

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 27
CD. TIJUANA BAJA CALIFORNIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ENSEÑANZA EN SALUD
RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR**



**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E INVESTIGACION**



**Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético en la población derechohabiente
del IMSS de Tijuana BC.**

**COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA:
DRA.- CECILIA ANZALDO CAMPOS.**

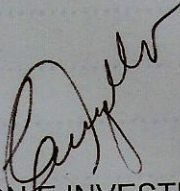
**CORDINADOR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:
DR. JUAN JOSE CAMACHO ROMO.**

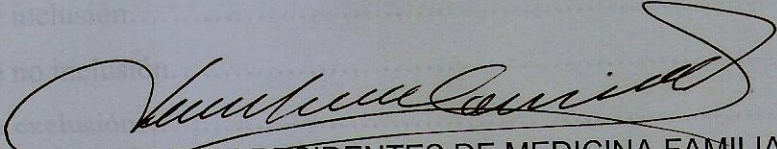
**INVESTIGADOR PRINCIPAL:
DR. JESUS GERARDO FACIO CASTRO**

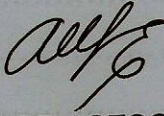
Titular de segundo año de la especialidad de medicina familiar
Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar Número 27 de Tijuana B.C.

**INVESTIGADOR ASESOR:
DR. María Eugenia Duarte.
Jefe del departamento de epidemiología del HGR #20**

FEBRERO 2009.


COORDINADORA DE EDUCACION E INVESTIGACION MÉDICA:
DRA.- CECILIA ANZALDO CAMPOS.


CORDINADOR DE RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR:
DR. JUAN JOSE CAMACHO ROMO.


INVESTIGADOR ASESOR:
DRA. MARÍA EUGENIA DUARTE.
Jefe del departamento de epidemiología del HGR #20

FEBRERO 2009.

Tijuana, Baja California, a 1 de Septiembre del 2015.

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

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como Director de la tesis titulada **Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético en la población derechohabiente del IMSS Tijuana B.C.** elaborada por **Jesus Gerardo Facio Castro** manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dra.- Maria del Rocio Serrano Flores
Director de tesis

Tijuana, Baja California, 1 de septiembre del 2015.

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

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético en la población derechohabiente del IMSS Tijuana B.C** elaborada por **Jesus Gerado Facio Castro** manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE


Dra.-Cecilia Anzaldo Campos
Sinodal

C.c.p. Archivo

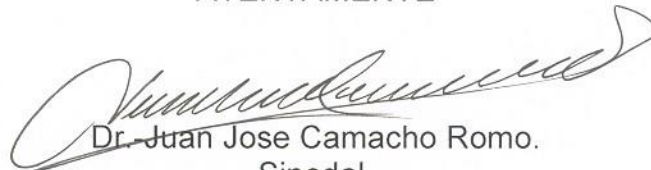
Tijuana, Baja California, 1 de septiembre del 2015.

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

ASUNTO: Voto Aprobatorio

Habiendo fungido como sinodal de la tesis titulada **Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético en la población derechohabiente del IMSS Tijuana B.C** elaborada por **Jesus Gerardo Facio Castro** .manifiesto a ustedes que reúne los requisitos académicos establecidos para ser considerada por el jurado de examen.

ATENTAMENTE



Dr. Juan Jose Camacho Romo.
Sinodal

C.c.p. Archivo

Resumen

Antecedentes: El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; Los trastornos depresivos tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida; En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño En las mujeres, el porcentaje de las afectadas fue de 4%, en las menores de 40 años de edad, y alcanzó una cifra de 9.5 por ciento entre las mayores de 60 años. En el caso de los hombres, la prevalencia en los grupos de edad considerados fue de 1.6 y 5 por ciento, respectivamente Su incidencia en hospitales generales es entre 18 a 35%. En algunas enfermedades crónicas, la presencia de depresión puede empobrecer su pronóstico.

Objetivos:

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabiente del IMSS de Tijuana BC.

Material y métodos: Estudio prospectivo, transversal y analítico, incluyendo pacientes con pie diabético valorados en HGR#20 y HGR#1 de Tijuana B.C

Durante los meses de marzo a agosto de 2008. Se aplicó la Escala de Zung para depresión y una hoja de recolección de datos clínicos y demográficos. El análisis estadístico se realizó empleando pruebas de Ji cuadrada, t de student y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 73 pacientes con pie diabético, 35pacientes (47.9%) del sexo masculino y 48 pacientes del sexo femenino (52.1%) con edad promedio de 62 años, (41-89 años). La prevalencia de depresión fue de 57.5% (42 casos). Las variables que tuvieron una asociación estadísticamente significativa con la presencia de depresión fueron: Escolaridad con $(P \geq 0.03)$. Y con mayor frecuencia pero sin significancia estadística se encuentran Las variables socio demográficas de: sexo, edad, estado civil, tiempo de evolución, enfermedades concomitantes, y grado de afectación del pie diabético

Conclusiones: La prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético es elevada.la escolaridad resulto el único factor asociado, de forma significativa. El sexo, edad, estado civil, grado de afectación con la escala de Wagner y un tiempo de evolución del padecimiento más largo fueron factores asociados de forma no significativa con la presencia de depresión.

Es importante la valoración psiquiátrica en el grupo de pacientes que presenten las características señaladas, con el propósito de lograr disminuir el incremento de la morbimortalidad ocasionado por los trastornos del estado de ánimo.

TITULO.

Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabientes del IMSS en Tijuana BC.

Antecedentes científicos.

Trastornos del estado de ánimo son algunos de los males más comunes que llevan los pacientes a los médicos. Casi el 20% de los adultos tendrá un trastorno del estado de ánimo que requiere tratamiento en su vida, y cerca de 8% de los adultos tendrá un trastorno depresivo mayor durante su vida. ⁽¹⁾ Se debe de tener en cuenta que la depresión puede constituir a veces un síntoma, otras un síndrome y otras una enfermedad por lo que se puede comprender que se encuentren situaciones y cuadros clínicos que en parte explican las cifras altas de depresión en algunos estudios epidemiológicos. ⁽²⁾ La depresión se caracteriza por una combinación de tristeza, desinterés por las actividades y merma de la energía. Otros síntomas son una pérdida de la confianza y la autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, y la aparición de trastornos del sueño y la alimentación. También pueden concurrir diversos síntomas somáticos. Aunque los sentimientos depresivos son frecuentes, sobre todo después de sufrir reveses en la vida, sólo se formula el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superan un umbral y duran al menos dos semanas. La depresión puede ser desde leve hasta muy grave. Por lo general es episódica, pero puede ser recidivante o crónica, El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la

prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. ⁽³⁾ Los trastornos mentales tienen un fuerte impacto sobre la vida de los individuos, la familia y la sociedad en su conjunto. Se calcula que más de 20% de la población mundial padecerá algún trastorno afectivo que requiera tratamiento médico en algún momento de su vida. ⁽⁴⁾ En los hombres la prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas.⁽⁵⁾ En México, de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002-2003 (ENED 2002-2003), en un periodo anual previo a la entrevista, 5.8 por ciento de las mujeres y 2.5 de los hombres de 18 años y más sufrieron alguna sintomatología relacionada con la depresión; la prevalencia de depresión se incrementa con la edad en ambos sexos. En las mujeres, el porcentaje de las afectadas fue de 4%, en las menores de 40 años de edad, y alcanzó una cifra de 9.5 por ciento entre las mayores de 60 años. En el caso de los hombres, la prevalencias en los grupos de edad considerados fue de 1.6 y 5 por ciento, respectivamente ⁽⁶⁾. El hombre es un ser biospsicosocial y por lo tanto enfrenta constantes situaciones de adaptación al medio, que en algunos casos conlleva a la aparición de un trastorno frecuente en la actualidad la depresión. Ella es considerada como una enfermedad propia de nuestra cultura y que crea además problemas de salud pública, por su alto índice de morbilidad y el consiguiente impacto económico. ⁽⁷⁾ Gran número de pacientes que concurren a los servicios de medicina familiar presentan en su cuadro clínico síntomas depresivos insuficientes en número o intensidad para los criterios exigidos en el diagnóstico. Estos pacientes suelen presentar una serie de quejas somáticas, con cuadros mixtos ansioso-depresivos, o con aquellas manifestaciones descritas como depresión enmascarada. El espectro de la

depresión en medicina familiar difiere de lo encontrado en psiquiatría. En la primera se observa una proporción mayor de pacientes con depresión leve y es menor el número de casos con manifestaciones clásicas, por esa causa el médico familiar que haya recibido una formación psiquiátrica puede tener dificultad para adaptar los criterios diagnósticos a la medicina generalista. ⁽⁸⁾ Las principales enfermedades que los médicos asocian con la depresión son: en primer lugar el cáncer (100%) seguido por el VIH-SIDA (89%); 77% lo relaciona con la diabetes mellitus, y sólo 19% lo asocia con otras enfermedades crónicas degenerativas. ⁽⁹⁾ La depresión en el paciente diabético, es más frecuente de lo que se cree, condicionando así un desequilibrio emocional en este tipo de pacientes. La incidencia mostró que la mayoría de los pacientes (76.6%) padecieron cierto grado de depresión en alguna etapa de su enfermedad. La depresión moderada a notable fue la más encontrada y con predominio en el sexo femenino; esto puede deberse a varios factores tales como: a) estadísticamente la mujer se encuentra más afectada por trastornos emocionales, b) las mujeres sufren con más frecuencia las complicaciones tardías de la diabetes mellitus, c) la edad del paciente, ya que la etapa más frecuente es en la transición de la vejez a la senectud. consideramos que se forma un círculo vicioso entre la enfermedad por sí misma, sus complicaciones y la depresión, lo que da como resultado que el paciente diabético ponga poco interés en el control de su enfermedad, lo que condiciona, a su vez, la precipitación de complicaciones y una menor supervivencia. La depresión y la diabetes en forma inherente muchas veces propician un descontrol metabólico frecuente, lo que condiciona mayor incidencia de ingresos hospitalarios y aumenta los días de hospitalización. El paciente

diabético con *depresión* facilita el curso natural de la enfermedad hacia las complicaciones, lo que conlleva a empeorar la calidad de vida. ⁽¹⁰⁾ La presencia de síntomas depresivos en el anciano ocasiona discapacidad, mala evolución de la comorbilidad y mayor utilización de los recursos de atención a la salud. ⁽¹¹⁾ La diabetes mellitus constituye un problema de salud universal, que afecta en forma creciente a todas las sociedades. De acuerdo con la OMS no menos de 120 millones de personas padecen dicha enfermedad, cifra en la que se observa un rápido incremento progresivo, ya sea por envejecimiento de la población, la tendencia al sedentarismo o el mejor control de las enfermedades, entre otras causas. . El pie diabético, en particular, se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores. ⁽¹²⁾ El pie diabético es una de las complicaciones más frecuentes de los pacientes diabéticos, debido al déficit inmunológico asociado a esta enfermedad y al inadecuado tratamiento que llevan, por la insuficiente educación que poseen sobre su enfermedad. Es una afección localizada en los pies de los pacientes diabéticos, cuyos factores determinantes principales son: la isquemia, la infección y la poli neuropatía. Se presentan en dos formas clínicas: Isquémica: se caracteriza por la ausencia de uno o más pulsos periféricos y cursa con una úlcera isquémica dolorosa o no, como una gangrena isquémica que puede extenderse al pie o circunscribirse a los arcos, donde predominan las lesiones Vasculares (la isquemia) y existe un menor grado de neuropatía. Neuroinfecciosa: Se caracteriza por cuadros sépticos como las celulitis o flemón difuso, el absceso o el mal perforante plantar, donde los pulsos pueden estar

presentes y en la que predomina la neuropatía. También estos dos cuadros pueden unirse, pero uno de los dos predomina o aparece primero. La lesión vascular de la diabetes, tanto macro como microangiopáticas; constituye hoy día posiblemente el fenómeno más importante de su cuadro clínico y evolución, y en muchos casos invalidan al diabético para la vida útil. ⁽¹³⁾ Los problemas del pie diabético es una de las principales causas de hospitalización y reflejo de los problemas socioeconómicos de la población atendida (la patología de la pobreza). Este problema requiere habitualmente de estancias prolongadas y dos de cada tres casos termina en amputación. No es factible prevenir muchos de estos casos ya que el 40% de los pacientes con este problema acuden por primera ocasión a la Institución. ⁽¹⁴⁾ La diabetes mellitus es la responsable del 90% de las amputaciones no traumáticas. Se calcula que 15% de los diabéticos padecerá en algún momento de su vida, los problemas del pie diabético originan cerca de 60 mil amputaciones y un promedio de 22 días de hospitalización en países como Estado Unidos. ⁽¹⁵⁾

Otras fuentes reportan que la prevalencia del pie diabético es entre 8 % y 13 % de donde se puede establecer una relación causal estadísticamente significativa con las variables diabetes mellitus tipo I, tiempo de evolución y sexo masculino. En un estudio realizado en Gran Bretaña con 10 709 pacientes se constató que 18,1 % de los diabéticos padecía de pie diabético. ⁽¹⁶⁾ En estudios longitudinales de 30 meses realizados en EE.UU. se encontró una prevalencia del pie diabético en el 25 % de los pacientes estudiados. ⁽¹⁷⁾.

El periodo de latencia entre el diagnóstico de diabetes mellitus y la complicación osciló entre 3.2 y 13.1 años. Las correlaciones fueron altas y significativas en cada una de las complicaciones. la frecuencia de complicaciones de la diabetes mellitus en la población estudiada fue muy alta, con tendencia a aumentar con el tiempo de evolución de la enfermedad.⁽¹⁸⁾ Un tercio de las personas con su primera úlcera del pie diabético sufre de depresión clínica, y está asociado con el aumento de la mortalidad ⁽¹⁹⁾ La relación entre el tiempo de evolución del padecimiento, la escala de Wagner y el estado funcional del paciente, con la presencia de depresión, en relación con el tiempo de evolución, a mayor tiempo de evolución mayores posibilidades de padecer depresión el análisis con la escala de Wagner y su relación con la depresión, nos indica que a mayor afectación clínica del pie la prevalencia de depresión aumenta. ⁽²⁰⁾

Justificación.

Por lo general la intervención adecuada en los pacientes crónicos degenerativos deprimidos se retrasa debido a que el paciente no informa sobre la sintomatología o a que el médico no la investiga a fondo. Dada la importancia de este tipo de padecimientos, se requiere que el médico detecte de manera oportuna a los pacientes con pie diabético y sintomatología clínica de depresión. Por tal motivo adquiere importancia y relevancia el conocer a fondo la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético de los derechohabientes del IMSS de Tijuana BC y así establecer estrategias de prevención y tratamiento en estos padecimientos.

Planteamiento del problema

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabientes del IMSS de Tijuana BC.?

Objetivo (s)

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabiente del IMSS de Tijuana BC.

Material y métodos.

El estudio se llevo a cabo en los consultorios de la especialidad de angióloga en el HGR #20 y HGZ #1 del IMSS ubicados en Tijuana BC.

Diseño:

Transversal descriptivo

Tamaño de la muestra.- Se calculó en base a prevalencia de depresión en el grupo de mayores de 40 años, la cuál es de 9.5%.

Se utilizó la fórmula $N = \frac{Z_2 \times P}{M_2} (1-P)$ correspondiendo a 73 casos

M_2

Tipo de muestreo.- No probabilístico por conveniencia

Criterios de inclusión.- pacientes con diagnostico de pie diabético que acudan ala consulta externa de angiología, y que quieran participar en el estudio.

Criterios de no inclusión.- Pacientes que no quieran participar en el estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes que no respondan completo el cuestionario, y los pacientes que no deseen participar en el estudio.

Se realizo un estudio transversal, prospectivo, y analítico, la población a estudiar fueron pacientes con diagnostico de pie diabético, valorados en los consultorios del servicio de angiología y cirugia vascular del HGR No. 20 Y HGR No 1 de Tijuana BC. Durante los meses de marzo a agosto del 2008. Previa autorización del paciente se les aplico la escala de depresión de zung. La prueba de zung es una escala auto aplicada usada como tamizaje para evaluar la depresión consiste en 20 preguntas que evalúan múltiples aspectos del individuo ,describiendo la frecuencia de los síntomas en muy pocas veces *algunas veces* muchas veces* o casi siempre * asignándole un valor a la misma de 1 a 4 dependiendo de la pregunta, de acuerdo al puntaje porcentual obtenido los

resultados inferiores al 50% excluyen depresión . Resultados entre 50-59% indican depresión leve, entre 60- 69% moderada y resultados superiores a 70% indican depresión severa, con hasta 95 % de sensibilidad (21). Además se recolectaron datos clínicos y socio demográfico de la población estudiada, se utilizo la escala clínica de Wagner para clasificar el grado clínico de afección del pie diabético. Grado 0: Ausencia de úlceras en un pie de alto riesgo. Grado 1: Úlcera superficial que compromete todo el espesor de la piel pero no tejidos subyacentes. Grado 2: Úlcera profunda, penetrando hasta ligamentos y músculos pero no compromete el hueso o la formación de abscesos. Grado 3: Úlcera profunda con celulitis o formación de abscesos, casi siempre con osteomielitis. Grado 4: Gangrena localizada Grado 5: Gangrena extensa que compromete todo el pie. (22)

Las variables a estudiar fueron; edad, sexo, estado civil, escolaridad, tiempo de evolución del pie diabético, enfermedades concomitantes.

ANÁLISIS DE DATOS:

Se utilizo el paquete estadístico de SPSS V16.0 se realizo una base de datos con la cual se procesaron los resultados, aplicando frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y dispersión. Presentando los resultados mediante cuadros y figuras.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y MATERIALES, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

HUMANOS

- un investigador experto
- un residente de medicina familiar

FISICOS

Se llevo a cabo en los consultorios de la especialidad de angiología del HGR No 20 y HGR No1 del IMSS con la ayuda de los asesores y el residente de medicina familiar del IMSS quienes les aplican la encuesta.

ASPECTOS ÉTICOS.

Este estudio fue factible ya que se conto con el apoyo de la institución además de los recursos humanos y materiales para desarrollar esta investigación. El proyecto no afecto los aspectos éticos ya que inicialmente se solicito previa autorización para participar en este protocolo, previa información del estudio en los pacientes que desearon participar, se manejaron en forma confidencial y los resultados se trataron en forma numérica sin exhibir a los participantes, dándoles apoyo médico a las pacientes que así lo requieran y se respetaron cabalmente los principios contenidos en el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe de Belmont, el Código de Reglamentos Federales de Estados Unidos.

Resultados

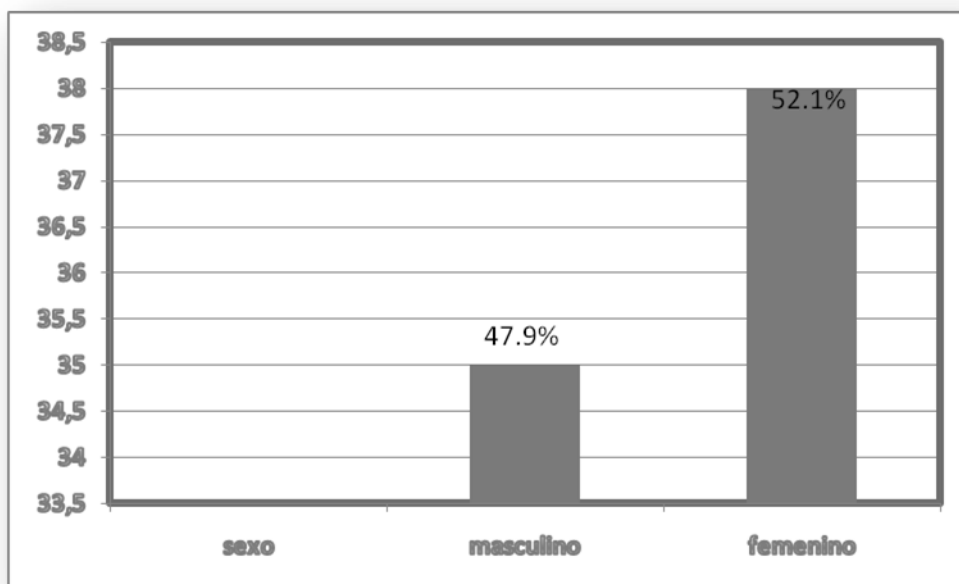
El estudio fue aplicado a 73 pacientes con pie diabético con los siguientes datos socio demográficos: 38 pacientes del sexo femenino (52.1%); y 35 pacientes del sexo masculino (47.9%); Con una media de 62 años (rango de 41 a 89 años).

Grafica No1. La distribución de la población en relación con el estado civil mostró un predominio de pacientes casados 42 pacientes (57.5%), 8 pacientes viudos (24.7 %) ,5 pacientes solteros (6.8 %), 5 pacientes divorciados (6.8 %).

3 pacientes en unión libre (4.1 %) y *cuadro No.1*

Grafica No 1.

Grupo de estudio 73 pacientes



Cuadro No I **Estado Civil**

| Estado Civil | N | % |
|--------------|----|-------|
| Casado | 42 | 57 % |
| Soltero | 5 | 6.8 % |
| Viudo | 18 | 24.7% |
| Unión libre | 3 | 4.1 % |
| Divorciado | 5 | 6.8 % |

Los resultados obtenidos de acuerdo a la escolaridad tenemos que 7 pacientes(9.6%) son analfabetas, 37 pacientes(50.7%) cursaron primaria,16 pacientes(21.9%) tienen secundaria,9 pacientes (12.3%) tienen estudio de preparatoria, y solamente 4 pacientes (5.5%) son profesionistas.

(Cuadro II).

Cuadro II **Escolaridad**

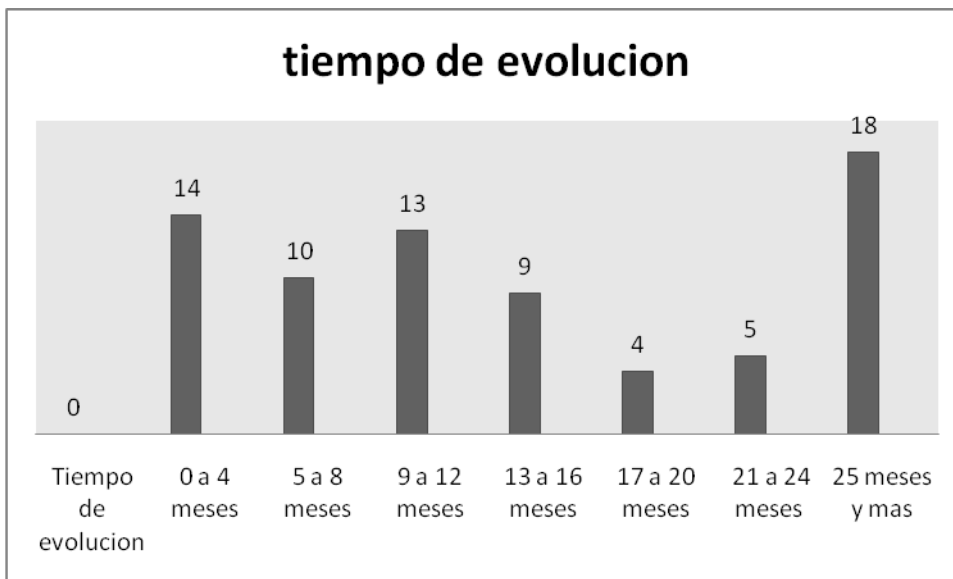
| Escolaridad | N | % |
|--------------|----|--------|
| Analfabeta | 7 | 9.6 % |
| Primaria | 37 | 50.7 % |
| Secundaria | 16 | 21.9 % |
| Preparatoria | 9 | 12.3 % |
| Profesional | 4 | 5.5 % |

Para conocer el tiempo de evolución de los pacientes con pie diabético se categorizo en cuatrimestres y se obtuvieron los siguientes resultados

pacientes con 0 a 4 meses de evolución fueron 14 pacientes(19.2 %), de 5 a 8 meses de evolucion 10 pacientes (13.7 %) ,de 9 a 12 meses de evolución 13 pacientes (17 %),de 13 a 16 meses 9 pacientes(12.3 %). De 17 a 20 meses tuvo el menor porcentaje de pacientes con 4 pacientes (5.5 %) y de 21 a 24 meses con 5 pacientes (6.8 %) y de 25 meses y más de tiempo de evolución con pie diabético con el porcentaje más alto con 18 pacientes (24.7%).

Grafica No 2.

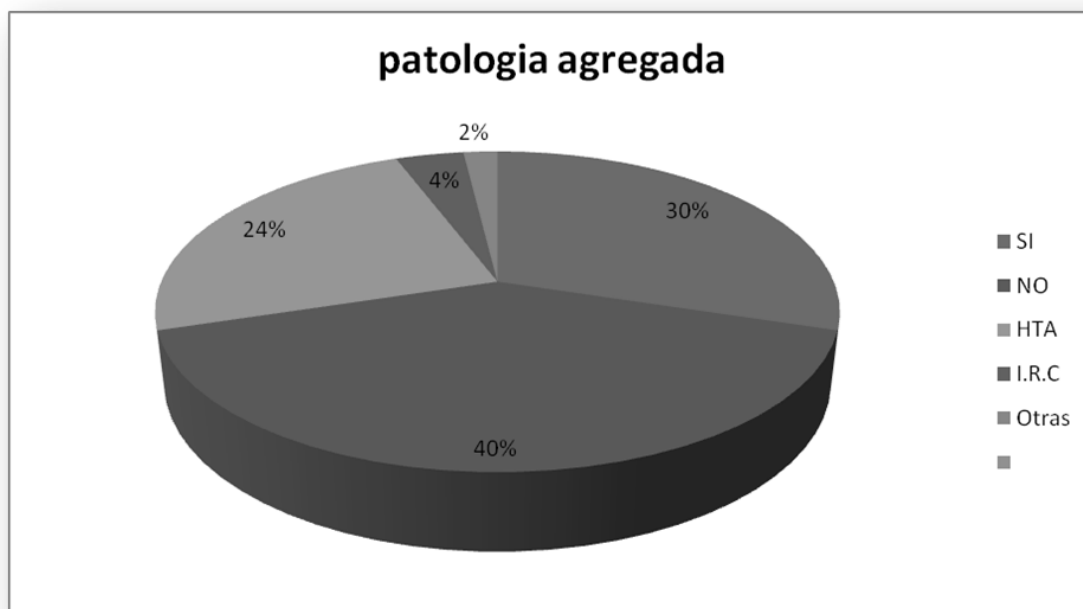
Grafica No.2



Se documentó la presencia de enfermedades concomitantes en 31 casos (42.5%), la más común fue hipertensión arterial sistémica con 25 casos (34%); insuficiencia renal crónica cuatro casos (5.4 %); y otras enfermedades, dos casos (2.7 %).

Grafica No.3

Grafica No.3 **patologías agregadas**



La clasificación clínica de la severidad del pie diabético con la escala de Wagner mostró una distribución con predominio del grado III con 46 %. Seguido del grado IV con 30.1 % posteriormente el grado II con 17.8 % y con un menor porcentaje el grado v con 5.5 %.(cuadro III)

Cuadro III **Escala de Wagner**

| Escala de Wagner | N | % |
|------------------|----|--------|
| Grado 0 | 0 | 0 |
| Grado I | 0 | 0 |
| Grado II | 13 | 17.8 % |
| Grado III | 34 | 46.6 % |
| Grado IV | 22 | 30.1 % |
| Grado V | 4 | 5.5 % |

Los resultados de la encuesta de la escala de Zung para obtener el grado de depresión fue de 42 pacientes con depresión lo que representó 57.5 % contra 31 casos que no presentaron sintomatología depresiva que representa el 42.5 % de la población estudiada; el grado de depresión se categorizó en leve, moderada y severa (cuadro IV).

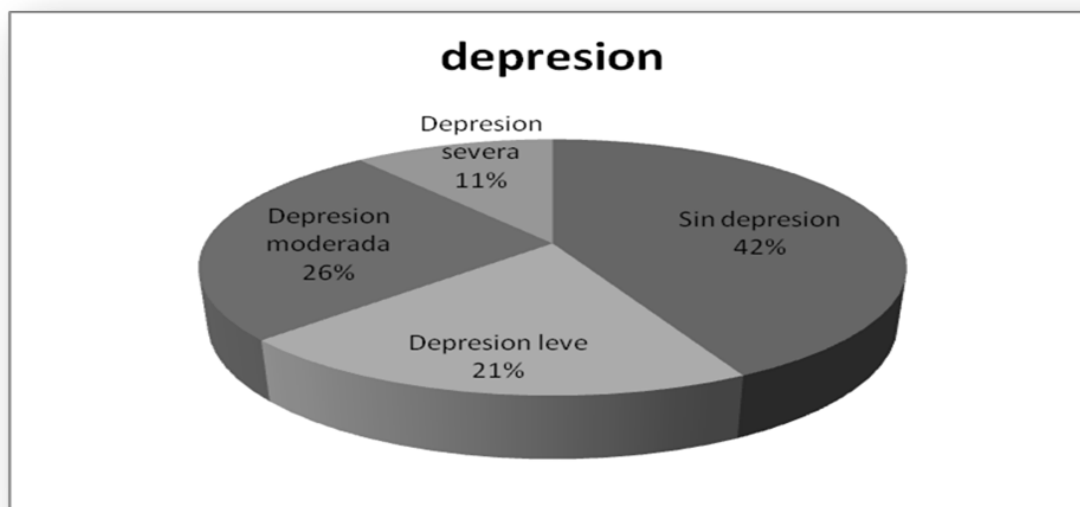
Cuadro IV

Depresión escala de Zung

| Escala de Zung | N | % |
|--------------------|----|--------|
| Sin depresión | 31 | 42.5 % |
| Depresión leve | 15 | 20.5 % |
| Depresión moderada | 19 | 26 % |
| Depresión severa | 8 | 11 % |

Los resultados obtenidos al categorizar el grado de depresión fueron los siguientes: 15 pacientes (26%) con sintomatología leve, 19 pacientes (20.5 %) Sintomatología depresiva moderada, y con sintomatología depresiva severa 8 pacientes (11%). Grafica No4.

Grafica No 4



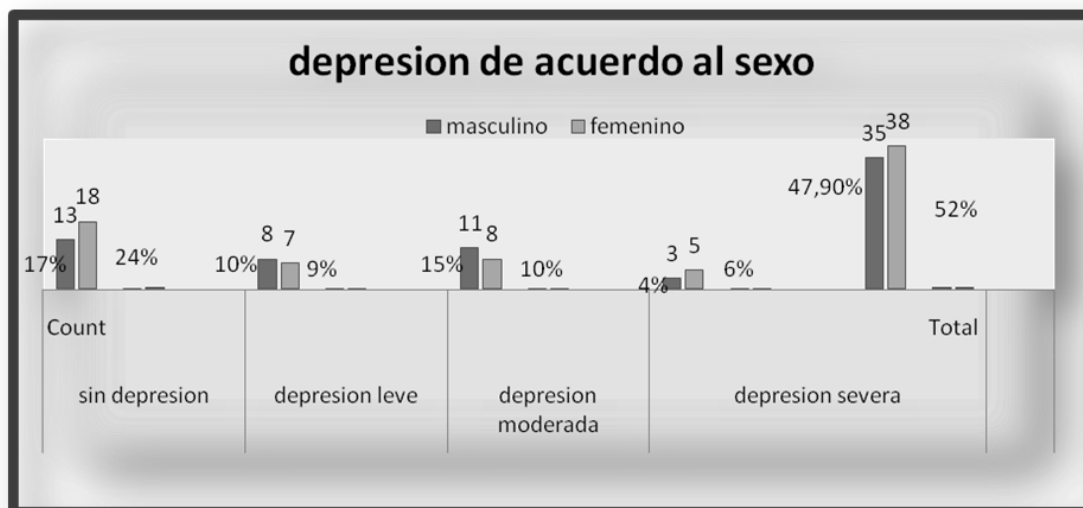
Al comparar a los pacientes con pie diabético y con depresión de acuerdo al sexo Se obtuvieron resultados de 22 pacientes (30.1%) del sexo masculino y 20 pacientes (27.4%) del sexo femenino. Y de los pacientes que resultaron sin depresión se obtuvieron 18 pacientes (24.7%) son del sexo femenino y 13 pacientes (17.8%) son del sexo masculino.

Se obtuvo un total de 15 pacientes con depresión leve y corresponde al sexo masculino 8 pacientes (11%) y para el sexo femenino 7 pacientes (9.6%).

Se detectaron 19 pacientes con depresión moderada con un total de 11 pacientes (15.1) del sexo masculino y 8 pacientes (11.0%) del sexo femenino con depresión moderada.

Lo que corresponde a pacientes con depresión severa se detectaron 5 pacientes (6.8 %) del sexo femenino y 3 pacientes (4.1%) del sexo masculino.(grafica No 5).

GraficaNo.5



Se realizo la comparación de los pacientes que tienen pareja y los que no tienen. 45 de los pacientes (61.6%) encuestados si tiene pareja y 28 pacientes viven sin pareja (38.4%).

Al comparar Los resultados obtenidos de los pacientes que viven con pareja, 22 pacientes (30.1%) presento depresión y 23 pacientes (31.5%) no presentaron depresión, y de los pacientes que vive sin pareja, 20 pacientes (27,4%) si presentaron depresión y 8 pacientes (11.5%) no presentaron depresión.

Haciendo la estadificacion de la depresión de los pacientes con y sin pareja en leve moderada y severa se obtuvieron los siguientes resultados; De los pacientes con pareja 23 pacientes (31.5%) resultaron sin depresión, 10 pacientes (13,7%) presento depresión leve ,9 pacientes (12.3%) presento depresión moderada y para depresión severa de los pacientes con pareja se reportan 3 pacientes (4.1%). De los pacientes que viven sin pareja 8 pacientes (10.9%) no presentaron datos de depresión, 5 pacientes (6.8%) presentaron datos de depresión leve, 10 pacientes (13.6%) presento depresión moderada y 5 pacientes sin pareja (6.8%) presenta depresión severa (GraficaNo6)

Por lo tanto al comparar los pacientes con pie diabético y depresión con el estado civil obtuvimos que 21 pacientes (28.8%) son casados, 14 pacientes (19.2%) son viudos, 3 pacientes (4.1%) solteros

3 pacientes (4.1%) divorciados., 1 paciente (1.4%) vive en unión libre.

Al comparar el estado civil con los pacientes sin depresión de los cuales se reportan 21 pacientes casados (28.8%), 4 pacientes (5.5%) viudos, 2 pacientes (2.7%) solteros, ,2 pacientes (2.7%) en unión libre y 2 pacientes (2.7%) son divorciados.

De los pacientes encuestados con estado civil casado, 21 pacientes que corresponde al 28.8% no presentaron depresión.

9 pacientes (12.3 %) presento depresión leve, 9 pacientes que corresponde al (12.3%) presento depresión moderada, y 3 paciente (l 4.1 %) presento depresión severa.

De los pacientes con pie diabético con estado civil soltero ,2 de los pacientes solteros (2.7 %) no tiene datos de depresión, 2 pacientes (2.7 %) presenta depresión leve, no hubo pacientes solteros con depresión moderada, y 1 paciente (1.4 %) presento depresión severa.

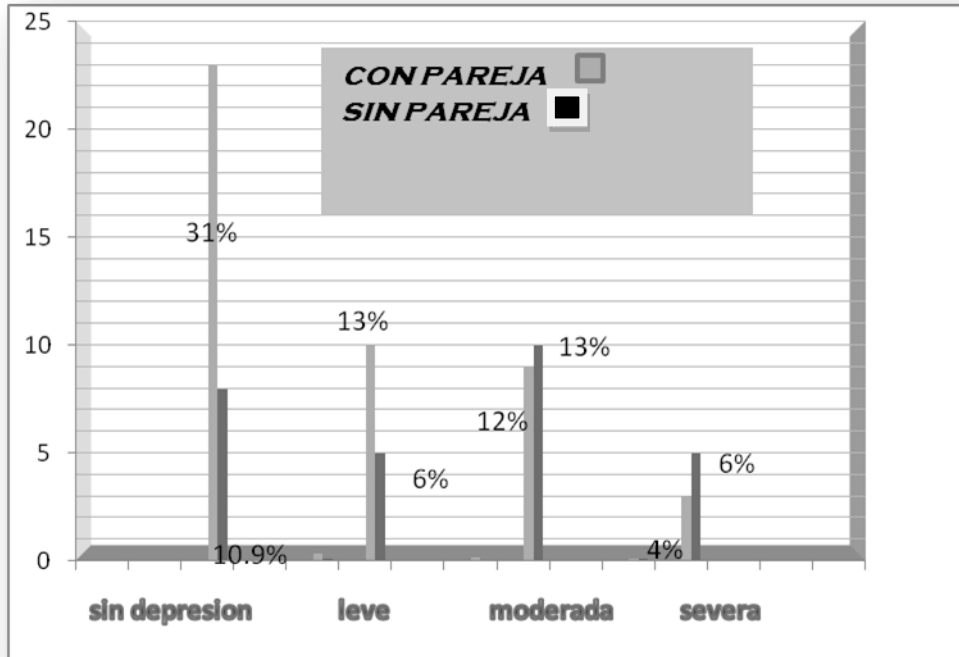
De los pacientes viudos 4 pacientes (5.5%) encuestados resultaron sin depresión. 3 pacientes (4.1%) presento depresión leve, 9 pacientes (12.3%) con depresión moderada y 2 pacientes (2.7%) con depresión severa.

Los encuestados que viven en unión libre resultaron 2 pacientes (2.7%) no tienen depresión, 1 paciente que corresponde al (1.4 %) presento depresión leve no hubo pacientes que viven en unión libre con depresión moderada o severa.

En cuanto a pacientes divorciados 2 pacientes (2.7 %) no tienen datos de depresión ,1 paciente (1.4 %) con depresión moderada y 2 pacientes (2.7 %) con depresión severa.

Grafica No 6

Pacientes que viven con pareja o sin pareja y grados de depresión



De acuerdo a la escolaridad en los pacientes que presentaron depresión se obtuvieron resultados de: 7pacientes (9.6%) sin ninguna escolaridad .22 pacientes (30.1%) con primaria, 10 pacientes (13.7%) cursaron secundaria ,2 pacientes ((2.7%) con preparatoria y 1 pacientes (1.4%) tienen carrera profesional.

De los 31 pacientes que resultaron sin depresión se reportan 0 pacientes sin escolaridad y15 pacientes (20.5%) con escolaridad primaria, 6 pacientes (8.2%) con secundaria ,9 pacientes (12.3%) cursaron preparatoria y 3 pacientes (4.1%) son profesionistas.

Por lo tanto, de un total de 7 pacientes (9.6%) que no tienen escolaridad ,1 paciente (1.4%) presento depresión leve, 3 Pacientes (4.1%) con depresión moderada, y con depresión severa 3 pacientes (4.1%).

En los pacientes con escolaridad de primaria se observo porcentajes más altos de depresión y corresponde a 15 pacientes (20.5%) sin depresión. 9 pacientes (12.3%) con depresión leve 9 pacientes (12.3%) con depresión moderada y 4 pacientes (5.5%) con depresión severa.

6 pacientes (8.2%) con escolaridad de secundaria no presentaron sintomatología para depresión, 4 pacientes (5.5%) con depresión leve, 5 pacientes (6.8%) presento depresión moderada, y 1 paciente(1.4%) resulto con depresión severa.

De los pacientes con pie diabético un total de 9 pacientes tiene estudios de preparatoria y de los cuales 7(9.6%) no presentaron sintomatología depresiva, se reporto 1paciente (1.4%) con depresión leve y 1 paciente (1.4%) con sintomatología de depresión moderada.

4 pacientes de los encuestados son profesionistas, 3(4.1%) resultaron sin ningún tipo de sintomatología depresiva solo 1paciente (1.4%), presento depresión moderada.

Para realizar la comparación del tiempo de evolución de los pacientes con pie diabético y depresión se categorizo en cuatrimestres obteniéndose los siguientes resultados pacientes con tiempo de evolución de 0 a 4 meses de evolución 5 pacientes (6.8%) sin datos de depresión, 1 paciente (1.4%) con depresión leve, 6 pacientes (8.2%) con depresión moderada, y 2 pacientes (2.7%) con depresión severa.

Los pacientes que tuvieron de 5 a 8 meses de evolución con pie diabético 7 pacientes (9.6%) cursaron sin depresión 1 paciente (1.4%) con depresión leve, 1 pacientes (1.4%) con depresión moderada, y 1 pacientes (1.4%) con depresión severa.

De Los pacientes con 9 a 12 meses de evolución, 5 pacientes no tuvieron depresión, 2 pacientes (2.7%) con depresión leve, 3 pacientes (4.1%) con depresión moderada, 3 pacientes (4.1%) con depresión severa.

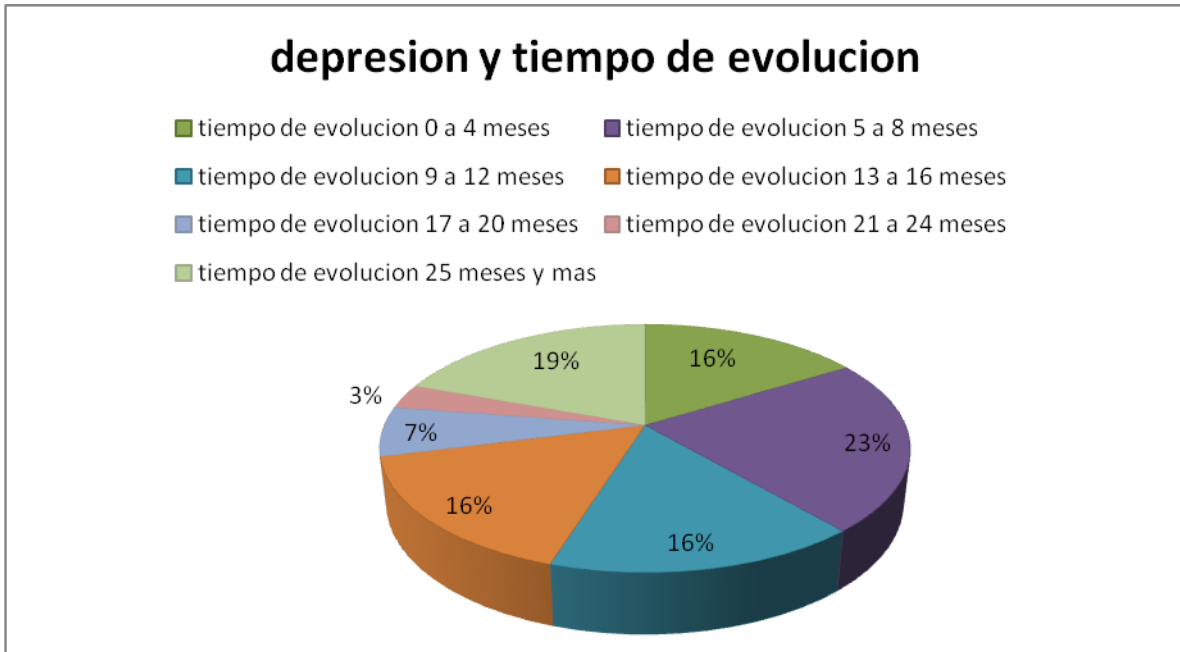
Los pacientes con tiempo de evolución de 13 a 16 meses, 5 pacientes (6.8%) con resultado de sin depresión, 2 pacientes (2.7%) con depresión leve, y 2 pacientes (2.7%) con depresión moderada, no se registro paciente en este rango con depresión severa.

De 17 a 20 meses e evolución se encontraron que 2 pacientes (2.7%) no tuvieron depresión, 2 pacientes (2.7%) con depresión leve. No se reportan pacientes con depresión moderada ni severa.

El tiempo de evolución de 21 a 24 meses registró 1 paciente (1.4%) sin datos de depresión 3 (4.1%) pacientes con depresión moderada, y 1 (1.4%) con depresión severa, en este rango no hubo pacientes con depresión leve.

El tiempo de evolución con más pacientes con depresión corresponde al de 0 a 4 meses y en segundo lugar al de 25 meses y mas con un total de 12 pacientes de los cuales 6 pacientes (8.2%) cursan sin depresión 7 pacientes (9.6%) con depresión leve, 4 pacientes (5.5%) con depresión moderada, y 1 paciente (1.4%) con depresión severa.(grafica No. 6).

Grafica No. 6



Se documentó la presencia de enfermedades concomitantes en 31 casos (42.5%), la más común fue hipertensión arterial sistémica con 25 casos (34%); insuficiencia renal crónica cuatro casos (5.4 %); y otras enfermedades, dos casos (2.7 %).

De los pacientes que si presentan enfermedades agregadas resultaron 23 pacientes (31.5%) con depresión y 8 pacientes (11%) no presentaron depresión.

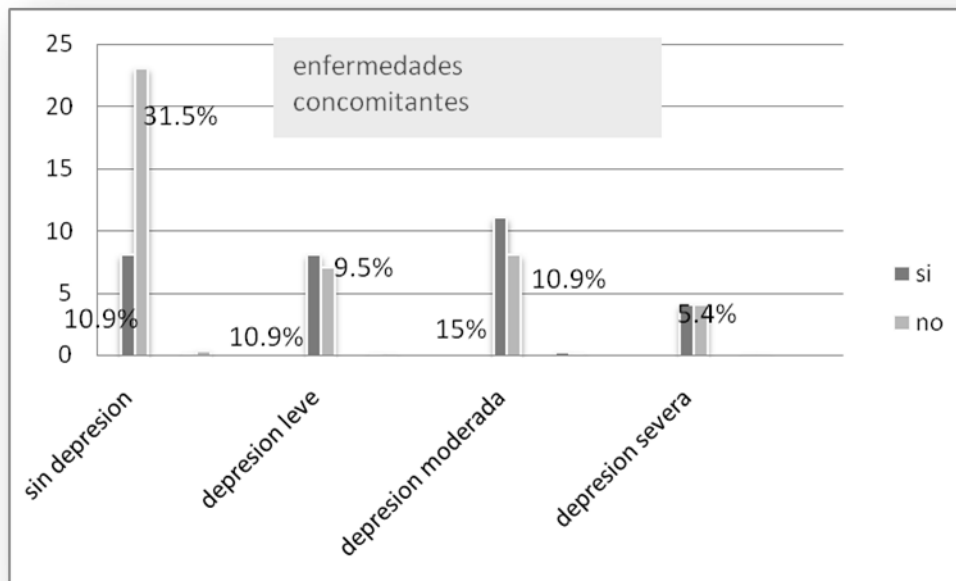
Y de los pacientes que no presentan enfermedades agregadas 19 pacientes (26%) presentan depresión, y 23 pacientes (31.5%) no presentaron depresión.

De los pacientes que si cursan con otras enfermedades 8 pacientes (11%) resultaron sin depresión y 8 pacientes (11%) presentaron depresión leve, 11 pacientes (15.1%) con depresión moderada, y 4 pacientes (5.5%) presento datos de depresión severa.

De los 42 pacientes que no tiene patologia agregada ,23 pacientes(31.5%) no presentan sintomatologia para depresión,7 pacientes(9.6%) con depresión leve,8 pacientes (11%) tiene datos de depresión moderada, y 4 pacientes (5.5%) con depresión severa. (graficaNo10).

Grafica No 7

Pacientes con enfermedades concomitantes y grados de depresión



Dentro del estudio se valora si se tiene alguna relación la depresión y el estadio del pie diabético tomando de parámetro la escala de Wagner y el grado de depresión, arrojando los siguientes resultados no se tiene registrado pacientes con grado 0 ni con grado I. los resultados son los siguientes de pacientes sin depresión, Se obtuvieron 9 pacientes (12.3%) con estadio II, 17 pacientes

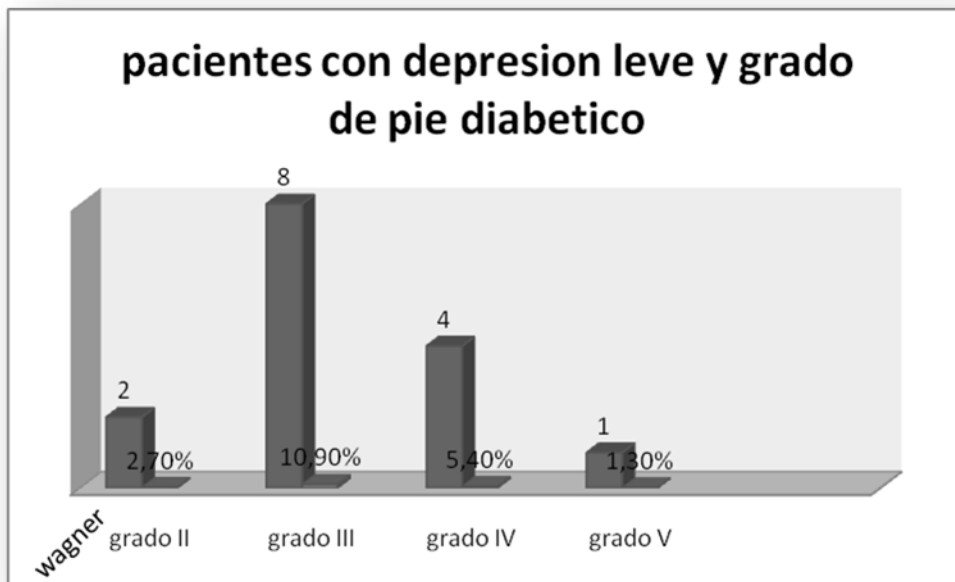
(23.3%) con estadio III. 4 pacientes (5.5%) con estadio IV y 1 paciente (1.4%) con estadio V.

De los pacientes con depresión leve ,2 pacientes (2.7%) cursan con estadio II. 8 pacientes (11.3%) en estadio III. 4 pacientes (5.5%) en estadio IV y 1 paciente (1.4%) en estadio V.(grafica No 8)

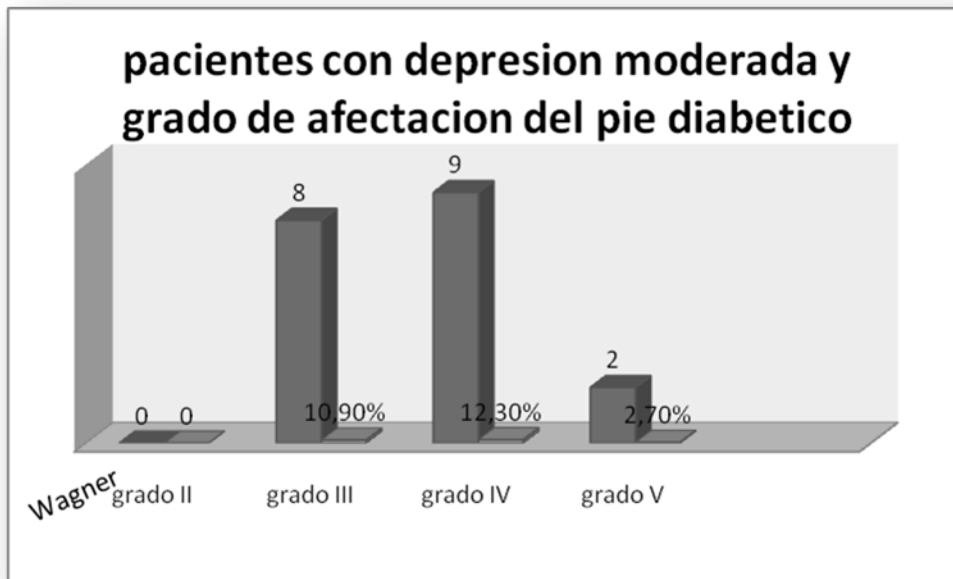
Los pacientes que cursan con depresión moderada son los siguientes; 0 pacientes para el estadio II, 8 pacientes (11%) para el estadio III,9 pacientes (12.3%) Para el Estadio IV. Y 2 pacientes (2.7%) para el estadio V. (grafica No 9)

Pacientes con depresión severa se reportan 8 pacientes (11.0%) en estadio III. 9 pacientes (12.3%) en estadio IV. Y 2 pacientes (2.7%) en estadio V. (grafica 10)

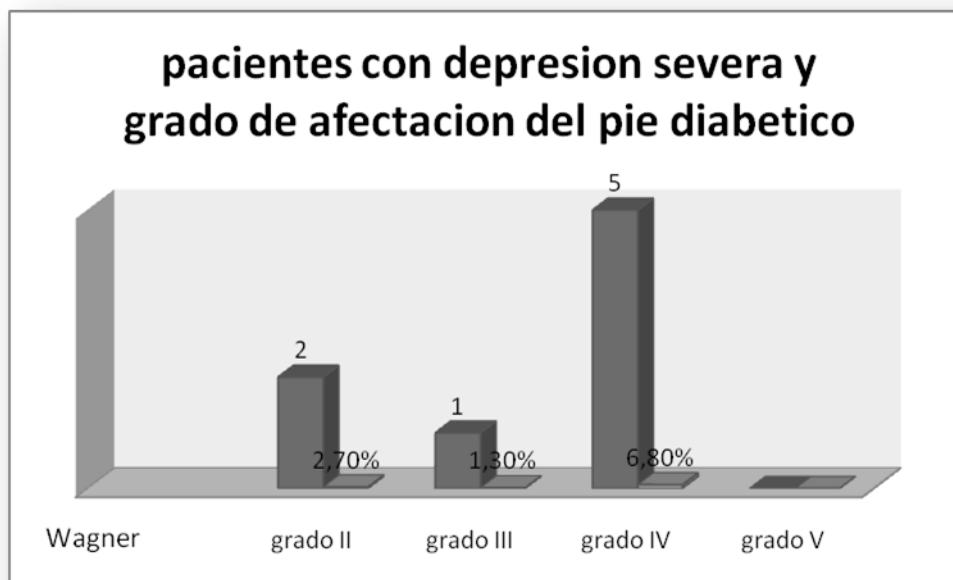
Grafica No8



Grafica No 9



Grafica No 10



Análisis de variables y su asociación con depresión
Pacientes Con depresión P

| | | | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|------|
| Sexo ¹ | Masculino 22(52%) | Femenino 20(48%) | 0.37 | | | | |
| Edad ² | Promedio 62± 11 | DE ±10.6 | 0.69 | | | | |
| Estado civil ¹ | Casado 21(28.8%) | Viudo 14(19.2%) | Soltero 3(4.1 %) | Divorciado 3(4.1 %) | Unión libre 1(1.4%) | 0.13 | |
| Escolaridad ¹ | | | | | | ** 0.03 | |
| | Analfabeta 7(9.6%) | Primaria 22(30.1%) | Secundaria 10(13.7%) | Preparatoria 2(2.7%) | Profesional 1(1.4%) | | |
| Tiempo de evolución ¹ | 0 a 4 meses 9(12.3%) | 5 a 8 meses 3(4.1%) | 9 a 12 meses 8(11%) | 13 a16 meses 4(5.5%) | 17 a20 meses 2(2.7%) | 20 a 23 meses 4(5.5%) | 0.13 |
| | 24 meses y más 12(16.4%) | | | | | | |
| Escala de Wagner ¹ | Grado 0 0 | Grado I 0 | Grado II 4(5.5%) | Grado III 17 (23.3) | Grado IV 18(24.7%) | Grado V 3 (4%) | 0.9 |
| Otras enfermedades ¹ | | | | | | 0.26 | |
| | Si | 23 (31.5%) | No | 19 (26%) | | | |

**P estadísticamente significativa ¹ prueba Ji Cuadrada ² Prueba t de student.

Discusión

El objetivo principal del presente estudio es conocer la prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabientes del Imss de Tijuana B.C.

La presente investigación nos demostró que la depresión es un padecimiento sumamente frecuente en los pacientes que tienen complicaciones de la diabetes mellitus en este caso con pie diabético. La alta prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético es una situación que podría suponerse; sin embargo, no existen en la literatura nacional reportes específicos sobre este tema, la cifra obtenida de 57.5% (n-42 casos) en nuestro estudio siendo un cifra alta en comparación con el estudio de rosas flores (20) el cual reporta una prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético de (45.6%). Nuestro estudio reporta una de las cifras más elevadas que se han observado en pacientes con enfermedades crónico degenerativas. En el estudio de Mariana Bello y Medina Mora (5) refiere que Conforme se incrementa el nivel de escolaridad disminuye la prevalencia de depresión, y que entre los individuos sin educación formal la prevalencia de depresión fue de 8% disminuyendo hasta un 2.1 % en aquellos con educación superior (5). En nuestro estudio de acuerdo a la escolaridad y pacientes que presentaron depresión se obtuvieron resultados en el cual los pacientes sin ninguna escolaridad y con escolaridad primaria obtuvimos una relación estadísticamente significativa (0.03) y los porcentajes más altos 9.6% y 30.1% respectivamente y conforme fueron aumentando los grados de estudio fue disminuyendo la prevalencia de depresión en nuestros pacientes, lo que se confirma con el estudio realizado por mariana bello y medina –mora. (5).

Aunque existe un alto grado de certeza acerca de la mayor prevalencia de depresión en el sexo femenino, los datos acerca de que el sexo condicione también la evolución del

Trastorno son mucho más dudosos. Por ejemplo, Kessler et al. (23) no encontraron diferencias en la prevalencia de depresión entre ambos sexos.

En nuestro estudio realizado los pacientes que cursan con pie diabético y que presentan depresión de acuerdo al sexo se obtuvieron los siguientes resultados los pacientes del sexo femenino que fueron 20(48%) y 22 masculinos (52%) no presentan significancia estadística teniendo similitud al estudio realizado en México por rosas-flores (20).

En relación con el estado civil se ha observado que las personas casadas gozan de mejor salud que su contraparte soltera y se sienten más satisfechos con su vida ,así mismo se ha señalado que las personas viudas o divorciadas tienen mayor problemas sicológicos, en nuestro estudio las prevalencias de depresión fueron elevadas entre los hombres y mujeres sin pareja pero sin significancia estadística, en cuanto a los hombres que nunca se han casado presentaron prevalencias bajas ,más bajas de los que tienen pareja, y en el grupo de las mujeres se vio que las solteras presentaron menos problemática de depresión que las casadas. Estudios realizados en México han arrojado resultados similares. Medina mora y cols. (5) concluyeron que la prevalencia de trastorno depresivo se presento con mayor frecuencia entre los viudos(as) que entre los casados, difiriendo un poco de nuestro estudio en cuanto a las mujeres casadas donde aumenta la frecuencia de depresión si la pacientes es casada.

Al comparar el tiempo de evolución del pie diabético con depresión encontramos en los dos extremos de la enfermedad tanto en sus primeros meses de diagnóstico de (0 a 4 meses) al igual que los pacientes que tienen tiempo de evolución prolongado con el pie diabético (25 meses y mas), estos tienen mayores probabilidades de presentar depresión. Aunque no encontramos significancia estadística, si es mayor su frecuencia en este grupo de pacientes.

La relación de la afectación del pie diabético utilizando la escala de Wagner con la presencia de depresión (estadísticamente no significativa, pero si con una mayor frecuencia), Esto nos indica que a mayor afectación clínica del pie diabético aumenta la prevalencia de depresión. Siendo igual al estudio realizado por rosas flores (20).

Conclusiones

Considerando los resultados encontrados se establecen las siguientes

Conclusiones:

Se halló que a menor escolaridad mayor frecuencia de depresión con significancia estadística.

No se encuentra diferencias significativas en la comparación de los niveles de Depresión pero si presentan mayor frecuencia son las variables socio demográficas de: sexo, edad, pacientes que viven con o sin pareja con estado civil solteros o viudos, tiempo de evolución del pie diabético.

No se muestra evidencias significativas en la relación de los pacientes casados pero si aumenta la frecuencia de depresión.

No se muestra evidencias significativas al asociar el grado de lesión del pie diabético con la depresión aunque si muestra una mayor frecuencia en los pacientes que tienen más afectación clínica del pie diabético de presentar depresión.

Durante nuestra investigación en los hospitales hemos notado con frecuencia que los pacientes con complicaciones de diabetes mellitus en este caso los pacientes con pie diabético, se ven afectado en su recuperación física en el transcurso de su evolución, esta observación es ignorada en nuestro medio, ignorando cuantos de nuestros pacientes con pie diabético cursan con periodos de depresión lo que hace que tengan una evolución tórpida.

En el manejo del paciente con pie diabético se requiere un enfoque multidisciplinario por parte del médico familiar, los cuales deben de llevar estrategias de evaluación, intervención y de seguimiento en los pacientes con

datos de depresión que tienen alguna complicación secundaria a diabetes mellitus esto en pro de una atención integral además de tener en cuenta los efectos negativos de la depresión en la evolución de su patología ,esto porque los departamentos de psicología y psiquiatría se encuentran en segundo nivel y por lo tanto es insuficiente para la atención de la población que requieren de estos servicios especializados.

BIBLIOGRAFIA.

1. - Ronald A. Remick Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review CMAJ. , 2002; 167 (11)
- 2.- 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): 2822-8.
- 3.- Informe sobre salud en el mundo 2001: salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas/ OMS. Organización mundial de la salud. - Ginebra OMS. 2001 ; (178); 29-30.
4. - Remick Ra. Diagnosis and management of depression in primary care: a clinical update and review. C MAJ .2002; 167; 1253-1260.
- 5.- Bello M, Puentes-Rosas E, Medina –Mora ME, Lozano R. Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública Méx.* 2005; 47 (1); 4-11.
- 6.- Mariana Bello *et al.* Prevalencia y diagnostico de depresión en población adulta en México. México, *Salud Pública de México.* 2005; 47(1) ;12-17
- 7.- Bertein DA, Nietzel BM, introducción ala psicología clínica. México: ed, MC Graw-Hill; 1982; 111-114
- 8.- Boschetti-Fentanes B. Archivos en Medicina familiar La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar 2004 6 (3); 61-67
- 9.- Vargas B, Heinze G, García J. La capacitación del médico general del primer nivel de atención en el manejo de la depresión *Rev. Fac.Med UNAM* 2004 .47 (5); 14-18.

- 10.- Jiménez G. López J. Depresión en el paciente diabético hospitalizado .Medicina Interna de México. Archivos en Medicina familiar 1999. (15)11.
- 11.- Granados J. Ponce M .peralta-pedrero. Murguía-Miranda. Síntomas depresivos como factor de riesgo para polifarmacia en pacientes mayores de 60 años. Gac. Med Mex 2007.143;(4) 4-8
- 12.- Organización Mundial de la Salud. Prevención de la diabetes mellitus. Ginebra: Informe de un Grupo de Estudio de la OMS. Ser inf. Tecn., no. 844, 1994: 81.
- 13.- Franco Pérez N. Valdés Pérez C. Roger Lobaina. Comportamiento de la morbilidad y la mortalidad en pacientes con pie diabético Rev. cubana angiología y Cir. Vasc 2001; 2(1):52-7
- 14.- Israel Lerman Garber. La atención del paciente más allá del primer nivel de atención, salud *pública de México* / vol. 49, edición especial, XII congreso de investigación en salud pública
- 15.- Instituto Mexicano Del Seguro Social. Manual de procedimientos para la atención integral a derechohabientes con factores de riesgos asociados a diabetes mellitus México: IMSS coordinación de salud comunitaria.
16. - Santos D, Carline T. Examination of the lower limb in high risk patients. J Tissue Viab 2000; 10(3):97-105
- 17.- Meijer JW, Trip J, Jaegers SM, Links TP, Smith Aj, Groothoff JW et al. Quality of life in patients with diabetic foot ulcers. Disabil Rehabil 2001; 23(8):336-40.

- 18.- Sabag-Ruiz E, Álvarez-Félix A, Gómez-Alcalá. Complicaciones crónicas en la diabetes mellitus. Prevalencia en una unidad de medicina Familiar Rev Med Inst. Mex Seguro social. 2006; 44 (5): 415-421
- 19.- Khalida Ismail; Kirsty Winkley; Daniel Stahl; Trudie Chalder; Michael Edmonds
A Cohort Study of People With Diabetes and Their First Foot Ulcer:
Diabetes Care; Jun 2007; 30, 6; ProQuest Medical Library pg. 1473
- 20.- Miguel ángel Rosas Flores. Alfonso Cosió Zazuela. Karen Henostroza Peña. Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético. Revista mexicana de angiología.2006 34;(3)107-111.
- 21.- Zung ww. A self rating depression scale, arch, gen psiquiatric 1965 ;(12).63-70.
- 22.- Wagner FW. Algorithms of diabetic foot care. The diabetics' foot. St Louis: Mosby. P. 1983.
23. - Kessler RC. Epidemiology of women and depression. J Affect Disord 2003; 74:5-13.

Definición de las variables.

Variable dependiente.-

Depresión.- La depresión se define como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y la inhibición de las funciones psíquicas y a veces con trastornos neurovegetativos.

Variable independiente

Pie diabético.- El pie diabético, en particular, se define como la infección, la ulceración y la destrucción de los tejidos profundos, asociadas con anomalías neurológicas (pérdida de la sensibilidad al dolor) vasculopatía periférica de diversa gravedad en las extremidades inferiores

Edad: descripción cronológica del tiempo que una persona ha vivido desde que nació.

Sexo: diferencia física y de conducta que distinguen a los organismos individuales, según las funciones que realiza en los procesos de reproducción.

Escolaridad: duración de los estudios en un centro docente.

Estado civil: Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo

Tiempo de evolución: Tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la fecha actual.

Enfermedades concomitantes: Que acompaña a otra enfermedad o actúa juntamente con ella

Anexo 2

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

| Variable | Definición conceptual | Tipo de variable | Indicador |
|---------------------|--|------------------|---|
| Edad | Años de vida que tiene la persona en estudio | Cuantitativa | Años |
| Sexo | Condición orgánica con la que se identifica. | Cualitativa | 1)Masculino 2)femenino. |
| Escolaridad | Nivel de estudios a la fecha del estudio. | Cuantitativa | Numero de años cursados |
| Estado civil | Condición de soltería, matrimonio, viudez, etc., de un individuo | Cualitativa. | 1)Soltero. Casado. Divorciado. viudo, Unión libre |
| Tiempo de evolución | Tiempo transcurrido desde el diagnostico de la enfermedad hasta la fecha actual. | Cuantitativa | Años |

Anexo3

| CLASIFICACION DE WAGNER DE | PIE DIABETICO | |
|----------------------------|--|---|
| GRADO | LESION | CARACTERÍSTICA |
| 0 | Ninguna , pie de riesgo | Callos gruesos, cabeza de metatarsianos prominentes dedos en garra y deformidades óseas |
| I | Ulceras superficiales | Destrucción del espesor total de la piel. |
| II | Ulcera profunda | Penetra la piel grasa ligamentos, pero sin afectar grueso, infectada |
| III | Ulcera profunda más absceso (osteomielitis). | Extensa y profunda secreción y mal olor. |
| IV | Gangrena limitada | Necrosis en una parte del pie o de los dedos. |
| V | Gangrena extensa | Todo el pie afectado y efectos sistémicos. |

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y Fecha: Tijuana, Baja California

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

Frecuencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabientes del IMSS de Tijuana BC

Registro ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: R-2008-2004-7

El objetivo de estudio es determinar la frecuencia de depresión en pacientes con pie diabético derechohabientes de IMSS de Tijuana B. C

Se me ha explicado que mi participación consiste en: Contestación de cuestionario el cual es para investigar sobre los datos de depresión. Donde se me pide que conteste las preguntas con la mayor honestidad y claridad posible.

Se me ha explicado que todas las respuestas serán mantenidas en completa confidencialidad al llenar el cuestionario,

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes.

El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento ,así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán acabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

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

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

Nombre y firma del paciente

Dr.- Jesús Gerardo Facio Castro.
Mat.-99023444

Testigos: _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá complementarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

