

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE
DOCTORADO EN MEDICINA**

TITULO

**INCIDENCIA DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS
TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA
EXTERNA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE SANTA ANA EN EL
PERÍODO DEL 1º AL 31 DE JULIO DEL 2005.**

DOCENTE DIRECTOR

DR. ALFREDO ANTONIO REYES SÁNCHEZ

PRESENTADO POR

- ♣ CALDERÓN PÉREZ, LIDIA MERCEDES**
- ♣ ESCOBAR SIERRA, BILLY ORLANDO**
- ♣ ZAMBRANO VIDES, CARLOS FERNANDO**

**NOVIEMBRE, 2005.
SANTA ANA, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA.**

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA



DRA. MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ
RECTORA

LIC. JORGE MAURICIO RIVERA
DECANO DE LA FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DRA. PATRICIA GÓMEZ DE SANDOVAL
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DR. MELITON MIRA BURGOS
COORDINADOR METODOLÓGICO DE LOS PROCESOS DE GRADO

DR. ALFREDO ANTONIO REYES
DOCENTE DIRECTOR

AGRADECIMIENTOS

A DIOS TODOPODEROSO por iluminar nuestras vidas, darnos las fuerzas y el deseo de seguir adelante.

A NUESTRO ASESOR: DR. ALFREDO ANTONIO REYES por su apoyo incondicional.

A NUESTRAS FAMILIAS por su confianza, sacrificio y apoyo incondicional en nuestra decisión de ser médicos.

INDICE

	# Pag.
• Resumen.....	1-2
• Introducción.....	3-5
• Planteamiento del Problema.....	6
• Objetivos.....	7
• Marco Teórico.	
a- Marco Conceptual.....	8-9
b- Marco Teórico.....	10-29
• Metodología.....	30-31
• Recolección de la Información e instrumentos utilizados.....	32
• Análisis de Datos.....	33-49
• Conclusiones.....	50
• Recomendaciones.....	51-52
• Bibliografía.....	53
• Anexos.....	54-60

RESUMEN

El presente trabajo de investigación fue realizado en el Hospital San Juan de Dios de Santa Ana en la Unidad de Diabetología de la Consulta Externa con el objetivo de determinar la incidencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que consultan en la unidad de diabetología de la consulta externa en el periodo del 1 al 31 de julio del 2005.

Nuestro universo lo constituye los pacientes con diabetes tipo 2 que consultaron del 1 al 31 de julio entre las edades comprendidas entre los 40 a 65 años de edad siendo un total de mil pacientes, tomando una muestra de 100 pacientes.

Para realizar la recolección de datos se creó una encuesta que englobara los ítems de los objetivos específicos y se aplicó el test de Zung que es una escala de cuantificación de síntomas de depresión de base empírico.

Para el procesamiento de los datos se utilizó el método de los palotes recolectando la frecuencia para cada variable, obteniendo los siguientes resultados:

Tomando igual número de personas para ambos sexos siendo estos un 50% para cada uno, el sexo que resultó mayormente afectado fue el femenino con 70% en comparación con el sexo masculino que representó el 62%.

_____ Incidencia de Depresión en Diabéticos tipo 2. _____

Del porcentaje de población femenina afectada se encontró que el 48% tenían depresión grave.

Otro hallazgo encontrado fue que las personas de mayor edad (>60 años) presentan mayor índices de diabetes tipo 2 así como depresión.

Los pacientes con mayores niveles de glicemia >200 mg/dl presentan mayor porcentaje de depresión teniendo como principales complicaciones de la enfermedad: nefropatía diabética, retinopatía, vascular, cardíaca.

Entre los síntomas depresivos que mayor afectan a los pacientes encuestados se encuentran tristeza, angustia, desesperación, llanto fácil, irritabilidad.

INTRODUCCION.-

El presente trabajo de investigación es presentado al Departamento de Medicina de la Facultad Multidisciplinaria de Occidente de la Universidad de El Salvador el cual se denomina “Incidencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 que consultan en la consulta externa de el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el período comprendido del 1 al 31 de julio de 2005”

Este estudio se realizó en la ciudad de Santa Ana, departamento de El Salvador, por constituirse este en un lugar idóneo para la realización de este trabajo de investigación, tanto por sus características de ubicación, así como también por ser un centro de 3er nivel, y el centro de referencia más importante del occidente del país.

Santa Ana cuenta con una altitud de 665 metros sobre el nivel del mar y un área geográfica de 2, 023 km², su población es actualmente estimada en 490,000 habitantes. Podemos mencionar como una pequeña reseña histórica que fue fundada como departamento el 8 de febrero de 1885; fue El padre Bernardino Villalpando el que le diera el nombre a Santa Ana. Antes su nombre era Sihuatehuacán que significa "Ciudad de Sacerdotisas". José de Bustamante y Guerra, capitán del reino de Guatemala, le otorgaron el título de Villa, para Santa Ana la Grande en julio de 1812. En 1824, la Asamblea Nacional Constituyente de las Provincias de Centro América, le dió el título de ciudad a la villa de Santa Ana; y el 22 de mayo del mismo año, por orden ejecutiva fue declarada la capital del departamento de Sonsonate. Veinte años más tarde el departamento de Santa Ana fue creado dándole el mismo nombre a su capital.

En el hospital nacional San Juan de Dios de Santa Ana(HNSJDSA) fue donde se llevó a cabo la encuesta que se le realizó a una muestra de 100 pacientes que consultaron en la unidad de Diabetes de la consulta externa, con el propósito de recopilar la información necesaria que nos ayudará a exponer de una manera simple y clara la perspectiva actual de la población diabética tipo 2, en cuanto a su comorbilidad existente con la Depresión.

La Diabetes es una enfermedad crónica considerada como una de las más discapacitantes en nuestro medio y todo el mundo, según informes publicados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social es responsable en El Salvador de muchas complicaciones, ausencia laboral, y aumento en el gasto de la Salud Pública.

Como sabemos la diabetes está en aumento y se calcula que la cifra actual de 150 millones de personas con diabetes en todo el mundo ascenderá hasta alcanzar los 300 millones para el año 2025. La diabetes y sus numerosas y devastadoras complicaciones, tales como la ceguera, el fallo renal y las enfermedades cardíacas, están imponiendo una enorme carga en términos de sanidad, y se calcula que los gastos por diabetes representan entre un 5% y un 10% del presupuesto sanitario del país. La Diabetes es considerada como una “condición de vida” y no como una enfermedad. Esto se debe a que las personas con esta condición requieren tener un estilo de vida específico, hábitos alimenticios apropiados y los cuidados necesarios en todo momento para tener una vida saludable.

El objetivo del mismo es presentar al lector, de diferentes grados académicos, un análisis incipiente de esta temática pobremente difundida en nuestro medio, pero de mucho interés para el profesional involucrado en los asuntos competentes a las patologías en cuestión. El mismo hace una recopilación sistemática de datos a través de instrumentos como son: encuestas y test psicométricos, que nos proporcionan el diagnóstico actual de esta relación de comorbilidad de una manera científica y objetiva. Empero no dejamos de lado la gran carga emocional involucrada en esta patología, razón fundamental y primordial que nos motivo a la selección de dicho tema.

En vista que en nuestro país no se cuenta con una casuística acerca de la incidencia de depresión en pacientes diabéticos, esperamos que la presente investigación sirva de precedente para que futuras investigaciones retomem este esfuerzo, en este tema de tanta trascendencia social y sirva para darle la importancia necesaria al aspecto emocional de este importante número de población que convive día a día con esta patología.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El Departamento de Santa Ana tiene una población total de 428,385 habitantes y una población de personas mayores de 20 años de 245,329; de los cuales 2,447 padecen diabetes tipo 2 y consultan en la Unidad de Diabetes del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana (enero-junio de 2005).

Es un Departamento cuya principal fuente de ingresos es la agricultura y también el trabajo en fábricas de industria textil.

En la población que reside en este Departamento y padece diabetes tipo 2 se realizará una investigación cuyo propósito es saber la magnitud en que esta patología influye en el apareamiento de depresión.

Se sabe por estudios internacionales que esta patología influye grandemente en el surgimiento de depresión.

Actualmente en nuestro país no se le da la relevancia a la magnitud del deterioro del bienestar del paciente diabético, ya sea porque no existen adecuados protocolos de tratamiento para esa población, porque no se cuenta con el recurso suficiente para instituir terapia psicológica o psiquiátrica en este grupo o porque se obvia la relación Diabetes Depresión y su gravedad.

En nuestra universidad no existe un estudio similar y como grupo creemos que los resultados obtenidos pueden tener impacto para lograr un cambio de actitud hacia estos pacientes.

Además se espera obtener datos estadísticos de depresión en diabéticos los cuales se pueden generalizar para toda la población y aplicar el instrumento que mide la depresión (Zung) a nuestra población

FORMULACION DEL PROBLEMA

¿En que magnitud la diabetes tipo 2 condiciona al apareamiento de depresión en pacientes que consultan en la Unidad de Diabetes de la consulta externa del Hospital Nacional San Juan de Dios del Departamento de Santa Ana en el período del 1 al 31 de julio de 2005?.

OBJETIVOS

Objetivo General.-

1.- Identificar el aparecimiento de síntomas depresivos en pacientes con diabetes tipo 2 , que consultan en la unidad de diabetes de la consulta externa del hospital nacional San Juan de Dios de Santa Ana, en el periodo del 1 al 31 de julio de 2005.

Objetivos Específicos.-

1.- Determinar la influencia de factores como: género, edad, tiempo de evolución, tipo de control metabólico en el aparecimiento de Depresión en pacientes diabéticos tipo 2.

2.- Evaluar el conocimiento de la población acerca de su patología y de cómo esto influye en el aparecimiento de la Depresión.-

3.- Conocer los principales síntomas de Depresión que manifiestan los pacientes Diabéticos tipo 2.-

4.- Proporcionar al personal de salud de la unidad de Diabetes del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana los Resultados obtenidos de la investigación.-

MARCO CONCEPTUAL.

Diabetes: Es un trastorno crónico del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas siendo su característica indistintiva la hiperglucemia (aumento de los niveles de glucosa en sangre) resultando de defectos en la secreción de insulina en su acción o ambos.

La insulina: es una hormona anabólica producida por las células beta de los islotes de langerhans que se encuentra en el páncreas .

Siendo una hormona necesaria para :

- 1 Reservar la glucosa en el hígado (a lo cual se le llama glucógeno).
- 2 Conversión de glucosa a Triglicéridos .
3. Síntesis de proteínas y ácidos nucleicos.

Su principal función metabólica consiste en aumentar la velocidad del transporte de la glucosa hacia el interior de determinadas células.

Depresión: Es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida. A menudo manifiestan ansiedad y síntomas somáticos variados.

Episodio depresivo mayor: consiste en un período de por lo menos dos semanas durante las cuales existe ya sea un ánimo deprimido, o la pérdida del interés en todas o casi todas las actividades.

Trastorno depresivo mayor: se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaniacos.

Trastorno depresivo menor: El episodio dura por lo menos dos semanas.

Melancólica: Se caracteriza por pérdida del placer en todas o casi todas las actividades, o la falta de reactividad a estímulos que son usualmente placenteros, es decir, que el ánimo no se mejora ni aun temporalmente cuando sucede algo bueno.

Depresión Atípica: Se caracteriza por la presencia de reactividad anímica, es decir, el ánimo se mejora cuando le sucede algo placentero al paciente.

Distimia: La característica esencial es un estado de ánimo deprimido crónicamente. Ocurre la mayor parte del día y durante más de la mitad de los días, tiene una duración mínima de 2 años, y no puede tener un período mayor de dos meses seguidos libres de sintomatología.

MARCO TEORICO

La diabetes es una enfermedad crónica considerada como problema para la salud pública tanto para los países desarrollados como vías de desarrollo. En muchos países es una causa importante de muerte, discapacidades y altos costos de la atención de la salud.

La diabetes es hoy en día un problema sanitario y socioeconómico de primera magnitud que exige la máxima atención para establecer programas de prevención y control, pues sitúa al sistema familiar ante una situación nueva e inesperada.

El panorama de salud que afecta a la humanidad se ve cada vez más ensombrecido por la diabetes, enfermedad que se presenta entre el 2% y el 6% de la población mundial y que tiene una mayor incidencia en el grupo de personas mayores de 43 años de edad. Esto ha generado que se realicen estudios globales; durante las dos últimas décadas se ha comprobado que esta enfermedad representa un problema de salud en el mundo entero, y solamente en el continente americano la padecen millones de personas.^a

En nuestro medio, la diabetes constituye el 48% de las amputaciones no traumáticas de los miembros inferiores, el 15% de los casos de infarto agudo del miocardio, y 13% de los pacientes en tratamiento sustitutivo renal.

^a (Fuente: Ilanos y libman, 1995).

Es además la primera causa de ceguera no traumática del adulto y ocupa un lugar importante de accidentes cerebrovasculares^b.

Se realizara una breve revisión teórica de lo que constituye la patología diabética, dado que nuestro estudio se centrara en la Diabetes tipo 2 se hará una breve Descripción de la misma.

Esta se describe como un complejo de mecanismos que se caracteriza por el déficit relativo de producción de insulina y por una deficiente utilización periférica por los tejidos de glucosa (resistencia a la insulina). Se desarrolla a menudo en etapas adultas de la vida y es muy frecuente la asociación con la obesidad; anteriormente llamada diabetes del adulto, diabetes relacionada con la obesidad , diabetes no insulino dependiente.

La diabetes está considerada más como un síndrome que como una enfermedad en razón de su variedad clínica, fisiopatológica, bioquímica y genética; así, es un grupo heterogéneo de manifestaciones dependientes de diversas circunstancias; por ello, hasta el momento su tratamiento no ha podido ser etiológico, como es la meta de toda buena terapéutica.

Por ende, el médico se ha limitado a corregir, en primer término, la manifestación bioquímica más sobresaliente, la hiperglucemia, y de manera secundaria las alteraciones en el metabolismo de las proteínas y las grasas, responsables estas últimas de las llamadas *complicaciones* del padecimiento.

^b (Fuente: Calidad de vida y comportamiento en la Diabetes www.iladia.com.co/portales/rlp/articulos/revisión/diabetes.asp.)

Desde las primeras recomendaciones dietéticas expuestas a fines del siglo pasado y principios de éste, hasta el implante de células mecánicas y trasplantes pancreáticos, el efecto de la terapéutica en la diabetes, pese a no estar fincado en la etiología del padecimiento, puede considerarse benéfico.

Con las recomendaciones médicas se ha reducido o hecho desaparecer el síndrome primario constituido por poliuria, polidipsia, polifagia y baja de peso.

Bajo el control terapéutico se han abatido los índices de mortalidad por cetoacidosis y por el síndrome tardío de las complicaciones, así como la *invalidez* ocasionada por todo el cuadro^c.

Criterios diagnósticos de la Diabetes:

1. Síntomas de diabetes mas concentraciones de glucosa sanguínea al azar mayor o igual a 200mg/dl.
2. Glucosa plasmática en ayuna mayor o igual a 126mg/dl.
3. Glucosa plasmática a las 2 horas mayor o igual a 200mg/dl.

Durante una prueba de tolerancia a la glucosa . estos criterios nos ayudan a realizar un diagnostico basado en evidencias de laboratorio, acerca del padecimiento actual de un paciente, al cual en base a los mismos estaríamos diagnosticándolo como ***diabético***.

^c (Fuente: Ilanos y libman, 1995)

Entendemos como **al azar** el realizar la extracción sin tener en cuenta el tiempo transcurrido desde la última toma de alimento.

Se define como **ayuna** la ausencia de ingestión calórica durante al menos 8 horas.

Esta prueba debe realizarse con una carga de glucosa que contenga el equivalente a 75gr de glucosa anhidra disuelta en agua.

La clasificación actual Según el comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) clasifica la diabetes en cuatro tipos:

- Diabetes tipo 1.
- Diabetes tipo 2.
- Otros tipos de Diabetes .
- Diabetes Gestacional.

Algunos de los Factores de Riesgo que se han visto mayormente relacionados con el apareamiento de la diabetes son enumerados a continuación :

1. Antecedente familiar de diabetes(es decir, un progenitor o hermano con diabetes tipo 2)
2. Obesidad (es decir mayor o igual a 20% del peso ideal)
3. Edad mayor o igual a 45 años.
4. Glucosa basal anómala.
5. Antecedentes de Diabetes gestacional o parto de un neonato de mas de 4 Kg.
6. Hipertensión (tensión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg)
7. Niveles de colesterol HDL < 35 mg/dl o nivel de triglicérido > 250 mg/dl.
8. Síndrome de ovario poliquístico.

En un principio se pensaba que el factor que predisponía a la enfermedad era un consumo alto de hidratos de carbono de absorción rápida.

Actualmente se piensa que los factores mas importantes en la aparición de diabetes tipo 2 además de una posible resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa el exceso de peso y la falta de ejercicio, mientras que para la diabetes tipo 1 priman fundamentalmente la herencia genética o bien alguna patología que influya en el funcionamiento del páncreas^d.

Las complicaciones crónicas de la diabetes pueden afectar a muchos sistemas orgánicos y son responsables de gran parte de la morbilidad y mortalidad que acompañan a esta enfermedad .

Las complicaciones crónicas se pueden dividir en vasculares y no vasculares.

Vasculares:

A su vez las complicaciones vasculares se subdividen en *microangiopáticas* (cuando afecta las membranas basales de vasos de pequeño calibre, Riñones(Neuropatía diabética), retina(retinopatía), nervios(neuropatía) y *macroangiopatía* (cuando afecta las membranas basales de vasos sanguíneos de mayor calibre) arterias (ateroesclerosis) ,Infarto de Miocardio , Enfermedades cerebrovasculares, aterosclerosis periférica(gangrena e infecciones).

^d (Fuente: ROBBINS, Cotran, Collins, Patología Estructural y Funcional 6ª Ed. España, MC GrawHill Interamerican 2000.)

No Vasculares:

Comprenden *gastroparecia, disfunción sexual y alteraciones de la piel* .

El riesgo de complicaciones crónicas aumenta con la duración de la hiperglucemia; suelen hacerse evidente en el transcurso del segundo decenio de hiperglucemia. Como la diabetes tipo 2 puede tener un periodo prolongado de hiperglucemia asintomático, muchos individuos con diabetes tipo 2 tienen complicaciones en el momento del diagnóstico.

Otro aspecto importante que se presenta en el enfermo diabético y al cual no se le ha prestado la debida atención, está constituido por las implicaciones de tipo psicológico que afectan a estos pacientes.

En vista de la gravedad de las complicaciones que el paciente sabe puede ocasionarle la diabetes, se ha observado que responden en forma totalmente negativa ante el conocimiento de la misma; esto, condicionado a su personalidad, preparación, cultura, situación económica y medio ambiente familiar, hace que su respuesta pueda ir desde la adaptación hasta los estados graves de ansiedad y **depresión** que requerirán en algún momento de tratamiento de psicofármacos derivados de las benzodiazepinas o antidepresivos^e.

^e (fuente: Coatepec, Veracruz, Estudio realizado durante el período comprendido entre diciembre de 1994 y agosto de 1995 . México.)

En otro estudio realizado por la Universidad de Washington y St. Louis se observó que la prevalencia de depresión es mayor en pacientes diabéticos, asociándose con un peor control glucémico y con una menor adhesión al tratamiento, esto se le atribuyó a diferentes causas y entre ellas es que la diabetes requiere un régimen de tratamiento bastante complejo que requiere mucha disciplina y atención diaria.

Por otra parte se tratará brevemente todos aquellos aspectos teóricos pertinentes a la segunda patología involucrada en nuestra investigación, la **Depresión** y todos aquellos que competen a la relación de comorbilidad existente entre ambas, y motivo por el cual se realiza esta investigación.

Se dice que la depresión es tan prevalente en la población general (3-5%) y tan comunes en la consulta médica (12.2 al 25% de todos los pacientes), que es imposible que los psiquiatras puedan tratar adecuadamente a todas las personas que sufren de ella. Solamente un 0.2% de los pacientes deprimidos consultan al psiquiatra, un 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acuden a la consulta médica^f.

El Instituto Nacional EE.UU. de la Salud Mental (siglas en inglés NIMH) dice que el trastorno depresivo es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa.

^f (fuente: Psiquiatría de Toro y Yepes, Medellín, Colombia 1998).

Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal, no es una condición de la cual uno puede liberarse voluntariamente

ANTECEDENTES.-

Kraepelin diferencio de la enfermedad maniaco depresiva otras depresiones sin causa neuropatológica y que por lo tanto según él no pertenecían a las enfermedades mentales, denominándolas “depresiones neuróticas reactivas”. Así se configura la separación dualista entre depresiones de tipo bioquímico (enfermedad maniaco depresiva, endógena psicótica, etc.) y las de tipo psicógeno (depresión neurótica, exógeno reactiva).

Este dualismo fue criticado desde el principio y especialmente desde 1926 por Mapother y Sir Autrey Lewis quien en 1934 escribió: “toda enfermedad es el producto de dos factores: el ambiente trabajando sobre el organismo.”⁹

EPIDEMIOLOGIA.-

La depresión mayor puede iniciarse a cualquier edad, con una edad promedio de iniciación a los 20 años. Parece que la edad de iniciación ha disminuido y la frecuencia aumentado, en los nacidos después de 1945, esto se ha atribuido a que la cultura actual es “depresiva”, ya que han aumentado las situaciones de desvalimiento.

La depresión es más frecuentes en el sexo femenino (2:1) y esto se le ha atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y a las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad.

⁹ (Fuente: Psiquiatría de Toro y Yepes, Medellín, Colombia, 1998.)

En cuanto a la edad se tienen datos respecto al máximo de frecuencia que ocurre entre los 30 y 60 años en las mujeres y entre los 40 y 70 años en los hombres aunque la frecuencia aumenta con el transcurso del tiempo^h.

CLASIFICACIÓN.-

Clasificación de los trastornos Depresivos.	
CIE-10	DSM-IV
Trastorno depresivo mayor.	Episodio depresivo.
Episodio único recurrente.	Trastorno depresivo recurrente.
Trastorno distímico	Trastorno persistente del ánimo (distimia)
Otros trastornos depresivos.	Otros trastornos depresivos.

En cuanto a la etiología de la depresión se ha dividido esencialmente en dos tipos: **Primaria y secundaria**. Diferentes teorías conforman cada una de estas etiologías; se mencionaran aquí las más importantes, y pertinentes al tema en cuestión.

^h (fuente: Psiquiatría de Toro y Yepes, Medellín, Colombia 1998).

Entre las **primarias** se cuenta con la teoría más popular y ampliamente difundida la cual hace alusión a cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina), postulando de manera sencilla el hecho de un déficit existente, ya sea absoluto o relativo, de norepinefrina en las sinapsis específicas cerebrales y de un déficit de serotonina como prerrequisito de lo anterior. Teorías que surgieron al tratar de entender algunos efectos de los psicofármacos.

Entre las etiologías **secundarias** se mencionan muchas drogas de uso común como causantes de depresión entre ellos antihipertensivos de uso común en nuestro medio. Así mismo se hace mención al concurso de algunas enfermedades orgánicas especialmente las más graves y crónicas que pueden llegar a causar depresión como una reacción psicológica. Entre la lista de enfermedades que se ha visto que más se asocian a un estado de *comorbilidad* son por ejemplo: estados neurológicos como Alzheimer, Parkinson, Huntington etc. Patologías graves como CA de páncreas y los retroperitoneales, así como las de origen *endocrino* entre ellas a la cabeza los trastornos de la tiroides.

DIAGNOSTICO.-

Los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado.

La depresión se puede originar por:

- La muerte de un amigo o familiar.
- Una desilusión importante en el hogar, en el trabajo o en la escuela (en los adolescentes, por ejemplo, puede darse por la ruptura de relaciones con el novio o la novia, perder una materia o el divorcio de los padres)
- Un dolor prolongado o una *enfermedad grave* .
- Condiciones médicas como hipotiroidismo (baja actividad de la tiroides), cáncer o hepatitis
- Medicamentos tales como tranquilizantes y medicamentos para la hipertensión.
- Consumo excesivo de alcohol o drogas
- Estrés crónico
- Eventos en la infancia como maltrato o rechazo
- Aislamiento social (común en los ancianos)
- Deficiencias nutricionales (como folatos y ácidos grasos omega-3)
- Problemas de sueño.

Aunque el termino "depresión" puede describir una emoción humana normal, también se puede referir a un trastorno siquiatrico.

La enfermedad depresiva en los niños y adolescentes puede incluir un grupo de síntomas que han estado presentes por lo menos durante dos semanas.

Además de los sentimientos de tristeza y/o irritabilidad, una enfermedad depresiva incluye varios de los siguientes síntomas:

- Cambios en el apetito, con cambios significativos ganando o perdiendo peso (cuando no se esta haciendo dieta)
- Cambios en los patrones de dormir (tales como problemas para dormirse, despertarse en mitad de la noche, despertarse temprano o dormir demasiado)
- Perdida de interés en las actividades que disfrutaban antes.
- Perdida de energía, fatiga, sentirse pesado y lento sin razón y agotamiento total
- Sentimientos de culpabilidad y echarse la culpa por cosas que no son su responsabilidad.
- Falta de habilidad para concentrarse e indecisión.
- Sentimientos de desesperanza y desamparo.
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte y el suicidio, deseos de morirse o atento de suicidio.

COMORBILIDAD.-

Después de la revisión bibliográfica se puede notar que como en cualquier enfermedad crónica y debilitante el diabético se enfrenta a una serie de desafíos que afectan todos los aspectos de la vida diaria. El paciente se encuentra sometido a un estrés emocional, y este a su vez pudiera incrementar así el riesgo de *depresión*.

Si bien se sabe que cualquier enfermedad crónica degenerativa incrementa el riesgo de depresión; la correlación con la diabetes es fuerte debido a las numerosas complicaciones, así como a los cambios de estilos de vida que tiene que hacer quienes la padecen.

La importancia de conocer la frecuencia de la asociación de diabetes-depresión que repercuten en la calidad de vida del individuo es mucha ya que el médico pudiera intervenir en el curso de éstas, explorando la actitud del paciente y mejorando así la relación médico paciente.

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se **presenta depresión de diversa gravedad**, tanto en el período de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y, sobre todo, si ha cursado con control irregular de cifras de glucemia.

El diagnóstico de depresión en este tipo de pacientes (diabéticos) resulta difícil ya que las manifestaciones físicas, como fatiga, hiporexia, trastornos cognoscitivos como las alteraciones de la memoria causadas por la misma depresión, se superponen a las de diabetes descontrolada. En caso de incertidumbre diagnóstica, una segunda valoración del estado psicológico cuando las cifras de glucemia se han normalizado, suele ser decisiva.

El tratamiento para este padecimiento debe iniciarse de manera temprana con apoyo psicoterapéutico, tratando el pesimismo. Por supuesto el apoyo farmacológico es muy importante y se debe tener cuidado ya que pueden presentarse *efectos colaterales* que varían en relación al mecanismo de acción del fármaco: náusea, diarrea, agitación central y por otro lado, taquicardia o hipotensión ortostática y disfunción sexualⁱ.

Otros estudios realizados por la OMS demuestran que los cambios de la estructura familiar y la urbanización creciente, también aumentan la vulnerabilidad a la depresión. Otros factores que contribuyen a este aumento son, según la OMS, la longevidad, los cambios rápidos psicosociales, y el aumento de las *enfermedades crónicas* como estado co-mórbido (cardiovasculares, **endocrinas**, neurológicas etc.)

Enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. Los cambios en los hábitos, la eliminación de conductas riesgosas para la salud, y la adquisición de nuevos comportamientos que resulten en una mejor calidad de vida no son siempre fáciles de asumir.

En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, sería de vital importancia lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar de la mejor forma los avatares propios de tal afección.

ⁱ (Fuente: CALIDAD de vida y comportamiento en la diabetes, www.iladia.com.co/portales/r1p/articulos/revision/diabetes.asp.)

La diabetes es una enfermedad que podría ser prevenida, en algunos casos, a partir de hábitos y comportamientos saludables, los cuales hacen parte de un adecuado estilo de vida. Para lograr lo anterior, es indispensable que el paciente diabético realice un proceso que le permita aceptar la nueva condición asociada a la diabetes^j.

Se considera que existen tres fases principales por las cuales pasa la persona luego de saber que es diabética, fases en las cuales se ve claramente reflejado el impacto psicológico que conlleva esta enfermedad.

En la *primera*, la etapa de *negación*, la persona está motivada y lista para cuidarse, experimenta una sensación de euforia, siente que a pesar de la noticia su estado no es tan serio. Cree que las sugerencias de su médico y demás profesionales que lo han aconsejado son fáciles de cumplir. Nada de lo que le digan le va a hacer sentir como si estuviera en peligro real de sufrir una crisis o estado similar que ponga en riesgo su vida. Ahora se siente bien, y cree que seguirá sintiéndose así el resto de su vida sin necesidad de angustiarse demasiado por lo que pasa, o de hacer en su vida grandes cambios.

En algunos casos el paciente que pasa por la etapa de negación, y que acaba de recibir su diagnóstico, al no aceptar su condición, busca una segunda opinión, esperando confirmar la idea de que su salud no corre peligro, no habiendo necesidad de hacer cambios en sus hábitos.

^j (Fuente: “CALIDAD de vida y comportamiento en la diabetes”, (www.iladia.com.co/portales/rlp/articulos/revision/diabetes.asp.)

Si bien es normal que la negación se presente cuando la persona conoce por primera vez su estado, resulta problemático que el paciente permanezca en esta fase. A largo plazo, negar la diabetes impide que el paciente aprenda lo necesario para mantenerse saludable.

Por esta razón, los médicos y demás profesionales de la salud deben tener cuidado de no fomentar que esta etapa se prolongue más de lo necesario. Los pacientes deben recibir el tipo de información que los haga tomar conciencia acerca de la seriedad de la enfermedad y de las consecuencias de la falta de cuidados adecuados.

En la **fase de depresión**, el paciente se da cuenta, en mayor o menor grado, de que algo le está ocurriendo.

Nada en su realidad, tanto física como psicológica, volverá a ser lo mismo. Esta depresión no constituye una patología, más bien es considerada como el paso necesario para que se de la siguiente fase del proceso.

En ese momento el paciente considera importante y le encuentra sentido a las recomendaciones e información recibida acerca de los cambios que debe realizar. No obstante, carece de la motivación suficiente para asumirlos de manera comprometida, de allí que no se sienta obligado con el autocontrol de tal enfermedad.

En esta etapa es importante también ayudar al paciente a desarrollar habilidades para el manejo de la diabetes tales como la autoaplicación y el autoajuste de la dosis de insulina, así como el manejo de instrumentos para la automedición de glicemia, entre otros.

Durante la *tercera etapa*, de elaboración y trabajo del **duelo**, el paciente diabético acepta de manera integral la nueva condición. Asume entonces las actitudes, comportamientos, hábitos y demás elementos necesarios para procurar llevar una vida lo más sana y agradable posible.

Es importante que los altos niveles de motivación y autoeficacia que se presentan en esta fase se mantengan. Una vez se ha llegado a este punto pueden presentarse "recaídas", momentos en los cuales el paciente diabético baja la guardia y retorna a costumbres y hábitos que no benefician su estado de salud.

Por otro lado, existen algunos *estados psicológicos* que no se presentan exclusivamente en los pacientes diabéticos pero que sí afectan de manera específica a estas personas. Uno de estos es el *estrés*, el cual modifica los niveles de glucosa en la sangre.

Lo anterior se da de dos maneras: una, las personas bajo estrés no se cuidan a sí mismas (pueden dejar de hacer ejercicio o tomar más alcohol de la cuenta).

Dos, las hormonas del estrés pueden alterar directamente los niveles de glucosa debido a la imposibilidad de las células para utilizar la energía extra necesaria.

Se han revisado algunos estudios que demuestran que las personas con diabetes tienen mayor riesgo de sufrir depresión en relación a aquellos sujetos que no sufren de esta enfermedad. Los pacientes diabéticos pueden sentirse solos o distanciados de sus amigos por los cuidados que deben tener^k.

^k (Fuente: Asociación Americana de Diabetes (ADA).

El enojo está también asociado a la diabetes en la medida en que el paciente se siente amenazado. La vida parece estar llena de peligros, reacciones y complicaciones.

Los pacientes diagnosticados como diabéticos se enfrentan a interrogantes ligados a aspectos específicos: el trabajo (capacidad de rendimiento, miedo al rechazo en la empresa, posible despido), la salud (posibilidad de evitar las complicaciones de la diabetes, evadiendo así el miedo a la muerte y la angustia asociada), la calidad de vida (capacidad para seguir con las actividades cotidianas) y la experiencia sexual (temor frente a idea de perder la vitalidad, el atractivo, la capacidad de tener hijos, entre otros).

Ya sea medicamentos, inyecciones de insulina, la dieta que tienen que llevar, ejercicios, los horarios que se deben seguir para seguir la dieta y tomarse las inyecciones, genera bastante estrés en las personas y el hecho de estar restringidos a un régimen tan complejo y que requiere tanta atención muchas veces contribuye a que desarrollen sintomatología depresiva.

En definitiva, el paciente diabético debe ser capaz de aceptar de manera consciente y responsable su estado. Por ende la mayor o menor capacidad del mismo, de adaptarse a este nuevo estilo de vida sería un factor determinante en cuanto al apareamiento de la depresión.

También se encuentran estudios que hacen una relación directa de comorbilidad de una manera diferente entre estas dos patologías en estudio. Como un estudio norteamericano que dice que se ha asociado la **depresión** a un incremento de las complicaciones de la diabetes, especialmente enfermedad cardiovascular y retinopatía. –

Los resultados de un estudio realizado en NUEVA YORK (Reuters Health 2005), confirman que las personas con diabetes son propensas a la depresión. Estos hallazgos también muestran que la depresión aumenta significativamente la probabilidad de que las personas con diabetes, pero no las que no tienen diabetes, mueran durante un periodo de 10 años.

En este Zhang y colaboradores examinaron la relación entre los síntomas depresivos y la mortalidad entre 558 participantes diabéticos y 7063 no diabéticos en un estudio estadounidense grande de un grupo de gente representativo a nivel nacional al cual se le hizo un seguimiento de 1982 a 1992. Un total de 276 diabéticos y 1499 no diabéticos murieron durante el estudio, informa el equipo en la revista "American Journal of Epidemiology".

La presencia de la diabetes dobla las posibilidades de una depresión co-mórbida, aunque los estimativos de prevalencia están afectados por varias variables clínicas y metodológicas, informaron los investigadores Ryan J. Anderson, Kenneth E. Freedland, Ray E. Clouse y Patrick J. Lustman del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington en San Luís, Missouri en la revista Diabetes Care.

La prevalencia de la depresión era mayor en el grupo diabético que en el no diabético (26 por ciento frente a 16 por ciento). Después de tener en cuenta los factores sociales, demográficos, de estilo de vida y de estado de salud, los investigadores encontraron que los diabéticos con depresión tenían una tasa de mortalidad un 54 por ciento mayor que los que no tenían depresión. No había una asociación significativa entre depresión y mortalidad en las personas sin diabetes¹.

Como podemos observar existen fuertes evidencias y diferentes estudios a lo largo del continente que respaldan el hecho de la existencia de la comorbilidad existente entre estas dos patologías anteriormente estudiadas, motivo por el cual hemos tomado a bien realizar el siguiente estudio que vendrá a contribuir de una manera significativa a la suma de evidencia que respalde todas las observaciones realizadas con anterioridad por otros estudios.

Así como también contribuiría grandemente como punto de partida para este tema en especial del cual se cuenta con poca, sino es que ningún caso en nuestro país.

¹ (FUENTE: American Journal of Epidemiology, 1 de abril de 2005.)

ANALISIS METODOLOGICO.-

TIPO DE ESTUDIO

Se realizará un estudio descriptivo, prospectivo y transversal el cual conlleva dos partes: la primera consiste en aplicar a la población objeto de estudio el cuestionario específico para evaluar depresión en diabéticos. Esta población consiste en los pacientes diabéticos tipo 2 que consultan en la Unidad de Diabetes de la Consulta Externa del Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en el período de julio de 2005.

La segunda parte consiste en un análisis en el cual se hará distribución por género, grupos etáreos, tiempo de evolución y el tipo de control metabólico de su patología.

Así mismo se analizarán el conocimiento de la población sobre su patología y como esto influye en el apareamiento de depresión y los principales síntomas depresivos manifestados.

Se realizará un muestro convencional de los pacientes que cumplan con las características de nuestras unidades de estudio y en estas se desarrollará el cuestionario en mención.

POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de estudio serán los pacientes diabéticos tipo 2 que consultan en el centro donde se lleva a cabo la investigación. Según el Departamento de estadísticas y documentos médicos de este centro el total de consulta por diabetes tipo 2 para el año 2004 fue de 6130 pacientes al momento se registran 2809 consultas hasta junio de 2005 de pacientes que corresponden al área urbana y rural del municipio.

Mediante el uso de fórmulas para cálculo de muestra para poblaciones finitas, utilizando un nivel de confianza del 95% y un nivel de precisión del 3%, con una población esperada del 5%, el tamaño de muestra representativa es de 99 pacientes, por fines prácticos utilizaremos 100 pacientes.

Los criterios de inclusión para este estudio serán: pacientes Diabéticos tipo 2 que residan en el Departamento de Santa Ana ya sea área rural o urbana y que consulten en el centro en mención. Se excluirán pacientes encamados o que cursen con cuadro grave de su patología.

MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS:

En la obtención de la información se procederá a seguir un método científico de fácil aplicación y confiabilidad que permite la recolección de datos con la mayor objetividad posible.

- a) Investigación de campo: se usará el Test de Zung para evaluar depresión; es un cuestionario autoaplicable, pero por el nivel de cultura de nuestra población será evaluado por los estudiantes.
- b) Cuestionario diseñado para evaluar diabetes y su relación con depresión diseñado por el asesor de campo Dr. Alfredo Antonio Reyes.

- c) Empleo estadístico: la muestra se ha obtenido por la fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha^2} * p * q}{d^2 (N-1) + Z_{\alpha^2} * p * q}$$

donde: N = población (841 mujeres)

Z_{α^2} = Nivel de confianza(1.96)

p = proporción esperada (5%)

q = 1- p (0.95)

d = Nivel de precisión (3%)

RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS UTILIZADOS.-

La recolección de la información estuvo a cargo de los Médicos en Servicio Social responsables de este estudio, habiéndose utilizado como instrumentos la encuesta elaborada para recabar los objetivos planteados al inicio de este estudio, el test de Zung que constituye una escala psicométrica que clasifica la depresión en tres categorías; así como también determina la presencia o no de la misma.

Tomándose como rangos de edades entre los 40 –65 años de los pacientes con Diabetes tipo 2 que consultaron en la unidad de diabetología del HNSJDSA en el período comprendido del 1 al 31 de julio de 2005.

PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

Posteriormente a la recolección de datos se realizó el procesamiento de estos, habiéndose utilizado tablas de contingencia y de frecuencia; luego se utilizó el método de palotes para la tabulación de la información.

Se realizan gráficas de barra tanto bidimensionales, como en tres dimensiones, con sus respectivos valores en porcentaje para un mejor entendimiento de la investigación, así como gráficas de pastel para la presentación de los gráficos obtenidos.

Se uso el programa Microsoft Excel 2003 para el procesamiento e impresión del informe en estudio.

PORCENTAJE DE POBLACIÓN ENCUESTADA SEGÚN GRUPO ETÁREO Y GÉNERO DE PACIENTES DIABÉTICOS QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

POBLACIÓN	PORCENTAJE ENCUESTADO
Sexo Masculino	50% (Oscilan entre 40 - 65 años)
Sexo Femenino	50% (Oscilan entre 40 – 65 años)

Tabla. 1

Muestra: n = 100 (encuestados).

Población: Pacientes de la unidad de diabetología de la consulta externa del Hospital San Juan de Dios de Santa Ana.

La encuesta se realizó a igual número de pacientes de ambos sexos, para lograr determinar de esta manera cual era el género mas afectado por depresión. El objetivo de la misma era determinar de una manera concreta la relación de co-morbilidad existente entre estas dos patologías en cuestión; vinculando de una manera lógica las diferentes variables expuestas en los objetivos planteados al inicio de esta investigación.

Los datos y resultados obtenidos a lo largo de esta compilación fueron plasmados de una forma sencilla y representativa en diferentes tipos de esquemas para que el lector, independientemente de su actividad profesional, tenga un panorama claro y de fácil interpretación del análisis de esta temática.

A continuación se presentan los datos que se obtuvieron en la encuesta realizada en el Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana en la unidad de Diabetes de la Consulta Externa, a una muestra representativa de pacientes que se manejan en dicha unidad.-

PORCENTAJE DE POBLACIÓN SEGÚN GÉNERO, AFECTADA POR DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

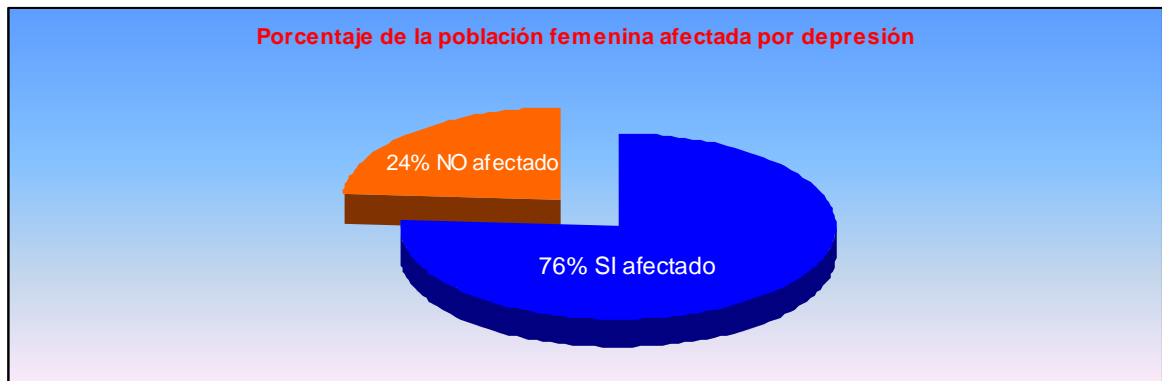


Gráfico. 1-a

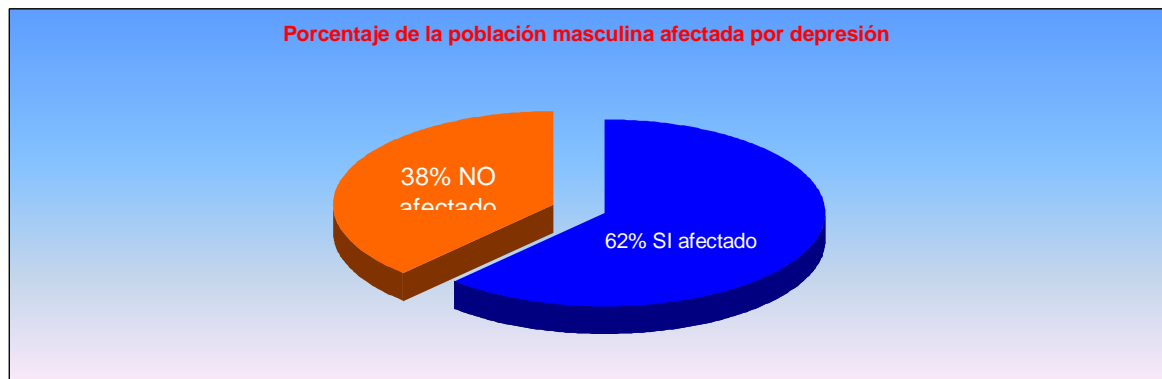


Gráfico. 1-b

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

Según los datos obtenidos de la población encuestada, tomando igual número de personas para ambos sexos; el sexo que resultó mayormente afectado fue el femenino con un 76% en comparación con el sexo masculino (62%). Como se observa en la gráfica la diferencia entre ambos géneros no resultó ser muy significativa, pero demuestra una clara tendencia de el sexo femenino a la génesis de depresión.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y TIPO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

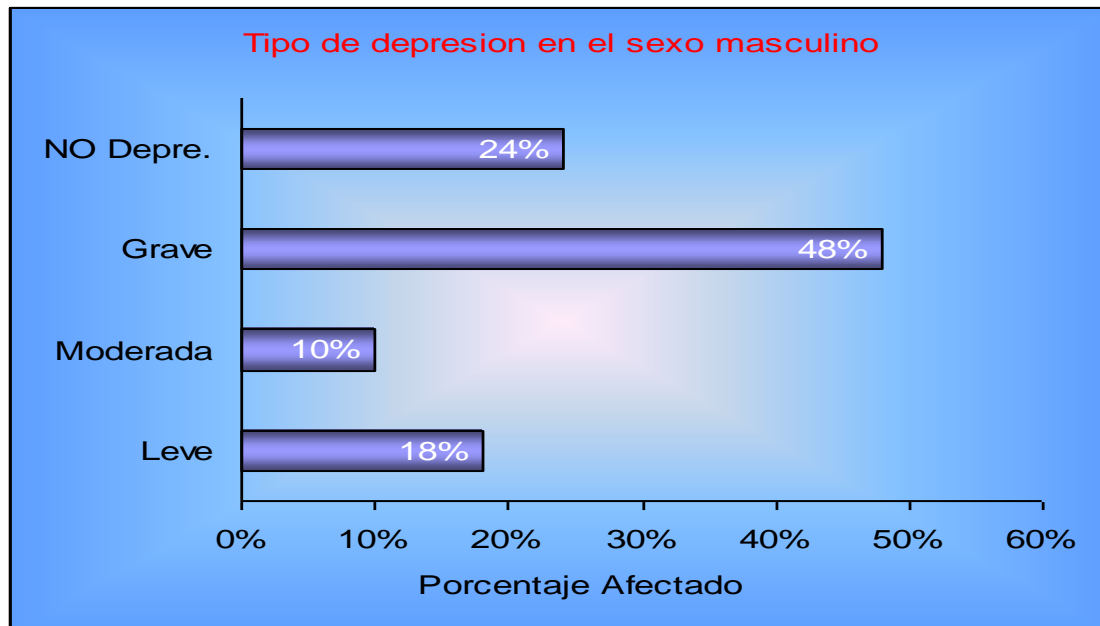


Gráfico. 2

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100. Test de Zung)

El siguiente gráfico muestra los diferentes grados de depresión que presentaron los pacientes femeninos encuestados, adaptados a la clasificación de la escala Zung, la cual hace una diferenciación en cuatro categorías. Se vio que la mayoría de pacientes caían en la categoría de depresión grave (48%), seguido en segundo lugar por las pacientes que presentaron el grado menor de depresión de la escala Zung; mientras que un 24% no presentaron depresión.

DISTRIBUCIÓN SEGÚN GÉNERO Y TIPO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

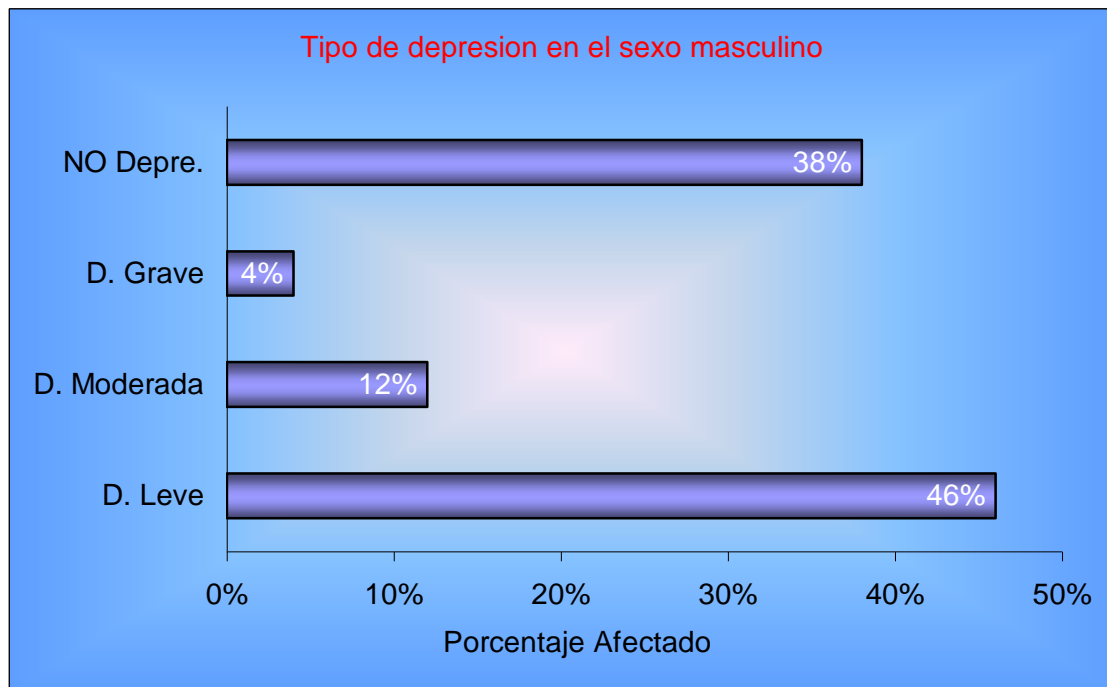


Gráfico. 3

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100. Test de Zung)

Observamos una clara diferencia en cuanto a la presentación de depresión en los pacientes masculinos en comparación con la población femenina. De estos se vió que solamente un mínimo porcentaje estaba afectado por depresión grave (4%), marcando una gran diferencia con los sujetos que presentaron el grado menor de depresión de la escala Zung; y de los que no presentaron ningún grado de depresión (38%). Los resultados demostraron que el sexo femenino presentaba una clara diferencia no solamente en el hecho de ser el más afectado por la depresión, sino porque presentaban el mayor porcentaje de depresión grave según la escala de Zung.-

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETÁREOS DE PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

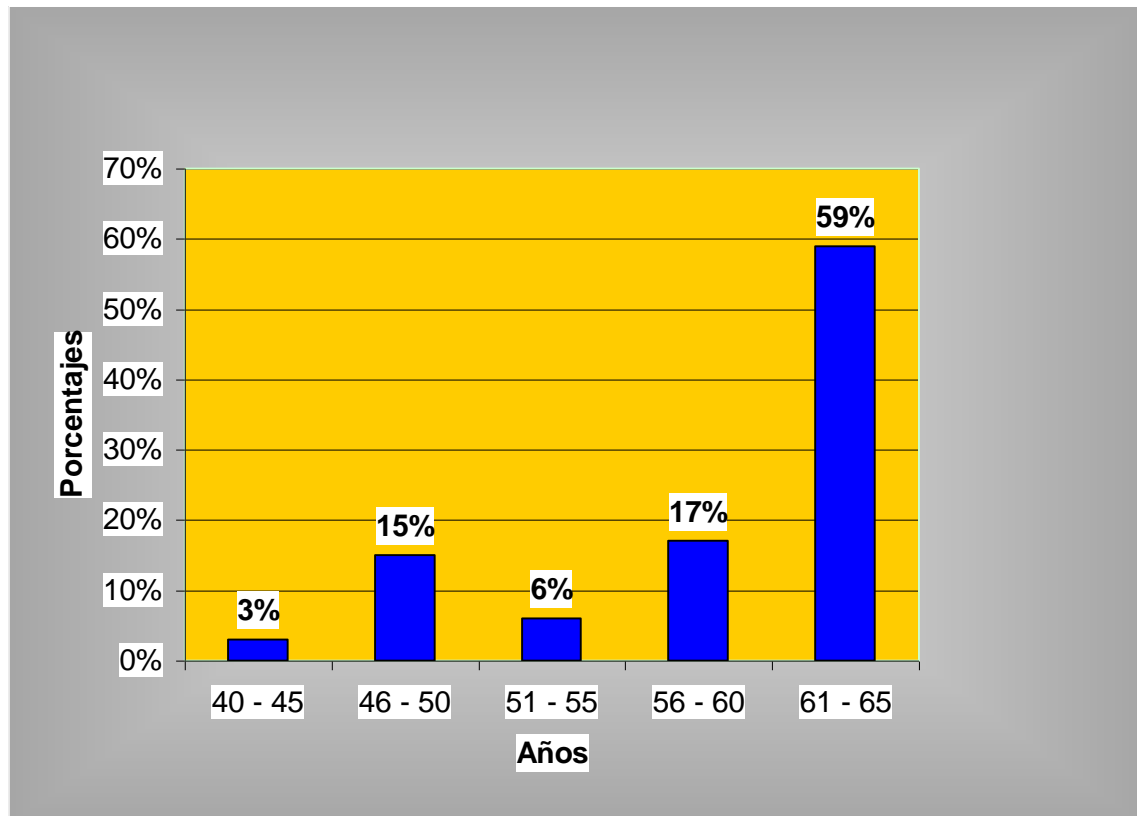


Grafico. 4

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

La siguiente gráfica de barras muestra que la mayor prevalencia de Diabetes tipo 2 se encontró en las edades superiores a los 60 años y solamente un pequeño porcentaje(3%) en personas menores de 45 años de edad. Por otra parte se vió una relación entre las personas de edad más avanzada y la aparición de depresión, como se ilustra en la gráfica número 5.-

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS ETÁREOS Y SU RELACIÓN CON DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

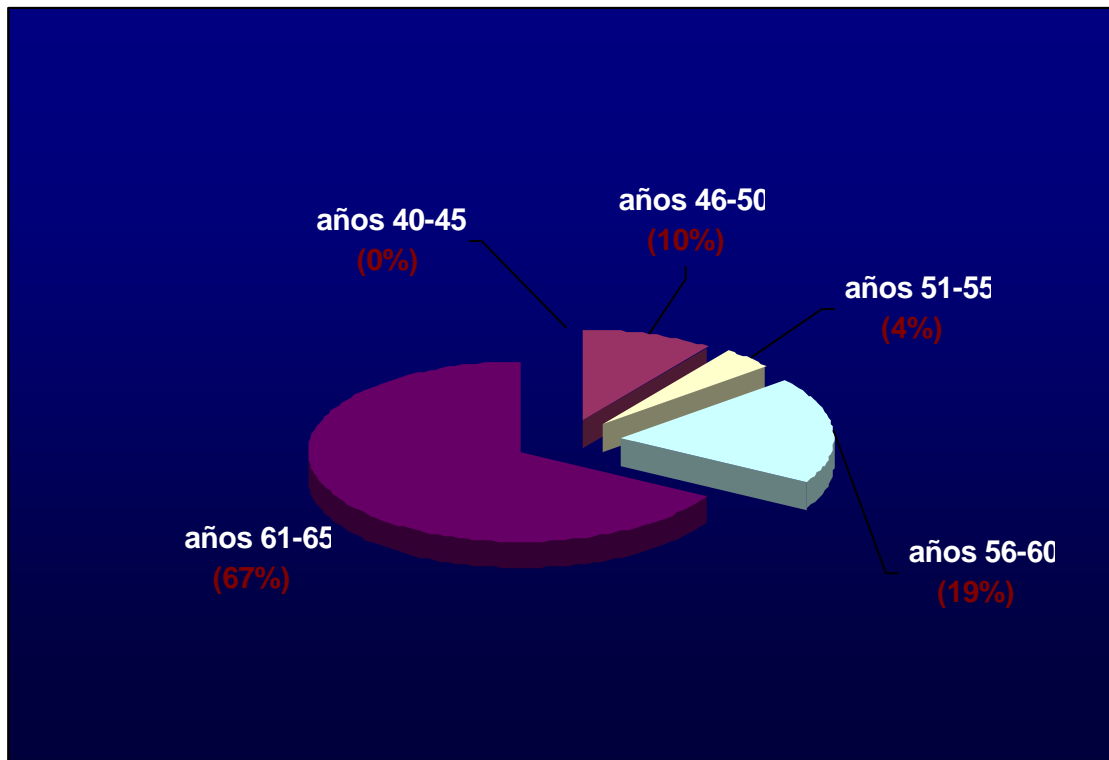


Gráfico. 5

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

Como se observa con claridad en la gráfica de pastel, la tendencia de relación con depresión fue orientada hacia el grupo de personas con mayor edad (arriba de 60 años), siendo este el grupo que resultó tener el mayor grado de labilidad emocional, como pudimos constatar cuando se recopilaba la información. Es importante hacer notar que las personas relativamente más jóvenes (<45 años) no presentaron depresión alguna, pudiendo relacionar esto también con el tiempo de evolución que estos pacientes podrían tener de padecer de Diabetes.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE DIABETES EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

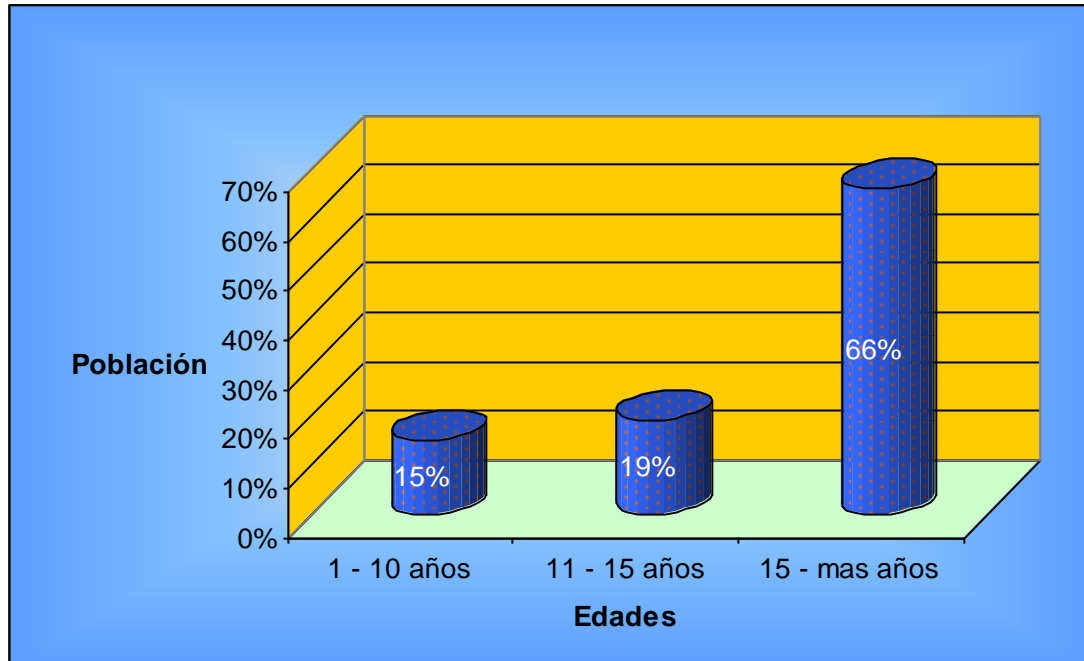


Grafico.6

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

Según los datos arrojados por la encuesta, se observó que la mayoría de los pacientes encuestados mostraron más de 15 años de evolución de padecer de diabetes tipo 2. solamente el 15% de los pacientes tenían menos de 11 años de padecer de diabetes, se ve reflejado que la mayoría de estos pacientes presentaron más de una década de lidiar con esta enfermedad y todas las implicaciones, que en la vida cotidiana, esta conlleva; de tal manera, se observó que entre mayor fuera el tiempo de evolución había más tendencia a presentar depresión, esta relación cronológica se ve mejor representada en el siguiente gráfico número 7.-

RELACIÓN ENTRE TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE PADECER DIABETES Y EL APARECIMIENTO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

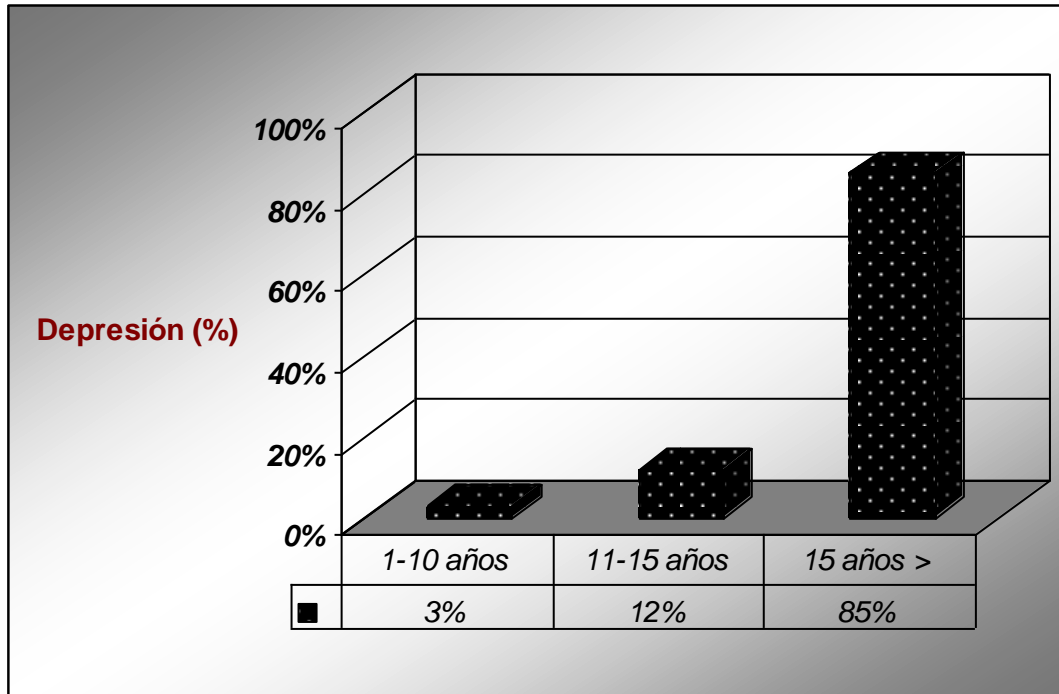


Grafico. 7

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n = 100)

Fue evidente la relación existente entre el tiempo de evolución que la población tenía de padecer Diabetes tipo 2 y la relación con el aparecimiento de Depresión en este periodo, viéndose esta reflejada en una relación directamente proporcional con respecto al tiempo que la población tenía de padecer Diabetes. Es importante recalcar el hecho de que el tiempo de evolución fue tomado desde el momento en que el paciente fue diagnosticado por un médico, considerar que muchos de los pacientes encuestados fueron diagnosticados en el momento en ya padecían de una complicación.

TRATAMIENTO UTILIZADO PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

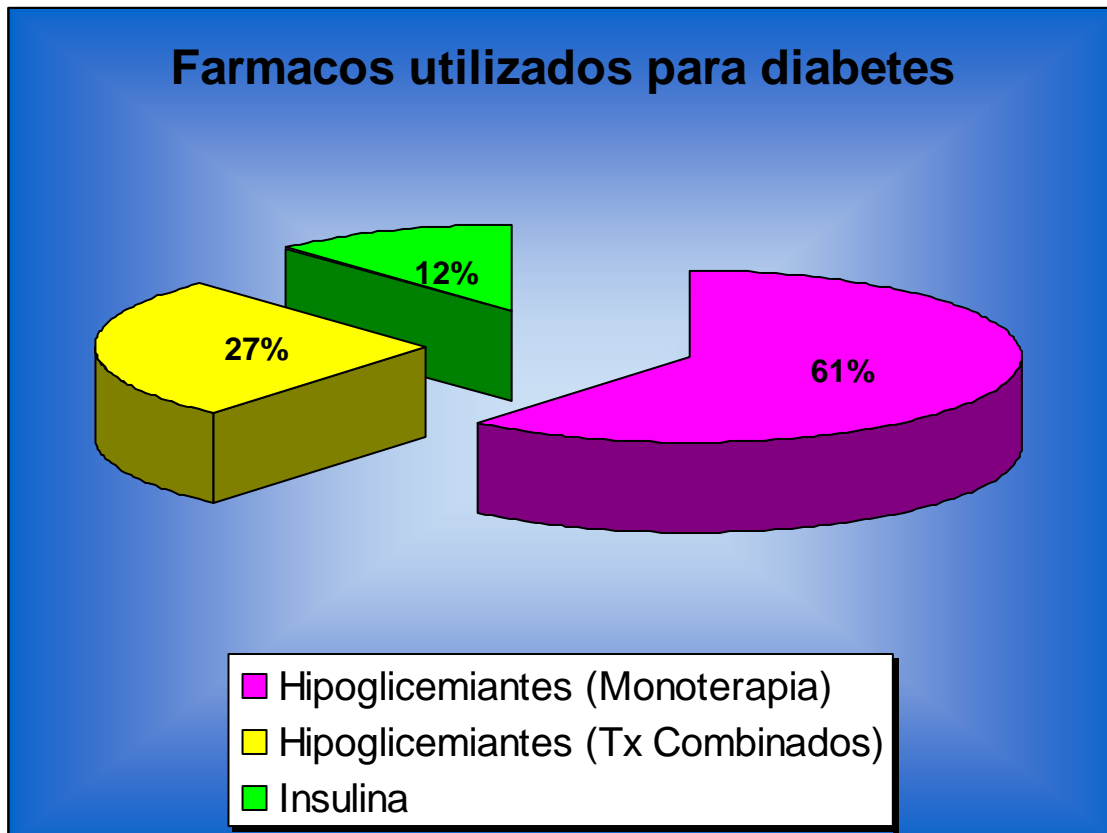


Gráfico. 8

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

En cuanto a la terapéutica utilizada por la población encuestada, se observó que la mayor parte de pacientes diabéticos tipo 2 se manejaba con un solo fármaco como monoterapia (Glibenclamida); y solo una pequeña parte de los sujetos encuestados utilizaban insulina como único fármaco para su control metabólico. Se correlacionó el tipo de tratamiento utilizado con el porcentaje de sujetos que resultaron afectados por la depresión, los resultados se muestran en el gráfico número 9 .-

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y EL TIPO DE TRATAMIENTO UTILIZADO PARA EL CONTROL DE LA DIABETES EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

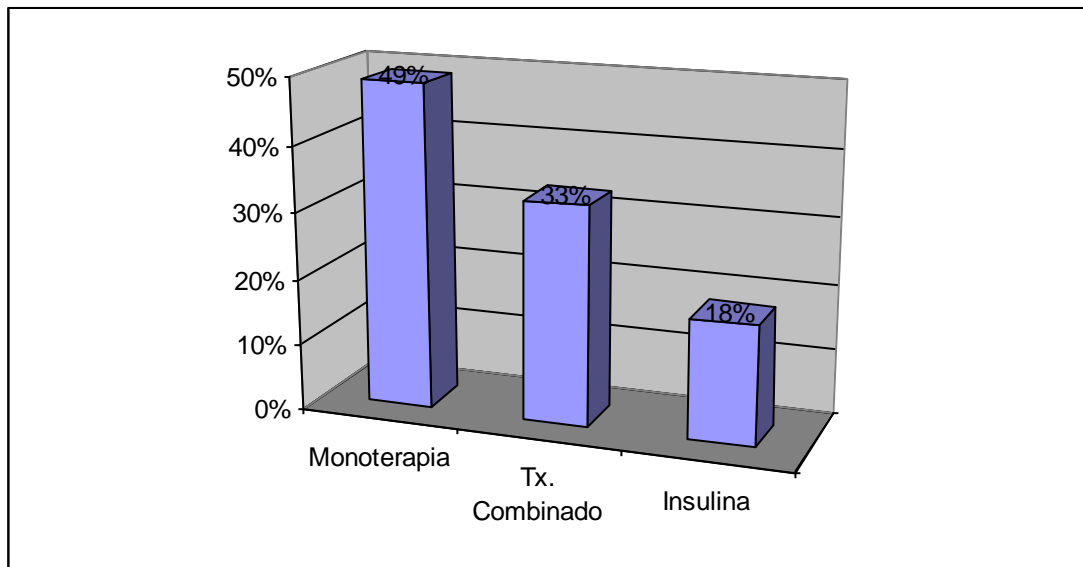


Gráfico. 9

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

La monoterapia, con glibenclamida, como el fármaco mayormente utilizado ocupó con amplia ventaja el primer lugar en cuanto a la relación con la depresión, en comparación con los pacientes que ocuparon como tratamiento único, la insulina(18%). Estos datos no se pueden analizar de una forma aislada, ya que de esta manera no nos reflejan con claridad las vinculaciones que el tratamiento por si solo podría tener con el hecho de presentar depresión, de tal manera que tendríamos que considerar los diferentes factores que componen como un todo a cada una de las personas encuestadas. Lo que si es de hacer notar es que el tratamiento en el cual se utilizan múltiples medicamentos no genera la misma tendencia a la relación con la depresión, que los pacientes que son manejados con un solo fármaco o por el contrario solo con insulina.

VALORES DE GLICEMIA ENCONTRADOS EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

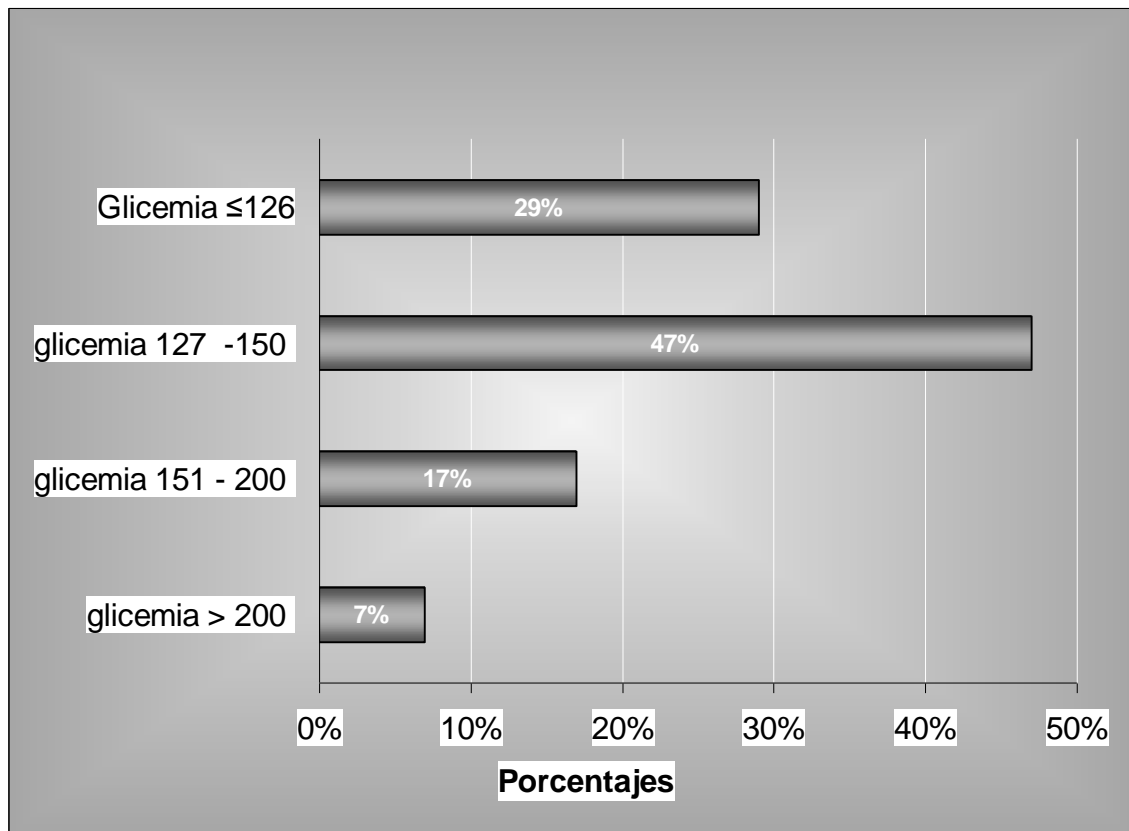


Gráfico. 10

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

En este gráfico puede observarse que la mayor parte de pacientes encuestados se encontraron con valores aceptables de glicemia; lo cual indica el buen control metabólico obtenido. Solamente una pequeña muestra de la población en estudio presentó valores arriba de 200mg/dl. (7%). Se realizó la correlación de los valores de glicemia obtenidos con la incidencia de depresión en estos pacientes, los resultados obtenidos se muestran en la gráfica número 11.-

RELACIÓN ENTRE EL VALOR DE GLICEMIA Y EL APARECIMIENTO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

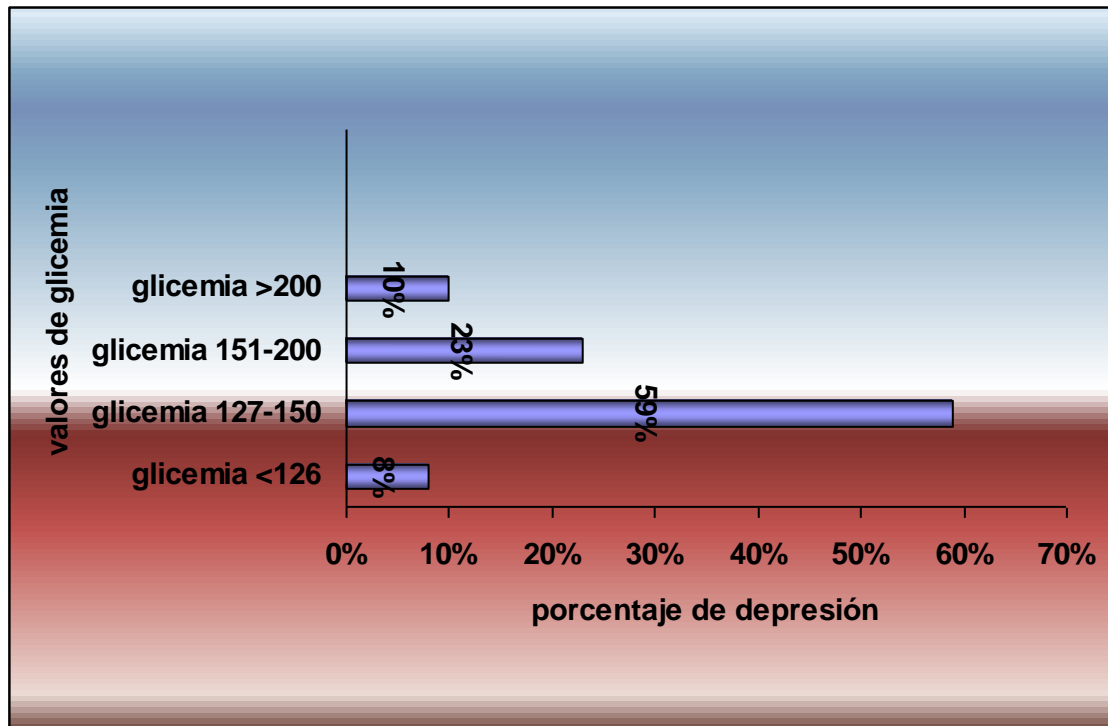


Gráfico. 11

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

En cuanto a la relación de el valor de la glicemia con el porcentaje de aparecimiento de la depresión, observamos que el grupo de porcentaje mas amplio fue el que se encontraba entre el rango de 127-150 mg/dl correspondiéndole a este un 59%, y siendo los que estaban menos deprimidos el grupo que se encontró por debajo de 126 mg/dl, con una mínima diferencia con los pacientes que se encontraron con los valores más altos de glicemia.

PRINCIPALES COMPLICACIONES PRESENTADAS POR PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA, EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

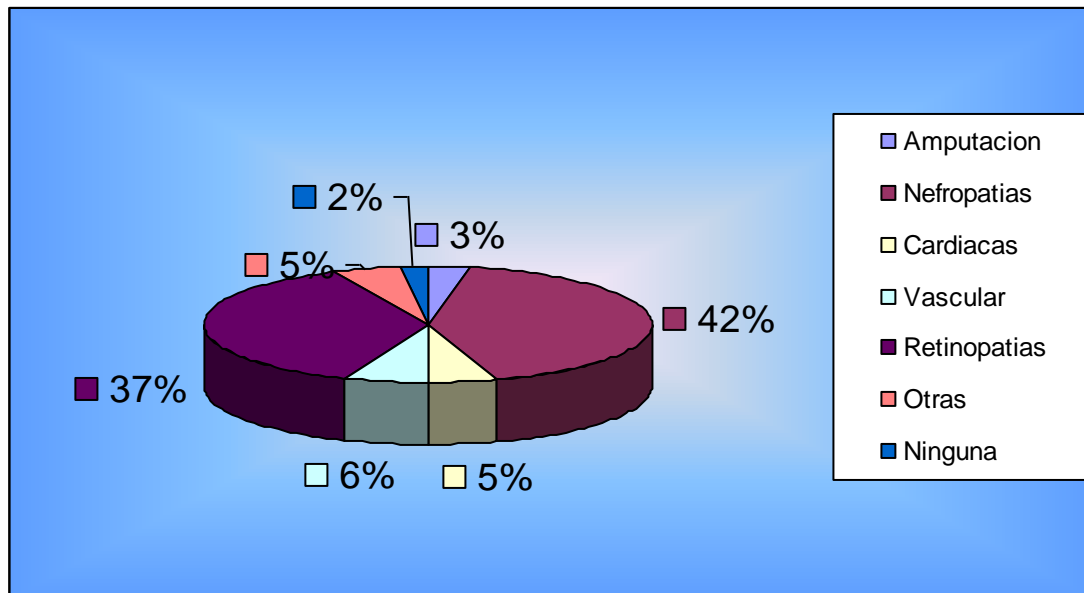


Gráfico. 12

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

En las encuestas realizadas a un total de 100 pacientes (n=100) se encontró que la complicación más frecuentemente encontrada en la población en estudio fue la nefropatía diabética, coincidiendo con la primera causa de insuficiencia renal crónica en la unidad de diálisis en el HNSJDSA, seguido de un 37% de la retinopatía diabética, siendo estas dos las complicaciones que abarcaron los mayores porcentajes en nuestro estudio; por otro lado un mínimo porcentaje de sujetos encuestados(2%) dijo no padecer de ninguna complicación, viéndose esto relacionado con el tiempo de evolución de su enfermedad. De esta manera se evaluó indirectamente el conocimiento de la población acerca de la patología que presentaban, como se muestra en el siguiente gráfico(13).

**CONOCIMIENTO DE LAS COMPLICACIONES POR DIABETES EN LOS
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE
DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO
DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-**

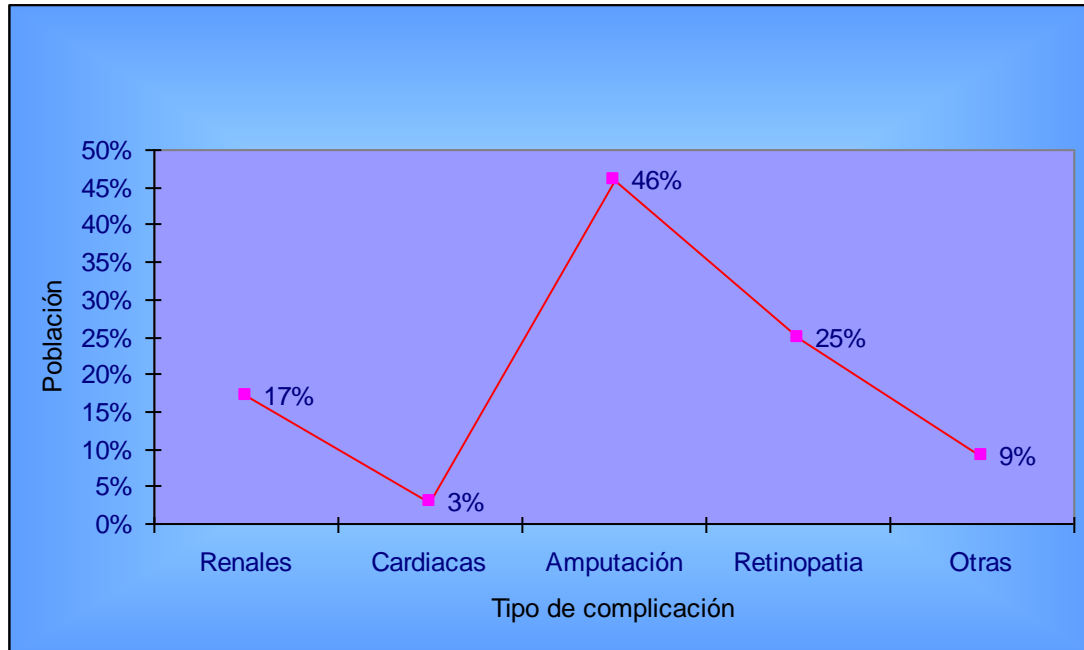


Gráfico. 13

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

El gráfico nos muestra que la mayor complicación conocida por la población en estudio es la amputación de los miembros al cual le correspondió un 46% del conocimiento en general, superando a la retinopatía diabética por un margen un poco menor del doble; colocándose las complicaciones renales y cardíacas en los niveles más bajos de conocimiento de la población con un 17% y un 3% respectivamente. Lo cual nos refleja que las principales complicaciones de la enfermedad tienen un nivel relativamente bajo de conocimiento por parte de la población encuestada, o son percibidas de una forma independiente a su patología de base.

**INFLUENCIA DE DIABETES EN EL ESTADO DE ÁNIMO DE LOS
PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE
DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO
DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-**

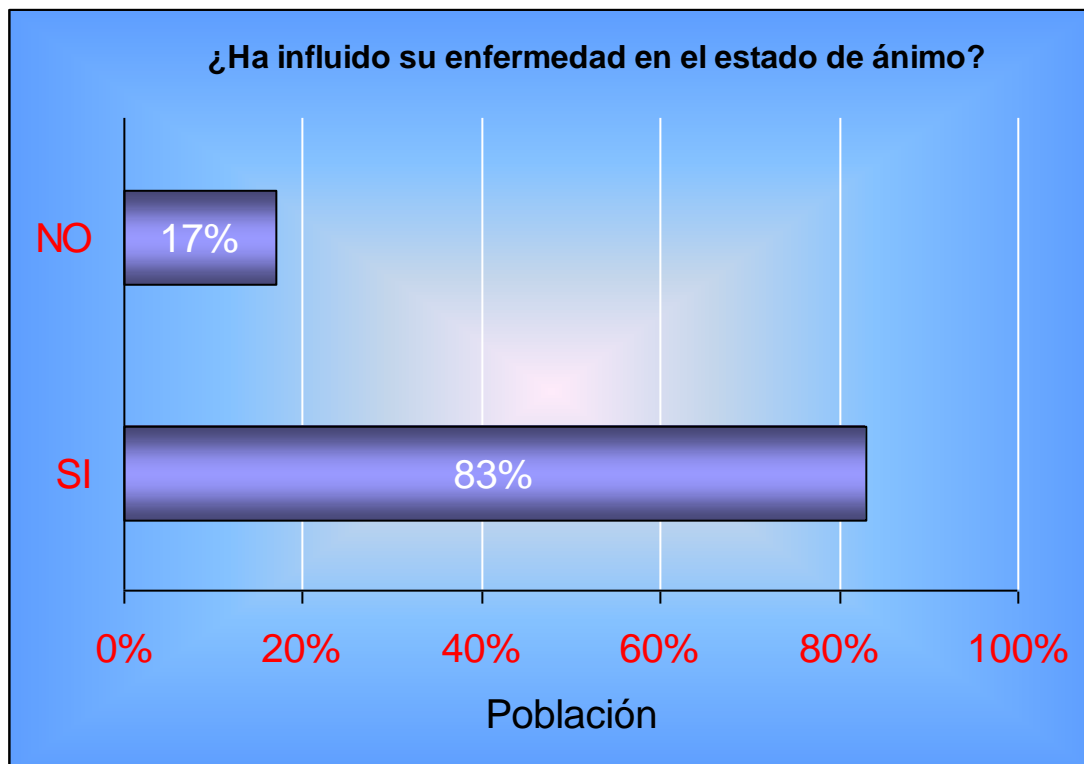


Gráfico. 14

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

Los resultados obtenidos con la encuesta realizada, demostraron que la mayoría de personas encuestadas afirmaron que el padecer de esta enfermedad había influido negativamente en su estado de ánimo; por otra parte un escaso número de encuestados dijo que no había influido de ninguna manera el hecho de padecer esta enfermedad. Ninguno de los encuestados dijo que su ánimo había sido influido de manera positiva.

PRINCIPALES SÍNTOMAS DE DEPRESIÓN PERSIVIDOS POR PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 QUE CONSULTAN EN LA UNIDAD DE DIABETES DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HNSJDSA EN EL PERÍODO DEL 1 AL 31 DE JULIO DE 2005.-

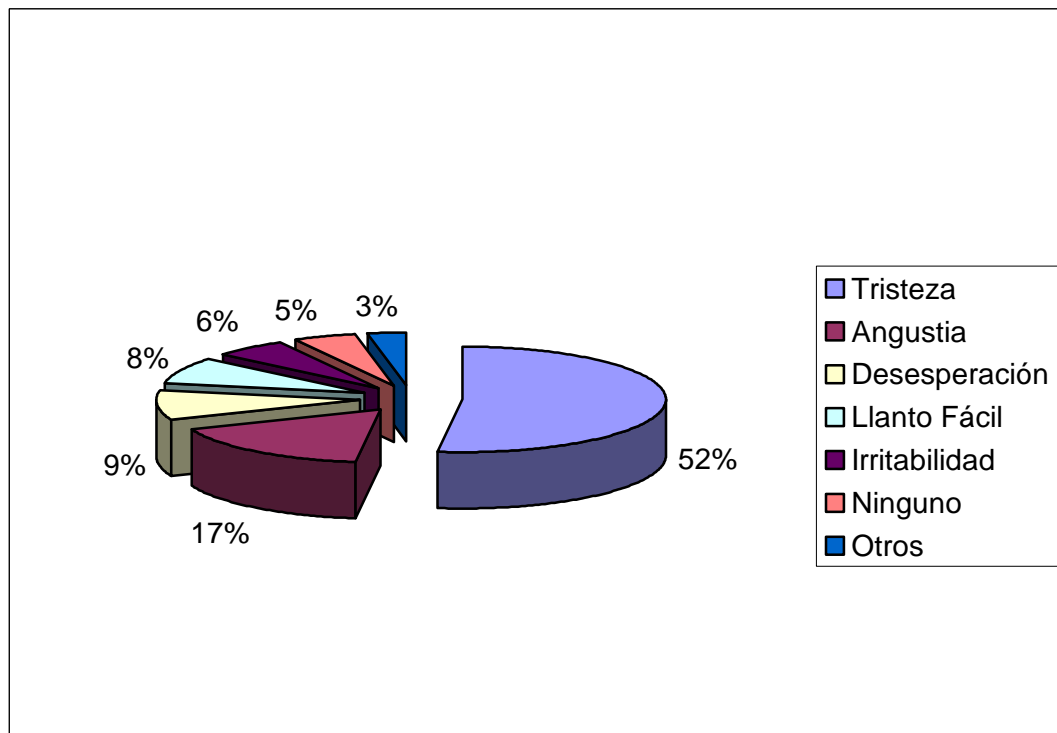


Gráfico. 11

(Fuente: Encuesta HNSJDSA, Depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de Diabetes de la consulta externa, en el período de 1 al 31 de julio de 2005. n= 100)

Los datos obtenidos en este análisis demostraron que la percepción de los pacientes en cuanto a los síntomas depresivos fueron sentidos de una manera clara, pero trasladados hacia nosotros de una manera particular. La siguiente lista de síntomas es una adaptación de lo que los encuestados expresaron, para tener una representación más científica de la sintomatología recabada.

La Tristeza ocupó el primer lugar de esta lista obteniendo un amplio porcentaje (52%) en comparación con todos los demás síntomas expresados por la población encuestada, la angustia en segundo lugar con un 17%; los otros síntomas se encontraron con valores con diferencias mínimas entre ellos, siendo estos los más frecuentemente sentidos por los sujetos encuestados.

Es necesario aclarar el hecho de que algunos de los pacientes que expresaron uno o más de estos síntomas no resultaron clasificados en la escala de depresión planteada por el Test de Zung, lo que demuestra lo difícil que resulta el análisis de los síntomas principalmente cuando estos conllevan una gran carga tanto subjetiva como emocional, aunado a la circunstancialidad característica de nuestra población encuestada.-

CONCLUSIONES

- ◆ La depresión está presente en el paciente diabético en cualquiera de sus tres categorías debido al componente psíquico.

- ◆ El género femenino presenta mayor tendencia a la depresión y en la mayoría de los casos es severa y se relaciona directamente con la edad del paciente.

- ◆ El tiempo de evolución de padecer diabetes es un factor predisponente al apareamiento de depresión.-

- ◆ Los pacientes diabéticos conocen sobre su patología y sus complicaciones, lo que influye en la depresión.

- ◆ La complejidad de la diabetes evidencia la necesidad de un tratamiento integral.

RECOMENDACIONES.-

- **Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.**
 - Establecer un sistema de detección temprana, enfocada a poblaciones específicas para el diagnóstico temprano de la Diabetes.
 - Realizar capacitaciones periódicas para el personal de salud tanto médico y paramédico, para una correcta identificación de casos de Depresión asociada.
 - Crear una unidad de apoyo emocional a los pacientes con diabetes tipo 2, que presentarán Depresión.

- **Al Hospital Nacional San Juan de Dios.**
 - Brindar un tratamiento integral a los pacientes que presenten esta relación de comorbilidad, de una manera conjunta con el personal médico capacitado para tal propósito.
 - Realizar capacitaciones para los pacientes que consulten en la unidad de Diabetología de la consulta externa, encaminada al esclarecimiento de mitos y falacias que generen expectativas negativas para los mismos.
 - Enfocar de manera temprana un manejo orientado al soporte emocional, en los pacientes considerados como de mayor riesgo de presentar Depresión asociada.

- **A la unidad de Diabetología de la Consulta Externa del HNSJDSA.**

- Realizar encuestas periódicas que faciliten la detección temprana de síntomas depresivos en los pacientes consultantes.
- Que se realicen charlas educativas, respecto al impacto emocional que esta patología presenta durante su evolución natural.
- Organizar actividades recreativas, que contribuyan al sano esparcimiento de la población afectada .

- **A la comunidad.**

- Que las comunidades se incorporen participando activamente en el diseño, ejecución y evaluación de proyectos dirigidos tanto a la prevención como a un manejo integral de esta relación comorbida , por parte de los organismos y personas involucradas en el tratamiento tanto médico como psicológico; de tal manera que se conviertan en sujetos activos y propositivos en la búsqueda de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación Americana de Diabetes (ADA)

CALIDAD de vida y comportamiento en la diabetes,
www.iladia.com.co/portales/rlp/articulos/revision/diabetes.asp.

ELADIO Zacarías Ortes, Pasos para hacer una investigación Santa Ana Nuevo Mundo pag 29.

HARRISON, Fauci, Braunwald , Isselbacher, Wilson. Principios de Medicina Interna 15a Ed. España Mc GrawHill Interamericana 2002 pag 63-67.

HERNADEZ Sampiere, Roberto, Metodología de la Investigación. México DF Editorial McGrawHill 1991 pag. 505.

JULIO Piura Lopez, Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. 4ª Ed. Managua Nicaragua Litografía el Renacimiento 2000 pag 131.

MANUAL Washinton de Terapéutica Medica 30ª ed. Departamento de la Universidad de Washintong MASSON 2004 PAG 455, 463,466,468.

ORTES Eladio Zacarías. Así se investiga 2ª Ed Editorial Santa Tecla , El Salvador Clásicos Roxsil 2001 pag 45.

ROBBINS, Cotran, Collins, Patología Estructural y Funcional 6ª Ed , España Mc GrawHill Interamericana 2000 pag 951,953,954,960.

TORO y Yepes, Fundamentos de Psiquiatría, Medellín , Colombia 1998.

ZUNG WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatr 1965; 12: 63-70.

ANEXOS.

ANEXOS

<i>Criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor DSM-IV</i>
<p>A. cinco(o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el período de las mismas dos semanas, y representan un cambio del funcionamiento previo; por lo menos uno de los síntomas es (1) ánimo o (2) pérdida de interés o placer.</p> <ol style="list-style-type: none">1. animo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, indicado, ya sea subjetivamente u observación hecha por otros.2. interés o placer marcadamente disminuidos en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.3. pérdida o aumento de peso significantes sin estar a dieta. (5% de peso en un mes). O disminución o aumento del apetito casi todos los días.4. insomnio o hipersomnia casi todos los días.5. agitación o retardo psicomotor casi todos los días.(subjetivo y/o objetivo)6. fatiga o pérdida de energía casi todos los días.7. sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días.8. capacidad disminuida de pensar o concentrarse, o indecisión casi todos los días.9. pensamientos recurrentes de muerte, ideación recurrente de suicidio sin un plan específico, o un intento de suicidio o plan específico para ello.
<p>B. los síntomas causan sufrimiento clínico significativo o trastorno en funcionamiento social, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. no se debe a efectos de una sustancia.</p>
<p>D. los síntomas no son mejor explicados por duelo, es decir, después de la pérdida de un ser amado, los síntomas persisten más de dos meses o están caracterizados por marcado menoscabo funcional, preocupación mórbida con desvalorización, ideación suicida, síntomas sicóticos o retardo psicomotor.</p>

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.



ENCUESTA.

Objetivo:

Determinar la incidencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2, que consultan en la unidad de diabetes del hospital nacional San Juan de Dios de Santa Ana, en el periodo del 1 al 31 de julio de 2005.-

Nombre del paciente:

Dirección:

Edad:

Genero:

Ocupación:

Fecha de la encuesta:

ENCUESTA.

- 1.- ¿Tiempo de evolución de diabetes tipo 2?

- 2.- ¿Qué medicamento/os utiliza para el control de su enfermedad?

- 3.- ¿Cuál fue el resultado de su última glicemia?

- 5.- ¿Mencione algunas de las complicaciones que conozca de su enfermedad?.

- 6.- ¿Qué otra enfermedad padece además de Diabetes?
 - HTA.
 - TGD.
 - Colesterol.
 - Ac. Úrico.

- 7.- ¿Ha sentido que su enfermedad ha influido en su estado de ánimo?

- 8.- Si la respuesta anterior fue afirmativa, enumere algunos síntomas que ha presentado.-

ENCUESTA (TEST DE ZUNG)

Respuestas.

1- Nunca o muy pocas veces.

2- Algunas veces.

3- Frecuentemente.

4- La mayoría del tiempo o siempre.

- Me siento abatido y melancólico. ()
- En la mañana es cuando me siento mejor. ()
- Tengo accesos de llanto o deseos de llorar. ()
- Me cuesta trabajo dormirme en la noche. ()
- Como igual que antes. ()
- Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.
()
- Noto que estoy perdiendo peso. ()
- Tengo molestias de estreñimiento. ()
- El corazón me late más aprisa que de costumbre. ()

_____ Incidencia de Depresión en Diabéticos tipo 2. _____

- Me canso aunque no haga nada. ()
- Tengo la mente tan clara como antes. ()
- Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer. ()
- Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto. ()
- Tengo esperanza en el futuro. ()
- Estoy más irritable de lo usual. ()
- Me resulta fácil tomar decisiones. ()
- Siento que soy útil y necesario. ()
- Mi vida tiene bastante interés. ()
- Siento que los demás estarían mejor si yo muriera. ()
- Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba. ()

Puntaje ()

Clasificación:

- **No depresión.** ()
- **Depresión mínima (Leve).** ()
- **Depresión moderada.** ()
- **Depresión severa (Grave).** ()

PRESUPUESTO.

Categoría	Costo Unitario	Factor multiplicador	Costo total
<i>Transporte</i>			
Autobús rural	\$0.82	12	\$9.84
Autobús urbano	\$4.90	12	\$58.8
Automóvil	\$14.00	5	\$70.00
<i>Suministros</i>			
Plumas	\$0.20	6	\$1.20
Encuestas	\$0.20	100	\$20.00
Papelería	\$5.00	3	\$15.00
<i>Viáticos</i>			
Alimentación	\$1.25	12	\$45.00
<i>Equipo</i>			
Horas de Internet	\$1.00	12	\$12.00
Laptop	\$1457.00	1	\$1457.00
Diskette	\$0.55	6	\$3.30
Memoria USB	\$35.00	1	\$35.00
<i>Total</i>		\$1727.14	

____ Incidencia de Depresión en Diabéticos tipo 2. ____