

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA**



LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2,
SU MANEJO Y SEGUIMIENTO EN LOS USUARIOS (AS) DE 30 A 70 AÑOS DE
EDAD DE LAS UNIDADES DE SALUD CHAPELTIQUE Y MONCAGUA
DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL Y EL CERRITO DE SANTIAGO DE MARÍA,
DEPARTAMENTO DE USULUTÁN, EN EL PERÍODO DE A JULIO A SEPTIEMBRE
DE 2005.

INFORME FINAL PRESENTADO POR:

LUCRECIA BRISEIDA GALEAS SORIANO

ÁNGEL ROMEO HERNÁNDEZ RUBIO

IRIS INÉS IGLESIAS MENDOZA

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

DOCENTE ASESOR:

LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES

DICIEMBRE DE 2005

SAN MIGUEL, EL SALVADOR, CENTRO AMÉRICA

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

AUTORIDADES

DOCTORA MARÍA ISABEL RODRÍGUEZ

RECTORA

INGENIERO JOAQUIN ORLANDO MACHUCA

VICERRECTOR ACADÉMICO

DOCTORA CARMÉN RODRÍGUEZ DE RIVAS

VICERRECTORA ADMINISTRATIVA

LICENCIADO PEDRO ROSALÍO ESCOBAR

FISCAL DE LA UNIVERSIDAD

LICENCIADA MARGARITA DE RECINOS

SECRETARIA GENERAL

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL

AUTORIDADES

INGENIERO JUAN FRANCISCO MÁRMOL CANJURA

DECANO INTERINO

LICENCIADA GLORIA LARIOS DE NAVARRO

VICEDECANA INTERINA

LOURDES ELIZABET PRUDENCIO COREAS

SECRETARIA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

AUTORIDADES

DOCTORA LIGIA JEANNET LÓPEZ LEIVA

JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA

LICENCIADA ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

COORDINADORA GENERAL DE PROCESOS DE GRADUACIÓN

LICENCIADA SONIA MARGARITA DEL CARMEN MARTÍNEZ PACHECO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

DOCTORA ANA JUDITH GUATEMALA DE CASTRO

MIEMBRO DE LA COMISIÓN COORDINADORA

ASESORES

LICENCIADA: REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES

DOCENTE ASESOR

LICENCIADO: MARCELINO MEJÍA

ASESOR DE ESTADÍSTICA

LICENCIADA: ELBA MARGARITA BERRIOS CASTILLO

ASESORA DE METODOLOGÍA

JURADO CALIFICADOR DEL INFORME FINAL

LICENCIADA SONIA MARGARITA RAMOS

JURADO CALIFICADOR

LICENCIADA REINA AMÉRICA RODRÍGUEZ FLORES

DOCENTE ASESOR

DOCTOR RADAMES VALDEMAR VILLATORO CAMPOS

JURADO CALIFICADOR

DEDICATORIA.

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme iluminado a lo largo de toda la carrera, vencer los obstáculos que se me presentaron y no dejarme desfallecer en ningún momento; y el permitirme alcanzar mis metas.

A MIS PADRES:

Salvador Iglesias Cásula y Elba Mendoza Benítez, por su apoyo incondicional y comprensión en cada una de las etapas de mi carrera.

A MIS HERMANOS:

Marvín, Ronny, Ely y Edys, por apoyarme incondicionalmente.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Romeo y Lucrecia, por compartir su tiempo y amistad.

A MIS ASESORES:

Por dedicarme su tiempo, para orientarme y brindarme su conocimiento.

Iris Inés Iglesias Mendoza

DEDICATORIA.

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme iluminado a lo largo de toda la carrera, y no dejarme desfallecer.

A MIS PADRES:

Zoila Elizabeth Rubio, Romeo Antonio Hernández, en grato recuerdo por su apoyo incondicional y comprensión.

A MIS HERMANOS:

Javier y Kriscia, por apoyarme.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Iris y Lucrecia, por compartir su tiempo y amistad.

A MIS ASESORES:

Por orientarme y brindarme su conocimiento.

Ángel Romeo Hernández Rubio

DEDICATORIA.

A DIOS TODOPODEROSO:

Por haberme dado fortaleza para alcanzar ésta meta.

A MI MADRE:

Sonia Soriano de Carías, por su apoyo incondicional.

A MI ABUELA:

María Luciana López, por su apoyo, y ser un ejemplo de tenacidad y lucha

A MI HERMANA:

Alejandra, por motivarme a esforzarme.

A MI ESPOSO:

Miguel Ángel, por su comprensión, apoyo y confianza a mis propósitos.

A MI HIJA:

Briseida Luciana, que motiva mi vida.

A MIS COMPAÑEROS DE TESIS:

Romeo e Iris, por compartir su tiempo y amistad.

A MIS ASESORES:

Por orientarme y brindarme su conocimiento.

Lucrecia Briseida Galeas Soriano

TITULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**LA ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2, SU MANEJO Y SEGUIMIENTO EN LOS USUARIOS (AS) DE 30 A 70
AÑOS DE EDAD DE LAS UNIDADES DE SALUD CHAPELTIQUE Y
MONCAGUA DEPARTAMENTO DE SAN MIGUEL Y EL CERRITO DE
SANTIAGO DE MARÍA, DEPARTAMENTO DE USULUTÁN, EN EL PERÍODO
DE JULIO A SEPTIEMBRE DE 2005.**

INDICE

SINÓPSIS.....	i
INTRODUCCIÓN.....	iii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	
1.1.1. Antecedentes del fenómeno objeto de estudio.....	8
1.2.1. Enunciado del problema.....	10
1.3.1. Objetivos de la investigación.....	11
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.	
2.1. Base teórica.....	13
2.1.1. Definición diabetes mellitus.....	13
2.1.2. Diagnóstico.....	14
2.1.3. Clasificación.....	15
2.1.4. Tratamiento.....	16
2.1.5. Complicaciones agudas de diabetes mellitus.....	17
2.1.6. Complicaciones crónicas de diabetes mellitus.....	19
2.2. Reacciones emocionales a la diabetes.....	21
2.2.1. Depresión asociada a enfermedad orgánica.....	22
2.3. Ansiedad.....	23
2.3.1. Pautas para el diagnóstico de ansiedad.....	23
2.3.2. Criterios para el diagnóstico de ansiedad.....	24
2.3.3. Clasificación.....	25

2.3.4. Manifestaciones clínicas.....	28
2.3.5. Tratamiento.....	29
2.4. Depresión.....	31
2.4.1. Trastornos relacionados frecuentemente a depresión.....	32
2.4.2. Diagnóstico de la depresión.....	33
2.4.3. Criterios para el diagnóstico de estado de ánimo.....	34
2.4.4. Clasificación.....	35
2.4.5. Manifestaciones clínicas.....	37
2.4.6. Tratamiento.....	38
2.5. Definición de términos básicos.....	41

CAPÍTULO III: SISTEMA DE HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis de trabajo.....	46
3.2. Operacionalización de las hipótesis.....	47

CAPÍTULO IV: DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. Tipo de investigación.....	49
4.2. Población.....	49
4.3. Técnicas de obtención de información.....	50
4.4. Instrumentos.....	50
4.5. Procedimiento.....	51

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

5.1. Tabulación, análisis e interpretación de los datos de entrevista dirigida a los pacientes.....	55
--	----

5.2. Tabulación, análisis e interpretación de los datos de entrevista dirigida a los médicos.....	63
5.3. Tabulación, análisis e interpretación de los datos obtenidos de revisión de expedientes clínicos	82
5.4. Comprobación de hipótesis.....	86

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6.1. Conclusiones.....	92
6.2. Recomendaciones.....	94

BIBLIOGRAFÍA.....

ANEXOS.

1. Cronograma de actividades generales.....	102
2. Cronograma de actividades específicas.....	103
3. Entrevista estructurada.....	104
4. Escala de Golberg.....	107
5. Tabla de distribución normal estándar.....	108
6. Revisión de expedientes clínicos.....	109
7. Censo de consulta diaria.....	110

SINÓPSIS.

En general la población salvadoreña, y especialmente la población de la zona oriental adolece en su mayoría de enfermedades infecciosas y carenciales, con aumento de las derivadas de la violencia, el estrés y el estado de ánimo, ansiedad y depresión, e incremento de enfermedades crónico degenerativas, siendo más frecuente la diabetes mellitus tipo 2. Siendo el objetivo del grupo investigador determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en los usuarios de 30 a 70 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en las unidades de salud objeto de estudio, así como el manejo y seguimiento que se les da a estos pacientes.

Se plantean las hipótesis de trabajo: H₁: La frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 es menos del 65%.

H₂: El manejo de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 no es adecuado en menos del 50%.

Las hipótesis nulas H₀₁: La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 es mayor del 65%.

H₀₂: El manejo de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 es adecuado en más del 50%.

El trabajo se fundamenta con el marco teórico que incluye la definición de diabetes mellitus tipo 2, diagnóstico, tratamiento, complicaciones, reacciones

emocionales de la diabetes mellitus tipo 2; definición de ansiedad, diagnóstico, criterios para el diagnóstico de ansiedad debido a enfermedad médica, clasificación y tratamiento. Definición de depresión diagnóstico, criterios para el diagnóstico de depresión debido a enfermedad médica, clasificación y tratamiento.

Se tomo al total de la población de 30 a 70 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de las unidades de salud objeto de estudio para realizar la investigación. La investigación realizada fue de tipo descriptivo y retrospectivo. Los resultados de la investigación se tabularon en cuadros de frecuencia.

A las conclusiones que llegó el grupo investigador fueron: la ansiedad y depresión son más frecuentes en el sexo femenino, los pacientes con diagnóstico de ansiedad no recibieron tratamiento adecuado; los médicos no tienen un concepto claro de la ansiedad y depresión, y ninguna de las unidades de salud objeto de estudio cuenta con programas de salud mental; ni con los recursos humanos y farmacológicos para satisfacer las necesidades de la población que demanda este tipo de atención.

INTRODUCCIÓN.

El desánimo, la tristeza y la falta de energía son síntomas que todo ser humano puede llegar a sufrir alguna vez en la vida, esto es normal, sin embargo, cuando estos sentimientos persisten, se intensifican e interfieren con el trabajo; y en las responsabilidades diarias de la vida, pueden ocasionar graves problemas en el individuo. Los padecimientos que más a menudo se presentan desde el punto de vista psiquiátrico son la ansiedad y la depresión, las cuales se encuentran comúnmente asociadas con enfermedades crónicas como: Problemas de tiroides, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, diabetes mellitus, artritis, insuficiencia renal, epilepsia.

En el inicio de la mayoría de las enfermedades endócrinas pueden encontrarse síntomas que hacen pensar en enfermedades psiquiátricas, de igual forma, algunos pacientes con enfermedades depresivas pueden presentar determinadas anomalías que hacen pensar en una enfermedad metabólica, por tanto es necesario, que el diagnóstico sea realizado por un médico para evitar errores; lo cual no resulta sencillo ya que hay que conocer bien la sintomatología clínica de ansiedad y depresión, y pensar en ellas para realizar un diagnóstico. Desafortunadamente muchos médicos no saben identificar dicha sintomatología o no poseen el entrenamiento para diagnosticar y dar el tratamiento adecuado.

En El Salvador, así como la zona oriental; la asistencia en salud mental ha sido rodeada de estigmatizaciones, por la población y el personal de salud, que a veces sin

agotar todos los recursos optan por referir a otros niveles de atención más complejos, aun cuando no es necesario; siendo en el nivel de atención primaria en donde es pertinente la detección precoz y tratamiento oportuno.

El conocer la situación que enfrentan estos pacientes, motivó a realizar la investigación en la cual se detectó la frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, manejo y seguimiento en las Unidades de Salud de Chapeltique y Moncagua departamento de San Miguel y El Cerrito de Santiago de María departamento de Usulután.

Es necesario dar a conocer la ansiedad y depresión, patologías que se presentan frecuentemente en pacientes con diabetes mellitus, y la importancia que el personal médico de atención primaria pueda detectarlas y tratarlas en forma rápida, efectiva, y no esperar a que aparezcan los primeros síntomas, ya que la evolución del paciente ante otras enfermedades se puede ver afectada.

Los resultados de la investigación se plasman en este documento, el cual está estructurado en seis capítulos que se detallan de la siguiente manera:

El capítulo I: Comprende planteamiento del problema que incluye; los antecedentes del fenómeno objeto de estudio, en el que se describe la evolución que ha tenido la diabetes mellitus a nivel mundial; y en El Salvador, así como las repercusiones en la salud física y mental de las personas que la padecen. El enunciado del problema, el

cual se hace a través de dos interrogantes; y el grupo investigador trató de darle respuesta, luego están los objetivos tanto generales como específicos los cuales orientaron la investigación.

El capítulo II: Se hace un diseño del marco teórico, que fundamenta el trabajo a desarrollar; en el que se describen las enfermedades objeto de estudio y definición de términos básicos.

El capítulo III: Está conformado por sistema de hipótesis, que incluye hipótesis de trabajo, hipótesis nulas y definición conceptual y operacional de variables.

El capítulo IV: Se define el diseño metodológico, tipo de investigación que se realizó fue descriptivo y retrospectivo, población, muestra de la investigación, que fue el total de los pacientes objeto de estudio; las técnicas de obtención de información utilizadas fueron las documentales, y de trabajo de campo. Instrumentos de los cuales se auxilió el grupo investigador fue la entrevista estructurada, y la subescala de ansiedad y depresión de Golberg. En el procedimiento la presentación de datos se realizó utilizando cuadros de frecuencia.

El capítulo V: Comprende la presentación de los resultados, que incluye análisis e interpretación de los datos obtenidos de la entrevista dirigida a los pacientes objeto de estudio, a los médicos de las unidades de salud; y de la revisión de los expedientes clínicos, así como la comprobación de hipótesis

El capítulo VI: Se plantean de forma crítica las conclusiones y recomendaciones, a las que el grupo investigador ha llegado; para buscar alternativas que garanticen la atención integral de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Para finalizar se detalla la bibliografía, de la que se auxilió el grupo investigador; así como los anexos en la que se detalla en orden cronológico las actividades realizadas durante el desarrollo de la investigación.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.1. ANTECEDENTES DEL FENÓMENO OBJETO DE ESTUDIO.

Según Llanos y Libman, 1995, el panorama de salud que afecta a la humanidad se ve cada vez más ensombrecido por la Diabetes Mellitus, 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, 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. En El Salvador según estimaciones de la Asociación Salvadoreña de Diabéticos (ASADI) existen alrededor de 600,000 personas que padecen Diabetes Mellitus.

La Diabetes Mellitus es un grupo de trastornos metabólicos de carácter crónico caracterizados por un elemento común, la hiperglucemia, que contribuye al desarrollo de complicaciones macro, y micro vasculares, neuropáticas, lo que la sitúa como una de las principales causas de morbi-mortalidad de las sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo. Afecta a gran número de personas, con un aumento *progresivo* de la prevalencia de la DM 1 y *explosivo* de la DM 2, esto último lo relaciona la OMS con el crecimiento y envejecimiento de la población, el incremento de la obesidad, hábitos erróneos de la alimentación y modos de vida sedentarios, así mismo ocurre con la emergente Diabetes Mellitus tipo 2 asociada a la obesidad en niños .Todo esto lleva a que represente un problema personal y de salud pública de enormes proporciones.

Es obvio pensar, que para abordar éste problema, bajo el punto de vista asistencial, hay que utilizar todos los recursos sanitarios disponibles, así el personal de salud de Atención Primaria ha ido asumiendo progresivamente las funciones de detección, tratamiento y educación sanitaria de los pacientes con Diabetes. Es más, por tratarse de pacientes con pluripatología y factores de riesgo asociados que requieren un abordaje integral e integrado, conduce de esta forma a que los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 representen uno de los objetivos de Atención Primaria.

En general la población salvadoreña, y especialmente la población de la zona oriental adolece en su mayoría de enfermedades infecciosas y carenciales, con un aumento de las derivadas de la violencia, el estrés y el estado de ánimo (ansiedad y depresión) e incremento de enfermedades crónico degenerativas siendo más frecuentes la Diabetes Mellitus tipo 2. En su mayoría la causa de estos problemas está relacionada con la pobreza, precarias condiciones de vida, contaminación, baja atención preventiva, violencia y estilos de vida poco saludables, elevado crecimiento poblacional, junto a un aumento de los estratos de población con edades mayores.

La importancia de los procesos asociados al envejecimiento o dependientes de la edad son tanto del punto de vista sanitario, como económico. Algunas de estas enfermedades se ha demostrado que tienen relación con la afectación cognitiva y la probable aparición de Ansiedad o Depresión. En la zona oriental, se realizó un estudio en el año 2001, en el municipio de Moncagua que da a conocer la incidencia de Depresión y Ansiedad en la población de 20 a 59 años; se concluyó que la depresión es

mas común y predominante en el sexo femenino, en el área rural. No encontrando otros datos o estudio que relacionen la ansiedad y la depresión con diabetes mellitus tipo 2.

1.2. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

A partir de lo antes expuesto el grupo de trabajo enuncia el problema a través de dos interrogantes:

- ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?
- ¿Cuál es el manejo y seguimiento de la ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2?

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION.

1.3.1. OBJETIVOS GENERALES:

- Determinar la frecuencia de Ansiedad y Depresión en los usuarios(as) de 30 a 70 años de edad de las Unidades de Salud Chapeltique y Moncagua departamento de San Miguel, y El Cerrito de Santiago de Maria departamento de Usulután, con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- Conocer el manejo y seguimiento de pacientes con Ansiedad o Depresión, asociados con Diabetes Mellitus Tipo 2.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la frecuencia de Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.
- Evaluar el seguimiento y referencia de los pacientes diagnosticados con Ansiedad y Depresión a través de la revisión de expedientes clínicos.
- Determinar el conocimiento de médicos consultantes, en la atención de Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 a nivel primario de atención en salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2. MARCO TEÓRICO.

2.1. DIABETES MELLITUS TIPO 2.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica provocada por algún factor que evita que el organismo produzca insulina o responda a ella; sigue siendo causa importante de discapacidad y muerte en El Salvador y en el mundo. Es de especial interés identificar los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de la enfermedad, no sólo para entender las causas y patogenia de la diabetes sino para poder estar en posición adecuada para tomar medidas eficaces de salud tanto física como mental.

2.1. 1. DEFINICION:

“La diabetes mellitus tipo 2, es la enfermedad endocrina más frecuente, es un grupo de trastornos que se manifiesta por hiperglucemia”² Caracterizado por alteraciones metabólicas y complicaciones a largo plazo relacionadas con la intensidad de la hiperglucemia que afectan los ojos, los riñones, los nervios y los vasos sanguíneos. La patogenia es muy diversa, pero todos los pacientes con diabetes mellitus tienen incapacidad para producir insulina en cantidad necesaria y así satisfacer las necesidades metabólicas

²J MASSON, S.A. Manual Washington de de Terapéutica Médica, 2001, pág. 455.

Cuando un paciente presenta manifestaciones atribuibles a diuresis osmótica y tiene hiperglucemia, el diagnóstico es inconfundible, tampoco ofrece dificultad diagnóstica un paciente asintomático que tiene una elevación persistente de la concentración de glucosa en sangre en ayunas.

2.1. 2. DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico de la diabetes mellitus no es difícil cuando esta enfermedad produce síntomas o cumple los criterios específicos de glucosa plasmática. Tampoco hay problema cuando un paciente asintomático tiene una elevación persistente de la concentración de glucosa en sangre en ayunas.

“Los criterios exigidos para el diagnóstico de diabetes mellitus son:”²

1. Síntomas de diabetes más concentración de glucosa sanguínea al azar ≥ 200 mg/dl.
2. Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dl.
3. Glucosa plasmática a las 2 horas ≥ 200 mg/dl durante una prueba de tolerancia a la glucosa.

²J JENNIFER MAYFIELD, M.D., Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: New Criteria Copyright © 1998 by the American Academy of Family Physicians. Documento (disponible en <http://www.aafp.org/afp/981015ap/index.html>.) consultada 18 de junio de 2005

2.1. 3. CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA DE DIABETES MELLITUS.

Diabetes Mellitus tipo 1	<p>Caracterizada por destrucción de la célula beta, que habitualmente lleva a déficit absoluto de insulina. Hay dos formas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus mediada por procesos inmunes. La destrucción de la célula beta resulta de un proceso auto inmune • Diabetes Mellitus idiopática: etiología desconocida
Diabetes Mellitus tipo 2	<p>Caracterizada por resistencia insulínica, que habitualmente se acompaña de un déficit relativo de insulina. Puede variar desde resistencia insulínica predominante con déficit relativo de insulina a déficit insulínico predominante con alguna resistencia insulínica.</p>
Homeostasis de la Glucosa Alterada	<p>Es un estado metabólico intermedio entre la normalidad y la diabetes. Es factor de riesgo para diabetes y enfermedad cardiovascular.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Glucemia Basal Alterada: Glucemia plasmática basal por encima de los valores normales y menor que el valor diagnóstico de Diabetes Glucemia basal < 126 mg/dl pero \geq 110 mg/dl • Tolerancia alterada a la Glucosa: Se diagnostica con Sobrecarga Oral de 75 gramos de Glucosa: Glucemia basal en plasma venoso inferior a 126 mg/dl y glucemia a las 2 horas de la S.O.G \geq 140 y < 199 mg/dl.
Diabetes Gestacional	<p>Es la Diabetes que comienza o se diagnostica por vez primera en el embarazo. Ocurre en el 2-5% de todos los embarazos. En el post-parto pueden volver a la normalidad. Las mujeres con Diabetes gestacional tienen a corto, medio o largo plazo mayor riesgo de desarrollar DM2.</p>
Otros tipos específicos	<p>Diabetes causada por otras etiologías identificables:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Defectos genéticos en la función de la célula beta 2. Defectos genéticos en la acción de la insulina 3. Enfermedades del páncreas exocrino 4. Endocrinopatías 5. Fármacos y drogas 6. Infección 7. Formas raras de diabetes relacionadas con procesos inmunes <p>Otros síndromes genéticos</p>

Fuente: Grupo de trabajo de Diabetes de la SAMFyC. . Documento (disponible en <http://www.diabetes.org/diabetescare/1997-07/pg1183.htm>). Consultada 18 de junio de 2005

2.1. 4. TRATAMIENTO.

Los principios generales en que se basa el tratamiento de la Diabetes Mellitus pretenden un balance entre la ingesta de calorías y el gasto energético, así como el mantenimiento de una adecuada concentración de insulina circulante que asegure la eficaz utilización de la energía y evite en lo posible la presencia de hiper o hipoglucemia. Clásicamente se han considerado tres pilares en el tratamiento de la Diabetes.

- Dieta
- Ejercicio
- “Medicación (Insulina o Hipoglucemiantes Orales).”³

Para conseguir un adecuado equilibrio entre estos tres componentes es esencial la colaboración del paciente, por lo que hoy se considera necesaria la inclusión de un cuarto pilar en el tratamiento, la Educación diabetológica. No se puede introducir la dieta, medicación y ejercicio físico sin informar al paciente sobre su importancia y motivarlo. Realmente, tras el descubrimiento de la insulina, la educación diabetológica ha venido a representar la segunda gran revolución de este siglo en el tratamiento del paciente diabético.

La terapéutica nutricional de los diabéticos debe individualizarse teniendo en cuenta las costumbres para comer y otros factores propios de los hábitos de vida. Por

³J HARRISON. Principios de Medicina Interna, 1998, tomo II, pág. 2348.

eso, las recomendaciones sobre la nutrición se elaboran de modo que cubran los objetivos terapéuticos y los resultados deseados. Es esencial monitorizar los parámetros metabólicos, como la glucemia, la hemoglobina glucosilada, los lípidos, la presión arterial el peso corporal, así como la calidad de vida, para obtener resultados satisfactorios.

2.1. 5. COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS.

Cetoacidosis diabética:

Es una complicación metabólica aguda típica de la DM1, aunque también la podemos encontrar en la DM2 en situaciones de estrés.

“Se caracteriza por hiperglucemia (generalmente > 300 mg/dl), cuerpos cetónicos elevados en plasma, acidosis metabólica ($\text{pH} < 7.3$, bicarbonato plasmático < 15 mEq/l), glucosuria, cetonuria.”⁴ Se manifiesta con anorexia, náuseas, vómitos, poliuria-polidipsia, dolor abdominal, con pérdida progresiva del sensorio hasta llegar incluso al coma en un pequeño porcentaje de pacientes.

Plan de actuación:

La presencia de cetoacidosis es criterio de ingreso hospitalario.

⁴ Grupo de trabajo de Diabetes de la SAMFyC. Documento (disponible en <http://www.diabetes.org/diabetescare/1997-07/pg1183.htm>). Consultada 18 de junio de 2005.

Los objetivos del tratamiento son:

- Corregir el trastornos hidroelectrolítico mediante la reposición de líquidos e iones
- Corregir el trastorno metabólico mediante la reposición de insulina
- Tratar los factores precipitantes

Coma hiperosmolar no cetósico.

Es la complicación metabólica aguda más frecuente en los pacientes con DM2, en especial por encima de los 65 años, presentándose en el 50 % de los casos sin una historia previamente conocida de diabetes. Condiciona una mortalidad superior a la de la cetoacidosis diabética.

Se caracteriza por hiperglucemia generalmente superior a 600 mg/dl, hiperosmolaridad plasmática mayor de 320 mOsm/l, y ausencia de cuerpos cetónicos, acompañándose de depresión sensorial y signos neurológicos variables.

Suele aparecer de forma insidiosa, en el curso de días, con el síndrome de poliuria-polifagia-polidipsia, deshidratación, distermia, anorexia-nauseas-vómitos, íleo paralítico, somnolencia-confusión-coma, convulsiones, focalidad neurológica.

Las complicaciones más frecuentes que pueden presentarse son las trombóticas (arterial periférica, mesentérica, CID).

Plan de actuación:

Es criterio de ingreso hospitalario. Para el traslado el tratamiento indicado es:

Líquidos: Si la depleción de volumen es severa o existe marcada hipotensión se comenzará con salino isotónico al 0.9%, y una vez corregida la depleción cambiar a salino hipotónico al 0,45%. La velocidad de reposición se hará de forma similar, aunque generalmente se necesitará de mayor aporte que en la cetoacidosis.

- **Potasio:** valen las mismas consideraciones que las comentadas en la cetoacidosis, aunque generalmente la hipokaliemia es menos intensa
- **Insulina:** Se seguirán las mismas consideraciones que en el caso de la cetoacidosis, aunque generalmente son menores las dosis de insulina necesarias para corregir el trastorno metabólico.

2.1. 6. COMPLICACIONES CRÓNICAS DE LA DIABETES MELLITUS.

El paciente diabético está predispuesto a sufrir una serie de complicaciones que son causa de morbilidad y muerte prematura, entre ellas cabe mencionar las siguientes:

TRASTORNOS CIRCULATORIOS: la aterosclerosis es más generalizada y aparece antes que en la población general. Produce síntomas en diversos sitios. Las lesiones periféricas pueden causar claudicación intermitente, gangrena, y en los varones

impotencia orgánica de origen vascular. Las coronariopatías y los ictus son frecuentes. En la diabetes se observa mayor número de infartos de miocardio silenciosos.

RETINOPATÍA: La retinopatía diabética es la principal causa de ceguera, las lesiones retinianas se dividen en dos grupos: simples y proliferativas. “La frecuencia con que aparece la retinopatía diabética varía con la edad de comienzo de la enfermedad y con la duración de la misma. Un 85% aproximadamente de los pacientes acaba sufriendo esta complicación”.⁵

NEFROPATÍA DIABÉTICA: Es la primera causa de muerte e invalidez de los diabéticos. Puede permanecer silenciosa funcionalmente durante mucho tiempo (10 a 15 años). Al principio suelen haber unos riñones grandes e hiperfuncionantes. El estadio siguiente se caracteriza por la aparición de micro albuminuria, con excreción de albúmina de 30-300 mg/día; las personas normales excretan menos de 30 mg/día.

La nefropatía diabética no tiene tratamiento específico. Con un control riguroso de la diabetes se puede hacer retroceder la micro albuminuria en algunos pacientes y lentificar el empeoramiento de la afectación renal.

NEUROPATÍA DIABÉTICA: puede afectar cualquier parte del sistema nervioso, a excepción quizá del encéfalo. El cuadro clínico más frecuente es la neuropatía periférica. Generalmente es bilateral y los síntomas consisten en, parestesias y dolores. También pueden aparecer mononeuropatías, en la que hay caída brusca de la muñeca, del pie, o la parálisis de los nervios craneales tercero, cuarto o sexto. La radiculopatía es un síndrome

⁵J HARRISON. Principios de Medicina Interna, 1998, tomo II, pág. 2358.

sensorial que produce dolor en el trayecto de uno o más nervios raquídeos, generalmente en la pared del tórax o el abdomen. La neuropatía vegetativa puede manifestarse de diversas maneras. Trastornos funcionales del esófago con dificultad para tragar, retraso del vaciamiento gástrico, estreñimiento o diarrea.

El tratamiento de la neuropatía diabética es insatisfactorio. Cuando el dolor es intenso es fácil que el paciente se habitúe a los narcóticos o analgésicos potentes.

ÚLCERAS DE LOS PIES EN EL DIABÉTICO: un problema especial de los diabéticos es la formación de úlceras en los pies y los miembros inferiores. Al parecer, estas úlceras se deben a una distribución anormal de la presión consecutiva a la neuropatía diabética. La enfermedad vascular periférica con reducción del riego sanguíneo favorece el desarrollo de las úlceras, siendo frecuente las infecciones. Aunque no hay tratamiento específico para las úlceras diabéticas, el tratamiento de sostén basado en minimizar la presión ejercida por el peso del cuerpo permite con frecuencia salvar la extremidad.

2.2. REACCIONES EMOCIONALES A LA DIABETES.

Es difícil aceptar el padecimiento de una enfermedad crónica que exige cambios en los hábitos de la vida. Esto es especialmente cierto en el caso de la diabetes, pues los pacientes suelen saber que son vulnerables a las complicaciones tardías y que tienen una esperanza de vida abreviada. No es sorprendente que las reacciones emocionales que provoca la diabetes dificulten con frecuencia el tratamiento. “La primera de esas

reacciones puede variar desde la negación de la enfermedad acompañada de rechazo para colaborar con el tratamiento hasta una preocupación excesiva por la enfermedad.”⁶ El médico debe procurar que el paciente se mantenga en un terreno intermedio respecto a su enfermedad y que aprenda a responder con prudencia a sus exigencias, pero sin obsesionarse con ellas. El objetivo es convivir con la diabetes, no vivir para la diabetes. Los diabéticos no son diferentes a otros pacientes, y a veces “utilizan” su enfermedad frente a sus familiares y al médico.

2.2. 1. DEPRESIÓN ASOCIADA A ENFERMEDADES ORGÁNICAS.

La depresión que aparece en el contexto de una enfermedad orgánica es difícil de valorar. La sintomatología depresiva puede reflejar el estrés psicológico de afrontar la enfermedad, puede ser debida al propio proceso de la enfermedad o a la medicación administrada, o puede coexistir en el tiempo con el diagnóstico clínico.

El tratamiento farmacológico de la depresión se complica en estos casos por el hecho de que los diferentes antidepresivos tienen distintos efectos en la glucemia. Los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO), pueden inducir hipoglucemia y ganancia de peso, mientras que los antidepresivos tricíclicos (ATC) pueden causar hiperglucemia. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como los IMAO, pueden disminuir la glucemia de ayuno, pero son más fáciles de manejar. Su administración se asocia a una mejor observancia tanto dietética como de la medicación.

⁶ Ibidem 2364

2.3. ANSIEDAD.

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología. “La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico”⁷.

2.3.1. PAUTAS PARA EL DIAGNÓSTICO.

Ante todo paciente que consulta urgentemente por un síndrome ansioso, en especial si es mayor de 35 años en el momento de la instauración y no se conocen antecedentes familiares ni personales, hay que realizar unos análisis elementales que incluyan hematócrito, creatinina, glucosa e iones. Se debe realizar también un electrocardiograma.

⁷J <http://www.odontocat.com/odontoestomaca.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005

2.3.2. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F06.4 TRASTORNO DE ANSIEDAD DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA.

A. La ansiedad prominente, las crisis de angustia o las obsesiones o compulsiones predominan en el cuadro clínico.

B. A partir de la historia clínica, de la exploración física o de las pruebas de laboratorio se demuestra que las alteraciones son la consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. “Estas alteraciones no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno adaptativo con ansiedad en el que el agente estresante es una enfermedad médica grave).”⁸

D. Estas alteraciones no aparecen exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Estas alteraciones provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.”

Especificar si:

Con ansiedad generalizada: cuando predomina una ansiedad o preocupación excesivas centradas en múltiples acontecimientos o actividades.

⁸ ↓ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF WASHINGTON. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV 1ª Edición, 1995

Con crisis de angustia: cuando predominan las crisis de angustia.

Con síntomas obsesivo-compulsivos: cuando predominan las obsesiones o las compulsiones en la presentación clínica.

2.1.1. CLASIFICACIÓN.

A) Ansiedad y alteraciones orgánicas

1. Tóxicos. “Distintos fármacos y tóxicos pueden producir cuadros de ansiedad. Cabe destacar los alfa y beta adrenérgicos, los corticoides, las anfetaminas, los hipoglucemiantes orales, la insulina, la L-dopa, la tiroxina, la isoniacida, la cicloserina, los antihistamínicos, la indometacina, la aminofilina, la cafeína y teína y la cocaína”.⁹ En otros casos la ansiedad se produce como consecuencia del síndrome de abstinencia a alguna sustancia, en especial barbitúrica, ansiolítica, opiácea, antidepresiva y alcohol.

2. Cardiopatías. En ocasiones puede confundirse un ángor con una crisis de angustia, de forma que es conveniente la realización de un electrocardiograma (ECG) siempre que nos encontremos ante una crisis de angustia. Otra entidad que puede plantear problemas diagnósticos es la taquicardia paroxística supraventricular, en la que la frecuencia es superior a 140 latidos por minuto, frecuencia raramente alcanzada en las crisis de angustia. En cualquier caso será el ECG el mejor método diagnóstico.

⁹ ↓ <http://www.odontocat.com/odontoestomaca.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005

3. Vértigos. Son episodios bruscos que cursan con náuseas y vómitos y suele existir un vértigo rotatorio auténtico, mientras que en las crisis de angustia son más frecuentes las sensaciones de mareo e inestabilidad

4. Hiper e hipotiroidismo. Pueden presentarse inicialmente como un cuadro de crisis de angustia, sin otros signos ni síntomas físicos. Incluso persiste aunque se compense la alteración tiroidea. En aquellos pacientes con crisis de angustia que presenten antecedentes de irradiación del cuello o del tórax, de tiroidectomía o de tratamiento con yodo radioactivo o bien que refieran síntomas de aumento de apetito con pérdida de peso, intolerancia al calor, oftalmopatía o bocio, deberán determinarse los niveles de hormonas tiroideas y TSH. En el resto de pacientes no será necesario.

5. Feocromocitoma. Las crisis de angustia se manifiestan con una cefalea intensa, sudoración y enrojecimiento. Suelen existir mancha café con leche, neurofibromas o hipertensión arterial basal.

6. Hipoglucemia. Sólo si hay descensos significativos de la glucemia se producen crisis de angustia. En la historia suelen recogerse antecedentes de diabetes, tumores, o de haber sufrido una intervención gástrica.

7. Hipoparatiroidismo. Sólo plantea problemas de diagnóstico diferencial si existen antecedentes de cirugía tiroidea o los niveles de calcio séricos están disminuidos.

B) Trastornos específicos de ansiedad.

1. Trastorno de angustia. “Consiste en crisis recurrentes de ansiedad grave no limitadas a una situación concreta, son por tanto de aparición imprevisible”. Casi constantemente hay un miedo secundario a morir, perder el control o enloquecer. Suelen durar de cinco a diez minutos. Según la décima edición de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), para el diagnóstico definitivo deben presentarse varios ataques al menos durante el período de un mes y en circunstancias en las que no hay un peligro objetivo. En el período intercrisis el individuo está libre de ansiedad aunque puede haber una ansiedad anticipatoria frente a las situaciones donde se desencadenaron anteriores crisis. En algunos casos se desarrollan conductas evitativas como consecuencia del miedo a sufrir una crisis. Se evitan los lugares de los que no se pueden escapar fácilmente (ascensores, espacios abiertos, multitudes, transportes públicos, etc.). Cuando esto ocurre hablamos de trastorno de angustia con agorafobia.

2. Trastorno de ansiedad generalizada. Ansiedad persistente no limitada a circunstancias concretas. No existen crisis ni conductas evitativas. Suelen ser pacientes que refieren no haberse sentido nunca asintomáticos y que consumen gran cantidad de psicofármacos, en especial benzodiazepinas.

3. Fobia social y fobias simples. Se consideran dentro de este apartado porque se manifiestan como sintomatología ansiosa, aunque secundaria siempre a estímulos que generan un miedo irracional: situaciones interpersonales en la fobia social y objetos, animales o determinadas situaciones en la fobia simple.

C) Otros trastornos psiquiátricos.

1. Trastornos depresivos. “En ocasiones los síntomas ansiosos predominan en el cuadro y a menudo se requiere un pronto alivio para poder valorar la sintomatología depresiva. La depresión es frecuente en pacientes con trastornos de ansiedad y entonces se deben establecer los dos diagnósticos y tratar ambos.”¹⁰


2. Esquizofrenia. Cuando el cuadro psicótico está instaurado no plantea problemas diagnósticos, únicamente en los momentos iniciales puede manifestarse como ansiedad generalizada y en ese caso, sólo la evolución y la respuesta al tratamiento resolverán el diagnóstico.

2.3.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Los signos y síntomas son comunes para todos los trastornos:

A) Tensión motora. El paciente se muestra tembloroso, inquieto, sujeto a continuos sobresaltos, con sacudidas musculares, a veces mialgias y cefaleas, la cara tensa, el ceño fruncido y un aumento de actividad sin meta que puede acabar en agitación psicomotriz o total inhibición.

B) Hiperactividad autónoma. Como consecuencia de ello aparecen múltiples síntomas somáticos como palpitaciones, dolores precordiales, hiperventilación, sensación de

¹⁰  <http://www.odontocat.com/odontoestomaca.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005

ahogo, debilidad, sudoración profusa, náuseas y vómitos, diarrea, micción imperiosa, parestesias, escalofríos.

C) Expectación aprensiva. Es común una preocupación por el futuro tanto del paciente como de sus allegados, destacando sobre todo lo referente a su salud.

D) Actitud de vigilancia y escrutinio. El paciente suele estar irritable, le cuesta mantener la atención y concentrarse. Está en estado de hipervigilia por lo que puede presentar insomnio de conciliación y mantenimiento.

NIVELES DE ANSIEDAD.

- Mínimo: relajado
- Moderado: temblores finos de manos, dificultad para quedarse quieto, aumento de la salida verbal y aumento de la velocidad del discurso.
- Grave: Movimientos espasmódicos, sacudidas de manos, cambios de posición del cuerpo.

2.3.5. TRATAMIENTO.

Una vez diagnosticado el trastorno es necesario tratar la ansiedad independientemente de la causa de la misma. Se comienza con medidas de apoyo o terapia psicológica pero ante su insuficiencia los fármacos de elección para la resolución rápida son las benzodiacepinas.

Pauta en urgencias.

Son preferibles las benzodiazepinas de absorción rápida como el diazepam a dosis de 10-20 mg v.o. (**Valium®** comp. de 5 y 10 mg). Estas dosis pueden repetirse después de un período de dos horas hasta conseguir la ansiólisis suficiente.

BENZODIAZEPINAS			
COMPUESTO COMERCIAL	VIDA MEDIA DOSIS	INDICACIONES EFECTOS	PROPIEDADES PRINCIPALES
Diazepam (Valium®)	Larga (<20h) 5-10 mg	Sedante Relajante muscular	Absorción errática por vía I.M
Bromazepam (Lexatim®)	Corta (8h) 1.5-3mg	Ansiolítico relajante muscular	

Fuente: <http://www.odontocat.com/odontoestomaca.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005.

2.4. DEPRESIÓN.

“La depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida de interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.”¹¹

La depresión como síntoma puede aparecer acompañando a múltiples enfermedades médicas graves, dolorosas, crónicas o terminales. Se presenta también con gran frecuencia en el postoperatorio de grandes técnicas quirúrgicas, principalmente si es preciso un período de readaptación del paciente a un nuevo tipo de vida. Por ejemplo en pacientes diabéticos, posterior a una amputación, en la que tendrán que adaptarse a utilizar una prótesis o una silla de ruedas para poder desplazarse. La mayoría de estas veces aparece como una reacción de adaptación a un suceso externo estresante. En ocasiones, está causada por una alteración orgánica o medicamentosa, que será preciso solucionar para poder actuar terapéuticamente sobre la depresión. La depresión como enfermedad pertenece al gran grupo de los trastornos afectivos, en el que están incluidas desde las más reactivas, psicológicas o neuróticas hasta las más endógenas.

Es habitualmente rápida si el origen es un fármaco y lenta si se trata de una enfermedad

¹¹ J Toro G, Ricardo y Yepes R, Luis Eduardo, Psiquiatría, 3ª Edición, 1998 pág, 131 y 132.

2.4.1. TRASTORNOS RELACIONADOS FRECUENTEMENTE A DEPRESIÓN.

- **“Endocrinopatías y trastornos metabólicos:** hipertiroidismo, hipotiroidismo, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, diabetes mellitus, hiperparatiroidismo, hipoglucemia, Porfiria aguda intermitente, acromegalia.”¹²
- **Infecciosa.Víricas** (gripe, hepatitis, neumonía vírica), tuberculosis, fiebre tifoidea, mononucleosis infecciosa, infecciones urogenitales, malaria, sífilis .
- **Enfermedades del colágeno:** Lupus eritematoso, poliarteritis nodosa.
- **Cáncer:** Carcinoma de cabeza del páncreas, feocromocitoma.
- **Trastornos del sistema nervioso central:** Enfermedad de Parkinson, arteriosclerosis cerebral, demencia senil, hidrocefalia normotensiva, lesiones focales hemisferio no dominante, miastenia, hemorragia subaracnoidea, enfermedades degenerativas.
- **Intoxicaciones:** Fármacos, plomo, benceno, mercurio, bismuto, quinina, monóxido de carbono.
- **Trastornos vitamínicos y minerales.**

¹² J SALÍN, Pascual. Rafael J. Los Trastornos Afectivos para Médicos no Psiquiatras, México, 1997. pág.13.

2.4.2. DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN.

El diagnóstico de la depresión, como el de cualquier entidad médica, consiste en recopilar y organizar información junto con un alto índice de sospecha y de intuición fundada. Por supuesto, como primer paso, el médico debe conocer los síntomas de la enfermedad –la tríada de expresión de la depresión: *somática, emocional y psíquica*. Luego, el médico debe aprender cuándo, cómo y dónde debe buscar los síntomas de depresión; debe aprender cuándo tener en cuenta la depresión.

Algunos pacientes parecen tener una forma “pura” de depresión sin relación alguna con síntomas físicos. Pero la mayoría de los pacientes deprimidos que son vistos por el médico general presentan una depresión relacionada, de alguna manera, con padecimientos físicos.

Los pacientes, no importa que relación guarde su depresión con una enfermedad física, expresan su depresión casi de la misma manera: por supuesto a través de sus síntomas, pero también a través de la forma en la cual se presentan, caminan y hablan, se ven y se visten.

2.4.3. CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE F06 TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO DEBIDO A ENFERMEDAD MÉDICA.

A. “En el cuadro clínico predomina una notable y persistente alteración del estado de ánimo, caracterizada por uno (o ambos) de los siguientes estados:”¹³

1. Estado de ánimo depresivo o notable disminución de interés o del placer en todas o casi todas las actividades.

2. Estado de ánimo elevado, expansivo o irritable

B. A partir de la historia clínica, la exploración física o las pruebas de laboratorio, hay pruebas de que la alteración es una consecuencia fisiológica directa de una enfermedad médica.

C. La alteración no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo en respuesta al estrés de tener una enfermedad médica).

D. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.

E. Los síntomas provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

¹³] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION OF WASHINGTON. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, 1995

2.4.4. CLASIFICACIÓN.

Es importante diferenciar ante qué situación depresiva nos encontramos dado que el manejo será diferente para cada caso en particular.

A) Depresión mayor (endógena). Aparecen al menos cuatro de los siguientes síntomas y durante más de dos semanas: alteración del apetito, del sueño, de la actividad psicomotora, del funcionamiento cognitivo, de la energía física, pérdida de la sensación de placer, sentimientos de culpa e ideación suicida. Pueden aparecer también síntomas psicóticos congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. Son frecuentes los antecedentes personales de episodios depresivos similares (50%) o de otras características, así como de ansiedad o angustia. Igualmente es frecuente encontrar antecedentes familiares de depresiones mayores, trastornos bipolares o alcoholismo; y antecedentes biográficos de ambientes familiares caóticos o pérdidas parentales tempranas.

B) Trastorno bipolar, fase depresiva. En la evolución previa de la enfermedad han existido uno o varios episodios de características maníacas. En sus antecedentes familiares aparecen con muy alta frecuencia trastornos bipolares o unipolares.

C) Trastorno distímico. Coincide aproximadamente con los diagnósticos clásicos de neurosis o personalidad depresiva. Los síntomas son menos intensos pero más crónicos y responden peor a las terapéuticas farmacológicas. Pocas veces están asintomáticos desde el inicio del trastorno aunque pueden sufrir exacerbaciones relacionadas con sucesos

externos. En sus antecedentes destacan síntomas neuróticos desde la infancia, así como problemas desadaptativos y de relaciones interpersonales mantenidos crónicamente. También refieren ambientes familiares conflictivos en su desarrollo biográfico. No está demostrada una mayor incidencia familiar.

D) Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo. Surge desencadenado por un estrés claramente identificable que ha tenido lugar en las últimas semanas. Por ejemplo a un paciente que le acaban de dar el diagnóstico de diabetes, en la que se le explica que es una enfermedad que no tiene cura, que solamente se le dará tratamiento para controlar su enfermedad y que será de por vida, junto al apareamiento de las complicaciones propias de la enfermedad, y de no seguir el tratamiento indicado, las complicaciones aparecerán más temprano. La reacción desaparece al alcanzar el paciente un nuevo nivel adaptativo en su funcionamiento.

E) Duelo no complicado. Se trata de una reacción normal frente a una pérdida afectiva. A veces pueden aparecer síntomas semejantes a la depresión mayor, principalmente ideas de culpa (centradas en no haber hecho lo suficiente por la persona fallecida; nunca tienen características delirantes).

También ideas de muerte, más como deseo de reunirse con la persona fallecida que como deseo de quitarse la vida. Sólo si se prolonga un tiempo superior a seis meses o alcanza una intensidad invalidante se considera que se ha complicado con depresión y se tratará como tal.

F) Depresión secundaria a problemas somáticos y medicamentosos. La clínica puede ser indistinguible de una depresión mayor.

2.3.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Aunque el perfil de la depresión es algo variable y depende del tipo de trastorno afectivo, el núcleo básico es el afecto depresivo. El interlocutor lo capta fácilmente pues habitualmente se percibe la irradiación de tristeza que emite el paciente.

A) Síntomas psíquicos. “Los pacientes suelen presentar de forma predominante y estable, un estado de ánimo deprimido, con tristeza y pérdida de interés por sus actividades habituales, tendencia al llanto y sensación de desesperanza. Pueden presentar pérdida de la autoestima, ideas de culpa, auto punitivo e incluso suicidas. Otras veces destacan la irritabilidad, la ansiedad, los sentimientos de frustración o de inseguridad y el temor catastrófico. Incluso puede suceder que hagan referencia al estado de ánimo y centren sus quejas en molestias físicas, conductuales o dificultades cognitivas.”¹⁴

B) Síntomas físicos. Suelen asociarse alteraciones del apetito con modificaciones de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, astenia y falta de energía; y disminución de la capacidad de concentración con enlentecimiento del pensamiento pero sin incoherencia mental.

¹⁴ J <http://www.depresion.psicomag.com>. Documento (disponible en Rozados @psicomag.com) consultada 01 (Mayo) 2005

2.4.6. TRATAMIENTO.

Las depresiones secundarias generalmente mejoran al eliminar la enfermedad orgánica o al suspender la droga que la causa. Sin embargo a menudo es necesario tratarlas con antidepresivos.

En relación a las primarias el médico que siga las pautas establecidas estará en capacidad de tratar la mayor parte de ellas. Debe referir al psiquiatra los casos más severos, con riesgo alto de suicidio, al que sufre recaídas y aquellos que no responden al tratamiento.

A) Psicoterapia. La tendencia actual favorece la combinación de psicofármacos y técnicas psicológicas en la mayoría de los casos de depresión. Sin embargo en los casos leves puede utilizarse sólo la psicoterapia, la cual puede ser:¹⁵

- Dinámica
- Conductual
- Grupal
- Psicoanalítica

Estas psicoterapias deben ser realizadas por el especialista.

En la mayoría de las depresiones manejadas por el médico general éste debe, además de los psicofármaco, ofrecer a su paciente una psicoterapia de apoyo en la que le

¹⁵┘ Toro G, Ricardo y Yepes R, Luis Eduardo, Psiquiatría, 3ª Edición, 1998 Pág., 144,145.

permita relatar espontáneamente sus síntomas, problemas y temores, a través de un dialogo sin prisa

.B) Manejo de urgencias.

“El médico debe hacer ver al paciente que comprende su problema y que va a recibir ayuda. Se debe plantear como primer problema si el tratamiento ha de realizarse en régimen ambulatorio o de hospitalización. La única indicación de ésta es la posibilidad formal de suicidio. Incluso en estos casos, si existen garantías de un control sistemático y permanente del paciente la cura puede intentarse en el propio domicilio. Se recomienda pautar una benzodiacepina hasta que el paciente sea visto por el psiquiatra del centro de salud mental (CSM) correspondiente”¹⁶

C) Tratamiento de seguimiento.

1. Elección del antidepresivo. Ningún nuevo antidepresivo ha demostrado una acción superior a los clásicos tricíclicos, siempre que se usen a las dosis correctas. Se inicia el tratamiento con 25-50 mg de imipramina (**Tofranil®** 25, 50, 75 mg), amitriptilina (**Tryptizol®** 10, 25, 50, 75 mg) o clorimipramina (**Anafranil®** 10, 25, 75 mg). Están indicados especialmente en depresiones graves. No se deben administrar si existen antecedentes de infarto reciente, bloqueos bifasciculares, de rama izquierda, QT prolongado, insuficiencia cardiorrespiratoria grave, epilepsia o bajo umbral convulsivo, hipertrofia prostática, glaucoma o hepatopatía grave. En ancianos, cardiópatas y

¹⁶ ^J <http://www.odontocat.com/odontoestomaca.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005

situaciones donde estén contraindicados los antidepresivos tricíclicos pueden usarse los inhibidores de la serotonina (**fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina, sertralina**) o los derivados de aminas secundarias como mianserina, (**Lantanón®** comp. de 10 y 30 mg). En cuadros leves pueden usarse tanto unos como otros. Con la fluoxetina pueden dar valores alterados de la glicemia.

2. Duración. “La duración mínima de un tratamiento antidepresivo antes de considerarlo ineficaz y sustituirlo por otro debe ser de 4-6 semanas (utilizando dosis equivalentes a 300 mg de imipramina) y el tiempo de mantenimiento de la medicación no menor de seis meses desde que se ha apreciado mejoría clínica.”¹⁷

¹⁷ J Toro G, Ricardo y Yepes R, Luis Eduardo, Psiquiatría, 3ª Edición, 1998 Pág., 146.

2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

- **ALBUMINURIA:** Alteración caracterizada por exceso de proteínas séricas en orina.
- **ANSIEDAD:** La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo.
- **ANSIOLÍTICO:** Sedante o tranquilizante menor empleado para los episodios de ansiedad.
- **ANTIDEPRESIVOS:** Sustancia que impide o alivia la depresión.
- **BENZODIACEPINAS:** Grupo de agentes psicotrópicos, entre los que se incluyen tranquilizantes como el clordiazepóxido, el diacepam, el cloracepato y oxacepam, que se utilizan para aliviar la ansiedad.
- **CETOACIDOSIS DIABÉTICA:** Es una complicación metabólica aguda de la DM-1, aunque también la podemos encontrar en la DM-2 en situaciones de estrés. Se manifiesta con anorexia, náuseas, vómitos, poliuria-polidipsia, dolor abdominal, con pérdida progresiva del sensorio hasta llegar incluso al coma en un pequeño porcentaje de pacientes.
- **CID:** Coagulación intravascular diseminada.

- **COMA HIPEROSMOLAR NO CETÓSICO:** Es la complicación metabólica aguda más frecuente en los pacientes con DM2, en especial por encima de los 65 años, se caracteriza por hiperglucemia generalmente superior a 600 mg/dl, hiperosmolaridad plasmática mayor de 320 mOsm/l, y ausencia de cuerpos cetónicos, acompañándose de depresión sensorial y signos neurológicos variables.
- **DEPRESIÓN:** Es un grupo de heterogéneo de trastornos afectivos, que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.
- **DIABETES MELLITUS:** Es un grupo de trastornos que se manifiesta por hiperglucemia. Caracterizado por alteraciones metabólicas y complicaciones a largo plazo relacionadas con la intensidad de la hiperglucemia que afectan los ojos, los riñones, los nervios y los vasos sanguíneos.
- **EQUIZOFRENIA:** Integrante de un grupo de enfermedades Psicóticas caracterizadas por una gran distorsión de la realidad con trastornos del lenguaje y la comunicación, aislamiento de la interacción social.
- **FEOCROMOCITOMA:** Tumor vascular del tejido cromafin de la médula suprarrenal de los ganglios linfáticos caracterizado por la secreción de epinefrina y norepinefrina sus signo típicos son cefaleas, palpitaciones, sudoraciones, nerviosismo, hiperglucemia, nauseas y vómitos.

- **GLUCEMIA:** Relativo a los niveles de azúcar en sangre. Esta se mantiene en el organismo en ayunas entre 70-110 mg/dl.
- **HEMOGLOBINA GLUCOSILADA:** Se utiliza para valorar los niveles de glucemia de los pacientes diabéticos, en los tres meses anteriores al control actual, y su valor es <7.
- **HIPERGLUCEMIA:** Elevación de la cantidad de glucosa en sangre por encima de lo normal
- **HIPOGLUCEMIA:** Cifras de glucosa sanguínea inferiores a las normales.
- **HIPOGLUCEMIANTES:** fármacos que disminuyen las cifras de glucosa en sangre como la insulina, sulfonilureas y biguanidas.
- **INSULINA:** Hormona secretada por las células beta del páncreas como respuesta al aumento del nivel de glucosa en sangre.
- **NEFROPATÍA:** nefropatía .Cualquier trastorno o enfermedad del riñón, incluyendo procesos inflamatorios degenerativos, y escleróticos.
- **NEUROPATÍA:** Inflamación y degeneración en los nervios periféricos.
- **POLIDIPSIA:** sed excesiva producida por distintos trastornos, como la diabetes mellitus.
- **POLIFAGIA:** Deseo insaciable de comer.

- **POLIURIA:** Excreción de una cantidad anormalmente grande de orina, que puede ser debido a diabetes mellitus o diuréticos.
- **POSTPRANDIAL:** Posterior a la comida.
- **PREPRANDIAL:** Previo a la ingesta de cualquier alimento.
- **RETINOPATÍA:** Trastornos de los vasos sanguíneos retinianos caracterizada por micro aneurisma capilares, hemorragias, exudados, formación de vasos nuevos y tejido conjuntivo.
- **TSH:** Hormona estimulante del tiroides.

CAPÍTULO III

SISTEMA DE HIPÓTESIS

3. SISTEMA DE HIPÓTESIS.

3.1. HIPÓTESIS DE TRABAJO.

H.1. La frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de Diabetes

Mellitus tipo 2 es menos del 65%.

H.2. El manejo de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes

Mellitus tipo 2 no es adecuado en menos del 50%.

3.2. HIPÓTESIS NULAS.




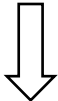
H.0₁. La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes

Mellitus tipo 2 es más del 65%.

H.0₂. El manejo de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes

Mellitus tipo 2 es adecuado en más del 50%.

3.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.

VARIABLES:	Ansiedad y Depresión	Manejo inadecuado
		
Definición conceptual:	<p>La ansiedad se define como: una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza.</p> <p>La depresión se define como: un grupo de heterogéneo de trastornos afectivos, que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, anorexia e ideación suicida.</p>	<p>Falta de atención oportuna e integral al paciente, ya que sólo se trata su enfermedad médica (DM), y no las manifestaciones de su enfermedad mental (ansiedad y depresión).</p>
		
Definición operacional:	<p>La ansiedad se entiende como una reacción de la persona ante una situación de estrés manifestada por taquicardia, diaforesis, temblor y angustia.</p> <p>La depresión es una alteración del estado mental, que se manifiesta por tristeza, llanto, insomnio, hiporexia, aislamiento e ideas de muerte.</p>	<p>No se detecta.</p> <p>No se trata.</p> <p>No se refiere.</p>

CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4. DISEÑO METODOLÓGICO.

4.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación que se realizó fue de tipo descriptivo y retrospectivo.

Descriptivo ya que investigó la presencia o ausencia de ansiedad y depresión en pacientes de 30 a 70 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2, y su frecuencia durante el período de julio a septiembre de 2005.

Retrospectivo por que se indagó la frecuencia, manejo y referencia de ansiedad y depresión en pacientes 30 a 70 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en el período del año 2001 a junio de 2005.

4.2. POBLACIÓN.

Todos los usuarios (as) de 30-70 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, que consultaron las Unidades de Salud de Chapeltique, Moncagua y El Cerrito, durante el período de julio a septiembre de 2005. Que suman un total de 42 pacientes. Se tomó a toda la población como muestra, debido al número reducido de pacientes con éste diagnóstico.

4.3. TÉCNICAS DE OBTENCIÓN DE INFORMACIÓN.

Entre las técnicas de las cuales se auxilió el grupo de investigación están:

- a) **Documentales:** permitieron obtener información secundaria, es decir información ya procesada a través de libros, revistas, sitios electrónicos, periódicos, archivos; el grupo de trabajo también revisó los expedientes clínicos de los pacientes, con la finalidad de conocer el manejo y seguimiento de los usuarios con diagnóstico de DM tipo 2 durante el periodo del año 2001 a junio de 2005.
- b) **Trabajo de Campo:** Esta técnica permitió recabar información de primera mano. Se tiene **la entrevista estructurada** mediante la cual se hicieron preguntas relacionadas con la ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, dirigida a médicos consultantes de las unidades de salud en estudio. Además se utilizó **la escala de ansiedad y depresión de Golberg**, para detectar de ansiedad y depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, **censo de la consulta diaria** para la obtención de edad y sexo de la población objeto de estudio.

4.4. INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron: Una guía de entrevista, la cuál estuvo conformada por 15 preguntas abiertas y cerradas, relacionadas con la ansiedad y depresión (ver anexo №3). Además se utilizó la escala de ansiedad y depresión de Golberg (ver anexo №4), para determinar la frecuencia de ansiedad y depresión, así como la edad y sexo de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 a través

del censo de la consulta diaria. Esta escala cuenta con dos subescalas, una para detección de ansiedad y otra para detección de depresión; ambas con nueve preguntas, las últimas cinco preguntas de cada escala, se formularon a los pacientes que respondieron afirmativamente a 3 de las primeras cuatro preguntas para ansiedad y a 2 de las primeras cuatro para depresión.

El médico preguntó al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta.

4.5. PROCEDIMIENTO.

La primera fase incluyó la elaboración de perfil de investigación y protocolo de investigación.

La segunda fase consistió en la ejecución de la investigación, la cual se llevo a cabo durante doce semanas de la siguiente manera:

Recolección de información:

- a) Empleo de entrevista estructurada a médicos consultantes de las Unidades de Salud objeto de estudio durante la cuarta semana de julio y primera semana de agosto respectivamente.
- b) Revisión de expedientes clínicos a usuarios 30 – 70 años de edad con diagnóstico de DM tipo 2 durante el periodo del año 2001 – junio del 2005. (ver anexo №2)

- c) Utilización de escala de Golberg para detectar Ansiedad y Depresión en los usuarios de 30 a 70 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que consultaron las unidades de salud objeto de estudio, los días lunes, martes, miércoles, y jueves de los meses estipulados en el cronograma de actividades específicas.
- d) Uso del censo de la consulta diaria para obtener la edad y sexo de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (ver anexo № 7).

La entrevista fue realizada por los integrantes del grupo en los consultorios de las unidades de salud, en horas de la mañana, con un tiempo aproximado de 10 minutos de duración, posterior a la consulta médica

La presentación de datos se realizó utilizando cuadros de frecuencia, de la siguiente manera:

La información que se obtuvo de la guía de entrevista dirigida a médicos consultantes ayudo a conocer la atención, manejo y referencia que le brindan a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que presentaron ansiedad y depresión; la cual se comprobó con la revisión de expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, para saber si se detecta, trata y refiere al paciente con ansiedad y depresión, a la vez la información obtenida de la escala permitió conocer la frecuencia e incidencia de los casos y poder establecer un análisis de los resultados obtenidos.

El procedimiento para la recolección de datos fue realizado en forma individual.

CAPÍTULO V

PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos de la entrevista realizada a los médicos consultantes de las unidades de salud objeto de estudio; así como la subescala de ansiedad y depresión de Golberg dirigida a la población de 30 a 70 años de edad con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Además se incluyó la revisión de expedientes clínicos de los pacientes que fueron diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, en el período del año 2001 a Junio de 2005. Lo cual fue realizado con el propósito de dar a conocer la frecuencia de ansiedad y depresión de estos pacientes; así como su manejo y seguimiento.

**5.1. TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS
OBTENIDOS DE LA SUBESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE
GOLBERG, DIRIGIDA A LOS PACIENTES DE 30 A 70 AÑOS DE EDAD CON
DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO 2.**

CUADRO N.º 1. POBLACIÓN POR EDAD Y SEXO

SEXO				
EDAD	FEMENINO	MASCULINO	%	TOTAL
30-40	5	1	14.3	6
41-50	11	3	33.33	14
51-60	8	2	23.81	10
61-70	10	2	28.57	12
TOTAL	34	8	100	42

Fuente: Censo de la consulta diaria.

ANÁLISIS:

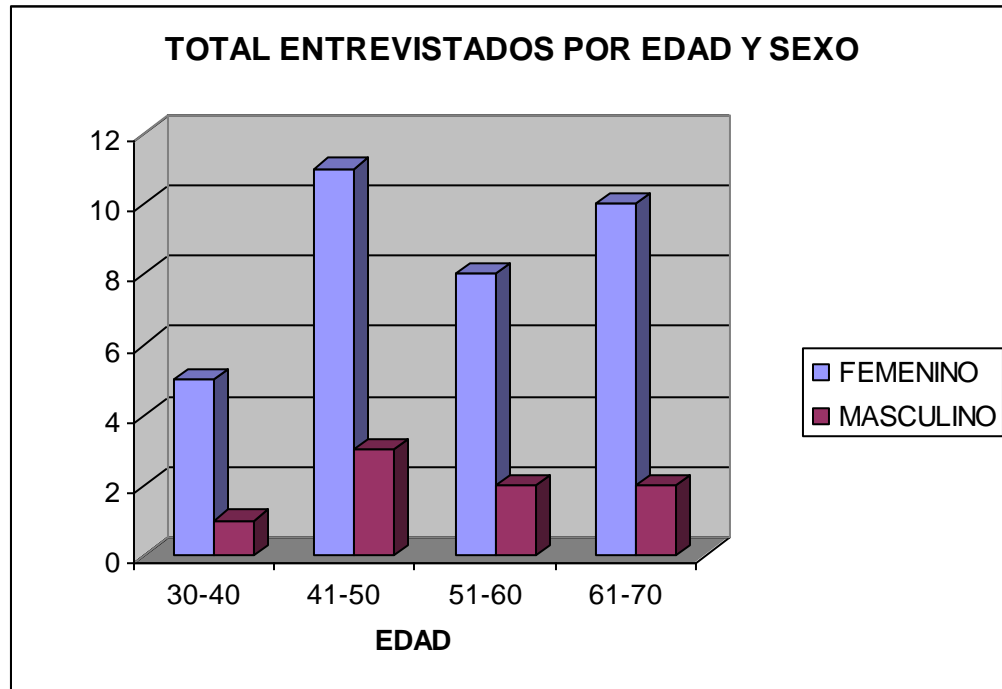
En este cuadro se puede observar que la mayoría de las personas entrevistadas se encuentran entre los 41 y 50 años de edad con un 33.33%; de los cuales el 26.2% corresponde al sexo femenino y un 7.1% al sexo masculino. A continuación se observa los de 61 a 70 años de edad con el 28.57%, teniendo el sexo femenino el 24% y el masculino un 4.7%. Posteriormente el grupo de 51 a 60 años con el 23.81%, del cual el sexo femenino ocupa el 19% y el masculino el 4.7%; finalizando con los de 30 a 40 años

con un 14.3%, correspondiéndole al sexo femenino un 12.3%, y al sexo masculino un 2%.

INTERPRETACIÓN:

Las edades de la mayoría de personas oscila entre los de 41-50 años, confirmando la teoría sobre el comportamiento de la diabetes mellitus 2, que aparece con mayor frecuencia en mayores de 40 años, debido a los cambios producidos por el envejecimiento, alteraciones hormonales que se producen con la menopausia, los malos hábitos de vida; predomina el sexo femenino, en quienes puede haber mayor combinación de factores predisponentes, además que éstas constituyen el 52% de la población total de El Salvador; según el censo de 1992.

GRÁFICO Nº 1.



Fuente: Cuadro Nº 1.

CUADRO N.º 2 ANSIEDAD SEGÚN EDAD Y SEXO.

SEXO							
EDAD	FEMENINO		MASCULINO		% SI	% NO	TOTAL
	SI	NO	SI	NO			
30-40	3	2	0	1	7,1	7,1	6
41-50	5	6	2	1	16,7	16,7	14
51-60	4	4	0	2	9,5	14,3	10
61-70	3	7	1	1	9,5	19,1	12
TOTAL	15	19	3	5	42,8	57,2	42

Fuente: Subescala de ansiedad y depresión dirigida a la población objeto de estudio.

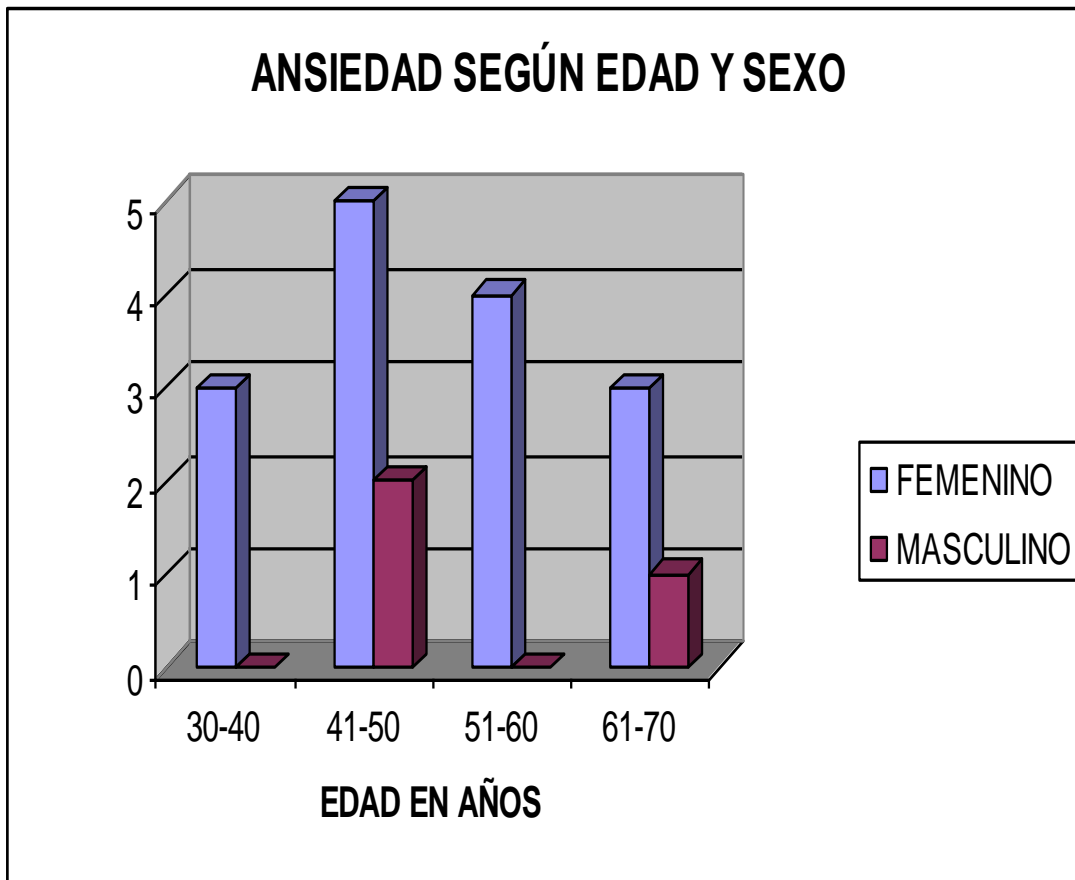
ANÁLISIS:

Este cuadro refleja que la ansiedad predomina en las personas de 41 a 50 años 16.7%, le siguen las de 51 a 60, y 61 a 70 años con 9.5% cada uno, finalizando con las de 30 a 40 años con 7.1%, como se observa la mayoría la presentan las mujeres.

INTERPRETACIÓN:

En los datos anteriores, se puede observar que la mayor frecuencia de ansiedad se presentó en el sexo femenino, principalmente en las edades de 41 a 60 años de edad, relacionado a los cambios que presenta en la menopausia, y el envejecimiento; la mayor disposición de la mujer a buscar atención médica, en contraposición con el sexo masculino.

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Cuadro 2

CUADRO Nº 3 DEPRESIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO.

SEXO							
EDAD	FEMENINO		MASCULINO		% SI	% NO	TOTAL
	SI	NO	SI	NO			
30-40	2	3	1	0	7,14	7,14	6
41-50	4	7	2	1	14,30	19,01	14
51-60	2	6	0	2	4,80	19,01	10
61-70	6	4	0	2	14,30	14,30	12
TOTAL	14	20	3	5	40,54	59,46	42

Fuente: Subescala de ansiedad y depresión dirigida a la población objeto de estudio.

ANÁLISIS:

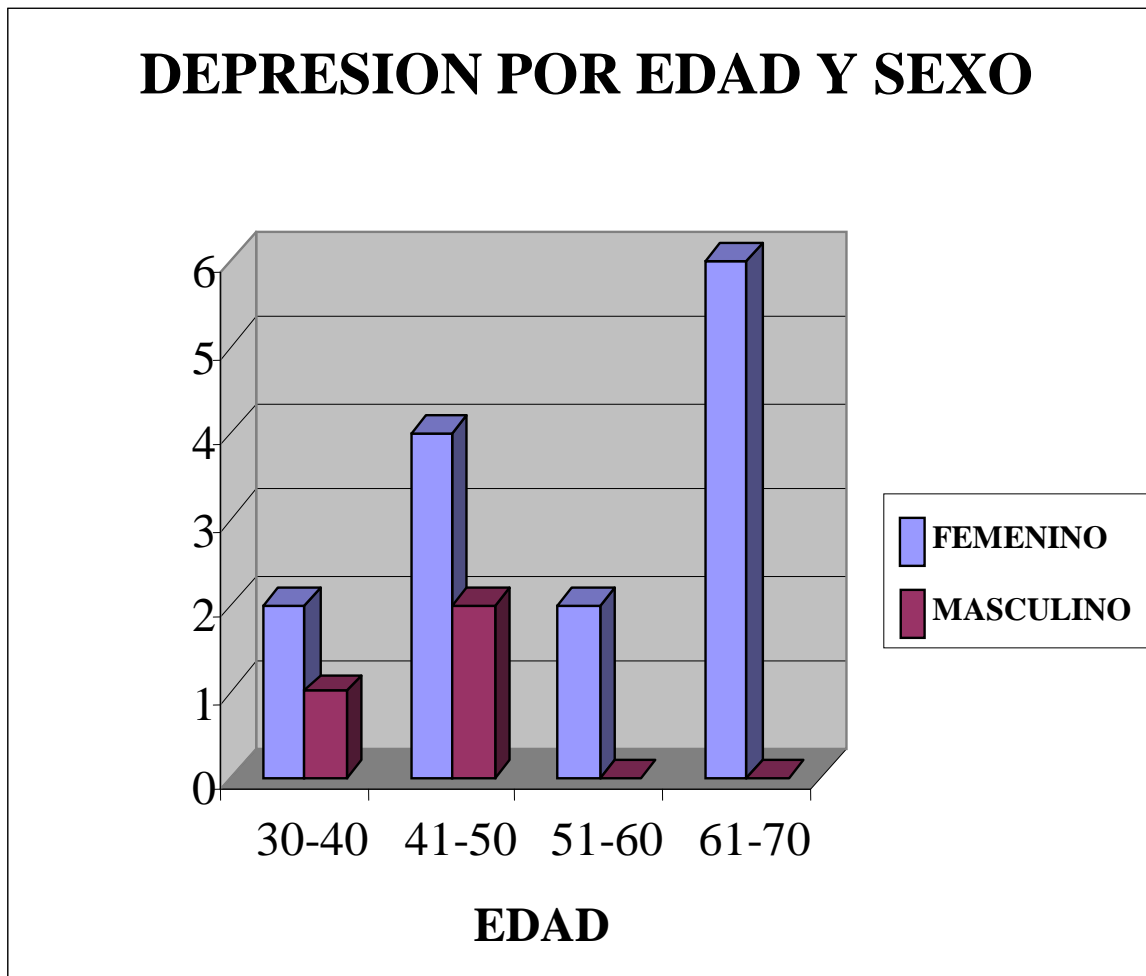
El cuadro anterior, refleja que el 40.54% de los entrevistados presentaron depresión; distribuidos de la siguiente manera: 14.30% sexo femenino de 61 a 70 años de edad, 14.30% de 41 a 50 años, correspondiendo el 9.5 % al sexo femenino, y un 4.8% al sexo masculino. Un 7.14% de 30 a 40 años; del cual el 5.14% es del sexo femenino, y el 2% del sexo masculino, finalizando con el sexo femenino de 51 a 60 años con un 4.8%.

INTERPRETACIÓN:

De lo antes expuesto, se puede deducir que la depresión, se presenta en el sexo femenino en todos los grupos etáreos, se observa la mayor frecuencia en las edades de 61 a 70 años. Con respecto al sexo masculino; la mayor frecuencia le corresponde de 30 a 50 años; lo cual está relacionado con la evolución de la enfermedad, sus

complicaciones, y la mayor predisposición de la mujer a presentar cambios emocionales y de estado de ánimo más pronunciados con relación al sexo masculino, que consulta en raras ocasiones, aunque esté presentando sintomatología depresiva; por los mismos tabúes de nuestra población; el temor de que las demás personas piensen que están “locos”; lo que tiende a exacerbar la enfermedad médica de base, así como los síntomas psicológicos, al no consultar oportunamente.

GRÁFICO Nº 3



Fuente: Cuadro Nº 3

**TABULACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS
OBTENIDOS DE LA ENTREVISTA DIRIGIDA A LOS MÉDICOS DE LAS
UNIDADES DE SALUD EN ESTUDIO.**

Cuadro nº 1.

¿Cuáles son los trastornos más frecuentes de salud mental en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

CATEGORÍA	Fa	%
Trastorno bipolar	0	0
Esquizofrenia	0	0
Ansiedad	2	40
Depresión	3	60
Otros	0	0
TOTAL	5	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio.

* Fueron 4 médicos pero el total sobrepasa debido a que contestaron más de una categoría.

ANÁLISIS:

Al preguntarles a los médicos sobre los trastornos más frecuentes de salud mental en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, contestaron que la ansiedad en un 40%, y depresión un 60%.

INTERPRETACIÓN:

Los médicos consultantes consideran, que los trastornos de salud mental que más frecuentemente se presentan en pacientes diabéticos son la ansiedad y la depresión. Lo cual está directamente relacionado con la diabetes mellitus, debido a las características propias de la enfermedad; así como su cronicidad y las secuelas según tiempo de evolución de la misma.

Cuadro nº 2.

¿Que es ansiedad?

Concepto	Fa	%
Estado físico y mental caracterizado por: taquicardia, sudoración, sensación de miedo.	1	25
Trastorno de la personalidad	2	50
Trastorno del estado de ánimo	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

Del total de médicos entrevistados, el 50% respondió que es un trastorno de la personalidad, un 25%, lo concibe como un trastorno del estado de ánimo y, otro 25% como estado físico y mental caracterizado por taquicardia, sudoración y sensación de miedo.

INTERPRETACIÓN:

De lo anterior se puede deducir que la mayoría de los médicos no tienen un concepto claro de la definición de ansiedad, mientras una pequeña parte de ellos posee una idea clara sobre la ansiedad, el cual según la literatura consultada Toro Yepes es una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como nerviosismo, insomnio, irritabilidad, dificultad para relajarse.

Cuadro nº 3.

¿Cual es la frecuencia de ansiedad en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2?

CATEGORÍA	Fa	%
Alta	2	50
Baja	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio.

ANÁLISIS:

En este cuadro se observa que al preguntar a los médicos sobre la frecuencia de ansiedad en pacientes diabéticos, un 50% contestó que es alta, pero el otro 50% que es baja.

INTERPRETACIÓN:

La mitad de los médicos entrevistados considera que la frecuencia de ansiedad en los pacientes diabéticos es alta, y la otra mitad refiere que es baja; esta dualidad de respuestas puede ser debida a la subjetividad del médico al diagnosticar la ansiedad, así como la disposición del paciente al manifestar la sintomatología.

Cuadro nº 4.

¿Cuáles son los criterios para el diagnóstico de ansiedad?

CATEGORÍA	Fa	%
Insomnio	1	25
No sabe	3	75
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

El 75% de los médicos no sabían cuales eran los criterios para el diagnóstico de ansiedad, y un 25% refiere que el insomnio es un criterio.

INTERPRETACIÓN:

La mayoría del personal médico de las diferentes unidades de salud no poseen el conocimiento de cuales son los criterios para el diagnóstico de ansiedad, lo que pone de manifiesto la necesidad de una capacitación constantes en salud mental para mejorar la atención a los pacientes diabéticos que presentan episodios de ansiedad o depresión.

Cuadro nº 5.

¿Que es depresión?

CATEGORÍA	Fa	%
Ideas suicidas	2	50
Trastorno de personalidad	1	25
Estado caracterizado por bajo rendimiento Físico y mental	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

En el cuadro anterior se observa que el 50% de los médicos entrevistados consideran que depresión es la presencia de ideas suicidas, un 25% trastorno de la personalidad, y otro 25% que se caracteriza por bajo rendimiento físico y mental.

INTERPRETACIÓN:

De lo anterior se determinó que la mayoría de los médicos tienen un concepto certero sobre la depresión, según Toro Yepes es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía, insomnio, anorexia e ideación suicida.

Cuadro nº 6.

¿Cuál es la frecuencia de Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

CATEGORÍA	Fa	%
Baja	2	50
Alta	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

En este cuadro se observa que al preguntar a los médicos sobre la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos, un 50% contestó que es alta, pero el otro 50% que es baja.

INTERPRETACIÓN:

De lo anterior se puede ver que hay una dualidad con respecto a la frecuencia de depresión en los pacientes diabéticos, percibida por los médicos de las distintas unidades objeto de estudio. Al decir baja puede ser debido a que solo se trata la enfermedad médica de base, y no se le da la importancia a la sintomatología depresiva que pueda referir el paciente. La mitad de los médicos refirió que es alta, lo cual no concuerda con la revisión de los expedientes clínicos, ya que no se encontró ningún caso de depresión; pero si con la subescala de Golberg para depresión realizada a los pacientes objeto de estudio.

Cuadro nº 7.

¿Cuales son los criterios para el diagnostico de la depresión?

CATEGORÍA	Fa	%
No sabe	2	50
Ideas suicidas	1	25
Astenia, hiporexia, insomnio	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

De los datos anteriores el 50% refiere que no sabe cuales son los criterios para el diagnóstico de depresión, un 25% lo relaciona con ideas suicidas y otro 25%, con astenia, hiporexia e insomnio.

INTERPRETACIÓN:

La mitad del personal médico entrevistado refiere no tener conocimiento de cuales son los criterios para el diagnostico de depresión, mientras la otra mitad tenían una idea de cuales eran los criterios. Según Toro Yepes son: tristeza, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, anorexia, cansancio.

Cuadro nº 8.

¿Cuáles son las dificultades para el diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

CATEGORÍA	Fa	%
falta de comunicación médico paciente	2	50
confusión diagnóstica	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio.

ANÁLISIS:

El 50% refiere que la dificultad diagnóstica de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 radica en la falta de comunicación médico paciente, y el otro 50% es debido a confusión diagnóstica.

INTERPRETACIÓN:

Estos datos reflejan que existen problemas en la relación médico paciente que repercuten desfavorablemente para realizar un diagnóstico adecuado y oportuno de la ansiedad y depresión, junto a la confusión diagnóstica que existe ante síntomas que se presentan al haber alteraciones en el tratamiento de la diabetes mellitus.

Cuadro nº 9.

¿Cuál es el tratamiento que conoce para la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

CATEGORÍA	Fa	%
Farmacológico	4	66.66
Psicoterapia	2	33.33
TOTAL	6	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

* Fueron 4 médicos pero el total sobrepasa debido a que los entrevistados refirieron más de una categoría.

ANÁLISIS:

Los tratamientos que el personal médico conoce para la ansiedad y depresión en pacientes diabéticos son farmacológico 33.33%, psicoterapia el 33.33% y otro 33.33% refirió ambas formas de tratamiento.

INTERPRETACIÓN:

De lo anterior se puede deducir que los médicos entrevistados conocen cuales son los principales tratamientos utilizados para la ansiedad y depresión; que según Toro Yepes son psicoterapia, benzodiacepinas para la ansiedad y antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para la depresión.

Cuadro nº 10.

¿Cuales existen en la unidad de salud?

CATEGORÍA	Fa	%
Ninguno	2	50
Farmacológico y psicológico	1	25
Farmacológico	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

Al preguntar a los médicos sobre que tratamientos para la ansiedad ó depresión existen en las unidades de salud, contestaron que un 50% de las unidades de salud no cuenta con ningún tratamiento, un 25% cuenta con tratamiento farmacológico y psicológico, y otro 25% solamente tratamiento farmacológico.

INTERPRETACION:

Los datos recopilados nos demuestran que la mitad de las unidades de salud no cuentan con ningún tratamiento para el manejo de ansiedad o depresión, mientras que la otra mitad cuenta con tratamiento farmacológico, y solo una pequeña porción de estas brinda psicoterapia, la cual es brindada por médicos generales, influyendo de esta manera en la calidad de atención que se brinda a los pacientes diabéticos al presentar un episodio de ansiedad ó depresión.

Cuadro nº 11.

¿Cual es la relación que existe entre los hipoglucemiantes orales con la ansiedad y depresión?

CATEGORÍA	Fa	%
No sabe	1	25
Hipoglucemiantes ocasionan ansiedad y depresión	2	50
No existe relación	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

Los médicos entrevistados al preguntarles cuál es la relación que existe con el uso de hipoglicemiantes orales y la ansiedad ó depresión, el 50% opino que los hipoglucemiantes orales ocasionan ansiedad y depresión, un 25% refirió que no sabían y el otro 25% que no existe relación.

INTERPRETACION:

El personal médico de las diferentes unidades de salud, refieren que el uso de hipoglucemiantes orales en pacientes diabéticos ocasiona el aparecimiento de ansiedad o depresión, mientras que una pequeña porción refieren que no existe relación alguna. Demostrando que existe una confusión por parte del personal médico, debido a que los

pacientes diabéticos al no mantener un control adecuado de los niveles de glicemia con los hipoglucemiantes orales (dosis inadecuadas), ocasiona en los pacientes estados de hipo e hiperglucemia, que ocasiona en los pacientes diabéticos sintomatología similar a la depresión o ansiedad.

Cuadro nº 12.

¿Cuál es el seguimiento que se les da a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que presentan ansiedad y depresión?

CATEGORÍA	Fa	%
Control psicológico cada mes	3	75
Referencia a especialista.	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

Con respecto a cuál es el seguimiento dado a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que presentan ansiedad ó depresión, el 75% de los médicos da control psicológico cada mes y el otro 25% referencia de los pacientes a un especialista.

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar en la mayoría de las unidades de salud, el medico general brinda atención psicológica cada mes, a los pacientes que presentan ansiedad o depresión, aunque no posean los medicamentos y la capacitación adecuada para brindarla; mientras una pequeña porción opta por referirlos a un especialista, lo cual no contrasta con la información recolectada de los expedientes clínicos en donde se observó que a los pacientes que presentaron ansiedad solamente se les dio tratamiento farmacológico y no se les programo un control psicológico posterior.

Cuadro n° 13.

¿Cuáles son las complicaciones en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que presentan ansiedad y depresión?

CATEGORÍA	Fa	%
Abandono de tratamiento	2	50
Descompensación diabetes	2	50
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

Al preguntarles a los médicos sobre cuáles eran las complicaciones en pacientes diabéticos al presentar ansiedad ó depresión, un 50% mencionó abandono de tratamiento y otro 50% descompensación de la diabetes.

INTERPRETACION:

Los datos obtenidos reflejan que los pacientes diabéticos al presentar un episodio de ansiedad o depresión, puede provocar cambios en el estado de ánimo del paciente, como aislamiento, negándose a consumir los medicamentos, y alimentos e inasistencia a los controles, lo cual afecta su salud en general, acelerando con ello las complicaciones de la diabetes mellitus; que podría llevarlo a la muerte según la gravedad del cuadro depresivo o ansioso, principalmente personas de edad avanzada, que no tienen alguien encargado de sus cuidados.

Cuadro n° 14.

¿Cuales son los criterios para referir a un paciente con ansiedad y depresión?

CATEGORÍA	Fa	%
Fracaso de tratamiento	2	33.33
Riesgo suicida	2	33.33
Paciente que no puede cumplir indicaciones médicas	2	33.33
TOTAL	6	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

* Fueron 4 médicos: varios entrevistados dieron más de 1 opinión.

ANÁLISIS:

Con respecto a cuales son los criterios para referir a un paciente diabético, que presenta ansiedad ó depresión, El 33.33% de los médicos opinaron fracaso del tratamiento, 33.33% riesgo suicida y 33.33% cuando el paciente no puede cumplir las indicaciones médicas.

INTERPRETACIÓN:

Los médicos manifiestan que los criterios para referir a un paciente con diabetes y que presentan ansiedad o depresión, son el fracaso del tratamiento para ansiedad o depresión, cuando el paciente no es capaz de cumplir indicaciones médicas y además presentan ideas suicidas. Lo anterior no concuerda con los hallazgos de la revisión de los

expedientes clínicos; ya que se encontró cuatro pacientes con diagnóstico de ansiedad de los cuales ninguno fue referido, ni se le dió control de seguimiento. Además no se encontraron pacientes diagnosticados con depresión.

Cuadro nº 15.

¿Existe algún programa de salud mental en la unidad de salud?

CATEGORÍA	Fa	%
Si	0	0
No	4	100
TOTAL	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

El 100% de los médicos expresa que no existe ningún programa de salud mental en las unidades de salud.

INTERPRETACIÓN:

Los datos recopilados nos demuestran que según los médicos no existe ningún programa de salud mental en las unidades de salud, esta información contrasta con la realidad debido a que, existe un Programa de Salud Mental por el Ministerio de Salud para ser implementado en las unidades de salud, el cual no es llevado a cabo, ya que la salud mental no es considerada como prioridad en la zona oriental; en comparación a la región central, en donde se brinda atención psicológica, tanto por médicos generales como psicólogos en las unidades de salud.

Cuadro nº 15.1

¿Por qué?	fa	%
Por falta de personal capacitado	3	75
No hay medicamentos disponibles.	1	25
Total	4	100

Fuente: Guía de entrevista dirigida a médicos de las unidades objeto de estudio

ANÁLISIS:

Al interrogar por que no existe un programa de salud mental, los médicos refieren que es debido a que no existe personal capacitado en un 75% y falta de medicamentos en el 25%.

INTERPRETACIÓN:

Los médicos consideran que los factores que influyen para que no exista un programa de salud mental en las unidades de salud son la falta de personal capacitado, que brinde la atención en salud mental a nivel primario de atención y la falta de medicamentos disponibles. Lo que está determinado principalmente por la poca importancia que se le da a los problemas de salud mental., tanto por la población en general, así como por el personal de salud.

5.3. TABULACIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS DE LA REVISIÓN DE LOS EXPEDIENTES CLÍNICOS.

CUADRO N.º 1 PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD SEGÚN REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

CATEGORÍA	ANSIEDAD	%
SI	4	13,33
NO	26	86,67
TOTAL	30	100,00

Fuente: Revisión de expedientes clínicos.

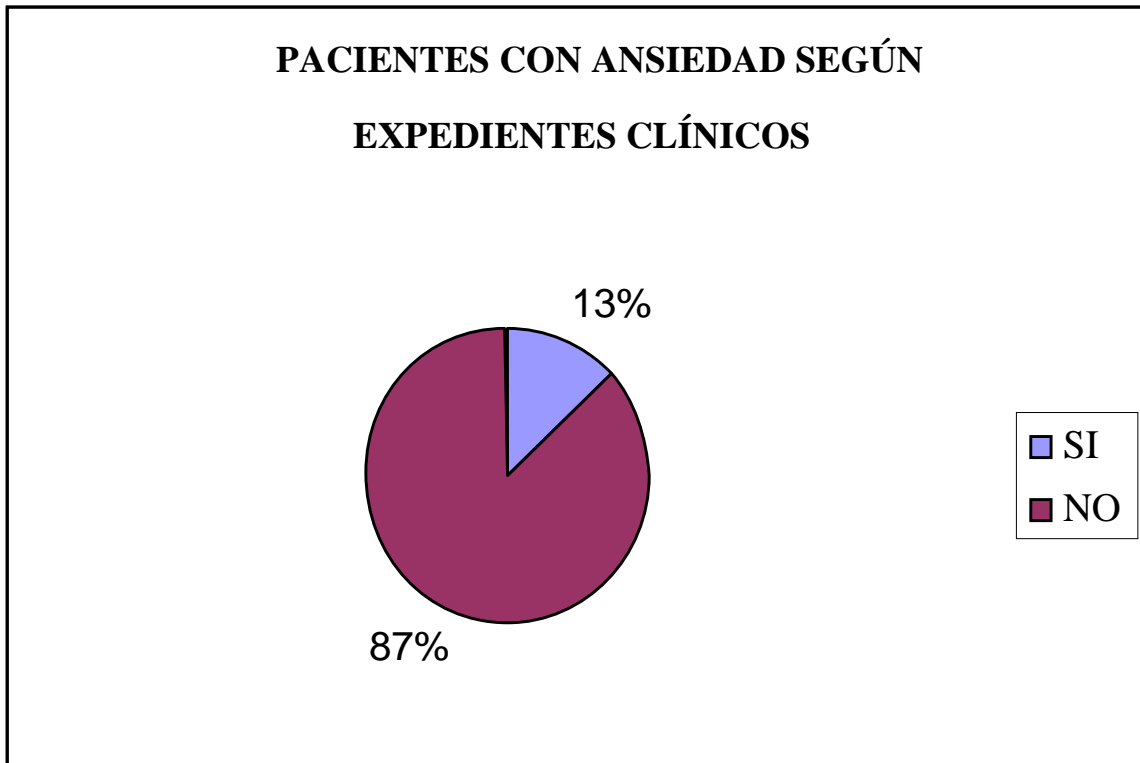
ANÁLISIS:

De los datos anteriores se puede observar que en el 13.33% de los expedientes revisados, se encontró que tenían diagnóstico de ansiedad, y que el 86.67% no.

INTERPRETACIÓN:

Es mínimo el diagnóstico de ansiedad en pacientes diabéticos, lo cual puede estar relacionado con la baja consulta por problemas psíquicos, la poca confianza del paciente para referir la sintomatología; y la falta de acuciosidad por el médico para tener la sospecha clínica, sobrecarga de trabajo, y el subregistro.

GRÁFICO Nº 1



Fuente: Cuadro nº 1

CUADRO N.º 2 TRATAMIENTO.

CATEGORÍA	TRATAMIENTO	%
SI	2	50,00
NO	2	50,00
TOTAL	4	100,00

Fuente: Revisión de expedientes clínicos.

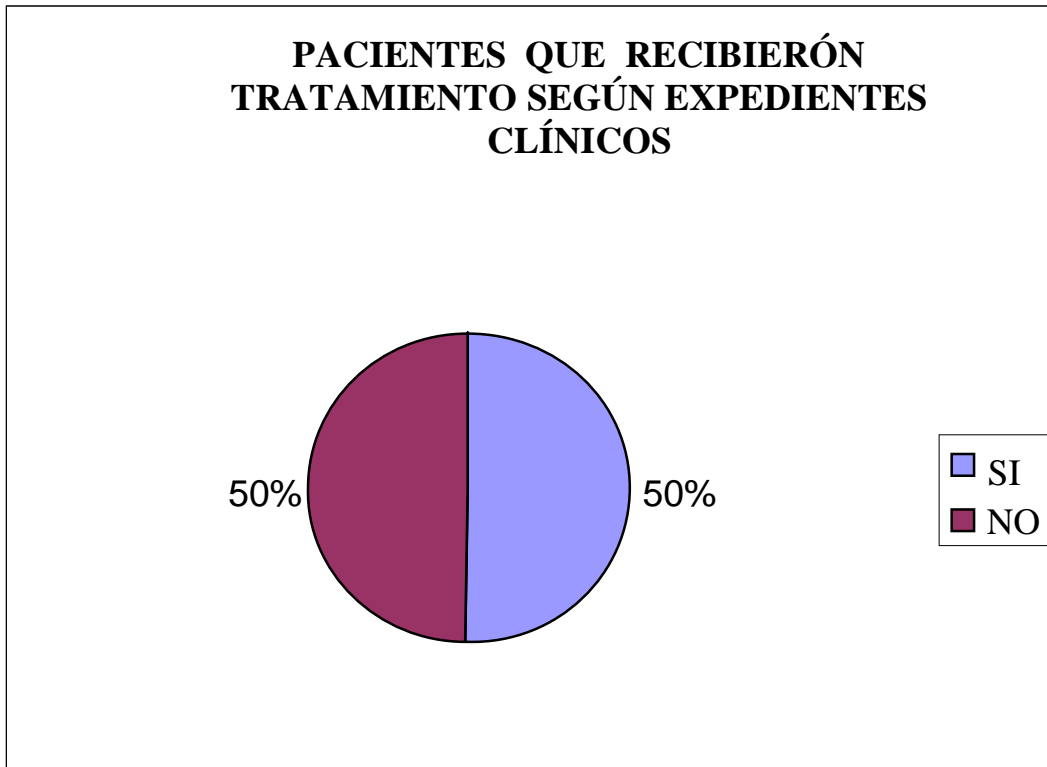
ANÁLISIS:

Se puede observar que el 50% de los pacientes que presentaron diagnóstico de ansiedad en la revisión de expedientes clínicos recibieron tratamiento farmacológico; y un 50% no tuvieron tratamiento.

INTERPRETACIÓN:

De lo anterior se puede deducir que la mitad de los pacientes diagnosticados con ansiedad no tuvieron tratamiento adecuado, ya que solo recibieron tratamiento farmacológico, no hubo control subsecuente, ni referencia, y la otra mitad no recibió ningún tipo de tratamiento, lo cual puede estar determinado por la poca importancia que le dan a los problemas de salud mental, la falta de medicamentos disponibles en las unidades de salud para este tipo de pacientes, y la falta de personal capacitado, y la sobrecarga de trabajo.

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Cuadro nº 2

5.4. COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.

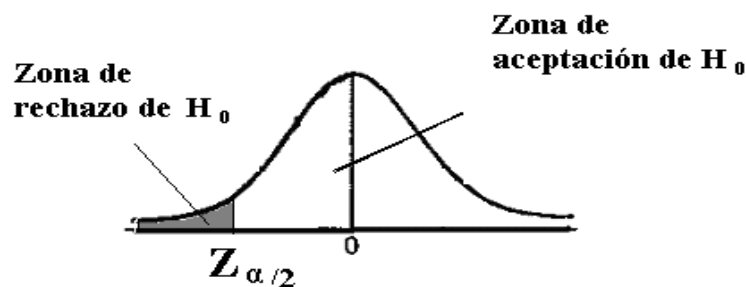
HIPÓTESIS DE TRABAJO Nº 1:

La frecuencia de ansiedad y depresión en los pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 es menos del 65%.

Al observar los cuadros de las entrevistas dirigidas a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, tanto del sexo femenino y masculino, refleja que estos pacientes presentan una frecuencia alta de ansiedad y depresión, por lo que se rechaza esta hipótesis y se acepta la hipótesis nula que dice:

La frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 es mayor o igual al 65%.

En donde se realiza la prueba de proporciones de la siguiente manera:



$$H_0: P \geq 0.65$$

$$H_1: P < 0.65$$

$$1 - \alpha = 95\% \Rightarrow \alpha = 0.05$$

$$Z_{\alpha} = -1.645 \text{ según anexo 5}$$

$$\hat{p} = \frac{26}{42}$$

$$\hat{p} = 0.62$$

$$Z = \frac{\hat{p} - p}{\sqrt{\frac{p(1-p)}{n}}}$$

$$Z = \frac{0.62 - 0.65}{\sqrt{\frac{(0.65)(0.35)}{42}}}$$

$$Z = \frac{-0.03}{0.07}$$

$$Z = -0.43$$

Conclusión como $Z = -0.43 > Z_{\alpha} = -1.645$, se acepta $H_{0.1}$. Es decir que con un 95% de confianza, la proporción de pacientes con diagnóstico de ansiedad o depresión es mayor o igual a 65%.

HIPÓTESIS DE TRABAJO Nº 2:

El manejo de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 no es adecuado en menos del 50%.

Al observar los cuadros de la revisión de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, refleja, que la mitad de los pacientes diagnosticados con ansiedad son tratados inadecuadamente, lo cual según expresa el personal médico de las diferentes unidades de salud es debido a la falta de medicamentos, personal capacitado para lograr una atención óptima en salud mental, a nivel primario.

Por lo que se rechaza la hipótesis 2.

SE RECHAZA LA HIPÓTESIS NULA H_{02} .

El manejo de ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 es adecuado en más del 50%.

Se realiza la prueba de hipótesis para muestras pequeñas así:

$$n = 4$$

$$H_0: P \geq 0.5$$

$$H_1: P < 0.5$$

$$1 - \alpha = 0.95\%$$

$$\alpha = 0.05$$

Según cuadro 1 de la prueba binomial:

$$P(X < 2) = P(X \leq 1)$$

$$P(X < 2) = 0.3125$$

Conclusión como $P(X < 2) = 0.3125 > 0.05$

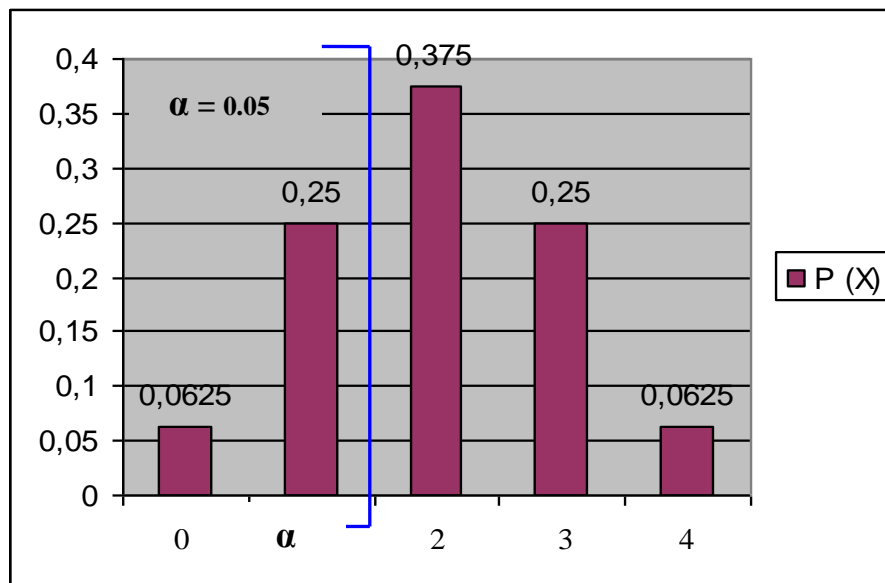
Se acepta la hipótesis trabajo H_2 , es decir, que con el 95% de confianza se concluye que al menos el 50% de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que presentaron ansiedad no fueron tratados adecuadamente.

CUADRO 1. PRUEBA BINOMIAL PARA:

$$n = 4, P = 0.5, P = \binom{n}{x} P^x \cdot q^{n-x}$$

X	P (X)	P (X ≤ X)
0	0,0625	0,0625
1	0,25	0,3125
2	0,375	0,6875
3	0,25	0,9375
4	0,0625	1

Fuente: Asesor de estadística Lic. Marcelino Mejía.



Fuente: Cuadro nº 1

CAPITULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

6. 1. CONCLUSIONES.

En este capítulo se mencionan las conclusiones a las que llegó el grupo investigador.

- ✓ Los trastornos de ansiedad y depresión tienen una frecuencia mayor ó igual al 65% en pacientes de 30 – 70 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, de igual manera el gremio médico entrevistado, refiere que la mitad de los pacientes diabéticos presentan trastornos de ansiedad o depresión.
- ✓ La ansiedad y depresión se presentan más frecuentemente en el sexo femenino 35.7% para ansiedad, y 33.3% depresión.
- ✓ La ansiedad en pacientes del sexo femenino con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, se presenta en todas las edades, predominando entre los 41- 60 años en un 21.4%; siendo por lo general cuando se realiza el diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. En comparación al sexo masculino en donde se observó una menor frecuencia entre los 41 – 50 años con un 4.8%.
- ✓ La depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, es más frecuente en el sexo femenino, predominando en la edad de 61 – 70 años con

14.3%, en comparación con el sexo masculino que se presenta entre los 30 – 50 años en un 7.1%.

- ✓ El 50% de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, a los que se les diagnóstico ansiedad, en el período del 2001 a Junio de 2005 recibieron tratamiento inadecuado.
- ✓ Se determinó que la mayoría de los médicos entrevistados no tiene un concepto claro sobre la ansiedad y depresión; ni cuales son los criterios para referir a los pacientes que presentan estas patologías.
- ✓ Ninguna de las unidades de salud objeto de estudio cuenta con programas de salud mental, ni con los recursos necesarios, para satisfacer las necesidades de la población que demanda este tipo de atención.

6.2. RECOMENDACIONES.

AL ESTADO.

- ✓ Que proporcione la infraestructura necesaria, a nivel primario de atención en salud.

AL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

- ✓ La implementación de los programas de salud mental, en los niveles de atención primaria en salud.
- ✓ Dotar a los niveles de atención primaria de los recursos necesarios, para la aplicación de los programas de salud mental.
- ✓ Que a los médicos se les asigne un número racional de pacientes, para que les permita atenderlos de forma integral; con el objetivo de dar el mejor tratamiento.
- ✓ Brindar capacitación constante y actualizada en salud mental al personal de atención primaria, para mejorar la calidad de atención de los usuarios.
- ✓ Implementación de los Sistemas Polivalentes de Atención en Salud, en la Región Oriental.

A LOS MÉDICOS.

- ✓ Que refuercen los conocimientos sobre la ansiedad y la depresión, para tratar adecuadamente al paciente.
- ✓ Que demuestren empatía con el paciente, para que tenga la confianza necesaria y exponga su problema de salud, y pueda tratarse oportunamente.
- ✓ Reforzar el compromiso de la atención integral del paciente, enfocado a la prevención de la morbilidad física y mental.
- ✓ Orientar al usuario adecuadamente para que no tenga prejuicio a consultar por temor a que se burlen de él, o que no lo atiendan al referir sintomatología depresiva o ansiosa.
- ✓ Concientizarlo del protagonismo que tiene el éxito de su tratamiento.

AL USUARIO.

- ✓ Que acuda a los establecimientos de salud al presentar alguna sintomatología, depresiva o ansiosa.
- ✓ Evitar la automedicación, para prevenir posibles complicaciones, al ingerir medicamentos sin prescripción médica.

A LA FAMILIA.

- ✓ Educarla para que apoye al paciente durante el curso de la enfermedad, para evitar futuras complicaciones o recaídas.

- ✓ Destacar la importancia que tiene el que ellos acudan a los controles con el paciente.

A LA COMUNIDAD.

- ✓ Orientarla para que evite la estigmatización de los pacientes que presenten sintomatología depresiva o ansiosa, ya que todo ello repercute en la salud tanto física como mental de las personas.

BIBLIOGRAFIA.

LIBROS:

- ✓ **ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA DE WASHINGTON.** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV. Versión en español 1ª Edición, MASSON, S.A. 1995, Impreso en España.

- ✓ **COLEGIO MEDICO.** “Propuesta ciudadana por la salud”. Impreso en tipografía Offset Laser. San Salvador, El Salvador, C.A. Julio de 1999., 287 págs.

- ✓ **GRIJALBO.** Diccionario Enciclopédico. Ediciones Grijalbo, S.A. 1986, tomo 2 y 3. Impreso en España. 1175 págs.

- ✓ **GRUPO EDITORIAL OCEÁNO S.A.** 4ª Edición Diccionario de medicina, MOSBY, 1996, 1504 págs.

- ✓ **HARRISON.** Principios de Medicina Interna. Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, S.A.U 1998, 14ª Edición en español. Tomo II, Impreso en España. 1525 págs.

- ✓ **HERNÁNDEZ**, Sampieri Roberto, **COLLADO**, Carlos Fernando, **LUCIO**, Pilar Baptista. Metodología de la investigación, 2003 McGraw-Hill, Interamericana de España, S.A.U. 705 págs.

- ✓ **MASSON, S.A.** Manual Washington de Terapéutica Médica, 2001, Impreso en España. 30ª Edición. 709 págs.

- ✓ **CANALES**, Francisca H. de, **ALVARADO**, Eva Luz de, **PINEDA**, Elia Beatriz. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. 1994, 2ª Edición. 225 págs.

- ✓ **MILTON**, J. Susan. Estadística para Biología y Ciencias de la Salud. 3ª Edición Editorial McGraw-Hill-Interamericana de España, 2001. 592 págs.

- ✓ **ROJAS**, Soriano Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales. 34ª Edición, 2000. Editorial Valdez. 437 págs.

- ✓ **SALÍN**, Pascual. Rafael J. Los Trastornos Afectivos para Médicos no Psiquiatras, México, 1997. 141 págs.

- ✓ **SCHMELKES**, Corina, Manual para la Presentación de Anteproyectos e Informes de Investigación. 1998, 2ª Edición. 206 págs.

- ✓ **TORO G**, Ricardo y Yepes R, Luis Eduardo, Psiquiatría, 3ª Edición, 1998, Colombia. 446 págs.

DOCUMENTOS:

- ✓ **DULTZIN**, Benjamín. Tratamiento de la Depresión y su comorbilidad. Hospital Ángeles del pedregal. Impresión comercial, L.N. Documento No 18. Octubre de 1999. Impreso en México. 74 págs.

BOLETINES:

- ✓ Llanos, G. y Libman, I. (1995). La diabetes en las Américas. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 118.CD, Washington: Organización Panamericana de la Salud, pp. 1-17.

PERIÓDICOS:

- ✓ El Diario de Hoy."Cuando la mente engaña al organismo". "Periódico", San Salvador, El Salvador, C.A., 17 de Abril de 2005. Págs. 29 a 30. Precio \$0.50.

DIRECCIONES ELECTRÓNICAS:

- ✓ Grupo de trabajo de Diabetes de la SAMFyC. Documento (disponible en <http://www.diabetes.org/diabetescare/1997-07/pg1183.htm>). Consultada 18 de junio de 2005.

- ✓ <http://www.Biblioteca.consultapsi.com/DSM/Dsm.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005

- ✓ <http://www.odontocat.com/odontoestomaca.htm>. Documento (disponible en info@mediks.com) consultada 30 (Abril) 2005

- ✓ JENNIFER Mayfiel, M.D., Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus: New Criteria Copyright © 1998 by the American Academy of Family Physicians. Documento (disponible en <http://www.aafp.org/afp/981015ap/index.html>.) consultada 18 de Junio de 2005.

- ✓ [http://www.El Salvador Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.htm](http://www.ElSalvadorMinisterio.de.Salud.Pública.y.Asistencia.Social.htm) Documento (disponible en [ministerio de salud.com](http://www.ministerio.de.salud.com)) consultada 02 (Mayo) 2005.

ANEXOS

ANEXO N° 1

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES GENERALES A DESARROLLAR EN EL PROCESO DE GRADUACIÓN
CICLO I Y II AÑO 2005**

Meses	marzo				abril				mayo				junio				julio				agosto				septiembre				octubre				noviembre				diciembre							
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Actividades																																												
Inscripción de proceso graduación			x	x																																								
Elaboración de perfil de investigación					x	x	x	x																																				
Entrega de perfil(06-05-05)									x																																			
Exposición de perfil (13/05/05)										x																																		
Elaboración de protocolo de investigación									x	x	x	x	x	x	x	x																												
Ejecución de investigación																	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																
Elaboración de informe final																													x	x	x	x												
Presentación de informe final																																	x	x										
Exposición oral de resultados																																					x	x	x	x				

ANEXO Nº 3

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA ORIENTAL
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CARRERA DE DOCTORADO EN MEDICINA

- Objetivo: Determinar el conocimiento de los médicos consultantes de las U de S objeto de estudio sobre la atención de Ansiedad y Depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Nombre: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____

Unidad de Salud: _____

1. Seleccione los trastornos más frecuentes de salud mental en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Trastorno bipolar

Ansiedad.

Esquizofrenia.

Depresión.

Otros: _____

2. ¿Qué es ansiedad?

3. ¿Cuál es la frecuencia de ansiedad en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

Alta

Baja

4. ¿Cuáles son los criterios de valoración para el diagnóstico de la ansiedad?

5. ¿Qué es la depresión?

6. ¿Cuál es la frecuencia depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

Alta

Baja

7. ¿Cuáles son los criterios de valoración para el diagnóstico de la depresión?

8. ¿Cuáles son las dificultades para el diagnóstico de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

9. ¿Cuál es el tratamiento que conoce para la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2?

10. ¿De esos cuáles existen en la unidad de salud?

11. ¿Cuál es la relación que existe entre los hipoglucemiantes orales con ansiedad y depresión?

12. ¿Cuál es el seguimiento que se les da a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que presentan ansiedad y depresión?

13. ¿Cuáles son las complicaciones en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 al presentar un episodio de ansiedad y depresión?

14. ¿Cuáles son los criterios para referir a un paciente con ansiedad y depresión?

15. ¿Existe algún programa de salud mental en la unidad de salud?

Si ____ ¿Cuál?_____

No ____ ¿por qué?_____

ANEXO Nº 4

ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG

SUBESCALA DE ANSIEDAD

1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
2. ¿Ha estado muy preocupado por algo?
3. ¿Se ha sentido muy irritable?
4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

(Si hay 3 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)

5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

TOTAL ANSIEDAD: _____

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

1. ¿Se ha sentido con poca energía?
2. ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar)

5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
8. ¿Se ha sentido usted enlentecido?
9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?

TOTAL DEPRESIÓN: _____

CRITERIOS DE VALORACIÓN

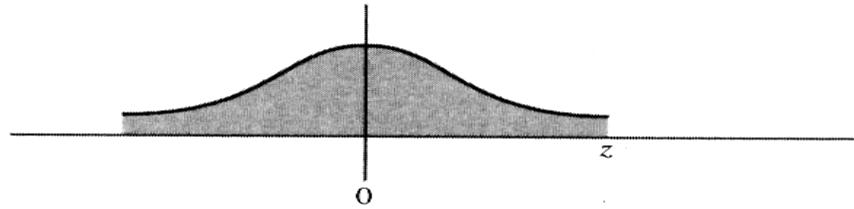
Subescala de ansiedad: 4 o más respuestas afirmativas

Subescala de depresión: 2 o más respuestas afirmativas

ANEXO № 5

Tabla III. Distribución acumulada: normal estándar

$$F_Z(z) = P[Z \leq z]$$



z	0.00	0.01	0.02	0.03	0.04	0.05	0.06	0.07	0.08	0.09
-3.4	0.0003	0.0003	0.0003	0.0003	0.0003	0.0003	0.0003	0.0003	0.0003	0.0002
-3.3	0.0005	0.0005	0.0005	0.0005	0.0004	0.0004	0.0004	0.0004	0.0004	0.0003
-3.2	0.0007	0.0007	0.0006	0.0006	0.0006	0.0006	0.0006	0.0005	0.0005	0.0005
-3.1	0.0010	0.0009	0.0009	0.0009	0.0008	0.0008	0.0008	0.0008	0.0007	0.0007
-3.0	0.0013	0.0013	0.0013	0.0012	0.0012	0.0011	0.0011	0.0011	0.0010	0.0010
-2.9	0.0019	0.0018	0.0018	0.0017	0.0016	0.0016	0.0015	0.0015	0.0014	0.0014
-2.8	0.0026	0.0025	0.0024	0.0023	0.0023	0.0022	0.0021	0.0021	0.0020	0.0019
-2.7	0.0035	0.0034	0.0033	0.0032	0.0031	0.0030	0.0029	0.0028	0.0027	0.0026
-2.6	0.0047	0.0045	0.0044	0.0043	0.0041	0.0040	0.0039	0.0038	0.0037	0.0036
-2.5	0.0062	0.0060	0.0059	0.0057	0.0055	0.0054	0.0052	0.0051	0.0049	0.0048
-2.4	0.0082	0.0080	0.0078	0.0075	0.0073	0.0071	0.0069	0.0068	0.0066	0.0064
-2.3	0.0107	0.0104	0.0102	0.0099	0.0096	0.0094	0.0091	0.0089	0.0087	0.0084
-2.2	0.0139	0.0136	0.0132	0.0129	0.0125	0.0122	0.0119	0.0116	0.0113	0.0110
-2.1	0.0179	0.0174	0.0170	0.0166	0.0162	0.0158	0.0154	0.0150	0.0146	0.0143
-2.0	0.0228	0.0222	0.0217	0.0212	0.0207	0.0202	0.0197	0.0192	0.0188	0.0183
-1.9	0.0287	0.0281	0.0274	0.0268	0.0262	0.0256	0.0250	0.0244	0.0239	0.0233
-1.8	0.0359	0.0351	0.0344	0.0336	0.0329	0.0322	0.0314	0.0307	0.0301	0.0294
-1.7	0.0446	0.0436	0.0427	0.0418	0.0409	0.0401	0.0392	0.0384	0.0375	0.0367
-1.6	0.0548	0.0537	0.0526	0.0516	0.0505	0.0495	0.0485	0.0475	0.0465	0.0455
-1.5	0.0668	0.0655	0.0643	0.0630	0.0618	0.0606	0.0594	0.0582	0.0571	0.0559
-1.4	0.0808	0.0793	0.0778	0.0764	0.0749	0.0735	0.0721	0.0708	0.0694	0.0681
-1.3	0.0968	0.0951	0.0934	0.0918	0.0901	0.0885	0.0869	0.0853	0.0838	0.0823
-1.2	0.1151	0.1131	0.1112	0.1093	0.1075	0.1056	0.1038	0.1020	0.1003	0.0985
-1.1	0.1357	0.1335	0.1314	0.1292	0.1271	0.1251	0.1230	0.1210	0.1190	0.1170
-1.0	0.1587	0.1562	0.1539	0.1515	0.1492	0.1469	0.1446	0.1423	0.1401	0.1379
-0.9	0.1841	0.1814	0.1788	0.1762	0.1736	0.1711	0.1685	0.1660	0.1635	0.1611
-0.8	0.2118	0.2089	0.2061	0.2033	0.2005	0.1977	0.1949	0.1921	0.1893	0.1867

ANEXO Nº 6

REVISIÓN DE EXPEDIENTES CLÍNICOS.

De la revisión de un total de treinta expedientes clínicos de los pacientes de 30 a 70 años de edad, diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, en el período del 2001 a Junio de 2005, se encontró, que solamente cuatro pacientes fueron diagnosticados con ansiedad; de los cuales, dos recibieron tratamiento farmacológico, no hubo controles subsecuentes para valorar la evolución del paciente. Los otros dos se los trato con acetaminofén. Multivitaminas y hierro.

El resto de pacientes consulto por controles de la diabetes mellitus.

