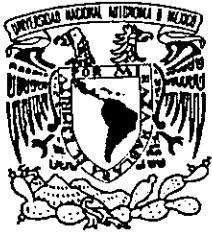


11226

55
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA AZCAPOTZALCO

**SÍNDROME DEPRESIVO MANIFESTADO EN DIABETES MELLITUS
NO INSULINODEPENDIENTE**

ISSSTE

SUBDIRECCIÓN MÉDICA
Jefatura de Enseñanza
Investigación y Difusión

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

SERGIO JESÚS FUENTES MADARIAGA



MÉXICO, D.F.

1998

264032

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**SÍNDROME DEPRESIVO MANIFESTADO EN
DIABETES MELLITUS NO INSULINODEPENDIENTE**


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


SERGIO JESÚS FUENTES MADARIAGA

AUTORIZACIONES:


DR. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

ISSSTE
SUBDIRECCIÓN DE MEDICINA
Departamento de Enseñanza,
Investigación y Difusión


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

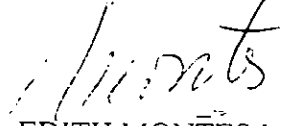

DRA. MARÍA DEL ROCÍO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
U.N.A.M.

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

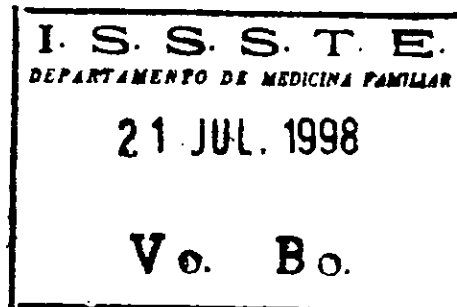

SERGIO JESÚS FUENTES MADARIAGA

**SÍNDROME DEPRESIVO MANIFESTADO EN DIABETES MELLITUS
NO INSULINDEPENDIENTE**



DRA. EDITH MONTÉS LÓPEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN MÉXICO, DISTRITO FEDERAL

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCIÓN MÉDICA
Jefatura de Educación
Investigación y Difusión


DRA. EDITH MONTÉS LÓPEZ
ASESOR DE TESIS




DR. MIGUEL ÁNGEL HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
ASESOR DE TESIS U.N.A.M.


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO
JEFA DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

MÉXICO, D.F.

***“SÍNDROME DEPRESIVO EN DIABETES MELLITUS
NO INSULINDEPENDIENTE”***

DR. SERGIO JESÚS FUENTES MADARIAGA

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO	... 3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	... 17
JUSTIFICACIÓN	... 18
OBJETIVOS	... 19
METODOLOGÍA	... 20
RESULTADOS	... 24
DISCUSIÓN	... 32
CONCLUSIONES	... 36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	... 38
ANEXO	... 41

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

MARCO TEÓRICO

La *diabetes mellitus* es una patología ocasionada por la presencia de una insuficiencia pancreática de etiología desconocida que se caracteriza por un incremento sostenido en la glucemia central. Generalmente hay formas en las cuales se conoce la etiología, como pueden ser las ocasionadas por traumas abdominales intensos con pancreatitis aguda y aún en la desnutrición. En nuestro país la prevalencia de la diabetes mellitus no insulino dependiente es del 8.3%. Considerando el manejo médico, los pacientes diabéticos se clasifican en insulino dependientes y no insulino dependientes. El cuadro clínico de la diabetes mellitus se caracteriza por poliuria, polidipsia, polifagia, principalmente, encontrándose además, otros signos y síntomas como prurito, sensación de mareo y alteraciones visuales. Ambos tipos de diabetes presentan complicaciones agudas tal como lo son la cetoacidosis diabética, el coma hiperosmolar no cetónico y la hipoglucemia. Dentro de las complicaciones tardías se conocen las lesiones ocasionadas por la micro y macroangiopatía y las manifestaciones de éstas en diferentes partes de la economía. El tipo de tratamiento hipoglucemiante puede ser por sulfonilureas, biguanidas, acarbose, siendo más frecuente la asociación entre ellos.

La depresión es un padecimiento multifactorial que ocasiona pérdida en el estado de ánimo. La depresión es uno de los procesos patológicos que se presenta con mayor frecuencia para el médico de atención primaria, pues es motivo de una alta incidencia de consulta. Estudios epidemiológicos sugieren que existe una prevalencia de esta enfermedad a lo largo de la vida entre un 8 y un 12% en varones, y un 20 a 26% en mujeres.

Sin embargo, es alarmante el alto índice de pacientes deprimidos no diagnosticados y que por lo tanto no reciben un tratamiento específico, lo que repercute en el creciente uso de los servicios de salud.

Como síntomas cardinales y que deben de ser usados como guía diagnóstica para la depresión se encuentran: tristeza, falta de interés, hiporexia, insomnio, falta de concentración, cansancio, pesimismo e ideas suicidas; presentando el varón tres de estos síntomas como mínimo, o cuatro en la mujer durante dos semanas por lo menos, se deberá concluir este diagnóstico.

Un paciente deprimido y mal tratado o sin tratamiento, presentará repercusión en una carga masiva de sufrimiento, una elevada morbilidad y mortalidad, y un continuo riesgo suicida.

El tratamiento de la depresión puede incluir sesiones de psicoterapia de diverso tipo, o gbien, farmacoterapia con agentes antidepresivos, o una combinación de ambos.

El seguimiento de las complicaciones en los pacientes diabéticos ha llevado a encontrar la asociación de un síndrome depresivo en varios estudios clínicos, y las manifestaciones clínicas de éste se han valorado en una escala de depresión.

Se considera a la *diabetes mellitus* como un proceso que afecta al ser humano como una unidad biopsicosocial presentando así una reacción ante una causa determinada. Por esto y para dar un mejor manejo, es importante conocer el grado de depresión en este tipo de pacientes.

La *depresión* puede producirse en momentos críticos de la vida, o coincidiendo con profundos cambios fisiológicos. También es frecuente hallarla después de determinadas enfermedades o en el transcurso de las mismas.

Un paciente deprimido tiene una visión pesimista del futuro y pierde todo interés incluso por todas las actividades que anteriormente le satisfacían.

Un individuo deprimido debe considerarse enfermo, teniendo presente que la gravedad de su enfermedad generalmente es desproporcionada respecto a las causas que la han provocado. Sin embargo, está consciente de que la sensación de soledad y de abatimiento no tienen justificación real; pero aún así no consigue liberarse de la depresión. Otra característica de la enfermedad es que el sujeto se considera incurable, por lo que es preciso convencerle de que su depresión se puede tratar y de que termina por curarse.

Dentro del avance de la medicina como ciencia, se ha llegado a un sin número de descubrimientos que han permitido el desarrollo de procesos clínicos y terapéuticos. Estos descubrimientos han llevado a evitar o prevenir las enfermedades y sus complicaciones a través del conocimiento de la etiología, utilizando la historia natural de la enfermedad, así como teniendo un campo amplio de su conocimiento a las diversas patologías⁽¹⁾⁽²⁾.

Aún existe un vasto grupo de enfermedades en las cuales las complicaciones de las mismas ocasionan la muerte de corto a largo plazo. De estas enfermedades, las crónico degenerativas ocupan el primer lugar, y de ellas, la *diabetes mellitus* es la principal. En estas enfermedades el avance científico aún dista de ser el esperado y sólo retardando sus complicaciones se puede prolongar la vida del paciente. La agonía en muchas ocasiones está acompañada con una mala calidad de vida lo cual sólo merma su expectativa de vida⁽³⁾⁽⁴⁾.

La información que recibe un paciente diabético sobre las consecuencias de la enfermedad que padece, esto es, que a la larga llega a ser incapacitante y que le conducirá a la muerte, le afecta en la esfera psíquica, en su personalidad, en la ilusión y en el núcleo familiar. Entre los factores que deben tomarse en cuenta están la edad del paciente, el tiempo de aparición, el daño orgánico previo y el daño ocasionado por la enfermedad, así como las patologías ajenas que incrementan su morbi-mortalidad. Otro factor importante que debe considerarse es el tipo de personalidad que tiene el paciente, su estilo de vida previo a la enfermedad y las enfermedades interrecurrentes. Todos estos datos influyen en su respuesta o actitud ante su patología⁽²⁾⁽³⁾.

Según Freud, el hombre enfrenta a lo largo de su vida situaciones que alteran su estabilidad emocional. En las enfermedades crónico degenerativas, el paciente utiliza mecanismos de defensa para disminuir esa inestabilidad, utilizando por ejemplo, mecanismos de negación y de regresión. La formación reactiva, principalmente ante la incertidumbre del futuro, se presenta en frecuentes cuadros de *depresión*⁽⁵⁾⁽⁶⁾.

La *depresión*, tan frecuente en la vida cotidiana, se incrementa ante la manifestación de cualquier enfermedad sobre todo en las crónico-degenerativas. Su presencia diezma el estado de ánimo llevando a la presencia de agudizaciones por el descontrol metabólico y los frecuentes ingresos hospitalarios. Estas depresiones se caracterizan por síntomas somáticos tales como la hiporexia leve o moderada, cefaleas, interrupciones del sueño y las alteraciones en la libido. En muchos otros casos se manifiestan como pacientes hipocondriacos. Otros síntomas que pueden presentarse son la pérdida de la autoestima, la disminución de la afectividad, de la atención y la concentración, labilidad emocional y cambios en la libido⁽¹⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

Se han realizado múltiples estudios relacionados a la depresión en la *diabetes mellitus* y se ha observado que existen alteraciones capaces de

desorganizar una familia, conduciendo a un difícil manejo médico del paciente⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾.

La identificación precisa de la depresión en personas diabéticas se hace difícil por el hecho de que algunos síntomas somáticos de la depresión simulan los síntomas de control metabólico pobre - fatiga, pérdida de peso, ansiedad - y existe una leve duda de que, en muchos casos, la depresión coexiste con la enfermedad⁽¹¹⁾.

Considerando que los mecanismos básicos patopsicológicos para el control metabólico pueden ser diferentes en los diferentes tipos de diabetes, es importante estudiar los síntomas psiquiátricos por separado entre estas dos poblaciones de pacientes⁽⁷⁾.

La depresión en pacientes diabéticos adultos es más frecuente en mujeres que en hombres, así como en los pacientes que presentan complicaciones. Prevalece la controversia por la información obtenida en estudios previos sobre el curso de enfermedades afectivas relacionadas con pacientes diabéticos, pues se han encontrado una gran variedad de resultados diferentes.

En relación con la personalidad existente en el paciente diabético, se reportó en un estudio⁽¹²⁾ que la personalidad de tipo A coincide con la disminución de complicaciones y una incidencia significativamente menor a la sintomatología de la depresión.

Se ha observado que la relación entre los factores psicológicos y las complicaciones de la diabetes tienen una gran importancia en el desarrollo de la depresión. Las principales complicaciones que se han encontrado en pacientes diabéticos son la nefropatía diabética, la micro y macroangiopatía y la neuropatía; todas estas complicaciones están incrementadas por un mal control de la glicemia⁽¹⁾⁽⁷⁾.

Los pacientes con diabetes mellitus no insulino-dependientes frecuentemente presentan un daño cognoscitivo poco severo. Muestran problemas de memoria y aprendizaje. En este tipo de pacientes se ha asociado una depresión severa con un desempeño cognoscitivo pobre, como con una pobre función de la memoria. Por lo tanto resulta importante controlar la sintomatología depresiva cuando se evalúen las funciones cognoscitivas, especialmente entre gente mayor⁽¹³⁾.

La educación en el paciente diabético es un componente indispensable para el cuidado y el control de su enfermedad. Los pacientes con depresión manifestada en su enfermedad crónica deben tener un apoyo social y familiar, pues se encuentran muchas veces con un control inadecuado de ésta. En

consecuencia, se presentan complicaciones aumentando el grado de depresión y se vuelve crónica y más difícil de tratar⁽⁶⁾⁽¹⁴⁾.

Hay otros estudios⁽⁵⁾ que sugieren que factores tales como el estrés pueden estar implicados en la aparición de la diabetes. Sin embargo, el papel que juegan estos factores y otros factores psicosociales en determinar la morbilidad y la mortalidad en pacientes diabéticos no ha sido claramente definida. Cathy Lloyd et al⁽⁵⁾ enfocan su investigación a 1) el estudio de la relación entre complicaciones y la calidad de vida y la sintomatología, y 2) a la asociación del comportamiento tipo A con las complicaciones. El resultado de sus investigaciones muestra que las diferencias psicosociales se presentan de acuerdo al número y tipo de complicaciones diabéticas presentes.

Existen pocos estudios en población controlada sobre la frecuencia de la depresión en pacientes con diabetes no insulino dependiente⁽¹⁵⁾. En este trabajo, Viinamäki y sus colaboradores examinan la prevalencia de deórdenes mentales menores y de depresión en un grupo representativo de pacientes con diabetes no insulino dependiente, y comparan sus resultados con los de la población no diabética.

La evaluación y el diagnóstico de la depresión se realizan valorando los siguientes rublos:

- A.- Presentación clínica incluyendo el estado mental.
- B.- Historia psiquiátrica anterior.
- C.- Historia familiar.
- D.- Historia médica, fármacos recetados y no recetados.
- E.- Historia de la enfermedad actual.
- F.- Examen físico y estudios de laboratorio.

Dentro de los problemas que presentan los pacientes diabéticos con depresión están los contenidos dentro de los siguientes síntomas y signos:

síntomas depresivos

- Depresión, sentimiento de tristeza o desánimo
- Ansiedad
- Irritabilidad
- Pérdida de interés
- Anhedonia
- Retirada de los amigos y familia

Culpa
Desesperanza
Sentimientos de desamparo o falta de dignidad
Preocupación hipocondriaca
Rumiación, ideas obsesivas
Mala concentración
Mala memoria
Ideas suicidas
Ideas psicóticas como delirio y alucinaciones

síntomas vegetativos

Pérdida de energía
Alteraciones del sueño
Disminución de la libido
Variación diurna del estado de ánimo
Constipación

signos

Temor, tristeza o expresión de ansiedad
Lenguaje lento sin comentarios espontáneos y con prolongadas pausas antes de comenzar a contestar
Retardo psicomotor
Agitación psicomotora, expresada en la deambulación
Giros de manos, autopellizcamiento

La **depresión** se encuentra estrechamente relacionada con la **diabetes** afectando físicamente el estado general del paciente. Se ha investigado que los síntomas de la depresión pueden influir en el control de la glucosa y precipitar las complicaciones de esta enfermedad. Estas complicaciones pueden agravar el cuadro de depresión, revirtiéndose nuevamente en el comportamiento clínico del paciente.

La **depresión** puede manifestarse como un cuadro completo, o bien con escasos síntomas no llegando entonces a hacerse el diagnóstico. El médico, por lo tanto, al valorar a un paciente como un ente biopsicosocial podrá descubrir a tiempo cualquier cambio de conducta con el que pueda iniciarse la

depresión. La depresión debe evaluarse como una afección, un síntoma o un desorden.

Existen cuestionarios y escalas diversas⁽¹¹⁾⁽¹⁶⁾, que se mencionarán más adelante, para evaluar la depresión de un paciente. Sin embargo, la mayoría de las escalas no contemplan la necesidad de valorar la depresión, simple y específicamente, como un desorden psiquiátrico. Estas escalas resultan entonces inadecuadas para el estudio que se planteó en el presente trabajo, pues entre otras características, toma demasiado tiempo responderlas, especialmente para un paciente que ya está deprimido y tiene dificultades psicomotoras; algunas otras escalas no son autoadministrables y el resultado de la evaluación depende de la interpretación del entrevistador.

La escala que se eligió (escala de Zung⁽¹⁶⁾) permite evaluar la depresión en pacientes cuyo diagnóstico primario es el de un desorden depresivo. Además, es una escala corta y simple, que incluye información sobre los síntomas de la enfermedad, es autoadministrable y da información propia del paciente en el momento en que la responde.

La magnitud e importancia del estudio que se propone realizar en el presente trabajo de investigación, quedan de manifiesto al observar los síntomas que puede presentar un paciente con depresión. El daño que se ocasiona no es sólo a nivel personal, sino familiar y en general, social.

La factibilidad en la realización de este tipo de estudios es relativamente simple. Únicamente se requiere solicitarle a los pacientes diabéticos que acuden a su consulta a la clínica, que respondan a un cuestionario.

El presente estudio puede proporcionar información adicional, a futuro, si se le da seguimiento al estado depresivo de los pacientes, y se complementa con otros estudios, como pueden ser análisis clínicos.

En estudios previos se ha encontrado que por el mal manejo, en el control de la glicemia central de los pacientes, así como en el de sus variados descontroles metabólicos, mismos que le han ocasionado múltiples ingresos hospitalarios, se incrementó la depresión o se aumentaron las alteraciones de la personalidad en los pacientes. También se ha estudiado el impacto de esta patología de fondo con el daño progresivo del padecimiento. Las dietas bajas en calorías han mostrado que producen mejoras dramáticas en el control glicémico en sujetos obesos que no son insulino-dependientes. Sin embargo no han habido estudios sobre la respuesta psicológica de los sujetos diabéticos a estas dietas.

La depresión, si no es tratada, va asociada a una significativa morbilidad y mortalidad y suele ser recurrente. Si un paciente deprimido presenta también

impulsos suicidas, puede sufrir una crisis que pone en peligro su vida. No siempre está clara la disfunción entre un estado de ánimo triste y una depresión clínica. Debe distinguirse a la depresión de la tristeza normal, la respuesta a la pérdida, la decepción, el pesar normal y la respuesta a la enfermedad crónica.

La depresión mayor alude a un síndrome psiquiátrico caracterizado por un estado de ánimo depresivo y síntomas y signos neurovegetativos de significativa duración. Es tarea del médico el determinar si el paciente tiene una depresión u otro síndrome psiquiátrico mayor e iniciar tratamiento. Se debe de distinguir entre trastornos afectivos primarios y síndromes orgánicos afectivos.

ESCALAS Y CUESTIONARIOS DIVERSOS PARA EVALUAR LA DEPRESIÓN

Las varias escalas existentes para evaluar la depresión se pueden agrupar en aquellas que evalúan la depresión en términos generales y en aquellas que evalúan la depresión como un desorden psiquiátrico. También se pueden agrupar en autoadministrables y en las que deben ser contestadas a través de un entrevistador.

Entre las escalas autoevaluables que han probado ser confiables y válidas en medidas de síntomas depresivos en poblaciones diabéticas, se pueden mencionar las que cita Deborah K. Padgett⁽¹¹⁾ en su artículo: Lustman et al, 1983, Myers y Weissman, 1980, Roberts y Vernon, 1983, Zung, 1965.

Zung⁽¹⁶⁾ en su trabajo de 1965 menciona otras escalas que son:

1. Wessman et al. Desarrollaron una escala en la que se mide la depresión como una afección a través del empleo de diez frases que van desde expresiones de alegría, a sentimientos más neutros y hasta sentimientos de extrema depresión.

2. La escala de Clyde Mood mide la depresión como una afección, junto con estados amistoso, enérgico, de pensamiento claro, agresivo y nerviosismo. La escala depresiva está basada en la evaluación de 59 palabras a las que se les puede asociar cualquiera de los siguientes términos: para nada, un poco, algo y extremadamente. Dentro de las palabras que se evalúan están: rebelde, escéptico, serio, testarudo, perezoso y malhumorado.

3. Hildreth desarrolló una escala relacionada con la actitud y el sentimiento para poder medir el estado emocional de un individuo en ese momento. La escala consiste de 76 declaraciones en las siguientes seis áreas: 1. estado emocional, 2. cantidad de energía, 3. visión del futuro, 4. estado mental, 5. actitud hacia el trabajo, 6. actitud hacia la gente.

4. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI). Esta escala está compuesta de 60 temas relacionados a cuestiones tales como preocupaciones somáticas, autoestima e interacción social.

5. Hutchinson y Smedberg usaron una escala de cuatro puntos, de 0 a 3, para valorar temas como los sentimientos de la depresión, ideas suicidas, agitación, insomnio, anorexia y peso. Esta prueba es realizada por el clínico en base a sus observaciones.

6. Beck y colaboradores desarrollaron un inventario (Beck Depression Inventory) compuesto de 21 categorías de síntomas y actitudes de depresión. El inventario cuenta con 89 oraciones que son leídas al paciente por un entrevistador, quien marca las que considera son adecuadas según la respuesta del paciente. Este cuestionario se ha empleado en poblaciones diabéticas y no-diabéticas.

7. Fleminger y Groden usaron 21 aspectos clínicos para evaluar la respuesta clínica a la farmacoterapia de desórdenes depresivos. Las características que se valoran incluyen agitación, anorexia, ansiedad, apatía, paranoia e hipocondriasis.

8. Grinker y colaboradores hicieron un estudio de la depresión desde un punto de vista fenomenológico.

9. Wechler y colaboradores publicaron una escala de evaluación de la depresión que contenía temas basados en el reporte subjetivo del paciente y en el funcionamiento observado. El cuestionario se responde durante una entrevista rutinaria con el psiquiatra.

“LA ESCALA DEPRESIVA AUTOEVALUABLE”. (“LA ESCALA DE ZUNG”).

La escala desarrollada por William W.K. Zung y colaboradores⁽¹⁶⁾, la “Escala Depresiva Autoevaluable” (*Self-Rating Depression Scale - SDS*) cuenta con más de treinta años de existencia. Sin embargo, es la escala más completa para analizar y evaluar el grado de depresión que presenta un paciente. Esta escala surgió por el interés en evaluar la depresión en pacientes cuyo diagnóstico primario fuera el de un desorden depresivo. El cuestionario que se elaboró incluye preguntas relacionadas con los síntomas de la enfermedad, es corto y simple, indica la cantidad más que la calidad, es autoadministrable e indica el estado del paciente en el momento de responder (*ver tabla 2*).

Para la construcción de la escala, como en cualquier otra escala depresiva, la pregunta que debe contestarse es ¿cuáles síntomas son característicos de un desorden depresivo?

Zung analizó varios trabajos que menciona en su artículo de 1965:

1. En sus trabajos de Grinker et al consideraron 5 patrones que describen los sentimientos y las preocupaciones de los pacientes y 10 factores que se derivan de un comportamiento controlado normal.

2. Overall usó 31 medidas depresivas y con un factor de análisis llegó a 7 factores que son significativos en sintomatología depresiva.

3. Friedman y colaboradores exploraron esta área mediante el uso del factor de análisis y 22 síntomas y variables características y llegaron a 4 clasificaciones.

Zung agrupó la información contenida en estos trabajos con la finalidad de compararlos. Como resultado de ello, creó una escala de depresión basada en los criterios empleados para el diagnóstico clínico que contiene las características de depresión más frecuentemente encontradas. Estos criterios son:

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE DESÓRDENES DEPRESIVOS

I. Afecto Perverso

- A. Deprimido, triste y melancólico
- B. Hablar entrecortado o sentir que se habla así

II. Equivalentes fisiológicos

A. Perturbaciones rítmicas

- 1. Variaciones diurnas: exageración de síntomas por la mañana y algo de alivio en el transcurso del día
- 2. Dormir: despierta temprano
- 3. Apetito: hiporexia
- 4. Pérdida de peso: asociada a hiporexia, metabolismo aumentado y poco descanso
- 5. Sexo: disminución de la libido

B. Otros síntomas

- 1. Gastrointestinal: constipación
- 2. Cardiovascular: taquicardia
- 3. Musculoesquelético: fatiga

III. Equivalentes psicológicos

A. Actividades psicomotoras

- 1. Agitación
- 2. Lento - perezoso

~~B. Ideas~~

- 1. Confusión
- 2. Vacío
- 3. Sin esperanza
- 4. Indeciso
- 5. Irritable
- 6. Insatisfecho
- 7. Devaluado
- 8. Idea suicida

Una vez que se establecieron los criterios para el diagnóstico, el siguiente paso fue proponer una escala usando estos síntomas. Para este propósito se hicieron literalmente registros ilustrativos del material empleado en las entrevistas a pacientes y los ejemplos seleccionados para la *SDS* fueron basados en esas declaraciones, las cuales fueron mayormente representativas de los síntomas particulares.

La escala fue diseñada para que de los 20 temas empleados, 10 se respondieran sintomáticamente positivamente y 10 negativamente.

Al usarse la escala, se pide a los pacientes que clasifiquen los 20 temas tal y como se sientan en el momento de la prueba. Los términos cuantitativos que se clasifican (del 1 al 4) son: muy pocas veces, algunas veces, buena parte del tiempo y la mayor parte del tiempo.

La "Escala Depresiva Autoevaluable", *SDS*, está hecha de manera que el paciente menos deprimido obtenga un puntaje menor que un paciente más deprimido.

El índice para la *SDS* se obtiene dividiendo la puntuación obtenida entre la máxima puntuación posible (*ver tabla 3*).

El estudio realizado por Zung y colaboradores⁽¹⁶⁾ se realizó a los pacientes que ingresaron al servicio psiquiátrico del hospital y que presentaban un diagnóstico primario de desorden depresivo. Se comparó el índice de la *SDS* inicial con el obtenido después de que completaron el tratamiento de su enfermedad, usualmente un día antes de ser dados de alta.

TABLA N° 2

CUESTIONARIO DE LA “ESCALA DEPRESIVA AUTOEVALUABLE”

MUY POCAS VECES/ ALGUNAS VECES/ BUENA PARTE DEL TIEMPO/ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO

1. Me siento desanimado y melancólico
2. En las mañanas es cuando me siento mejor
3. Hablo entrecortado, o siento que así hablo
4. Tengo problemas para dormir
5. Como igual que antes
6. Todavía disfruto el sexo
7. Me doy cuenta que estoy perdiendo peso
8. Sufro de estreñimiento
9. Mi corazón late más rápido que lo usual
10. Me canso sin motivo
11. Mi mente está tan clara como solía estarlo
12. Encuentro fácil de hacer las cosas que solía hacer
13. Estoy inquieto y no puedo calmarme
14. Tengo fé acerca del futuro
15. Estoy más irritable que lo usual
16. Encuentro fácil el tomar decisiones
17. Me siento útil y necesitado
18. Mi vida es plena
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera
20. Todavía disfruto las cosas que solía hacer

TABLA N° 3

GUÍA PARA CONVERTIR LA PUNTUACIÓN OBTENIDA EN LA
EVALUACIÓN, AL ÍNDICE DE LA ESCALA DEPRESIVA
AUTOEVALUABLE (SDS)

puntaje	índice	puntaje	índice	puntaje	índice
20	0.25	40	0.50	60	0.75
21	0.26	41	0.51	61	0.76
22	0.28	42	0.53	62	0.78
23	0.29	43	0.54	63	0.79
24	0.30	44	0.55	64	0.80
25	0.31	45	0.56	65	0.81
26	0.33	46	0.58	66	0.83
27	0.34	47	0.59	67	0.84
28	0.35	48	0.60	68	0.85
29	0.36	49	0.61	69	0.86
30	0.38	50	0.63	70	0.88
31	0.39	51	0.64	71	0.89
32	0.40	52	0.65	72	0.90
33	0.41	53	0.66	73	0.91
34	0.43	54	0.68	74	0.92
35	0.44	55	0.69	75	0.94
36	0.45	56	0.70	76	0.95
37	0.46	57	0.71	77	0.96
38	0.48	58	0.73	78	0.98
39	0.49	59	0.74	79	0.99

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Basados en el hecho de que la depresión se presenta ante la manifestación de cualquier enfermedad, en particular en las crónico-degenerativas, se realiza el presente estudio para encontrar si existe depresión y en qué grado en pacientes con *diabetes mellitus no insulino dependiente*.

¿Existe depresión y en qué grado en los pacientes diabéticos no insulino dependientes controlados que asisten al Consultorio N° 3 de la Clínica Azcapotzalco del I.S.S.S.T.E. en el turno matutino en el periodo comprendido del 2 de mayo al 22 de noviembre de 1995?

JUSTIFICACIÓN

La magnitud e importancia del estudio que se propone realizar en el presente trabajo de investigación, quedan de manifiesto al observar los síntomas que puede presentar un paciente con depresión. El daño que se ocasiona no es sólo a nivel personal, sino familiar, y en general, social.

La factibilidad en la realización de este tipo de estudios es relativamente simple; únicamente requiere solicitarle a los pacientes en estudio que respondan a un cuestionario. Se tienen así, los recursos físicos y humanos para que sólo reste iniciar el protocolo y desarrollar el trabajo.

Dada la historia natural de la diabetes mellitus y su relación con la depresión, se beneficiará, en general, el paciente, con estudios como el que se propone. El hacer un diagnóstico precoz en la asociación de la diabetes mellitus con la depresión, es difícil debido a los escasos síntomas que se presentan en su etapa inicial, pero es crucial ya que la vulnerabilidad de la depresión, en sus inicios permite controlar ambas patologías.

La mayoría de los estudios que se han realizado han sido en clínicas de especialidades, como por ejemplo la Clínica del Departamento de Medicina del Centro Médico LAC/USC, en los Ángeles, California⁽⁷⁾. Ahí, los pacientes son examinados en una forma completa, tanto física como neurológica y psicológicamente; se revisan periódicamente los historiales médicos.

OBJETIVOS

GENERAL

Detectar en los pacientes diabéticos no insulino dependientes controlados en la Clínica Azcapotzalco, del I.S.S.S.T.E., la existencia de depresión y la influencia de su evolución clínica en relación con las complicaciones de la diabetes.

ESPECÍFICOS

- i.- conocer la frecuencia de la depresión en pacientes diabéticos no insulino dependientes.
- ii.- identificar los grados de depresión en dichos pacientes.
- iii.- identificar los pacientes que requieren apoyo psicológico o psiquiátrico.
- iv.- identificar grupos de acuerdo a edad y sexo.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio es transversal y prospectivo, descriptivo y observacional.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Se tomó la población del Consultorio Número 3 de la Clínica Azcapotzalco del I.S.S.S.T.E. con dirección en la Calle de Aquiles Serdán sin número esquina con la Calle de Tlanepantla, que acude dentro del horario matutino. El número de pacientes hasta noviembre de 1995, de acuerdo al Estudio de Pirámide Poblacional, es de 2817 pacientes, lo que representa el universo de trabajo. Para el presente estudio se encuestó a 40 pacientes diabéticos que acudieron en el turno matutino, del 2 de mayo al 22 de noviembre de 1995.

El total de pacientes del Consultorio N° 3 es de 2817, el número de ellos con una edad mayor o igual a 40 años es de 915; de éstos, 120 son pacientes diabéticos, lo que representa la población del presente estudio. La muestra está comprendida por 40 de estos pacientes diabéticos escogidos al azar con una edad comprendida entre los 40 y los 65 años; todos estos pacientes tienen más de un año con la enfermedad (*ver figuras 1 y 2*).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

40 Pacientes.

TIPO

Muestreo sistemático.

Con el fin de eliminar los sesgos de selección por parte del investigador y los iatrotrópicos, se seleccionó la muestra en forma aleatoria. El método de muestreo utilizado es el *muestreo sistemático*. En este método, se debe determinar el cociente Z entre el número de unidades (N) en la población y el tamaño de la muestra (n). Una vez obtenido el valor de $Z = N/n$, se escoge un número entre 1 y Z , el cual representa el primero de nuestra serie. A

continuación, a este número se le suma Z y se obtiene el segundo valor de la serie. A este segundo número se le vuelve a sumar Z , y se continúa el procedimiento hasta alcanzar el número de unidades de la muestra.

El método que se acaba de explicar quedará más claro presentando los datos del presente estudio.

Se numeraron los expedientes de los 120 pacientes diabéticos que tienen una edad mayor o igual a 40 años. Se determinó que la muestra sería de 40 pacientes. Para determinar los expedientes que formarían la muestra, se siguió el siguiente procedimiento. En nuestro caso, $N = 120$ (número de pacientes diabéticos con una edad mayor o igual a 40 años) y $n = 40$ (tamaño de la muestra), por lo que $Z = N/n = 120/40 = 3$. Se escogió el número 2, el cual está entre 1 y $Z = 3$; esto significa que el primer expediente para el estudio sería el número 2. Los demás expedientes de la muestra serían los números: $2 + Z = 2 + 3 = 5$, $5 + Z = 5 + 3 = 8$, etc. La muestra quedó integrada con los expedientes: 2, 5, 8, 11, 14, . . . , 110, 113, 116 y 119.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN

A continuación se dan los criterios de inclusión, exclusión y eliminación que se consideraron en el desarrollo del presente estudio.

crit e r i o

inclusión 1. ~~pacientes con diabetes~~ mellitus no insulino dependientes
 2. que acuden regularmente a consulta para su medicación
 3. de 40 años o mayores no descompensados
 metabólicamente.

exclusión 1. diabéticos no insulino dependientes menores de 40 años.
 2. no derechohabientes.
 3. que no acuden con regularidad a consulta
 4. pacientes insulino dependientes o secundariamente
 insulino dependientes.

eliminación	sólo dos pacientes se eliminaron antes del muestreo debido a reubicación de la clínica de adscripción por cambio de domicilio.
-------------	--

INFORMACIÓN A RECOLECTAR: variables de medición.

La muestra está formada por 40 pacientes diabéticos, de los cuales 14 (35%) son del sexo femenino y 26 (65%) del sexo masculino. En el presente estudio la variable de medición es la depresión, la cual se valoró en forma cualitativa. Para ello, se evaluaron 20 características de un cuestionario que fue respondido verbalmente por los pacientes. Cada característica tiene cuatro posibles respuestas. A cada una de las respuestas se les asignó un valor entre 1 y 4, se obtuvo el total correspondiente a las 20 preguntas; con este número se determinó el índice de depresión de cada paciente. La asignación del valor entre 1 y 4 para cada pregunta es de acuerdo al orden de prioridad que el paciente le dé a cada una de las cuatro opciones de respuesta.

El presente trabajo es un estudio observacional en el cual se recurrió a una teoría particular para analizar los resultados, que en el presente estudio fue la “*Escala Depresiva Autoevaluable*” desarrollada por el Dr. Zung⁽¹⁶⁾.

La información recabada se obtuvo por porcentajes y se presenta en forma de barras y pasteles,

MÉTODO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN: la escala de Zung

La información se obtiene a través de un cuestionario presentado a todos los pacientes. El cuestionario fue leído por el médico, quien anotó las respuestas que proporcionaba cada paciente. Esto se hizo con los 40 pacientes diabéticos estudiados y que eran los números asignados para analizar el presente estudio y que habían aceptado a participar. La tabla N° 1 (en el anexo) muestra el formato de los cuestionarios aplicados.

Con las respuestas de los pacientes se puede valorar la impresión clínica global pues las 20 características que tiene el cuestionario, están relacionadas en forma particular a trastornos depresivos.

Al lado opuesto de estas características se encuentra una lista de opciones las cuales reciben un valor de 1 a 4, de acuerdo al estado emocional que presenta el paciente al momento de ser encuestados. Esta lista de opciones es la siguiente: muy pocas veces, algunas veces, buena parte del tiempo, la mayor parte del tiempo (*ver tabla 2*).

Para obtener el índice de depresión de cada paciente, se suman los puntos asignados a cada una de las preguntas. Como se tienen cuatro opciones de respuesta, se tienen cuatro columnas de datos, y con ello, cuatro valores de las sumatorias. Se considera al mayor de los cuatro totales para obtener el índice de depresión del paciente. Este índice indica el grado de depresión del paciente y se obtiene dividiendo el puntaje obtenido entre 80, que es el valor que corresponde a la mayor puntuación para los 20 temas; el resultado se expresa en forma decimal (*ver tabla 3*).

En el estudio que se presenta en este trabajo, los resultados obtenidos se interpretaron de acuerdo al criterio del Dr. Zung⁽¹⁶⁾ para dar una clasificación a la depresión encontrada:

- * menor de .50 dentro de lo normal, sin psicopatología,
- * de .50 a .59 depresión mínima a leve,
- * de .60 a .69 depresión moderada a notable,
- * de .70 y más depresión severa a extrema.

El grado de depresión fue evaluado utilizando la escala "*La Escala Depresiva Autoevaluable*" desarrollada por el Dr. William W.K. Zung⁽¹⁶⁾. Esta escala, conocida como la escala de Zung, fue publicada en 1965 y revisada en 1989, y se presta fácilmente para el uso de la práctica general de la medicina donde se encuentran estados depresivos. También es útil para la medición de las denominadas depresiones ocultas. Según se menciona en el artículo de Padgett⁽¹¹⁾, la escala de Zung ha mostrado ser altamente confiable y se ha traducido a más de 30 idiomas diferentes.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información que proporcionan los pacientes a los doctores es confidencial. De la misma manera, las respuestas al cuestionario se consideraron anónimas, al igual que la identidad de los pacientes. Estas condiciones se informaron a todos los pacientes de la muestra antes de realizarse el estudio, estando todos de acuerdo en participar.

De acuerdo a las recomendaciones dadas en la Declaración de Helsinki (1964) y revisadas en Tokio, Japón en 1975, en el presente estudio no se afecta el derecho de los pacientes a conservar su integridad, sólo se evalúa la depresión, y en caso de existir, se recomienda darle manejo a la misma.

RESULTADOS

El total de pacientes del Consultorio N° 3 es de 2817, el número de ellos con una edad mayor o igual a 40 años es de 915; de éstos, 120 son pacientes diabéticos.

DATOS:

Total de pacientes: 2817

Pacientes con otras enfermedades o diabéticos con edad menor a 40 años: 2697

Pacientes diabéticos con una edad mayor o igual a 40 años: 120

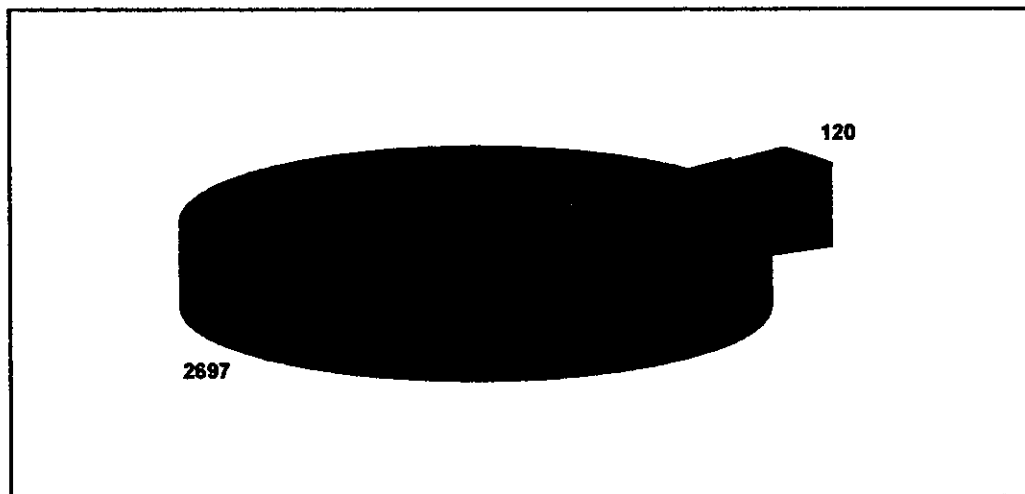


FIGURA N° 1

De los 120 pacientes diabéticos, se tomó una muestra formada por 40 de estos pacientes diabéticos escogidos al azar con una edad comprendida entre los 40 y los 65 años; todos estos pacientes tienen más de un año con la enfermedad.

DATOS:

Pacientes en la muestra: 40 **sexo femenino: 35%**
sexo masculino: 65%

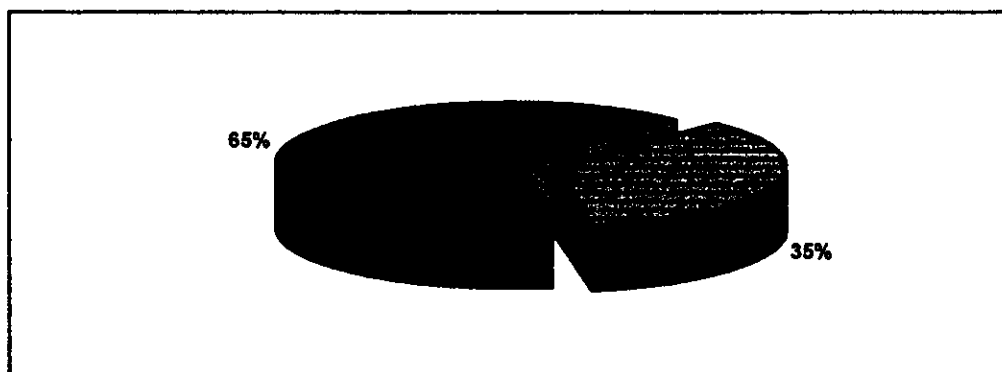


FIGURA N° 2

La siguiente tabla muestra los puntajes obtenidos en los cuestionarios, el índice que les corresponde y la frecuencia de cada valor.

puntaje	34	36	37	38	42	43	44	47	48	53
índice	0.43	0.45	0.46	0.48	0.53	0.54	0.55	0.59	0.60	0.66
frecuencia	3	5	2	7	10	5	2	3	2	1

Como se mencionó en la sección anterior, la interpretación de los resultados se hizo de acuerdo al criterio del Dr. William Zung⁽¹⁶⁾.

Se observa que, de acuerdo al puntaje obtenido y conforme al índice que obtuvieron, los 40 pacientes se distribuyen de la siguiente manera (*figuras 3 y 4*):

- * sin depresión - 17 pacientes (42.5%)
- * depresión mínima - 20 pacientes (50%)
- * depresión moderada - 3 pacientes (7.5%)
- * depresión severa - 0 pacientes (0%)

El estudio cuenta con el 65% (26) de pacientes masculinos y con el 35% (14) de pacientes femeninos.

GRADO DE DEPRESIÓN ENCONTRADO EN LOS 40 PACIENTES

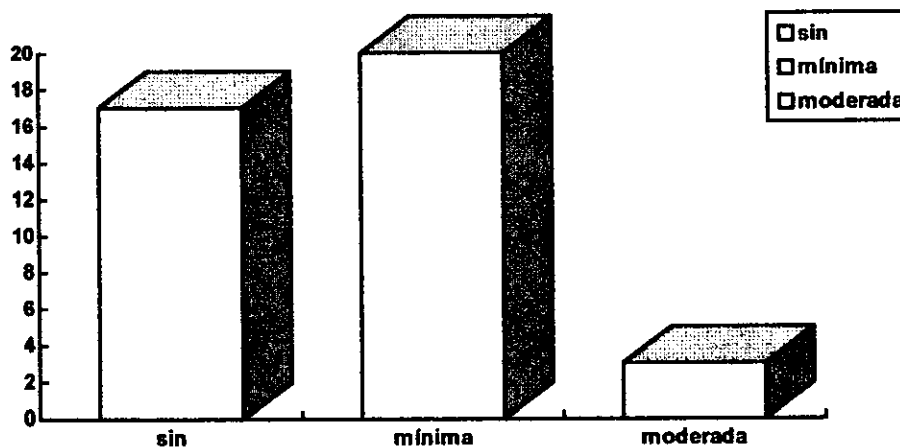


FIGURA N° 3

GRADO DE DEPRESIÓN EN LOS 40 PACIENTES OBSERVADOS

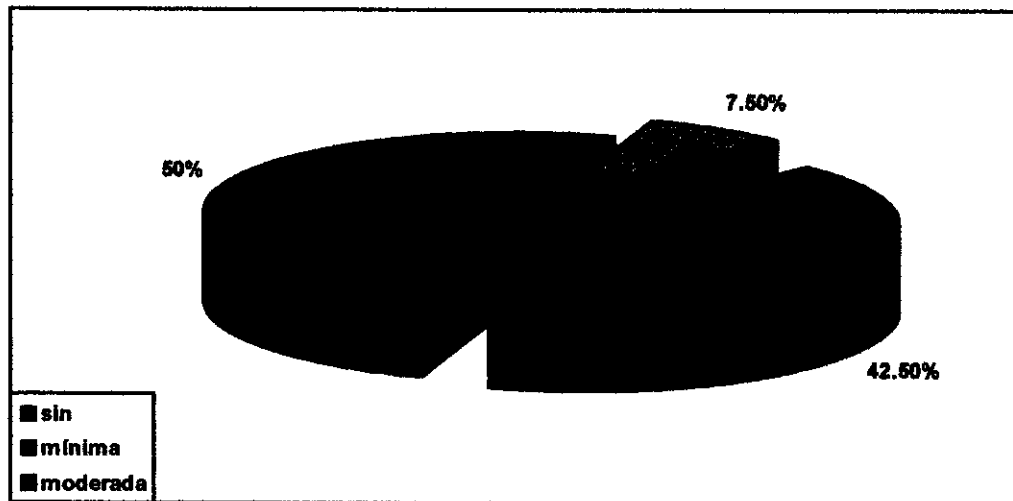


FIGURA N° 4

Las edades de los pacientes fluctuaron entre un mínimo de 40 años y un máximo de 65 años con un promedio de 52.5 años. Los datos fueron posteriormente agrupados de la siguiente manera (figuras 5 y 6):

- * menores de 45 años - 2 pacientes (5%)
- * de 45 a 50 años - 12 pacientes (30%)
- * de 51 a 65 años - 26 pacientes (65%)

EDAD DE LOS PACIENTES

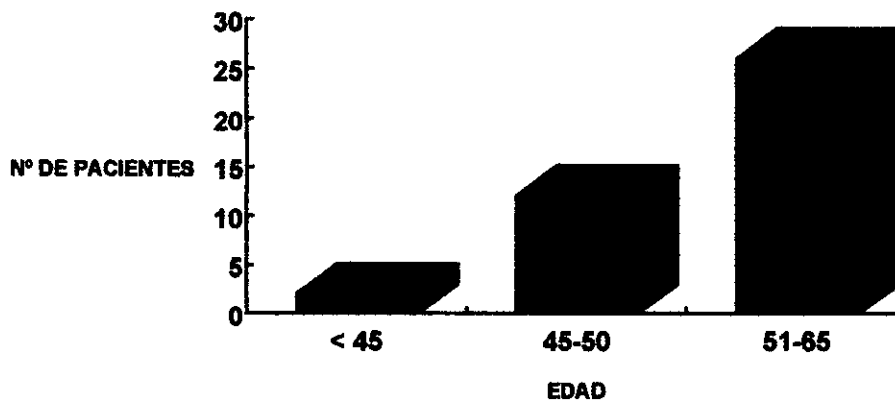


FIGURA N° 5

EDAD DE LOS PACIENTES DE LA MUESTRA EXPRESADA EN PORCENTAJES

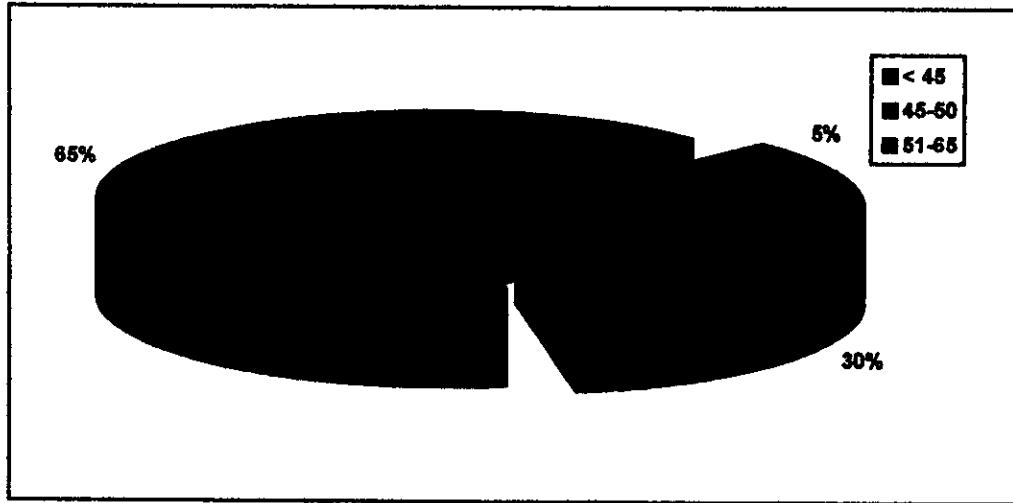


FIGURA N° 6

Con el análisis de los resultados y de acuerdo al índice de depresión utilizado por la escala de Zung (*figuras 7,8,9,10*) se encontró que:

- * dentro de lo normal,
 - sexo femenino sin psicopatología - 17.5% (7 pacientes)
 - sexo masculino sin psicopatología - 25% (10 pacientes)

- * depresión mínima o leve
 - sexo femenino - 15% (6 pacientes)
 - sexo masculino - 35% (14 pacientes)

- * depresión moderada a notable
 - sexo femenino - 2.5 % (1 paciente)
 - sexo masculino - 5% (2 pacientes)

- * depresión severa a extrema
 - ningún paciente de los considerados en la elección hecha al azar presentó rasgos de depresión severa.

Los siguientes datos dan información considerando la frecuencia de edades y los porcentajes.

Los cuadros 2 y 3 representan el grupo de pacientes estudiados de acuerdo a su edad y sexo, mismos que fueron analizados según el tipo de depresión.

CUADRO 2: Tipo de depresión encontrada por sexo.

TIPO DE DEPRESIÓN	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SIN DEPRESIÓN	10	7	17
MÍNIMA	14	6	20
MODERADA	2	1	3
totales	26	14	40

RESULTADOS PARA LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO DE ACUERDO AL TIPO DE DEPRESIÓN

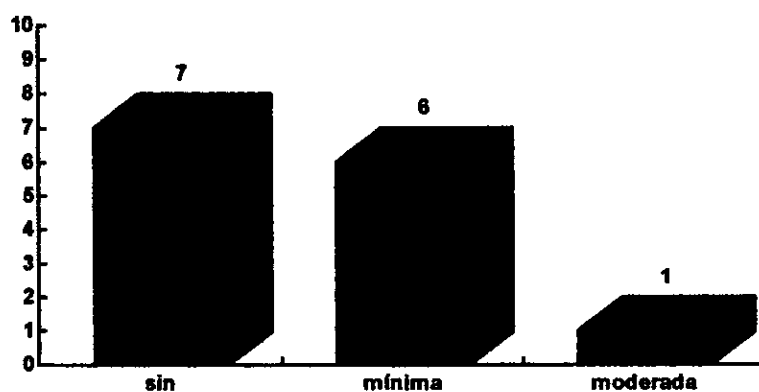


FIGURA N° 7

**RESULTADOS PARA LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO
DE ACUERDO AL TIPO DE DEPRESIÓN**

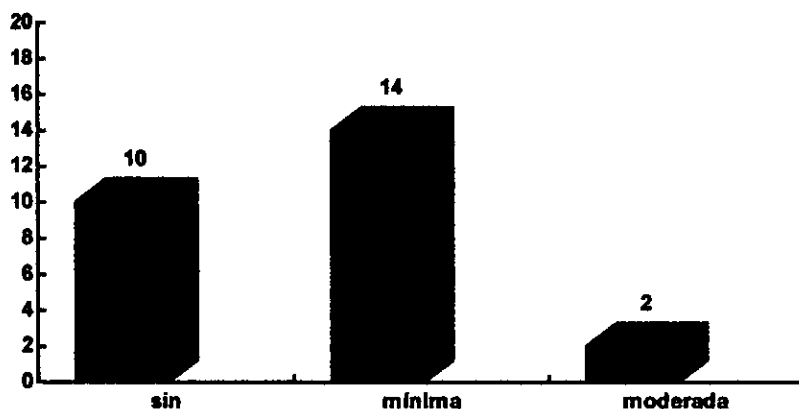


FIGURA N° 8

CUADRO 3: Tipo de depresión encontrada por sexo, expresada en porcentajes.

<u>TIPO DE DEPRESIÓN</u>	<u>HOMBRES</u>	<u>MUJERES</u>	<u>TOTAL</u>
SIN DEPRESIÓN	25 %	17.5 %	42.5 %
MÍNIMA	35%	15 %	50 %
MODERADA	5%	2.5%	7.5%
TOTALES	65%	35%	100%

**RESULTADOS PARA LOS PACIENTES DEL SEXO FEMENINO
DE ACUERDO AL TIPO DE DEPRESIÓN**

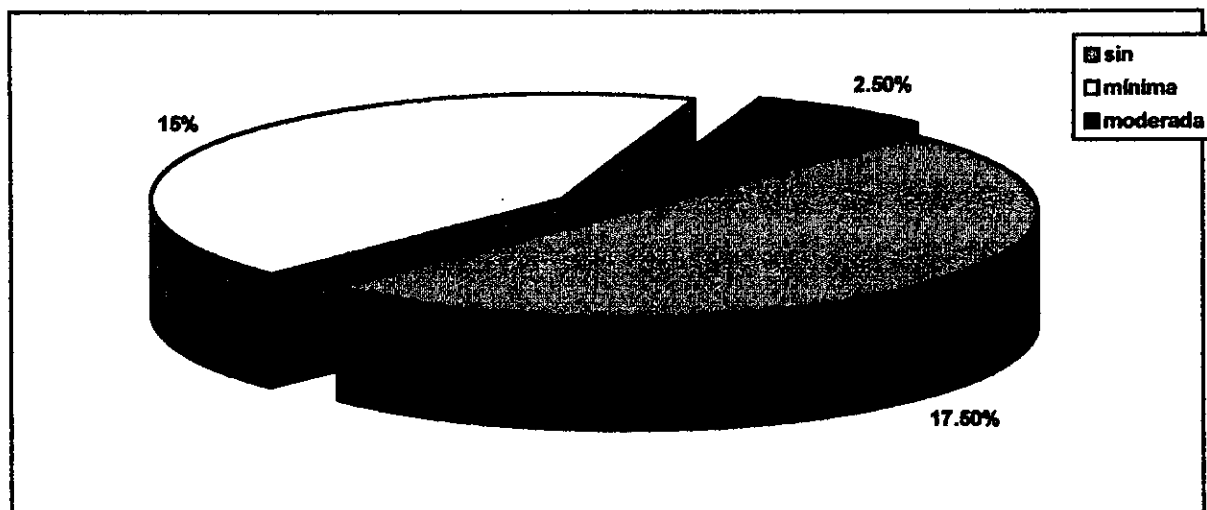


FIGURA N° 9

**RESULTADOS PARA LOS PACIENTES DEL SEXO MASCULINO
DE ACUERDO AL TIPO DE DEPRESIÓN**

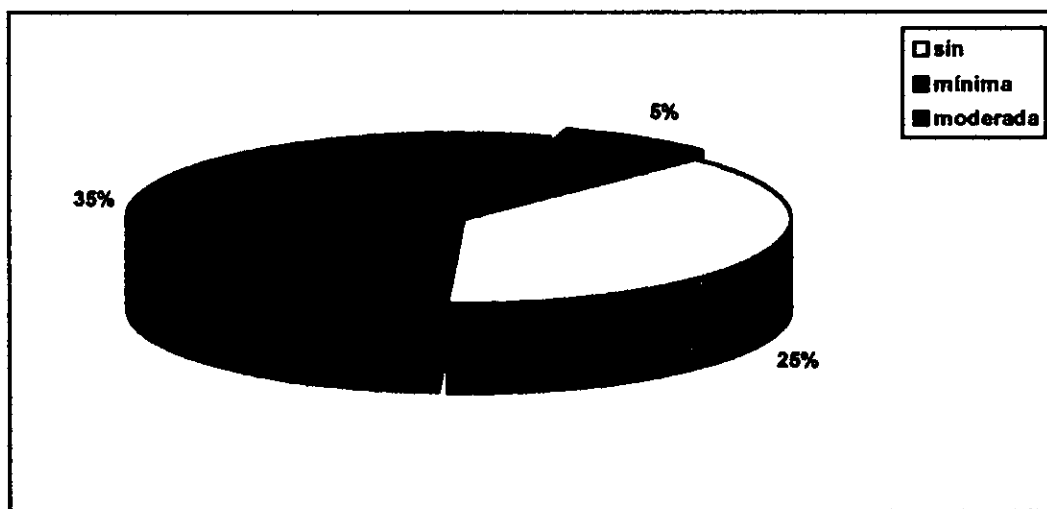


FIGURA N° 10

DISCUSIÓN

Este trabajo ha pretendido proporcionar datos que ayuden de alguna manera en la búsqueda de *depresión* en el paciente *diabético*, como se indica en los objetivos planteados, considerando así que existe un desequilibrio emocional en este tipo de pacientes.

La incidencia encontrada en este estudio mostró que la mayoría de los pacientes con control a nivel de clínica periférica y que sólo acuden a consulta por su medicación, presentaron cierto grado de depresión en alguna etapa de su enfermedad (57.5%).

De los 14 pacientes femeninos, los resultados obtenidos implican que el 17.5% no presentan psicopatología, el 15% presentan depresión mínima o leve y sólo el 2.5% presentan depresión de moderada a notable.

En el caso de los pacientes de sexo masculino, se encontró que el 25% no presentan patología, el 35% tienen depresión mínima o leve y el 5% tienen depresión de moderada a notable.

La comparación de los datos que aquí se reportan con otros estudios similares es difícil. Los objetivos y las motivaciones que llevaron a desarrollar el presente estudio son diferentes a los de otros trabajos encontrados en la literatura, como se mencionará más adelante.

Se hizo una búsqueda bibliográfica de los estudios en los que se empleó la escala de Zung para medir el índice de depresión en pacientes; fueron pocos los trabajos que se encontraron en los últimos cinco años.

Independientemente de ser escasas las investigaciones reportadas, se puede decir que las condiciones de trabajo son completamente diferentes.

La mayoría de los estudios que se han hecho han sido en clínicas especializadas en desórdenes mentales o en diabetes. Algunos ejemplos son: Departamento de Neurología de la Universidad de Kuopio, Finlandia⁽¹³⁾; Instituto Vuk Vrohovac para la Diabetes, Endocrinología y Enfermedades Metabólicas, Croacia⁽¹¹⁾; Sección de Diabetes y Nutrición, Clínica del Departamento de Medicina del Centro Médico LAC/USC en Los Angeles, California⁽⁷⁾.

A estos pacientes se les realizan exámenes completos físicos y neurológicos. Se revisan los historiales médicos y se anotan los medicamentos recetados durante varios años de tratamiento y control⁽⁷⁾.

Los pacientes del Dr. Viinamäki⁽¹⁵⁾ fueron motivo de estudios clínicos sistemáticos (medición de la presión arterial varias veces al día, índice de masa corporal, electrocardiograma, etc.) y de pruebas de laboratorio (glucosa

en plasma, hemoglobina glucosilada, albúmina urinaria, etc.) durante 10 años que duró el estudio.

En algunos de los trabajos que se revisaron, los pacientes responden a otros cuestionarios además de la *Escala Depresiva Autoevaluable de Zung*. Algunos ejemplos de cuestionarios que se aplican a los pacientes son: i). evaluación subjetiva de síntomas de neuropatía periférica⁽³⁾, ii). General Health Questionnaire⁽¹⁵⁾, iii). disfunción sexual⁽³⁾, iv). Beck Depression Inventory⁽⁷⁾.

Los pacientes de la Dra. Padgett⁽¹¹⁾ respondieron un cuestionario que incluye preguntas sobre características sociodemográficas y de comportamiento de los encuestados, además de una versión croata de la *Escala Depresiva Autoevaluable de Zung*. Cabe mencionar que se eliminó la pregunta sobre pérdida de peso por considerarse que ésta es una consecuencia directa del régimen alimenticio al que están sometidos los pacientes.

En muchos de los artículos que se revisaron, el seguimiento que se ha dado a los pacientes diabéticos va desde unos pocos años hasta 10 años⁽⁷⁾⁽¹¹⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾. Durante ese tiempo se han ido anotando los cambios que presentan y se les han aplicado y registrado una serie considerable de análisis. Han quedado registradas⁽¹⁵⁾ la historia cardiovascular, otras enfermedades, drogas tomadas, uso del cigarro, alcohol, actividad física, cuestionarios especiales, lugares de tratamiento, frecuencia de visitas al doctor, pruebas de laboratorio, aparición de síntomas neuropáticos, etc.

El estudio que se está reportando en este trabajo fue desarrollado con pacientes que atendieron el Consultorio N° 3, turno matutino de la Clínica Azcapotzalco del I.S.S.T.E. **durante un periodo de ocho meses**. Para este reporte sólo se consideró la información del cuestionario de Zung.

Asímismo, los tamaños de las muestras, los propósitos y la información que se buscaba en otros estudios son muy variados. Mencionaremos algunos ejemplos.

1. Referencia 11: se estudió en una muestra de 180 pacientes diabéticos adultos la magnitud de la depresión patológica, así como su correlación significativa sociodemográfica relacionada con la enfermedad. Los pacientes eran insulino-dependientes y no-insulino dependientes.

2. Referencia 7: el propósito de este estudio fue el examinar los síntomas de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II y determinar la prevalencia de estos síntomas. Se compararon los síntomas de la depresión en 113 pacientes con complicaciones diabéticas con los síntomas de pacientes sin complicaciones y sujetos a un control normal. Se valoraron los síntomas de

disfunción sexual y se relacionaron con síntomas de depresión y la presencia de otras complicaciones diabéticas.

3. Referencia 13: el objetivo principal es determinar la disfunción cognoscitiva y de memoria asociada con pacientes diabéticos no-insulino dependientes, y su relación con la depresión, el control metabólico y el suero lípido. Se estudió un grupo de 20 pacientes de edad avanzada y se compararon los resultados con los obtenidos por la muestra control formada por 22 pacientes.

4. Referencia 15: se examina la prevalencia de desórdenes mentales menores y de depresión en pacientes diabéticos no-insulino dependientes (82), y se comparan los resultados con población no diabética (115).

A pesar de todas las diferencias que han quedado de manifiesto, un análisis de los resultados arroja la siguiente información.

	<i>este trabajo</i>	<i>ref.7</i>	<i>ref.11</i>	<i>ref.15</i>	<i>ref.13</i>
<i>Nº pacientes</i>	40	71	180	82	20
<i>hombres</i>	65%	29.6%	48.9%	--	65%
<i>mujeres</i>	35%	70.4%	51.1%	--	35%
<i>sin depresión</i>	42.5%	--	39.5%	10.9%	--
<i>depresión leve</i>	50%	--	36.1%		--
<i>depresión moderada</i>	7.5%	--	14.4%	89.1%	--
<i>depresión severa</i>	0%	--	10%		--
<i>edad promedio</i>	52.5a	46a	--	--	66.2a
<i>muestra control</i>	no	si	no	si	si

Salvo el caso del número de pacientes sin depresión en los que los porcentajes entre los datos del presente trabajo y el de Padgett⁽¹¹⁾ son similares, los otros estados depresivos no se pueden comparar.

Otros datos que se reportan en estudios previos son:

1. Referencia 7: 40 pacientes sin complicaciones en la diabetes
31 pacientes con complicaciones en la diabetes y neuropatía (6 con retinopatía, 5 con nefropatía leve)
2. Referencia 11: el puntaje de las mujeres fue mayor que el puntaje de los hombres; el puntaje de los NIDDM fue mayor que el de los IDDM; 67.2% de pacientes casados, 81.7% NIDDM.
3. Referencia 15: los pacientes diabéticos presentaron mayor excreción de albúmina urinaria, más depresión, más agotamiento mental y afectados con más desórdenes mentales que los pacientes de control.
4. Referencia 13: los grupos de diabéticos y de control se compararon respecto al sexo, edad e índice de masa corporal, así como hábitos. La depresión y los desórdenes psiquiátricos menores no están correlacionados con disfunciones cognoscitivas.

CONCLUSIONES

Como se puede inferir de los resultados, los objetivos general y específicos, fueron cubiertos completamente. Se detectó quiénes tenían y quiénes no depresión como patología asociada, y se dio a cada paciente el manejo que requería. Se obtuvieron la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo II, los grados de depresión de acuerdo a sus manifestaciones clínicas las cuales quedaron al descubierto a través del cuestionario aplicado, y se canalizaron, a los casos necesarios, a apoyos médicos más específicos. Cabe mencionar que estos resultados y objetivos logrados sólo son representativos de la población estudiada.

En la justificación del problema, entre muchas cosas, se menciona que este tipo de estudios es relativamente simple. Por lo tanto, debería de hacerse de manera rutinaria en esta patología, para dar seguimiento en los casos que lo ameriten. Los pacientes encuestados no mostraron impedimento alguno durante sus respuestas para el presente estudio.

Podemos concluir que la *depresión* de moderada a notable es casi igual en ambos sexos. El porcentaje de casos sin patología es mayor en el sexo femenino.

En la muestra estudiada en el presente trabajo no se encontraron pacientes con depresión de severa a extrema.

La *depresión* en el paciente diabético en estudios previos ha sido encontrada asociada a diversos tipos de complicaciones formándose un círculo vicioso entre la enfermedad por sí misma, sus complicaciones y la depresión, dando como resultado que el paciente diabético ponga poco interés en el control de su enfermedad.

La *depresión* y la *diabetes mellitus* propician muchas veces un descontrol metabólico, facilitan el curso natural de la enfermedad hacia las complicaciones lo que conlleva a empeorar la calidad de vida.

Es importante, por lo tanto, la detección a tiempo de ambos padecimientos para que se profundice en su estudio y se traten adecuadamente evitando así las complicaciones en una presentación temprana. Es clara pues, la importancia de la labor que como médico de familia se tiene con los pacientes que acuden a la clínica día con día. Hace falta que exista una mayor colaboración como equipo multidisciplinario para dar manejo integral a este tipo de pacientes. Se sugiere que se imparta un mayor número de pláticas a estos pacientes y a sus familiares para su apoyo integral.

Los pacientes enviados a terapia de apoyo a nivel de salud mental respondieron bien al tratamiento, así como aquellos a los que sólo se les tuvo bajo el uso de fármacos antidepresivos.

Se puede mencionar que dentro de las complicaciones que se presentan en el *Síndrome Depresivo en la Diabetes Mellitus*, la más importante es el intento suicida y en los pacientes observados en esta serie no se detectó ningún caso.

Se canalizaron a 5 pacientes a clínicas de salud mental y sólo a uno a especialidad. El resto de los pacientes se manejaron con antidepresivos tricíclicos o terapia de apoyo.

De acuerdo a la información de otros trabajos, para contar con resultados más detallados se requiere considerar un mayor número de variables de los pacientes diabéticos, de un seguimiento más prolongado (varios años) así como de los resultados de más y variados estudios clínicos.

El grado de *depresión* que se encontró más frecuente en el sexo masculino fue la depresión leve. En el sexo femenino, el mayor porcentaje no presenta depresión.

Se cumplieron los objetivos planteados identificándose los pacientes con estas patologías, sus grados de depresión y se canalizaron a quienes lo requirieron para apoyo psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Marcus , Wing R.R., Guare J. *Lifetime Prevalence of Major Depression and its Effect on Treatment Outcome in Obeses Type II Diabetic Patients.* Diabetes Care 15(2) , 1992, pp. 253-254.
- 2.- Richard R., Mark Peyrot, Christopher D. *Effect of Diabetes Education on Self-care, Metabolic Control and Emotional Well-being.* Diabetes Care 12 (10), 1989, pp. 87-92.
- 3.- Fernovist Eva- Forves, Birgitta Linde, *Insulin absortion, glucose homesostasis and lipolisis in IDDM during mental stress.* Diabetes Care, 14 (11), 1991, pp. 1006-1012.
- 4.- Mitchell Martha Funnell, Ms Rn. *Role of the Diabetes Educator for Older Adults.* Diabetes Care 13 , suppl. 2, 1990, pp. 325-327.
- 5.- Lloyd Ce., Matthews K.A., Wing R.R., Orchard T.J.. *Psychological Factors and Complications of IDDM.* Diabetes Care, 15 (2) , 1992, pp. 166-172.
- 6.- Palinkas L.A., Barrett-Connor E., Wingard D.L. *Type II Diabetes and Depressive Syntoms in Older Adults. A Population Based Study.* Diabetes Care 8 (6) , 1991, pp. 532-539.
- 7.- Leedom L., Eechan W.P., Procci W., Zeidler A.. *Syntoms of Depression in Patients with type II Diabetes Mellitus.* Psychosomatics, 32 (3) , 1991, pp. 280-86.
- 8.- Szabo-Kallai K., Gymsei A. *Role of Emotional Factors in Diabetes.* Acta Diabetol-lat. 27 (1), 1990, pp. 23-29.
- 9.- Littlefield C.H., Rodin G.M., Murray M.A. *Influence of Funtional Impairement and Social Support on Depressive Syntoms in Persons with Diabetes .* Health Psychol., 9, (6), 1990, pp. 737-749.

- 10.- Peety R., Senky T. *Diabetologists Assessments or Their Out Patients Emotional State and Health Beliefs. Accuracy and Possible Sources of Bias.* Psychother. psychosom. 55 (2-4), 1991, pp. 164-169.
- 11.- Padgett D.K. *Sociodemographic and Disease-Related Correlates of Depressive Morbidity among Diabetic Patients in Zagreb, Croatia.* J. Nerv. Ment. Dis. 181 (2), 1993, pp. 123-129.
- 12.- Kockott G. Feilow, Ferstl Aldenhoff J. *Psychophysiological Aspect of Males Sexual Inadequacy.* Arch. Sex. Behav., 9 (6) , 1980, pp. 477-93.
- 13.- Helkala E.L. et al. *Short-Term and Long-Term Memory in Elderly Patients with NIDDM.* Diabetes Care 18 (5), 1995, pp. 681-685.
- 14.- Rena R., Wing Marsha D. *Depressive Syntomatology in Obeses Adults with type II.* Diabetes Care 13 (2), 1990, pp. 126-134.
- 15.- Viinamäki H. et al. *Mental well-being in people with non-insulin-dependent diabetes.* Acta Psychiatr. Scand. 92, 1995, pp. 392-397.
- 16.- Zung W. K. *Self-Rating Depression Scale.* Arch. Gen. Psychiatry. 12, 1965, pp. 63-70.
- 17.- Wing R. R. et al. *Psychological Responses of Obese Type II Diabetic Subjects to Very-Low-Calorie Diet.* Diabetes Care, 14 (7), 1991, pp. 596-599.
- 18.- Jacobson A. M. ~~et al.~~ *Psychological Characteristics of Adults with IDDM.* Diabetes Care, 13 (4), 1990, pp. 375-380.
- 19.- Méndez Ramírez I. et al. *El Protocolo de la Investigación. Lineamientos para su Elaboración y Análisis.* Ed. Trillas, 2ª Ed. 1993, capítulo 4, pp. 80-84, Apéndice A, pp. 111-125.
- 20.- Barreira Paul J. *Depresión.* Manual de Urgencias Psiquiátricas, Ed. Salvat, 1989, Depresión, pp. 121-131.
- 21.- Campillo S. Carlos. *La Angustia Vital.* Gaceta Médica de México, 130 (3), 1994, pp. 162-163.

- 22.- Castanedo de Alba Lauro A. *La Angustia. Cómo y cuándo tratarla.* Gaceta Médica de México, 130(3), 1994, pp. 164-168.
- 23.- Ferreras y Rozman. *Depresión.* Medicina Interna, Ed. Doyma, 1982, pp. 1438-1441.
- 24.- Caso A. *Depresión Psiquiátrica.* De. Limusa, 1980, pp. 113-117.
- 25.- Krupp Marcos. *Trastornos Afectivos, Depresión.* Diagnóstico Clínico. Ed. Manual Moderno, 1980, pp. 741-744.

TABLA Nº 1

**EJEMPLO DEL CUESTIONARIO APLICADO Y RESPONDIDO
VERBALMENTE POR LOS PACIENTES DIABÉTICOS DE LA MUESTRA**

SEXO: _____
 EDAD: _____
 FECHA: _____

ASIGNAR UN NÚMERO ENTRE 1 Y 4 (ORDEN CRECIENTE) A CADA POSIBILIDAD EN CADA PREGUNTA DE ACUERDO AL ESTADO DEL PACIENTE EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA

MUY POCAS VECES	ALGUNAS VECES	BUENA PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO
--------------------	------------------	---------------------------	---------------------------------

1. ME SIENTO DESANIMADO Y MELANCÓLICO
2. EN LAS MAÑANAS ES CUANDO ME SIENTO MEJOR
3. HABLO ENTRECORTADO, O SIENTO QUE ASÍ HABLO
4. TENGO PROBLEMAS PARA DORMIR
5. COMO IGUAL QUE ANTES
6. TODAVÍA DISFRUTO EL SEXO
7. ME DOY CUENTA QUE ESTOY PERDIENDO PESO
8. PADEZCO DE ESTRÍÑIMIENTO
9. MI CORAZÓN LATE MÁS RÁPIDO QUE LO USUAL
10. ME CANSO SIN MOTIVO
11. MI MENTE ESTÁ TAN CLARA COMO SOLÍA ESTARLO
12. ENCUENTRO FÁCIL DE HACER LAS COSAS QUE SOLÍA HACER
13. ESTOY INQUIETO Y NO PUEDO CALMARME
14. TENGO FÉ ACERCA DEL FUTURO
15. ESTOY MÁS IRRITABLE QUE LO USUAL
16. ENCUENTRO FÁCIL EL TOMAR DECISIONES
17. ME SIENTO ÚTIL Y NECESITADO
18. MI VIDA ES PLENA
19. SIENTO QUE LOS DEMÁS ESTARÍAN MEJOR SI YO MURIERA
20. TODAVÍA DISFRUTO LAS COSAS QUE SOLÍA HACER

TOTALES

--	--	--	--

MÁXIMO PUNTAJE
 ÍNDICE DEPRESIVO
 GRADO DE DEPRESIÓN

DR. SERGIO FUENTES MADARIAGA