



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2
EN HOSPITAL RURAL DE OPORTUNIDADES DE CHARCAS
SAN LUIS POTOSÍ**

TESINA

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:
DR. JESÚS SALVADOR ROJAS MONTES**

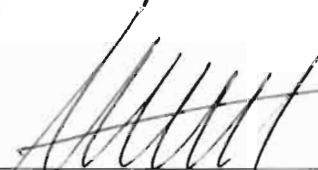


2005

APROBADO POR



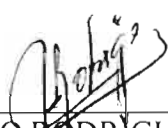
DR. PEDRO GUADALUPE BARRIOS SANTIAGO
JEFE DELEGACIONAL DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
IMSS



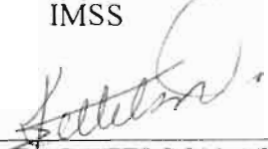
DR. GUILLERMO E. STEVENS AMARO
SECRETARIO DE POSTGRADO DE LA FACULTAD DE MEDICINA UASLP



DRA. MARTHA ELINA VIDALES RANGEL
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIONEN SALUD
UNIDAD MEDICINA FAMILIAR No. 47
IMSS



DR. FLORENCIO RODRIGUEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
IMSS



DRA. ZAIDÉ KETTELSON ABUD
PROFESOR ADJUNTO DE LA RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR
IMSS

ASESOR



DRA. CATALINA RIVERA MARTINEZ
MEDICO PSIQUIATRA
PROFESOR INVITADO RESIDENCIA MEDICINA FAMILIAR
IMSS SAN LUIS POTOSI



QFB CARLOS VILLASEÑOR GONZALEZ
JEFE LABORATORIO CLINICO DE LA UMF #45
IMSS SAN LUIS POTOSI

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme dejado llegar hasta este momento.

A Elsa por su amor, cariño y apoyo incondicional.

A la Doctora Catalina por su apoyo y dedicación.

A mis Padres por su apoyo y paciencia

A Alejandra y su futuro hermano por ser fuente de mi inspiración.

| | ÍNDICE | PAG |
|--------|---|------------|
| I.- | MARCO TEÓRICO | 1 |
| | ANTECEDENTES | |
| | a) Factores no modificables | 2 |
| | b) factores modificables | 3 |
| | c) Aspectos psicosociales de la Diabetes | 3 |
| | d) Trastornos psiquiátricos | 5 |
| | e) Manejo del estrés | 6 |
| | f) Consecuencias psicobiológicas de la diabetes sobre el SNC | 7 |
| II.- | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| III.- | JUSTIFICACION | 12 |
| IV.- | OBJETIVO | 13 |
| V.- | MATERIAL Y METODOS | |
| | 5.1 Tipo del estudio | 14 |
| | 5.2 Tamaño de la muestra | 14 |
| | 5.3 Criterios de inclusión | 15 |
| | 5.4 Criterios de exclusión | 15 |
| VI.- | PROCEDIMIENTO | 17 |
| VII.- | RESULTADOS | 18 |
| VIII.- | CONCLUSIONES | 19 |
| IX.- | RECOMENDACIONES | 20 |
| IX.- | ANEXOS | 21 |
| | Escala de Zung | 23 |
| X.- | BIBLIOGRAFÍA | 24 |

I.-MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES.

LA DIABETES MELLITUS.- Es un síndrome clínico que resulta de la secreción deficiente de insulina, esta deficiencia puede ser absoluta, o relativa, absoluta cuando la secreción de insulina es menor de lo normal, y relativa cuando no se satisface el aumento en la demanda de insulina en condiciones en que la acción de la hormona está disminuida ⁽¹⁾

Actualmente la diabetes mellitus es considerada una pandemia con una tendencia ascendente. Estimaciones recientes refieren la existencia de 120 millones de diabéticos en el mundo, y se espera que esta cifra se duplique en los próximos 10 años. En México cada año se registran mas de 180 mil casos nuevos de esta enfermedad y es causa de aproximadamente 36 000 defunciones. ⁽¹⁾

En el IMSS la diabetes se sitúa en el segundo lugar dentro de los motivos de demanda en la consulta de medicina familiar, y en primer lugar en la consulta de especialidad. Es también una de las principales causas de internamiento hospitalario y también se encuentra entre las primeras causas de mortalidad; en promedio mueren por complicaciones de esta enfermedad 40 derechohabientes diariamente. Su repercusión económica se puede apreciar si consideramos que durante el quinquenio 1991 –1996, el gasto promedio anual de la atención de los enfermos que padecen diabetes mellitus superó los 1650 millones de pesos. ⁽²⁾

Su prevalencia se incrementó en forma significativa en las últimas décadas y hoy en día afecta un 8% de la población mayor de 20 años. ⁽¹⁾

La prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 varía de 0 a 39 % en función de la raza, edad y tipo de encuesta. En México recientemente se estimó que oscila de 1.95% en el medio rural y 6.3% en el urbano, elevándose conforme aumenta la edad, en el medio urbano se reporta 1.6% en menores de 40 años, 22.3% en mayores de 62 años. En el rural 0.3% en menores de 40 años, 6.5% en mayores de esa edad. La prevalencia mundial de la Diabetes tipo 2 va de 5 a 211 por 100 mil habitantes. En 1992 se estimó que fue el cuarto motivo más frecuente de consulta en el IMSS, y en general fue la novena causa de morbilidad y la cuarta de mortalidad, con una pérdida de años de vida productiva de 4.3% en hombres y 5.8% en mujeres. ⁽³⁾

La Diabetes mellitus constituye un problema de salud pública tanto por la magnitud de sus repercusiones en el área biológica como en la Psicológica y social. ⁽⁴⁾

Los factores predisponentes de la diabetes mellitus se clasifican en factores modificables y no modificables. ⁽⁴⁾

A.-NO MODIFICABLES.

- Ascendencia hispánica.
- Edad igual o mayor a 45 años.

Antecedentes de Diabetes mellitus en un familiar de primer grado (padres, hermanos o hijos). Mujer con antecedente de haber tenido un hijo, con un peso al nacer de > de 4 Kg ⁽⁴⁾

B.- MODIFICABLES.

- Obesidad
- Sobrepeso
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Manejo del estrés
- Hábitos inadecuados de alimentación
- Estilo de vida contrario a su salud⁽⁴⁾

Los factores modificables son los que preocupan más al médico en su práctica diaria, ya que si se logra incidir en ellos ya sea por cambios en el estilo de vida o por intervención farmacológica, se puede disminuir la probabilidad de que la enfermedad se manifieste o bien se retarde su aparición y se modifique la evolución desfavorable hacia complicaciones micro y macrovasculares.⁽⁵⁾

C.- ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA DIABETES.

El adulto con diabetes mellitus va más allá de un organismo que requiere corrección de los factores que vuelven insuficiente el efecto de la insulina endógena disponible. Es una persona con emociones propias que la enfermedad afecta y además es miembro de una comunidad que puede cambiar hacia él, precisamente por que padece diabetes. La comprensión y atención de los

aspectos psicosociales tiene importancia desde dos puntos de vista. En primer lugar, para eliminar o reducir las barreras que dificultan un control metabólico adecuado y también para favorecer el bienestar mental y social del paciente.⁽⁶⁾

Los factores que influyen en la respuesta emocional al diagnóstico y tratamiento incluyen: edad, personalidad básica, autoestima, creencias sobre salud, ambiente social y nivel económico entre otros. Algunos pacientes reaccionan ante el diagnóstico de diabetes con negación, enojo, hostilidad o depresión antes de aceptar el reto que implica el tratamiento.⁽⁶⁾

Se ha reportado, que probablemente, los factores psicosociales se encuentran implicados en el origen de la enfermedad y en el curso de la misma, como influencia relacionales, mediante respuestas de estrés o bien modificando las conductas del paciente frente a su padecimiento⁽⁶⁾

El manejo integral del paciente con diabetes mellitus requiere tomar en cuenta el conflicto familiar en que se desenvuelve, ya que se ha encontrado relación entre disfunción familiar y control glucémico.⁽⁷⁾

Es necesario favorecer la aceptación del padecimiento e identificar la patología psiquiátrica, así como las relaciones afectivas y la ansiedad. El manejo adecuado de estos factores se asocian a la mejoría de calidad de vida y a la adherencia del paciente diabético al tratamiento.⁽⁷⁾

Ciechanowski y cols. observaron en un estudio de 367 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que los pacientes con depresión severa, tenían menos apego al tratamiento que aquellos que tenían depresión leve .De igual manera para el apego a la dieta los pacientes con depresión severa y con depresión leve respectivamente)⁽⁸⁾

Los factores que influyen con mayor importancia son:

- 1.- Trastornos psiquiátricos.
2. - Manejo del estrés.
3. - Consecuencias psicobiológicas de la diabetes sobre el SNC ⁽⁸⁾

D.- TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS.

En estudios recientes se informó que la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2 es más alta que en la población general. La edad de aparición en la población en general esta entre los 27 y 35 años de edad. La cual es similar a la edad de aparición de la diabetes tipo 2. No existe, a la fecha, evidencia científica de una "personalidad diabética", a diferencia de lo que se observa en otras enfermedades crónicas, sin embargo, Lustman encontró que el paciente con diabetes mellitus presenta un mayor grado de psicopatología que la población no diabética. Un estudio en 114 pacientes diabéticos tipo I y II reportó que 71% tenían algún padecimiento psiquiátrico. El trastorno depresivo mayor representaba 33% de los casos, el trastorno de ansiedad generalizada 41% y 14% sufría un episodio depresivo al momento del estudio. Además, en los diabéticos tipo 2 la agorafobia y la fobia simple fueron más comunes; la frecuencia de trastornos psiquiátricos fue mayor en aquéllos con mal control metabólico y la presencia de trastornos psiquiátricos aumentaba la incidencia de los síntomas propios de la diabetes. Los síntomas de depresión según el DSM IVTR que con mayor frecuencia se atribuyen a la diabetes son: ⁽⁸⁾.

- a) Pérdida de peso.
- b) Cansancio
- c) Hipersomnia
- d) Disminución de la actividad psicomotriz
- e) Pérdida del interés sexual⁽⁹⁾

La evolución de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus suele ser crónica y severa y existen evidencias de que se relaciona con el descontrol metabólico del padecimiento⁽⁸⁾. Benjamín J Murawski y cols. observaron en un

estudio de 112 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de 25 a 28 años de evolución que dichos pacientes tenían fuertes sentimientos de pesimismo y desesperanza⁽⁹⁾

Desde el punto de vista bioquímico, la depresión mayor, se caracteriza por el aumento de las concentraciones séricas de hormonas contrareguladoras, principalmente del cortisol, que no se suprime con la administración de dexametasona. Respecto a sus disfunciones familiares, se ha encontrado que 28% de los matrimonios de los pacientes diabéticos son pobremente funcionales, mientras que 25% de sus familias son consideradas como inestables en relación a los controles. Las familias que cuentan con un miembro con diabetes suelen funcionar en base a características de excesiva fusión, e incapacidad para resolver los conflictos. Glasgow y otros actores han relacionado el control metabólico con la adherencia metabólica terapéutica del paciente y el grado de apoyo proporcionado por sus familiares a través de determinadas conductas evaluando el nivel de soporte y la satisfacción percibida por el enfermo. Se considera como conductas de apoyo acompañar al paciente a realizar ejercicio, comer los mismos alimentos que él y ayudarlo hacer los ajustes a la dosis de insulina por citar algunos.⁽⁹⁾

E.- MANEJO DEL ESTRÉS.

Los pacientes con diabetes tipo 2 cursan con niveles circulantes de catecolaminas mayores que los individuos normales, así como de péptidos opioides capaces de bloquear la respuesta cardiovascular durante el estrés. Es conocida la hipersensibilidad del receptor alfa 2 de Páncreas del paciente diabético. La diabetes tipo 2 puede ser vista como un problema de homeostasis regulada neuralmente, en la que el estrés por medio del sistema central autónomo interactúa influyendo, en el curso de la enfermedad.¹⁰⁾

Las fuentes de estrés para el paciente diabético son múltiples. El

diagnóstico, la restricción dietética, la presencia de complicaciones agudas y crónicas. De la forma en que el paciente aborda estos problemas dependerá su adaptación, y por tanto su adherencia y plan terapéutico. ⁽¹⁰⁾

F.- CONSECUENCIAS PSICOBIOLOGICAS DE LA DIABETES SOBRE EL S.N.C.

Es conveniente identificar las crisis adaptativas por las que atraviesa el diabético desde el inicio del diagnóstico de la enfermedad. En una fase inicial es conveniente facilitar la expresión abierta de las emociones negativas asociadas de la pérdida de la salud tanto en el paciente como en sus familiares. ⁽¹⁰⁾

Al momento del diagnóstico hay áreas que requieren más apoyo por:

- La incertidumbre y miedo respecto al futuro.
- Los sentimientos de culpa y coraje.
- La impotencia y desesperanza respecto al manejo de la enfermedad.
- El abandono de las metas de la vida por parte del paciente. ⁽¹⁰⁾

El tipo y cantidad de información que se proporciona al paciente deben valorarse individualmente, en momentos en que la ansiedad es excesiva la capacidad de procesar información puede verse severamente limitada. Los mensajes que con mejor fortuna son los breves, claros y simples. ⁽¹⁰⁾

La atención integral del paciente diabético plantea un terrible reto al trabajo

interdisciplinario. La consideración de factores psicosociales que influyen en el curso de la enfermedad es fundamental, ya sea en el plan individual o en el trabajo de orientación grupal. Meyer y colaboradores han criticado que en diabéticos sujetos a tratamiento psicoanalítico, las fluctuaciones en la glucosa son susceptibles de ser relacionadas con estados de perturbación emocional. Hinkle y colaboradores encuentran que hay una relación entre la iniciación del padecimiento y situaciones emocionales que implican la reactivación de una experiencia de rechazo ocurrida en la infancia. Lodz señala que la necesidad de satisfacerse oralmente por la ingestión de comida particularmente en periodos de angustia y de frustración no es tomada en cuenta suficientemente por el médico, quien impone a sus enfermos restricciones que no pueden sobre llevar y que al ser violadas, generan sentimientos de culpa y resentimiento hacia el médico y los familiares que supervisan la alimentación. El problema ha sido estudiado mediante la creación, en condiciones de laboratorio, en situaciones capaces de suscitar intensa emoción en los sujetos. Usando este método se ha observado que las curvas de tolerancia a la glucosa de un individuo pueden tener grandes diferencias de acuerdo con cambios en su estado anímico. En general, la curva se altera cuando el sujeto se siente hostil o deprimido y es más normal cuando se siente aceptado.⁽¹⁰⁾

En los últimos 30 años el interés por los aspectos psicológicos de la diabetes Mellitus se ha concentrado en el proceso de duelo y su relación con la muerte sin embargo, no siempre el duelo se vincula con la muerte sino a veces requiere de un ajuste constante a la pérdida del yo. En este proceso se observa una etapa que se aplica más a las pérdidas y se requiere de una adaptación a las enfermedades crónicas, al divorcio, a la muerte de un ser querido y a un cambio en el modo de vida en el estado inicial del duelo en el choque "el sujeto no acierta a entender ni la realidad de la aceptación de su sentido". Negación es la manifestación de este choque inicial y a veces hace que se aplase la búsqueda de atención médica al no admitirse repercutiendo esas acciones en el seno familiar del cual forma parte el paciente diabético; por otra parte, las reacciones familiares hacia el paciente evolucionan de varias maneras, distinguiéndose las siguientes fases de esta evolución:⁽¹¹⁾

- Un período de conflicto inicial con reacciones de negación e incredulidad al diagnóstico. ⁽¹¹⁾

- Un período de lucha contra la enfermedad con ira y coraje (esto es más frecuente en padecimientos incurables, como el caso de la diabetes) que se manifiesta con miedo, frustración y depresión. ⁽¹¹⁾

- Un período final de reorganización información y aceptación del padecimiento. ⁽¹¹⁾

Cercana a la negación está la realización, que consiste en el uso defensivo de explicaciones racionales válidas o inválidas, en un instante por ocultar emociones dolorosas. ⁽¹¹⁾

Los pacientes que responden con depresión al conocer el diagnóstico de diabetes Mellitus puede cursar con desinterés, pérdida de peso, fatiga, e hiporexia. Algunos pacientes utilizan procesos intelectuales para dominar las emociones aflitivas causadas por el padecimiento, en este caso suelen aprender todo lo relativo a los aspectos médicos fisiológicos y psicológicos de la enfermedad con el objeto de disminuir su ansiedad, debido a que se familiarizan con el probable curso y pronóstico de su padecimiento ⁽¹²⁾.

De acuerdo a los criterios diagnósticos de DSM-IVTR se considera la depresión un trastorno afectivo que se presenta y cursa por lo menos con 5 de los siguientes síntomas. ⁽¹²⁾.

a) Humor deprimido la mayor parte del día.

b) Interés o gusto notablemente disminuidos en todas o casi todas las actividades.

c) Baja o aumento de peso importante con disminución o incremento en el apetito

- d) Insomnio o sueño excesivo
- e) Agitación o retraso psicomotor.
- f) Fatiga o pérdida de energía.
- g) Sentimientos de minusvalía o de culpa excesiva o inapropiada (que quizá sea ilusorios)
- h) Disminución en la capacidad para pensar, concentrarse, o indecisión⁽¹²⁾.

Existen varias escalas para valorar la depresión, para fines de este estudio se utilizara la escala de Zung para identificar la depresión de los pacientes con diabetes, la que ya se encuentra validada en varios estudios.⁽¹³⁾

II.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Conociendo que la depresión en pacientes con DM TIPO 2 tiene un impacto negativo en su adecuado control de la glucemia, y conociendo que la diabetes se encuentra dentro de las enfermedades crónicas que ocupan uno de los primeros lugares en morbilidad y mortalidad de la población y va en aumento tanto en cantidad como para el costo que tiene económico y social para el país, nos hacemos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál será el grado de depresión de los pacientes diabéticos del hospital rural de Charcas S.L.P. durante el periodo comprendido entre junio y noviembre del 2004?

III.- JUSTIFICACION

La diabetes Mellitus continúa siendo un problema de salud pública que repercute a nivel individual, familiar e institucional que hace evidente la importancia que tiene el primer nivel de atención médica en la educación, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

El médico familiar como parte importante dentro del equipo multidisciplinario de salud, participa en la búsqueda de alternativas de solución en beneficio de los grupos de población diabética y tiene la obligación de conocer los aspectos psicosociales que influyen para un mejor control metabólico adecuado en el paciente diabético, y efectuar acciones anticipadas de prevención de complicaciones agudas y crónicas a largo plazo.

Ayudar al paciente ante su padecimiento y en consecuencia la aceptación del diagnóstico y tratamientos establecidos para elevar en consecuencia su calidad de vida.

La prevalencia de la diabetes es cada día mayor y en sus complicaciones se gasta una gran parte del presupuesto de los hospitales y además se presenta en un gran porcentaje en la edad productiva, con este estudio se pretende identificar uno de los factores que pueden influir de manera importante en la aceptación de la enfermedad y el apego al tratamiento, con mayor control metabólico, lo que dará las bases para proponer alternativas y además contribuir a disminuir el gasto hospitalario⁽¹³⁾.

IV.- OBJETIVO

Determinar el grado de depresión en la población con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital rural No. 15 de Charcas S.L.P.

V.- MATERIAL Y MÉTODOS

Clasificación del diseño del estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal .

Población de estudio:

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del hospital rural de Charcas S.L.P.

MUESTRA:

El tipo de muestra fue no probabilística por los sujetos que llenaron voluntariamente el test.

CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de proporciones finitas en estudios observacionales descriptivos manejando el nivel de confianza del 95%, expresado en las tablas como 1.96, con una prevalencia del 40% (pacientes con depresión) y 60% sin depresión, con un error estándar del 10% , obteniéndose una muestra de 92.

Fórmula

$$N = \frac{Z^2 P Q}{d^2}$$

$$d^2$$

$$N = \frac{1.96^2 \times .40 (1 - .40)}{.10} = \frac{1.921984}{.10} = 19.21984 = 19$$

$$.10$$

$$.10$$

Criterios de inclusión:

- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que desearan participar de manera voluntaria en el llenado del test de Zung para depresión,
- ambos sexos.
- Independientemente de los años de Evolución

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no quisieron participar en el estudio.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos
- Patología verbal o auditiva.
- Pacientes en etapa Terminal

TEST PARA VALORAR DEPRESIÓN (ESCALA DE ZUNG)

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La escala de Zung para valorar el grado de depresión, abarca 20 rubros y abarcan alteraciones del afecto como síntomas cognoscitivos y fisiológicos más frecuentes.

Una vez que el paciente ha terminado de responder la escala, el examinador asigna los valores numéricos previamente determinados a cada categoría y que van del 1 al 4. La obtención de la máxima calificación en cada una, es un indicador de un síntoma más grave.

La suma total es transformada a un índice que señala a la severidad del trastorno depresivo.

La calificación final se obtiene mediante la transformación de la puntuación total al índice SDS de acuerdo con la tabla de conversión. La intensidad del cuadro depresivo queda así determinada:

50 a 59 = depresión leve

60 69 = depresión moderada

70 o más = depresión severa.

PROCEDIMIENTO

Se entregó el test de Zung a todo paciente que quisiera llenar la encuesta del hospital rural de Charcas S.L.P., y a los pacientes analfabetas se les leyó pregunta a pregunta para la recolección de los datos. Posteriormente se calificaron las encuestas y se hizo la conversión de la puntuación Bruta al índice SDS.

RESULTADOS

De los 92 pacientes estudiados con diabetes mellitus a los cuales se les aplicó el test de Zung para depresión, en el hospital rural de Charcas S.L.P., se encontró que 22 pacientes no tuvieron depresión (23.91%), 59 pacientes presentaron depresión (64.13%), 11 pacientes tuvieron el cuestionario incompleto(11.9%).

35 pacientes presentaron depresión leve (59.32%), 18 pacientes tuvieron depresión moderada (30.50%) y 6 pacientes presentaron depresión severa (10.16%)., con depresión leve 5 pacientes eran hombres (14.28%), y 30 eran mujeres (85.71%); con depresión moderada sólo uno fue hombre(5.55%) y el resto mujeres 94.4%. Con depresión severa todas fueron mujeres. De los 22 pacientes sin depresión 6 fueron hombres (27.27%), contra 16 mujeres (77.27%).

CONCLUSIONES

Al medir el grado de depresión en los pacientes diabéticos del hospital rural No.15 de Charcas encontramos que hay un impacto en la presentación de esta entidad, ya que de los 92 pacientes estudiados, 59 (64.13%) tuvieron algún grado de depresión. En la literatura se reporta 40% de depresión en población General.

RECOMENDACIONES

El médico familiar como consultante de primer contacto tiene como reto el detectar esta patología de manera temprana, así como su referencia a los casos graves de depresión a un segundo nivel.

También es tarea del médico familiar el fomentar grupos de apoyo para este tipo de población ya que en nuestro estudio nos pudimos dar cuenta que los pacientes diabéticos, fueron más vulnerables de presentar algún tipo de depresión; mediante la aplicación de un programa de dieta, ejercicio y atención de la depresión, obtendrán un mejor control de la glucemia, y buena calidad de vida.

ANEXOS

Conversión de la puntuación bruta al índice SDS

| P.Bruta | Indice SDS |
|---------|------------|
| 20 | 25 |
| 21 | 26 |
| 22 | 28 |
| 23 | 29 |
| 24 | 30 |
| 25 | 31 |
| 26 | 33 |
| 27 | 34 |
| 28 | 35 |
| 29 | 36 |
| 30 | 38 |
| 31 | 39 |
| 32 | 40 |
| 33 | 41 |
| 34 | 43 |
| 35 | 44 |
| 36 | 45 |
| 37 | 46 |
| 38 | 48 |
| 39 | 49 |
| 40 | 50 |
| 41 | 51 |
| 42 | 53 |
| 43 | 54 |
| 44 | 55 |
| 45 | 56 |
| 46 | 58 |
| 47 | 59 |
| 48 | 60 |
| 49 | 61 |
| 50 | 63 |
| 51 | 64 |
| 52 | 65 |
| 53 | 66 |
| 54 | 68 |
| 55 | 69 |
| 56 | 70 |
| 57 | 71 |
| 58 | 73 |
| 59 | 74 |
| 60 | 75 |
| 61 | 76 |
| 62 | 78 |
| 63 | 79 |

| | |
|----|-----|
| 64 | 80 |
| 65 | 81 |
| 66 | 83 |
| 67 | 84 |
| 68 | 85 |
| 69 | 86 |
| 70 | 88 |
| 71 | 89 |
| 72 | 90 |
| 73 | 91 |
| 74 | 92 |
| 75 | 94 |
| 76 | 95 |
| 77 | 96 |
| 78 | 98 |
| 79 | 99 |
| 80 | 100 |

ESCALA DE ZUNG PARA DEPRESIÓN

| Señale una respuesta en cada uno de los 20 rubros | Muy pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | La mayoría de las veces | puntos |
|--|-----------------|---------------|--------------|-------------------------|--------|
| Me siento abatido, desanimado y triste | | | | | |
| Por la mañana es cuando mejor me siento | | | | | |
| Tengo ataques de llanto o deseo llorar | | | | | |
| Tengo problemas de sueño durante la noche | | | | | |
| Como igual que antes | | | | | |
| Disfruto al mirar conversar y estar con mujeres/hombres atractivos | | | | | |
| Noto que estoy perdiendo peso | | | | | |
| Tengo problemas de estreñimiento | | | | | |
| Mi corazón late más rápido de lo habitual | | | | | |
| Me canso sin motivo | | | | | |
| Mi mente está tan despejada como siempre | | | | | |
| Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer | | | | | |
| Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto | | | | | |
| Tengo esperanzas en el futuro | | | | | |
| Soy mas irritable que de costumbre | | | | | |
| Tomo decisiones fácilmente | | | | | |
| Siento que soy útil y necesario | | | | | |
| Siento que mi vida está llena | | | | | |
| Siento que los demás estarían mejor sin mí, si estuviese muerto | | | | | |
| Sigo disfrutando con lo que hacía | | | | | |

BIBLIOGRAFIA.

1. - Lerman GI. Atención integral del paciente diabético. 2000, 2ª ed Mc Graw Hill Interamericana p 3-7
2. - Alpizar SM, Sotomayor GA. Acciones anticipadas ante Diabetes mellitus. Rev med IMSS 1998; 36: 3-5
- 3.-Zúñiga GS. Educación del paciente diabético. Rev med IMSS 2000;3:187-191
- 4.-García M, Reyes H, Garduño J. La calidad de vida en el paciente diabético tipo II y factores relacionados. Rev med IMSS 1995; 33:293-298
- 5.- Alpizar M, Pizaña A. Factores de riesgo en Diabetes Mellitus. Rev Ger IMSS 1999;1:12-16
- 6.- Vázquez F, Arreola F. Aspectos Psicosociales de la Diabetes Mellitus. Rev med IMSS 1994; 32: 267-270
- 7.- Ciechanowski y cols. Arch Intern Med. 2000;160:3278-3285
- 8.-De la Fuente M.R. Psic med México, Fondo de cultura económica 1975:298-300
- 9.- Murawski BJ y cols. Diabetes y depresión. DIABETES 1970;19:259-263
- 10.- Lancaster J. La manera de superar el duelo no terminal. Enfermería comunitaria, ed Interamericana 1983:145-146
- 11.-Aguilar-Salinas C. Terapéutica Médica, ed Interamericana 1977:228-229
- 12.- Van DC, Rain GS. Depresión en el anciano. Manual clínico de geriatría, ed Manual moderno;1994:53-57
- 13.-Irigoyen C A. Diagnóstico Familiar. Ed Medicina Familiar Mexicana 2000; 6ª ed: 36-40

