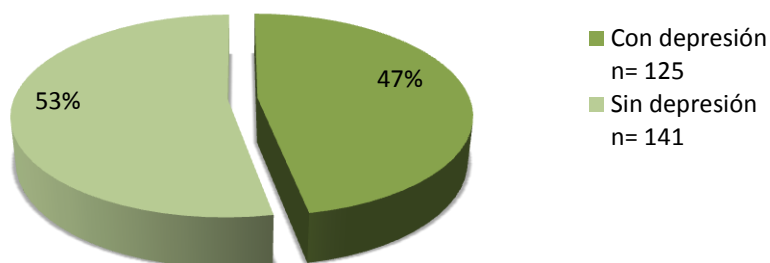
11. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos de investigaciones, cuestiones éticas que se encuentran aceptadas en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1964), revisada en Tokio en 1975, en Venecia 1983, en Hong Kong en 1989, en Sudáfrica en 1996 y en Escocia en el 2000. Se respetara confidencialidad de la información así como la identidad de los casos. Antes de iniciar el estudio será sometido al comité local de investigación de la unidad hospitalaria y autoridades competentes, conforme los requisitos legales locales.

12. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

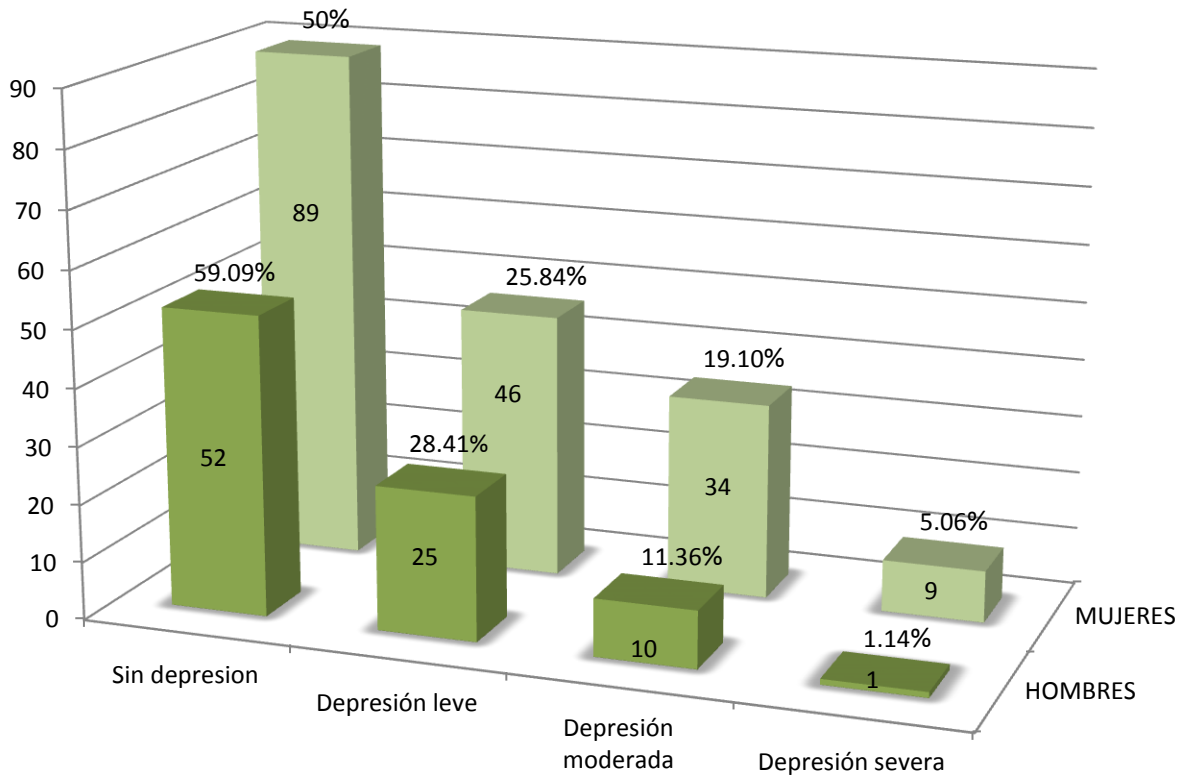
ACTIVIDADES	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	M A R
	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 1	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 2	2 0 1 3	2 0 1 3
Elección del tema																								
Identificación del problema																								
Revisión de literatura																								
Hacer protocolo de estudio																								
Nombre del proyecto																								
Antecedentes																								
Pregunta de investigación																								
Objetivo general																								
Objetivos específicos																								
Justificación																								
Hipótesis																								
Diseño																								
Procedimiento																								
Cronograma de actividades																								
Operacionalización de variables																								
Consentimiento informado																								
Referencia bibliográfica																								
Entrega de protocolo																								
Ejecución de la investigación																								
Recolección de datos																								
Análisis y resultados																								

Grafica 2. Prevalencia de depresión en Pac. diabéticos tipo 2



El comportamiento de la población según el grado de depresión y género fue el siguiente: en cuanto a depresión leve fue de 28.41% (n=25) sexo masculino y en el sexo femenino 25.84% (n=46), depresión moderada 11.36% (n=10) en masculinos y femeninos 19.10% (n=34), la depresión severa fue de 1.14% (n=1) en hombre y mujeres 5.06% (n=9). Como se observa en la gráfica 3.

Gráfica 3. Grado de Depresión por Género



Se observó que la depresión se relacionó más con el sexo femenino quien presenta un 50% contra un 40.9% en el sexo masculino, que son resultados esperados según reportes de la literatura donde la prevalencia es mayor en el género femenino con cifras de hasta 47.1% como lo vemos en la tabla 1.

Tabla 1. Grado de depresión por género de población en estudio.

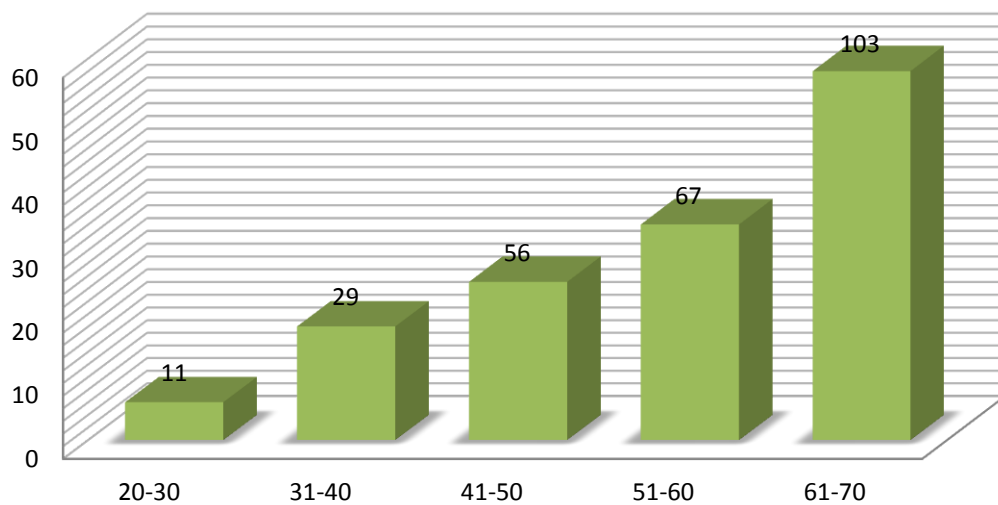
		Género		Total
		Hombre	Mujer	
Grado de Depresión Con escala Beck	Sin Depresión % sin depresión	52 (59.09%)	89 (50%)	141 (53.01%)
	Depresión Leve	25	46	71
	Depresión Moderada	10	34	44
	Depresión Severa % con depresión	1 (40.91%)	9 (50%)	10 (46.99%)
	Total de pacientes	88	178	266

En cuanto a la edad de la población en estudio, las edades fluctuaron entre los 26 y 70 años y se obtuvo un promedio de edad de 54.5 años ± 11.26 tal como se observa en la tabla 2, dividiéndose por grupos de edad y presentándose de 20-30 años n=11 pacientes, 31-40 años n=29, 41-50 años n= 56, 51-60 n=67 y de 61 a 70 n= 103 (ver gráfica 4). Se puede deducir que la población que acude a su control es la que pertenece a la séptima década de la vida y es importante puntualizar que es la etapa en la que se encuentra con más complicaciones al paciente diabético. Esto no quiere decir que la diabetes solo se presenta en la 5ta o 6ta década de la vida solo que esta población tiene mayor tiempo para acudir a su consulta pues por lo general estos pacientes se encuentran pensionados o jubilados.

Tabla 2.

Variable	N=	Edad promedio	Desv. Estándar	Mínimo	Máximo
Edad	266	54.53	11.262	26.0	70.0

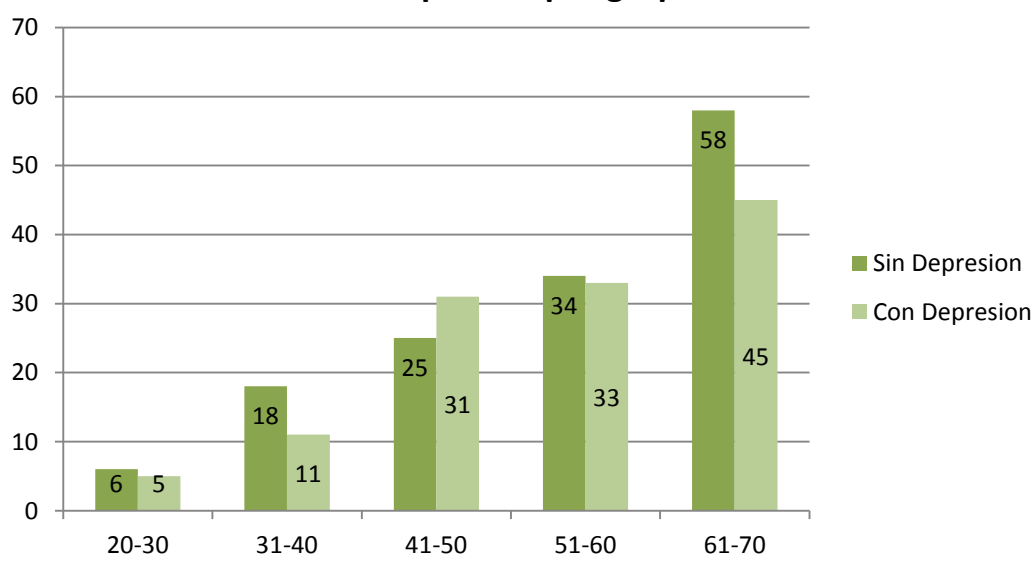
Gráfica 4. Edad de la población en estudio



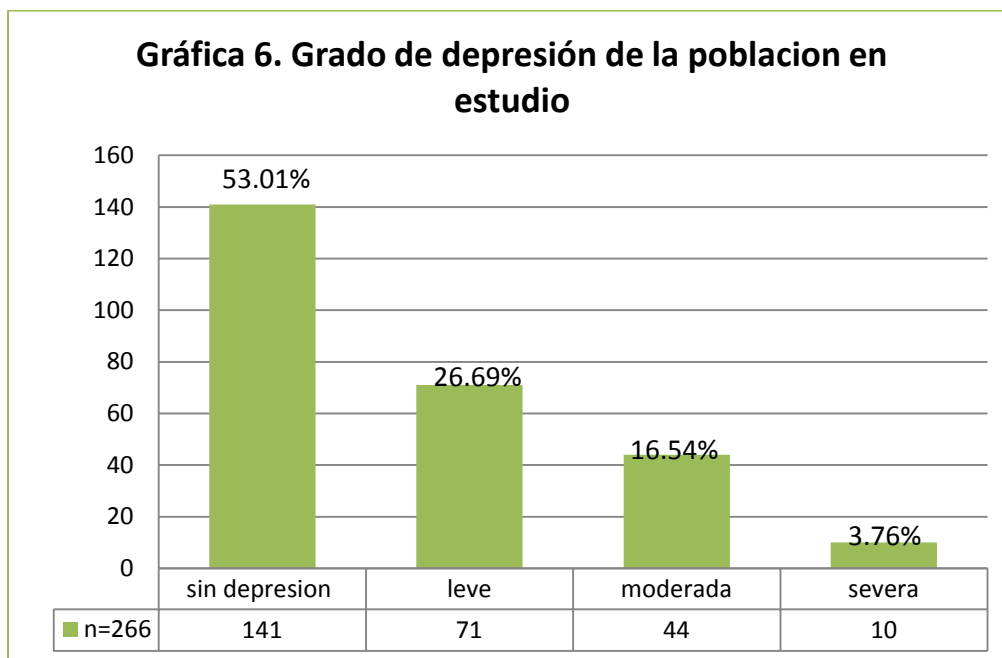
Este resultado fue similar a otros estudios realizados en donde el promedio de edad de la población en estudio fue de 58 a 62 años de edad y con un máximo de edad de 68 años.

En cuanto a la depresión y edad se encontró en el grupo de 20-30 años a n=5 pacientes con depresión y n=6 sin depresión. De 31 a 50 años n=18 sin depresión y n= 11 con depresión, del grupo de 51 a 60 años con depresión n=34 y n=33 sin depresión, y de 61-70 años n=58 sin depresión contra n=45 con depresión. (Ver grafica 5).

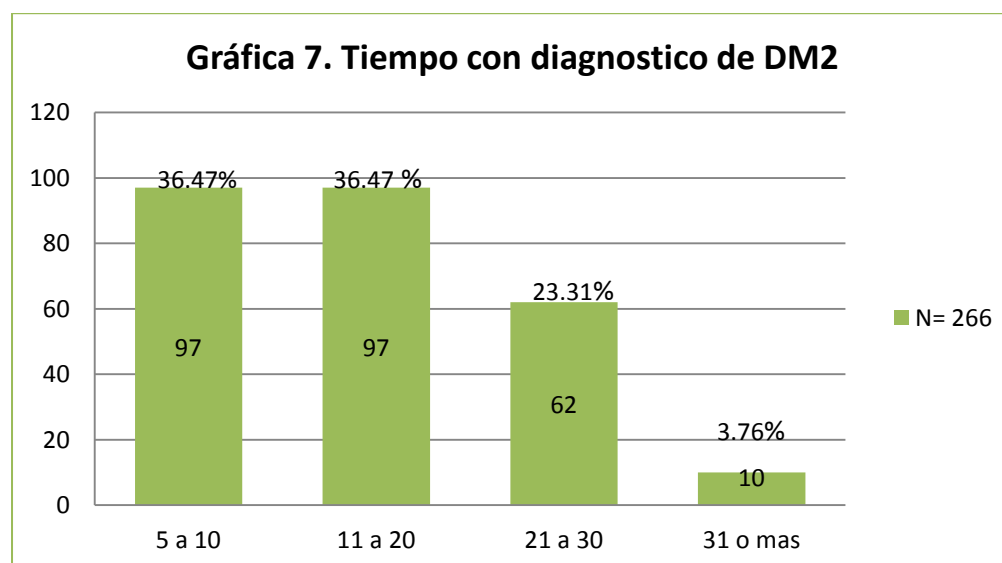
Grafica 5. Depresión por grupo de edad



En cuanto al grado de depresión de la población en estudio según la escala de Beck la población se comportó de la siguiente manera con depresión leve un 26.69%, depresión moderada un 16.54% y depresión severa un 3.76% como lo observamos en la gráfica 6.



Todos los individuos de la muestra tienen como característica principal ser pacientes diabéticos tipo 2 de más de 5 años de evolución y ser derechohabientes a la UMF 28 del IMSS en Mexicali B.C. encontrando con un tiempo de diagnóstico de diabetes de 5 a 10 años a 97 sujetos (36.47%), de 10-20 años a 97 (36.47%), de 20 a 30 años a 62 (33.31%) y más de 30 años de evolución 10 (3.76%) (Ver gráfica 7).



Al relacionar el tiempo en que se realizó el diagnóstico de diabetes mellitus y el desarrollo de depresión, encontramos que los pacientes que presentan dicho trastorno emocional se encuentran en una media de edad de 12.21 ± 8.99 años de ser diabéticos. Se realizó un análisis con estadística no paramétrica Kruskal-Wallis y se observó que el estadístico de prueba Chi-cuadrada es 1.48, con 3 grados de libertad y que según el valor $P > \chi^2$ fue de 0.6862, por lo que no hubo una relación entre estas variables.

14. DISCUSIÓN:

Los resultados obtenidos en nuestro estudio demuestra que de un total de 266 pacientes estudiados el 66.92% (178) de los pacientes evaluados fueron mujeres y 33% (88) hombres, de los cuales su edad media fue de 54 años $\pm$ 11. Se encontró una prevalencia de depresión de 46.99% en la población en general. Se encontró en el género femenino que el 50% presentaron un grado de depresión comparado con el género masculino con un 40%, aunque su distribución fue homogénea. Observando el grado de depresión, se obtuvo que de los pacientes estudiados el 26% se encontraban con una depresión leve, el 16.54% depresión moderada y el 3.76% depresión severa. Al relacionar el tiempo de evolución del diagnóstico de diabetes mellitus con el estado de depresión no se obtuvo relación, observándose que eran variables independientes.

Diversos estudios han demostrado que las tasas de prevalencia de depresión en pacientes diabéticos pueden variar desde un mínimo de 20% hasta una 60-80%, como podemos observar en diversos estudios, por ejemplo uno realizado por Pineda N., Bermúdez V., Cano C., donde se estudiaron cuarenta pacientes con diabetes con edades entre 30 y 65 años de edad de los cuales 17 eran del sexo femenino y 23 de sexo masculino encontraron con depresión leve un 32.5%, el 12.5% depresión moderada y el 10 % moderada a grave. Es decir en forma general se encontró que un 55% de los pacientes presentaron depresión. A diferencia de otro estudio por la Universidad Veracruzana en el 2010, donde estudiaron la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos en la UMF N° 52 observando que el 26% de la población total fueron hombres y el 73% mujeres con una media de edad de 57.4 años en los cuales se encontró que el 20% de los pacientes presentaron depresión. Cuando se valoró la edad en relación con la depresión se encontró que los que presentaron depresión se encontraban entre los 66.8 más menos 8.5 años, ligeramente más alto que en nuestro estudio que se encontraban entre los 54 años. En la ciudad de Guadalajara en el 2005 se realizó un estudio de diabetes tipo 2 y depresión; en este estudio se encontró una prevalencia de depresión de un 63% en una proporción de 3 a 1 mayor en mujeres que en hombres, no se encontró asociación entre la edad y la depresión.

Por otro lado Hernández M., Martínez M., Godínez E., estudiaron la depresión en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica regional, y detectaron que la depresión es frecuente en el sexo femenino en 64.7% con un rango de edad de 33 y 83 años de edad.

Cobo C., García M., Fabián M., realizaron un estudio donde buscaban la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. Encontraron que el 19% de los

pacientes presentaron síntomas de ansiedad y el 24.7% de los pacientes presentaron síntomas de depresión.

Comparando los resultados de este estudio con otro realizado por: Arévalo M., Iturralde K., donde buscaban la depresión como factor de riesgo para un inadecuado control glucémico en pacientes con diabetes mellitus, donde no se encontró asociación de depresión con respecto al género femenino quizás en esto influyo que el 63% de los pacientes estudiados pertenecían al género femenino, en este mismo se encontró una prevalencia de depresión en un 65.7%, dentro de la cual prevaleció la depresión leve 55.2% y la grave en un 12% similares a nuestro estudio donde prevaleció la leve en un 26,69% y la grave en 3.76% de la población estudiada siendo el promedio de edad fue de 62.6 años ± 9.3 años y en el nuestro de 54 años ± 11.2 .

Escobedo C., et al (2007) buscó la relación entre el descontrol metabólico con la depresión según el inventario de Beck en pacientes diabéticos tipo 2 de recién diagnóstico. Se estudiaron 46 pacientes un 76% del género femenino y un 24% del género masculino se determinó una prevalencia de depresión de un 82.6%, con depresión leve fue un 43.4%, depresión moderada 30.4% y un 8.6% depresión grave.

Por su parte Cruz A., et al (2011) realizó un estudio, en donde se buscaba la prevalencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2: se encontró una promedio de edad de 56.15 años de edad y el 55% pertenecían al género femenino. Martínez M., Hernández M., Godínez E. (2012) realizaron un estudio en donde buscaban identificar de presión y el grado de la misma mediante el inventario de Beck, encontraron que la depresión es frecuente en el sexo femenino (64.7) con un rango de edad de 33 y 83 años y encontraron una prevalencia de depresión en 41.2% y depresión severa solamente en dos casos.

Como se observó hay bastante literatura donde se demuestra que la depresión está estrechamente relacionada con los pacientes diabéticos. En relación a la edad existe una clara tendencia a pensar que las personas después de los 50 años tienden a deprimirse por varias situaciones psico-sociales, relacionadas con el estado de salud, condiciones económicas o familiares, sin embargo hay quienes mencionan incluso hasta los adolescentes se deprimen y encuentran la diabetes difícil de manejar. También se ha relacionado con el sexo, ya que se ha comprobado que las mujeres son más vulnerables a padecer depresión.

La responsabilidad del tratamiento continuo recae directamente en el individuo y su familia, no resultando fácil para muchos pacientes ya que las conductas como el cambio en su estilo de vida y la confrontación inadecuada de problemas emocionales que acompañan al diagnóstico son barreras a una terapia eficaz agregándose además sentimientos de culpa, enojo, resentimiento, miedo, interfiriendo a menudo con la habilidad para el auto cuidado exitoso.

15. CONCLUSIONES:

El presente estudio se basó en buscar la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2, enfermedades más prevalentes en el mundo dentro de sus respectivas áreas de estudio y que afectan con gran impacto el sector salud en la región.

Se encontró una prevalencia del 46.99%, predominando el sexo femenino, con un promedio de edad de 54 años, es decir la mayoría de la población pertenecen al grupo de la tercera edad, y no encontrándose diferencia entre depresión y tiempo de padecer diabetes.

El resultado es preocupante ya que es un factor de mal pronóstico para este tipo de pacientes, que traduce a un desapego al tratamiento, abandono del mismo, adquisición de malos hábitos alimenticios, aumentando la susceptibilidad a presentar patologías asociadas a la misma y con un estado inmunológico bajo.

Muchos estudios han explorado la asociación entre la diabetes y la depresión, con este estudio se pretende apoyar a la investigación y como punto de partida invitar a los médicos a seguir investigando estas dos enfermedades que día a día se vuelven más prevalentes, y que podría constituir un problema de salud si no es diagnosticada a tiempo con evaluaciones sencillas como los inventarios de depresión.

Con lo antes mencionado se requiere por parte del equipo de salud un enfoque multidisciplinario (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales y servicio de psicología) con el fin de llevar ciertas estrategias de evaluación y seguimiento de los pacientes, ya que sabemos en la práctica médica que los trastornos depresivos se asocian a ciertos factores como mortalidad elevada, estancias hospitalarias prolongadas, mal apego a tratamiento e incapacidad social y laboral.

En cuanto a los resultados anteriores es preocupante que a pesar de contar en la institución con el servicio de psicología y psiquiatría las derivaciones son de forma esporádica así como el estudio de las complicaciones emocionales y o mentales según el caso de cada paciente por lo que es sumamente importante implementar estrategias para abordar a estos pacientes con el fin de favorecer la calidad de vida de los mismos así como también disminuir gastos que dichas complicaciones que genera al sector salud.

Es evidente que el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus no es solamente pretender que el paciente se sienta bien o no sienta nada, pues sabemos que son una carga emotiva las

complicaciones crónicas relacionadas con la diabetes que resultan de la hiperglucemia y la duración de la misma.

Lo principal es hacer que el paciente tome como suya la enfermedad, lograr concientizarlo de lo importante que es el cambio de su estilo de vida, involucrarlo a un grupo y/o de forma personalizada educarlo para lograr que el paciente adquiriera: una dieta baja en grasas, realizar actividad física de forma regular y lograr una pérdida de peso que favorecería el control de la glicemia. Esto se lograría con el apoyo de los grupos de autoayuda en conjunto con trabajo social y el departamento de nutrición así como con el apoyo de terapia psicológica en pacientes con depresión, terapia conductual y de consejería, el participar con actividades recreativas utilizando los recursos con los cuenta el instituto.

Con esto se favorecerá un mejor control de la depresión del paciente pues con la intervención del médico familiar y con los estudios de salud familiar se lograría una mejor comunicación del paciente y su familia. Una parte muy importante es trazar metas fáciles de alcanzar y con eso estimular al paciente para un adecuado apego al tratamiento.

Finalmente se considera que la estimación de la prevalencia de depresión y su sintomatología característica es necesaria en cualquier población clínica debido al impacto potencial de esta variable en el manejo de los pacientes con diabetes, siendo importante debido a que está asociada con efectos negativos en el control glucémico, con la falta de apego al tratamiento y al auto cuidado, a la disminución de la calidad de vida, así como a complicaciones y al aumento de la mortalidad.

Con lo anterior podemos concluir que el beneficio potencial sería identificar a la población en riesgo por el médico de primer nivel y efectuar un diagnóstico acertado y promoviendo un tratamiento individualizado orientado a la prevención/retraso de la aparición de las complicaciones.

16. BIBLIOGRAFIA (En base a criterios de Vancouver 2010)

1. Conget I. Diagnóstico, clasificación y patogenia de la diabetes Mellitus. Revista Española de Cardiología. 2002; 55(5): 528-535.
2. Escobedo J, Buitrón GL, Ramírez MJ, Chavira MR, Shargrotsky H, Marcet CB. Diabetes en México. Estudio CARMELA. Revista Cirugía y Cirujanos. 2011; 79(5):424-431.
3. Tamez PH, Quintanilla FD, Hernández CM, Ceja BL, Gómez OM. Tendencias en el diagnóstico y seguimiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Visión del especialista. Revista Medicina Interna de México 2011; 27(6): 535-538.
4. García DR, Durruty AP. Prevención de la diabetes melitus tipo 2. Revista Médica de Clínica Las Condes. 2009; 20(5): 580-587.
5. Rodríguez BR, Reynales SL, Jiménez RJ, Juárez MS, Hernández AM. Costos directos de atención medica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en México: análisis de microcosteo. Revista Panamericana de Salud Pública. 2010; 28(6): 412-420.
6. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Mayor en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2009.
7. Colunga RC, García AJ, Salazar EJ, González M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. Revista de Salud Publica. 2008; 10(1): 137-149.
8. Gonzalez J, Peyrot M, McCarl L, Collins EM, Serpa L, Mimiaga M, et.al. Depression and Diabetes treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. Diabetes Care. 2008; 31: 2398-2403.
9. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post EP, Ten HT, Bruce ML, et al. Depression, cardiovascular disease, diabetes, and 2-year mortality among older primary care patients. American Journal geriatric psychiatry. 2005; 13(9): 748-755.
10. Castillo QJ, Barrera BD, Perez OJ, Alvarez CF. Depresión y Diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista de Neurología. 2010; 51(6): 347- 359.

11. Díaz RG, Reyes MH, López CA, Caraveo AJ, Atrián SM. Validación de una escala clinimétrica para el diagnóstico de depresión en pacientes con diabetes mellitus 2, en unidades de atención primaria. *Revista de Investigación Clínica*. 2006; 58(5): 432-440.
12. Pineda M, Bermudez V, Cano C. Niveles de Depresión y sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*. 2004; 23(1): 74-78.
13. Grupo de Trabajo sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t Nº 2006/06.
14. Espinoza AA, Caraveo AJ, Zamora OM, Arronte RA, Drug LI, Olivares SR, Reyes MH, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores. *Revista Salud Mental*. 2007; 30(6): 69-80.
15. APA - American Psychiatric Association (Asociación Americana de Psiquiatría). DSM-IV: 1994.
16. Téllez ZJ, Morales BL, Cardiel MH. Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en un hospital de tercer nivel de atención. *Revista Medicina Interna de México*. 2001; 17(2): 54-62.
17. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global Prevalence of diabetes. *Diabetes Care*. 2004; 27(5): 1047-1053.
18. Black SA, Markides KS, Ray LA. Depression predicts increased Incidence of adverse Health outcomes in older Mexican Americans with type 2 diabetes. *Diabetes Care*. 2003; 26(10): 2822-2828.
19. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Post PP, Ten Have T, Bruce ML. Depression, cardiovascular disease, diabetes, and 2-year mortality among older primary care patients. *American Journal Geriatric Psychiatry*. 2005 13(9): 748-755.

20. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga M, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care*. 2008; 31(12): 2398-2403.
21. Gavard JA, Lustran PJ, Clouse RE. Prevalence of depression in adults with diabetes. An epidemiological evaluation. *Diabetes Care* 1993; 16(8):1167-1179.
22. Egede LE, Ellis Ch. Diabetes and depression: Global perspectives. *Diabetes Research and Clinical Practice*. 2010; 87(3): 302-312.
23. Martínez M., Hernández M., Godínez E. (2012) Depresión en un grupo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una clínica regional del municipio de Jilotepec, México.
24. Fabián M., García M., Cobo C., (2010). Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades
25. Iturralde K., Arévalo M., (2009). La depresión como factor de riesgo para un inadecuado control glicémico en pacientes con diabetes mellitus.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO INSTITUCIONAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Dr. Fernando Lizárraga Villalobos.
 Director de la UMF No. 28 IMSS.
 Mexicali Baja California.

Por este medio me permito informar a usted que se realizará un estudio de investigación en el cual se recabará información importante que será de utilidad a los Médicos Familiares de la UMF No. 28 el cual consistirá en identificar a pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que cursen actualmente con un estado de Depresión, con el fin de poder así brindarles un tratamiento integral y mejorar la percepción de su enfermedad así como el apego a su tratamiento médico.

El nombre del estudio es:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UMF No. 28 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

Mismo que se llevara a cabo en las fechas de Junio a Septiembre del año 2012 en la ciudad de Mexicali B.C, con el sencillo procedimiento del llenado de un test de 21 preguntas que constan de opciones para fácil comprensión por el derechohabiente. Dichos datos serán manejados de manera confidencial. El derechohabiente no se encuentra obligado a realizar dicho test, por lo tanto se explicará su libre participación.

Agradeciendo su atención y su autorización para la elaboración de este estudio me permito ponerme a sus órdenes para cualquier duda o pregunta que tenga al respecto.

 Investigador responsable
 Dra. Myrna L. Gómez Hernández
 Residente de la especialidad de Medicina Familiar

 Firma de consentimiento

 Testigo

 Testigo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN.
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por este medio me permito informar y solicitar a Usted su consentimiento y autorización para colaborar en un estudio de investigación en el que se recabará información importante que nos será útil para identificar si se encuentra en un estado de Depresión. El nombre del estudio es:

PREVALENCIA DE DEPRESION EN PACIENTES DIABETICOS TIPO 2 EN LA UMF No. 28 DEL IMSS EN MEXICALI B.C.

Su participación consistirá únicamente en contestar un cuestionario auto aplicado de opción para su fácil llenado, el cual no pone en riesgo su integridad física, además que los datos serán manejados de manera confidencial. Usted no se encuentra obligado a realizar dicho test, por lo tanto su participación es voluntaria.

Agradeciendo su atención y autorización para colaborar en este estudio me permito ponerme a sus órdenes para cualquier duda o pregunta que Usted tenga al respecto en la Unidad de Medicina Familiar No. 28.

Si acepto participar en el estudio _____

Fecha de aceptación _____

Testigo

Testigo

ATENTAMENTE

Dra. Myrna L. Gómez Hernández

Residente de la Especialidad de Medicina Familiar

No. Paciente _____

Sexo: M F

Edad _____

¿Cuántos años tiene usted diagnosticado como diabético aproximadamente? _____

Inventario de Depresión de Beck

Instrucciones: A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. A un lado de cada frase marque con una cruz el que mejor refleje su situación actual.

1)

- ☐ No me siento triste.
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- ☐ Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- ☐ No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado con respecto al futuro.
- ☐ Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- ☐ Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Siento que he fracasado más que la persona normal.
- ☐ Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- ☐ Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- ☐ Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes .
- ☐ No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- ☐ Ya nada me satisface realmente.
- ☐ Todo me aburre o me desagrada.

5)

- ☐ No siento ninguna culpa particular.
- ☐ Me siento culpable buena parte del tiempo.
- ☐ Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.

☐ Me siento culpable todo el tiempo.

6)

☐ No siento que esté siendo castigado.

☐ Siento que puedo estar siendo castigado.

☐ Espero ser castigado.

☐ Siento que estoy siendo castigado.

7)

☐ No me siento decepcionado en mí mismo.

☐ Estoy decepcionado conmigo.

☐ Estoy harto de mí mismo.

☐ Me odio a mí mismo.

8)

☐ No me siento peor que otros.

☐ Me critico por mis debilidades o errores.

☐ Me culpo todo el tiempo por mis faltas.

☒ Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

☐ No tengo ninguna idea de matarme.

☒ Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.

☐ Me gustaría matarme.

☐ Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

☐ No lloro más de lo habitual.

☐ Lloro más que antes.

☐ Ahora lloro todo el tiempo.

☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

☐ No me irrito más ahora que antes.

- ☐ Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- ☐ Me siento irritado todo el tiempo.
- ☐ No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- ☐ No he perdido interés en otras personas.
- ☐ Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- ☐ He perdido todo interés en los demás.

13)

- ☐ Tomo decisiones como siempre.
- ☐ Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- ☐ Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- ☐ Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- ☐ No creo que me vea peor que antes.
- ☐ Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- ☐ Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a)..
- ☐ Creo que me veo horrible.

15)

- ☐ Puedo trabajar tan bien como antes.
- ☐ Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- ☐ Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- ☐ No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- ☐ Puedo dormir tan bien como antes.
- ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- ☐ Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- ☐ No me canso más de lo habitual.
- ☐ Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- ☐ Me canso al hacer cualquier cosa.
- ☐ Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- ☐ Mi apetito no ha variado.
- ☐ Mi apetito no es tan bueno como antes.
- ☐ Mi apetito es mucho peor que antes.
- ☐ Ya no tengo nada de apetito.

19)

- ☐ Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- ☐ He perdido más de 2 kilos.
- ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ He perdido más de 6 kilos.

20)

- ☐ No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- ☐ Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estomago o constipación.
- ☐ Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- ☐ No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- ☐ Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- ☐ He perdido por completo mi interés por el sexo.