



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA DE URGENCIAS.

“Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias de un hospital general y su relación con el desapego al tratamiento”

Claudia Guadalupe Maciel Morones

ASESOR

Dr. Alberto Ruiz Mondragón

Coordinador de la Especialidad en Medicina de Urgencias

CO – ASESORES

Dra. Fátima Alondra Sánchez Martínez

Especialidad Medicina de Urgencias



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en Medicina de Urgencias

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE URGENCIAS

TÍTULO DE TESIS

“Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias de un hospital general y su relación con el desapego al tratamiento”

Firmas

Dr. Alberto Ruiz Mondragón Coordinador de la Especialidad en Medicina de Urgencias	
CO – ASESORES Dra. Fátima Alondra Martínez Especialidad Medicina de Urgencias	

Sinodales	FIRMA
Dra. Ruth Minerva Lugo Báez Especialidad Medicina de Urgencias	
Dr. Manuel Sánchez Pintor Especialidad Medicina del Enfermo Crítico	
Dr. Víctor Adrián Cervantes Reyes Especialidad Medicina del Enfermo Crítico	
Dr. Luis Arturo López Reveles Especialidad Medicina de Urgencias	



“Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias de un hospital general y su relación con el desapego al tratamiento”

PRESENTA

Claudia Guadalupe Maciel Morones

Autoridades	Firma
Dra. Gabriela Virginia Escudero Lourdes Coordinadora Auxiliar de Educación en Salud	
Dr. Jorge A. García Hernández Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ 50	
M.C. Ma. del Pilar Fonseca Leal Jefe del Posgrado Clínico de la Facultad de Medicina UASLP	
Dr. Alberto Ruiz Mondragón Coordinador de la Especialidad en Medicina de Urgencias	



RESUMEN

“Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias de un hospital general y su relación con el desapego al tratamiento”

Dra. Claudia Guadalupe Maciel Morones; Dra. Fátima Alondra Sánchez Martínez; Dr. Alberto Ruiz Mondragón

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica muy común caracterizada por la deficiencia de la regulación de la glucosa, la OMS reporta que para el 2014 la población mundial con diabetes ascendió a 422 millones. Se ha visto que dentro de las causas de descontrol de la diabetes es el desapego al tratamiento. Por otra parte, la depresión es una patología psiquiátrica donde una de las manifestaciones principales es desinterés por las acciones habituales (por ejemplo ingesta diaria de medicamentos). En las enfermedades crónicas es común encontrar el síndrome depresivo secundario al cambio repentino del estilo de vida, dentro de estas patologías se incluye la diabetes; hay estudios que identifican, entre otros factores a la depresión como posible causa de desapego al tratamiento en pacientes con diabetes. En San Luis Potosí solo se encontró un trabajo de investigación que relaciona a la depresión con el desapego nutricional, pero no se ha establecido la relación con el desapego al tratamiento en pacientes que ingresan al servicio de urgencias.

Objetivos: Se determinar la frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas y crónicas que ingresan a urgencias y la relación con el desapego al tratamiento así como determinar los factores sociodemográficos que predisponen al paciente diabético a padecer complicaciones agudas y su relación con el desapego al tratamiento.

Metodología: Estudio observacional, prospectivo analítico, se calculó la muestra necesaria mediante la fórmula para poblaciones finitas, requiriéndose un total de 365 pacientes con diabetes tipo 2 que ingresen a urgencias; se aplicó el cuestionario dirigido a identificar la frecuencia de depresión así factores sociodemográficos que predisponen al desapego al tratamiento y su frecuencia basados en el DSMV para identificar la presencia de depresión; el análisis se realizó mediante medidas de tendencia central para las variables cuantitativas y chi cuadrada para las cualitativas; se registró la base de datos en el programa SPSS 20 para su análisis.

Resultados: Se evaluaron un total 365 pacientes con diabetes tipo 2 que ingresen a urgencias de los cuales fueron 200 mujeres y 165 hombres; se aplicó el cuestionario dirigido a identificar la frecuencia de depresión así factores sociodemográficos que predisponen al desapego al tratamiento y su frecuencia. Del total de pacientes, el 360 resultaron positivos para depresión. En relación al apego al tratamiento, 258 pacientes no lo tuvieron y que resultaron positivos para depresión, 102 pacientes con buen apego al tratamiento con



resultados positivos para depresión. La edad promedio fue de 60.47ños, con un mínimo de 18 y hasta 91 años.

Conclusiones: La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica muy común con un número importante de ingresos a los servicios de urgencias .En nuestro estudio, no se encontró una relación significativa con la depresión y el apego al tratamiento, sin embargo, se encontró una incidencia grande de depresión en pacientes diabéticos no diagnosticada.



DEDICATORIAS

A mis padres, a mi familia por todo su apoyo y paciencia en mi ausencia en esta travesía.

A mis asesores

Dr. Alberto Ruiz Mondragón

Dra. Fátima Alondra Sánchez Martínez

A mis maestros:

Dr. Gustavo Ibarra Cabañas

Dr. Víctor Emmanuel Castellon Uribe

Dr. Juan Fernando Vidrio Muñoz

Dr. Rene Sandoval Munro

Dr. Antonio Sánchez Herrera

Dr. Gary Iván Cabral Flores

Dra. Ruth Minerva Lugo Baéz

Dra. Adriana Triana Muñoz

Dr. Rene Ramírez de Santiago

Dr. Javier Ruiz Ballina

Dra. Leo Arete Torres Sánchez

Dra. Judith Lorena Romero Lira

Dr. Jorge Alfredo Pech Quijano

Dr. Carlos Olan Uscanga

Dr. José Daniel Robles

Dr. Omar Cordero Saucedo

Dra. Verónica Escobedo Martínez

Dr. Daniel Villaseñor

Dr. Daniel Hernández Zapata

Dra. Laura Olidén Ramírez

Dr. Gerardo A Álvarez de la Rosa

Dr. Claudio A Díaz Manzanilla

Dr. Jaime Marin Nieto

Dr. Jorge Gómez Wolbert

Dr. Gerardo Tonatiu Jaimes Piñón

Dr. Claudio García Perales

A mis compañeros

Andrade Basilio Domingo

Arellano Villanueva Josué Antonio

Delgado Suarez Osvaldo

Leal García Anarbol

Lúa Alvarado Zuria Lay Kely

Muratalla Hernández Celina Maribel

Ordaz López Jorge Arturo

Reyes Ochoa Daniel

Sánchez de la Rosa Karen Yudith

Sánchez Sierra Ninfa Sarajh

Sarmiento Atemis Omar Jafet

Sol Avalos Ana Luisa

Zaras López Carlos Abisay

A los médicos internos de pregrado:

María Guadalupe Sandoval Avalos

Juan Alejandro Acosta Sierra

Rodrigo León García

A la Lic. *En enfermería Maritza Pedro*

Arroyo , junto con los compañeros de

enfermería de HGZ 50 de quienes en todo

momento tuve su apoyo.



AGRADECIMIENTOS

Agradecer, Una palabra tan común, que a veces olvidamos me olvido agradecer a las personas que hacen de mi vida feliz.

Agradezco también a mis padres quienes me han enseñado a lo largo de la vida los valores y sus enseñanzas que en este momento forman parte de mi vida, como el trabajo duro, la honestidad y que el descanso no es tirarse a la cama sin hacer nada si no, simplemente es cambiar de actividad y el más importante la perseverancia.

Agradezco también a las personas más importantes a lo largo de mi carrera, a aquellos que me dijeron NO PUEDES.... Porque fueron los más grandes maestros en este camino.

Finalmente agradezco ser la persona que soy ahora y que no cambiaría nada de lo que tengo en este momento y que amo enormemente lo que hago y esta profesión.

ÍNDICE GENERAL

I. RESUMEN.....	4
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. JUSTIFICACIÓN	14
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
V. OBJETIVOS.....	16
VI. HIPÓTESIS.....	16
VII. MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
1. Tipo y Diseño de Estudio.....	17
2. Población de Estudio.....	20
4. Definición y Operalización de variables.....	18
5. Criterios de Selección.....	19
6. Procedimiento.....	20
VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	21
IX. RECURSOS FÍSICOS Y MATERIALES.....	22
X. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	23
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	24
XII. ANEXOS.....	26
1. Carta de consentimiento informado.....	26
2. Oficio de permiso a Directivo	28
3. Hoja de recolección de datos.....	29

ÍNDICE

RESUMEN	III
DEDICATORIAS	III
AGRADECIMIENTOS	II
ANTECEDENTES.	1
JUSTIFICACIÓN.	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
HIPÓTESIS.	12
OBJETIVOS.	13
SUJETOS Y MÉTODOS.	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	15
ÉTICA.....	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADOS.....	21
DISCUSIÓN.	26
LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	29
BIBLIOGRAFÍA.	30
ANEXOS.	¡Error! Marcador no definido.
carta de aceptación del protocolo.....	¡Error! Marcador no definido.
Carta de autorizacion por el directivo del hospital para realizar el proyecto...	¡Error! Marcador no definido.
Consentimiento informado	¡Error! Marcador no definido.
hoja de recolección de datos.....	¡Error! Marcador no definido.
Informe tecnico.....	¡Error! Marcador no definido.

cronograma de actividades37



ANTECEDENTES.

tanto farmacológicos como de apoyo, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no se les detecta y por consecuencia, no son tratados. Entre las limitantes que existen en el tratamiento eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal capacitado, además del estigma social ante los trastornos mentales.⁴

DIABETES MELLITUS

Epidemiología.

El estudio actual de la enfermedad se ha convertido en un tema de prioridad a nivel mundial, según la OMS en su reporte anual de noviembre de 2016 refiere que : el aumento de casos nuevos de personas con diabetes a nivel mundial ha sido de 108 millones en 1980 a 422 millones en 2014, con una prevalencia mundial en adultos de 4.7% en el año de 1980 al 2014 con un aumento de 8.5% así como su impacto en países en vías de desarrollo, con una incidencia de morbi-mortalidad en personas menores de 70 años .⁵

En la población que se realizó este estudio en el estado de San Luis potosí la encuesta nacional de salud del 2012 reporta una frecuencia de la enfermedad por grupo etario y por sexo divididos en grupos de edad entre :20-39 años ,40-59 años ,60 años o más con mayor impacto en los grupos más jóvenes de 20-39 años dando un total de 267.1 por frecuencia y por sexo con mayor impacto en el sexo femenino con una frecuencia total de 337 .^{8 6}

La diabetes mellitus en la actualidad se considera como uno de los retos principales de la salud pública, en el caso de México tiene la mayor mortalidad por diabetes del continente americano y una de las más altas tasas de mortalidad en el mundo por esta enfermedad. Se observó que el incremento en la década de los ochentas con un aumento en la obesidad fue un factor importante que contribuyo a esta condición secundario a los cambios en la alimentación, estilo de vida, urbanización, disminución en la actividad física lo que dio como resultado la elevación en la incidencia en personas con diabetes. ^{1.}

Recientemente, el Instituto Nacional de Salud Pública realizo un estudio realizado en 2015 en la ciudad de México encontrando resultados en donde el 13.9% de la población de edad adulta padece de la enfermedad.

Definición.

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica irreversible del metabolismo, donde existe anomalías en la secreción de insulina del páncreas y se caracteriza por cifras de glucosa de manera elevada. La enfermedad puede ser asintomática durante muchos años en ocasiones la enfermedad se manifiesta por complicaciones graves obligan al paciente a acudir a atención de médica.³

La ADA (American Diabetes Association) clasifica a la diabetes en cuatro categorías por la etiología de la diabetes, las cuales se describen a continuación en la tabla N°1 .

Tabla 1 Clasificación de la diabetes mellitus

La DM (DIABETES MELLITUS) clasificación en cuatro categorías clínica (ADA) La diabetes mellitus se clasifica en cuatro categorías clínicas de acuerdo a la American Diabetes Association (ADA).

- DM tipo I : debida a la destrucción de la célula beta del páncreas y a un déficit absoluto de insulina .
- DM tipo 2: causa por un déficit progresivo de la secreción de insulina sobre la base de una insulinoresistencia.
- Otros tipos específicos de DM :debido a otras causas como defectos genéticos sobre la función de las célula beta o bien de la acción de la insulina , enfermedades de páncreas o inducidas farmacológica y químicamente.
- Diabetes Gestacional: la cual es diagnosticada durante el periodo de gestación.

Obtenido de: R. Iglesias; Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.³

Fisiopatología

La liberación de la insulina es un proceso primordial en el equilibrio del organismo como respuesta al transporte de energía del consumo de alimentos. La liberación de la misma es inducida en respuesta a un incremento de la glucemia, pero a su vez con una regulación de diversas sustancias.

Las sustancias que favorecen a la secreción de insulina son: la glucosa, aminoácidos, cuerpos cetónicos, al igual que la activación de su receptor 2-adrenergico y la estimulación del nervio vago. Por otro lado, los receptores que la inhiben son los 2-adrenergicos. ⁵

Los mecanismos etiopatogénicos de la diabetes tipo 2 es una combinación de una disfunción de las células beta del páncreas y el estado de resistencia a la insulina. El defecto de acción de la insulina en los tejidos periféricos y el hígado provoca un estado de hiperinsulinismo compensador esto en las primeras etapas de la enfermedad, el cual con el tiempo este mecanismo se va deteriorando tanto la función como reserva pancreática.

En consecuencia, a los años de la actividad del mecanismo de compensación provoca una hiperglucemia sostenida, esta cronicidad que, junto con la acumulación de ácidos grasos libres provocan un ambiente dañino para la célula beta. Al mismo tiempo, la obesidad, y la secreción de adipocinas potencian más la resistencia a la insulina, lo que acaba haciendo fracasar la función de las células beta y por tanto provocar esta enfermedad metabólica. ^{7,8,9}

Se han encontrado hallazgos histopatológicos en el páncreas en pacientes con DM tipo 2 los cuales sugieren, también, que son causados por isquemia, provoca una deficiencia crónica y progresiva en la secreción de insulina. Se han detectado 3 factores principales en la patogénesis de la DM tipo 2: 1) obesidad; 2) resistencia a la insulina y 3) producción

decreciente de insulina por el páncreas. La tabla número 2 describe los criterios diagnósticos para diabetes. 9

Tabla 2 Criterios diagnósticos para diabetes tipo 2

Criterios para el diagnóstico de diabetes	
	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina glucosilada > 6.5%
	<ul style="list-style-type: none"> • El test realizado en un laboratorio que utilice el método certificado por el NGSP (National Glicohemoglobin Standarized Program) y estandarizado según DCCT (ensayo Diabetes Control and Complication Trial).
	<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia plasmática en ayunas >126 mg /dl
	<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia plasmática a las 2hrs después del test de tolerancia oral a la glucosa con 75g >500mg/dl.
	<ul style="list-style-type: none"> • Glucemia plasmática >200mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.

Obtenido de: R. Iglesias ; Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.3

Una cifra diagnostica de diabetes con cualquiera de los test ha de confirmarse con una segunda determinación preferentemente con el mismo test.

Tratamiento

Los criterios generales para el tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 como se muestran en la tabla 3.

Tabla 3 Criterios para el tratamiento

Criterios para el tratamiento farmacológico	
	<ul style="list-style-type: none"> • La Metformina es el tratamiento inicial de elección para el tratamiento (excepto en casos de efectos adversos , contraindicaciones , intolerancias).
	<ul style="list-style-type: none"> • Pacientes con reciente diagnostico pero que tienden a presentar cifras de glucemia o Hemoglobina glucosilada (HbA1) muy elevadas , se prefiere y se debe de considerar iniciar con el uso de la insulina como tratamiento base , con o sin hipoglucemiantes orales.
	<ul style="list-style-type: none"> • Si posterior a 3 meses de monoterapia a dosis máximas no mantiene el objetivo deberá de considerarse un agente vía oral , un agonista del receptor GLP-1(El péptido similar al glucagón tipo 1) o insulina.

- Para elegir el tratamiento ideal para cada paciente se necesita un enfoque personalizado en cada caso y considerar varios aspectos tanto como la eficacia, costo, efectos adversos, efectos sobre el peso, las comorbilidades agregadas del paciente, riesgo de hipoglucemia, las preferencias del paciente y estilo de vida.

Obtenido de: R. Iglesias; Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.³

El tratamiento nutricional es de gran importancia ya que será coadyuvante en el tratamiento farmacológico y se recomienda iniciar en todos los pacientes tanto en DM1 como en DM2 como parte del tratamiento multidisciplinario e integral para establecer el adecuado control glicémico.³

Causas de desapego al tratamiento:

Se ha visto que una de las causas de desapego al tratamiento o de su influencia al seguimiento o no, es la aparición de las complicaciones propias de la misma enfermedad.

El patrón de comportamiento del seguimiento al mismo dependerá de las recomendaciones otorgadas por el personal de salud al paciente en el momento de la detección de la enfermedad o bien de los seguimientos que se le dé a este paciente, lo cual en nuestro sistema de salud es una gran problemática, la falta de información clara al paciente y el escaso tiempo otorgado en consulta al mismo son obstáculos difíciles de superar ya que la sobrecarga de nuestro sistemas de salud provocan la consulta y atención médica de poca calidad.¹⁰

Las enfermedades crónico-degenerativas en la de importancia para este estudio, la diabetes mellitus es considerada como una enfermedad metabólica compleja, multifactorial la cual su tratamiento y control implica condiciones de estilo de vida de los pacientes. Las personas que padecen estas enfermedades tienen que aprender a vivir con la enfermedad, aprender de ella y su autocuidado. Durante toda su vida desde el momento de la detección deben de vivir con los síntomas, complicaciones, cambios físicos, el estigma social, todo esto provocando afecciones de tipo emocional como: temores, angustia, tristeza, culpa.^{10, 11} Uno de los estudios más actuales sobre este tema realizado en el 2016 describe a la depresión como un factor asociado a enfermedades crónicas, sin embargo, incluyen también en al alcoholismo y a otros factores sociodemográficos que causaron modificaciones en la evolución de la enfermedad.²⁰

Depresión.

La depresión es una enfermedad mental con impacto en todo el mundo, según la OMS (ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD) se calcula que afecta a más de 300 millones de personas. Refiriendo que hay variación entre el estado de ánimo y de respuesta que tenemos a problemas de la vida cotidiana, esto puede llegar a convertirse en un problema de salud serio de gran impacto para una persona, en especial cuando la duración es larga y la intensidad del trastorno es grave o moderado la cual llega a alterar las actividades laborales, escolares y familiares y en algunos casos la gravedad puede llevar al suicidio o intento del mismo. La OMS describe en su boletín de febrero de 2017 que cada año se

suicidan cerca de 800 000 personas y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.⁴

La depresión es un trastorno psiquiátrico el cual se caracteriza por cambios en el estado de ánimo de una persona. La depresión actualmente es una condición ya establecida clínicamente, a lo largo de la historia en diferentes culturas han descrito diferentes definiciones. Los antiguos griegos describían un estado de locura delirante, con ánimo exaltado. Como por ejemplo Areteo de Capadocia fue un notable médico griego de época imperial romana describió que “La melancolía es una alteración apirética de ánimo, que está siempre frío y adherido a un mismo pensamiento inclinado a la tristeza y la pesadumbre”. No fue hasta a mediados del siglo XX se iniciaron estudios de neurotransmisores involucrados en la fisiopatología de la depresión por lo que el estudio de este trastorno es de importancia para llegar al total conocimiento de sus causas y así, posible cura y no solo tratamiento para su control; a pesar de la investigación actual se han encontrado algunos mecanismos fisiopatológicos, pero otros aún son desconocidos. En algunos estudios clasifican a la depresión en sus formas básicas: la endógena y la exógena, y algunas de sus causas pueden incluir factores: genéticos, químicos y psicosociales.¹²

Las emociones con las que cuentan los seres humanos son fundamentales en la dinámica de los fenómenos sociales. La literatura actual principalmente de sociología y psicología aun describen problemas para una adecuada definición ya que el concepto guarda una profunda complejidad característica de los seres humanos. Los sociólogos describen que la complejidad de las emociones es un requisito indispensable para el desarrollo social. ¹³.

Norman K. Denzin describió a la emoción como ‘una experiencia corporal viva, veraz, situada y transitoria que impregna el flujo de conciencia de una persona, que es percibida en el interior de y recorriendo el cuerpo, y que, durante el trascurso de su vivencia, sume a la persona y a sus acompañantes en una realidad nueva y transformada ,la realidad de un mundo constituido por la experiencia emocional y el cual crea una unidad psicológica y social , la misma crea una experiencia interpretativa o un patrón .¹³

El estado de ánimo, es el estado emocional de la persona, el cual es subjetivo ya que en algunos pacientes el estado depresivo puede manifestarse de diferentes maneras como con eufórica o con fluctuaciones en el mismo estado de ánimo independientes del sentimiento de tristeza, culpa.¹⁴

Tabla 4 Criterios diagnósticos del DSM-V para el episodio de depresión mayor:

Publicado	A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor
Actualizado	A. Al menos tres de los síntomas maníacos/hipomaníacos siguientes están presentes casi todos los días durante la mayoría de los días de un episodio de depresión mayor:
Motivo de actualización	Esta actualización elimina reiteraciones innecesarias.

Obtenido de Comité elaborador :Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM IV Guía de consulta, p. 108 .¹⁵

Tabla 5 Patrón estacional de la Depresión.

Publicado	Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia de energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos.
Actualizado	Este especificador no se aplica a las situaciones en que el patrón se explica mejor por factores de estrés psicosocial estacionales (p. ej., desempleo estacional o calendario escolar). Los episodios de depresión mayor que se producen según un patrón estacional con frecuencia se caracterizan por una importante presencia una disminución de la energía, hipersomnia, sobrealimentación, aumento de peso y anhelo de carbohidratos.
Motivo de actualización	“Disminución del energía” es correcto

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas por período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa del paciente; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto o la observación realizada por otros.
2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso, o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día.
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.



- B.** Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- C.** Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D.** Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo: una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- E.** Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Esta guía involucra varios grados de depresión por su gravedad: leve, moderado, grave no psicótico o con características psicóticas, en remisión parcial y total. No se incluyen los síntomas que son debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.¹⁵

La ayuda farmacológica puede aliviar la depresión por medio de la modificación de la bioquímica cerebral. Pero el estado depresivo es el resultado de una alteración principalmente de la autoestima.

Las depresiones proyectan la relación estrecha entre la historia infantil, la realidad, lo corporal, los valores la bioquímica cerebral. El desequilibrio característico de las depresiones es el resultado de la acción conjunta de diferentes factores entre ellos la herencia, las condiciones histórico-sociales y la situación personal del paciente. ¹⁵

Epidemiología

Depresión a nivel internacional.

Según la OMS la depresión es la causa principal de problemas de salud y discapacidad en todo el mundo, según en los últimos reportes de la OMS (febrero 2017) más de 300 millones de personas viven con depresión, con un incremento de más de 18% entre los años 2005 y 2015. Desafortunadamente la falta de detección y de apoyo a las personas con trastornos mentales, junto con el estigma social impiden que muchos tengan acceso al tratamiento.

Depresión a nivel Nacional

De acuerdo con un estudio realizado en el 2015 se detectó que a nivel mundial la depresión era una de las primeras causas de incapacidad, en este caso se describió como el 4to lugar, así mismo el recuento total de años perdidos por los días generados de incapacidad fueron de 2 años. ⁴

En nuestra institución en los servicios de urgencias actualmente no existe registro como diagnóstico de ingreso depresión, sin embargo, existe registro de ingreso hospitalario por pacientes diabéticos por complicaciones de la misma enfermedad, al no contar con un registro de depresión hace difícil su detección primaria. Por otro lado, en nuestra unidad no

se cuenta con servicio de psiquiatría por lo que los casos detectados son enviados para seguimiento o interconsulta a la unidad HGZ N° 1 donde se cuenta con dicho servicio. En el año 2016 se reportó en nuestra institución un ingreso total de 4204 pacientes con Diabetes mellitus no insulino dependiente, de los cuales se presentó 1 paciente no insulino dependiente con coma, de los pacientes no insulino dependientes con complicación tipo cetoacidosis se registraron 109 El resto de los pacientes con diabetes que se registraron refirieron complicaciones crónicas características de la enfermedad como retinopatía, nefropatía, complicaciones neurológicas.

DetECCIÓN DE LA DEPRESIÓN

El trastorno de depresión es una enfermedad que afecta al cerebro, el estado de ánimo, incluso la manera de pensar del individuo. Por tal motivo es de importancia el diagnóstico oportuno y el tratamiento ya que es una enfermedad que afecta a la población en general, por lo cual el estudio de esta enfermedad y el conocimiento para la determinación de las causas y posibles tratamientos es de amplio interés.¹⁵ Así mismo en la bibliografía revisada se describe que la presencia de trastornos mentales, en este caso como la depresión pueden contribuir o modificar la progresión de la enfermedad ¹⁸.

Al menos de los cinco síntomas casi todos los días durante dos semanas como:

- Estado depresivo
- Pérdida del interés de actividades diarias
- Importante pérdida/aumento de peso o pérdida del apetito
- Insomnio o hiperinsomnio
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga o pérdida de la energía
- Sentimientos de ausencia de valor/culpa
- Pérdida de la capacidad de concentración/toma de decisiones
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte/suicidio

Síntomas de la depresión frecuentemente medidos mediante el interrogatorio al paciente:

- Tristeza/ánimo deprimido
- Incapacidad para dormir
- Despertarse temprano
- Falta de interés/disfrute
- Cansancio /falta de energía
- Pérdida de apetito
- Sentimientos de culpa /falta de valor
- Pensamientos recurrentes sobre la muerte/suicidio

Una de las herramientas más prácticas para la detección de depresión es la escala de Halminton la cual fue creada en 1960 (anexo 3), la cual es un instrumento o escala de observación la cual se ha modificado en varias ocasiones ya que en su versión original el cuestionario contaba con 21 preguntas, la última modificación fue previamente autorizada por la versión española en 1986 y posteriormente fue validada por una psicometría comparativa y su función es para medir la gravedad de la depresión así como para medir la evolución de la enfermedad. Ocasiones por su autor en la que consta de



varios ítems donde se detecta depresión y la intensidad de la misma. La escala califica la melancolía, la ansiedad y el sueño un puntaje mayor 8 puntos se recomienda intervención médica.¹⁶

Depresión y diabetes/trastornos psicoactivos

Como bien se ha comentado la diabetes es una enfermedad que representa un problema de salud pública a nivel mundial, lo cual ocasiona alteraciones metabólicas, físicas, pero también daño a la salud mental.

Existe una gran tendencia a sufrir de trastornos psicoactivos como y ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas, en este caso la diabetes al ser una enfermedad crónica degenerativa en la cual parte del tratamiento es la modificación del estilo de vida, hábitos y consumo de múltiples fármacos para su control. A pesar de ello se conoce muy poco y en general no se da un abordaje integral en la atención del paciente diabético en especial al momento del diagnóstico de la enfermedad.^{17,18}

En la bibliografía revisada se han encontrado información importante de la Atención y complicaciones de la diabetes, sin embargo, existe poca información sobre su relación con la depresión. En una bibliografía revisada sobre trastornos psiquiátricos en pacientes diabéticos menciona la relación de la diabetes con la presencia de desórdenes psicoactivos de los más comunes como la depresión, trastornos de ansiedad y desórdenes alimenticios. Encontrando también la relación entre la enfermedad padecida y estado psicológico su impacto en la evolución de la misma enfermedad.

Se revisaron diferentes bibliografías sobre depresión y diabetes mencionando como parte de las actividades que debe de realizar el paciente diabético es el autocuidado, modificaciones del estilo de vida de las que dependen motivación y el conocimiento de la enfermedad, de no llevarlas a cabo inician las complicaciones médicas y por subsecuente repercusión en la calidad de vida. ^{17,18}

Las enfermedades crónicas aumentan el estrés en el individuo lo que conlleva a sufrir algún tipo de trastorno mental. Por lo cual la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas debe de ser multidisciplinaria con un seguimiento constante en la práctica diaria.¹⁸.



JUSTIFICACIÓN.

La diabetes mellitus es un problema mundial de acuerdo a la OMS es una enfermedad crónica grave, según las estadísticas del 2014 422 millones de adultos padecían de diabetes por otro lado la depresión tiene diferentes factores desencadenantes. Se ha descrito que la depresión puede estar asociada a padecimientos crónicos. 19 Actualmente existen pocos estudios que establezcan una relación entre los pacientes con diabetes mellitus y depresión.

El Hospital General de Zona 50 atiende en urgencias 7,222 pacientes al año con algún tipo de descontrol o complicación de la diabetes, sin embargo, la depresión no es un padecimiento que se detecte en urgencias en forma sistemática, habitualmente se hace el diagnóstico en pacientes que ingresan por alteraciones psiquiátricas sin embargo en este caso el registro de ingreso se realiza por la complicación metabólica y no por el trastorno psiquiátrico de base, lo que provoca no generar registro estadístico de depresión por no tratarse de una urgencia primaria.

Un paciente con depresión, dentro de sus síntomas, presenta falta de interés en varios aspectos de su vida, consideramos que esta falta de interés puede influir directamente en el cumplimiento del tratamiento en forma adecuada o indicada por el médico familiar, lo que lleva a complicaciones agudas y crónicas con ingresos a urgencias para su atención.

Al demostrar que hay una alta prevalencia de depresión en pacientes diabéticos que ingresan a urgencias, permitirá establecer medidas iniciales en este grupo de pacientes al ser hospitalizado, así como medidas preventivas con detección oportuna en primer nivel de signos o síntomas depresivos (no solo enfocarse a detección de factores de riesgo cardiovascular como dislipidemias o hipertensión) y canalizar en forma oportuna al paciente con psiquiatría, lo que representaría mejor cumplimiento del tratamiento de la diabetes, disminución de ingresos hospitalarios en segundo nivel, mejor calidad de vida del paciente y disminución de costos en la atención de urgencias de este grupo de pacientes.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las complicaciones de la diabetes mellitus son múltiples, agudas o crónicas, estas pueden surgir como consecuencia de un mal control metabólico o bien por la evolución natural de la enfermedad. En párrafos anteriores se menciona la depresión como una de las causas de complicaciones por los cambios en el estilo de vida del paciente diabético, de ahí la importancia del seguimiento multidisciplinario del paciente.

Este estudio plantea la posibilidad de la detección de depresión en el paciente diabético descontrolado en el servicio de urgencias por medio de cuestionario realizado para valoración de la depresión basado en el DSMV (la cual consta de sencillas preguntas planteadas de manera entendible para el paciente y con esto un resultado basado principalmente la detección de depresión y el grado de severidad de la misma) aplicada al paciente una vez estabilizado, de esta forma se buscará comprobar que los pacientes con un mal apego al tratamiento cursan con depresión y así de manera preventiva se podrá canalizar en un futuro al servicio de psiquiatría para el seguimiento. Por otro lado, de demostrarse esta relación, se pueden hacer detecciones oportunas en un primer nivel de atención, para dar un tratamiento específico y disminuir la falta de apego al tratamiento como causa de ingreso a los servicios de urgencias por descontrol hiperglucémico.¹⁰

En la actualidad la diabetes mellitus es un problema de salud pública de impacto a nivel mundial como se ha mencionado anteriormente, la causa principal de mortalidad de la misma es secundaria a las complicaciones.

Este tema es de interés ya que en los servicios de urgencias propiamente la cantidad de pacientes diabéticos que ingresan es por alguna complicación. Los obstáculos que se pueden obtener durante la realización de este protocolo es la negativa del paciente al realizar el cuestionario, que no sea contestado con honestidad o bien que las condiciones de salud del paciente no se encuentren alerta para realizar este cuestionario. Sin embargo, este tipo de obstáculos pueden superarse al entrevistar al familiar más cercano o al cuidador para evitar el sesgo en cuanto a la honestidad de las respuestas, así mismo el estado de alerta del paciente se puede realizar una vez estabilizando al mismo.

El Impacto de este protocolo de estudio es ,si detectamos una alta incidencia de depresión en los pacientes que ingresen a los servicios de urgencias con complicaciones agudas y crónicas secundarios al desapego al tratamiento provocado por un cuadro de depresión, en futuro se podrá encaminar al paciente a un servicio de apoyo psicológico como parte de un programa de atención integral para el paciente diabético, incluso implementarse en los programas de salud en materia de prevención de las enfermedades crónico degenerativas.



HIPÓTESIS.

Existe relación entre la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con complicaciones agudas y la falta de apego al tratamiento en pacientes que ingresan al servicio de urgencias en un 80%



OBJETIVOS.

GENERAL

Determinar la Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias del Hospital general de zona 50 y su relación con el desapego al tratamiento.

ESPECÍFICOS

Determinar la relación entre la falta de apego al tratamiento de la diabetes y la depresión en pacientes que ingresan con complicaciones agudas

Determinar las características sociodemográficas de los pacientes diabéticos que ingresan a urgencias con complicaciones agudas

Determinar el grado de depresión mediante entrevista basada en el DSM V de pacientes que ingresan con complicaciones agudas y en urgencias.

SECUNDARIO

Establecer las Características asistenciales extra hospitalarias de los pacientes con diabetes y complicaciones agudas que ingresan a urgencias



SUJETOS Y MÉTODOS.

Tipo de Estudio: Analítico, observacional.

Diseño de Estudio Prospectivo

Universo de estudio: Hospital general de Zona 50 del IMSS en San Luis Potosí

Población de estudio: Pacientes adultos con diabetes mellitus que ingresan a urgencias con descontrol hipoglucémico.

Tamaño de la muestra:

Se calculó con la fórmula para poblaciones finitas, tomando en cuenta 7222 pacientes que ingresan a urgencias con diabetes y descontrol metabólico en el HGZ 50. Dando como resultado con un intervalo de confianza del 95% y error alfa del 5%, con una distribución del 50%: 365 pacientes.

Fórmula: $n = \frac{z^2 N p q}{e^2 (N - 1) + z^2 p q}$

n= tamaño muestra

z= nivel de confianza

p= variabilidad negativa

q= variabilidad positiva

N= tamaño de la población

e= error

Selección de la muestra: No probabilística de casos consecutivos en forma aleatoria

Límite de tiempo: 6 meses

Espacio: Urgencias observación del HGZ 50

Material:

Cuestionario con base al DSM V para la detección de depresión, así como incluir preguntas dirigidas a factores sociodemográficos. El cuestionario realizado para la evaluación basado en el DSM V.

Análisis estadístico:

Se utilizarán medidas de tendencia central para las variables paramétricas, así como comparación mediante chi cuadrada.



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Medicina
Tesis para obtener el Diploma de la Especialidad en

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Se utilizarán medidas de tendencia central para las variables paramétricas, así como comparación mediante chi cuadrada.

DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FUENTE DE INFORMACIÓN
Complicaciones agudas	Dependiente	Alteraciones en diferentes aparatos o sistemas secundarios a un descontrol en las cifras de glucosa agudo	Estado hiperosmolar hiperglucémico Cetoacidosis diabética Hipoglucemia Descontrol hiperglucémico Sin descontrol glucémico	Si / No	Interrogatorio directo o indirecto exploración física y expediente clínico
Depresión	Independiente	Enfermedad o trastorno mental que se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico.	Positividad de depresión en la entrevista con el paciente y el familiar, con solo uno que cumpla los criterios del DSM V con base a cuestionario (anexo 1). Se tomará como positivo	Si / No	Interrogatorio por medio por medio del cuestionario basado en el DSM V
Apego al tratamiento	Dependiente	Seguimiento contante del paciente respeto a la ingesta o aplicación de medicación prescrita.	Toma constante de medicamentos para la diabetes sin periodos de suspensión, de acuerdo con lo indicado por el médico tratante (familiar o especialista)	Si / No	Interrogatorio directo o indirecto
Características asistenciales extra hospitalarias	Independiente	Modo y características de vida de los pacientes respeto a los cuidados generales y la calidad de vida de ellos.	Forma en que el paciente vive en relación a los cuidados de la diabetes	1.-Casa asistencial. 2.-Cuidado de familiares. 3.Autocuidado	Interrogatorio directo o indirecto
Edad	Independiente	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.	Tiempo en años vivido al ingreso a urgencias	Años	Interrogatorio /identificación
Genero	Independiente	Características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y hombres.	Características sexuales con las que ha nacido un individuo, mujeres y hombres.	Masculino Femenino	Interrogatorio /identificación



CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Pacientes diabéticos tipo 2.
- ✓ Que acepten participar en el estudio mediante firma de consentimiento informado.
- ✓ Pacientes adultos de 18 a 90 años.
- ✓ Pacientes que ingresen con complicaciones agudas o crónicas
- ✓ Pacientes que permanezcan en la unidad médica de recepción sin que sean trasladados en los primeros 5 días.
- ✓

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- ✓ Con diagnóstico establecido de depresión
- ✓ Pacientes diabéticos sin descompensación hiperglucemia ingresados a urgencias por otra causa no relacionada con las complicaciones agudas o crónicas propias de la enfermedad.
- ✓ Pacientes con enfermedades psiquiátricas ya establecidas diferentes a la depresión.
- ✓ Pacientes que no puedan contestar la encuesta por alteraciones neurológicas permanentes.
- ✓

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- ✓ Que no completen la entrevista
- ✓ Pacientes que se trasladen a otra unidad antes de realizar la entrevista.
- ✓ Pacientes que no cuenten con familiar para realizar entrevista de cotejo.
- ✓ Revocación de consentimiento informado.



PROCEDIMIENTO

1.- Elaboración del protocolo de investigación.

2.- Una vez aprobado el proyecto de investigación por el comité local de ética e investigación, se solicitará autorización al Directivo del HGZ N. 50 del IMSS (anexo 1) para la realización del trabajo de investigación en el área de urgencias, se identificarán a los pacientes diabéticos que ingresen con descontrol hipoglucémico o con complicaciones agudas o crónicas a dicha área.

Se da a firmar el formato de consentimiento informado para participar en el estudio al paciente o al responsable directo.

Se explica al paciente que se realizara una entrevista dirigida a detección de depresión en base al DSM V así como preguntas dirigidas a detección de factores sociodemográficos.

3.- Se llenará la hoja de “recolección de datos”.

Se compararán las respuestas de ambas entrevistas (paciente y familiar) tomará como positivo a depresión, aunque solo una de las entrevistas cumpla con los criterios los cuales se mencionan en el cuestionario de entrevista basado en el DSM V.

4.- Se registrará los datos obtenidos en el programa SPSS 20.

5.- Se realizará el análisis estadístico y gráfico.

6.- Se presentará los resultados.

7.- Desarrollo y validación final por las autoridades correspondientes de la Tesis.

8.- Publicación y difusión en diferentes foros.

ASPECTOS ÉTICOS

Según la declaración de Helsinki, el presente estudio consideró las recomendaciones para la investigación biomédica en seres humanos, la cual se adaptó en la 18a Asamblea Médica Mundial en la declaración de Helsinki en 1964.

Conforme a la norma oficial de investigación, se sujetó a su reglamentación ética y se respetó la confidencialidad de los datos asentados en el protocolo. El estudio representa **RIESGO MENOR AL MÍNIMO** para los pacientes, ya que la información se obtendrá de la paciente mediante entrevista y del expediente clínico.

Este trabajo se apega a lo establecido en la Ley General de Salud, en su TITULO QUINTO, CAPITULO ÚNICO, Art 100, este protocolo de investigación se desarrollará conforme a lo siguiente:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.
- II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo.
- III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación.
- IV. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
- V. Las demás que establezca la correspondiente reglamentación.

El protocolo de investigación será revisado por el comité de investigación y ética médica local para su autorización y validación previa.

Se garantiza la confidencialidad de los datos obtenidos en el presente estudio, los cuales serán utilizados exclusivamente para este protocolo.

RECURSOS

✓ *Humanos.*

- Pacientes que cumplan los criterios de inclusión
- Investigador
- Asesores de la investigación clínico, estadístico metodológico, coordinadores.

✓ *Físicos.*

- Plumas	\$80.00
- Computadora (Laptop) programa SPSS	\$10,000.00
- Impresora láser a color.	\$1,200.00
- Fotocopias	\$700.00
- Carpetas color beige	\$150.00
- Carpetas con anillo metálico	\$120.00
- Perforadora.	\$90.00
- Lápiz	\$40.00
- Borrador	\$30.00
-Glucómetros (3)	\$600.00
-Lancetas (caja con 25 ,12 cajas)	\$2,160.00
-Tiras para glucómetro (caja con 25 ,12 cajas)	\$3,000.00

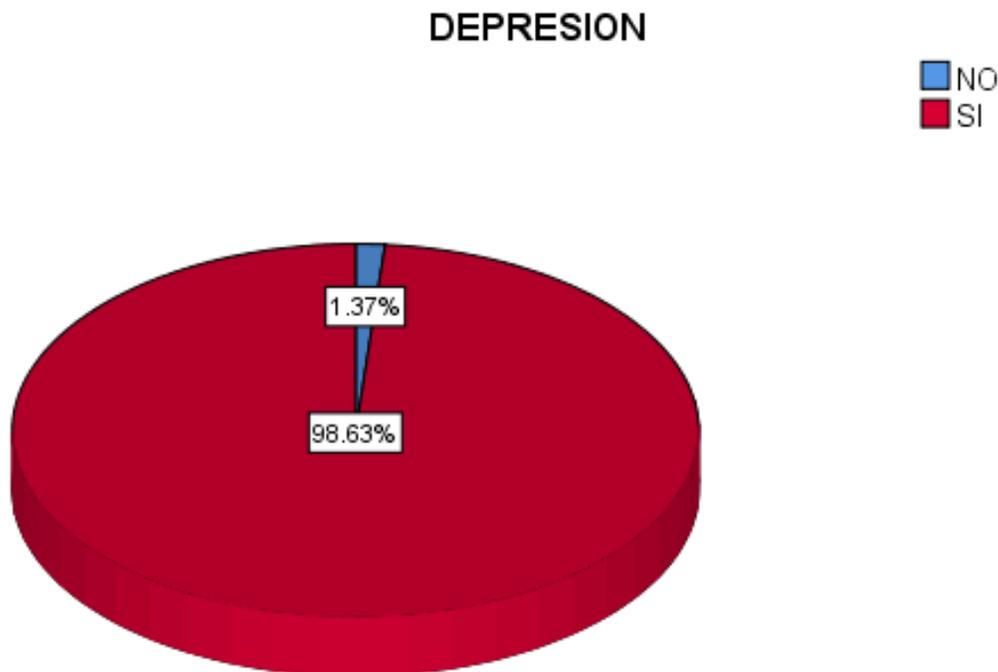
Los gastos derivados de la realización del presente estudio serán cubiertos en su totalidad por los investigadores.

RESULTADOS.

Un total, de 365 pacientes con diabetes tipo 2 que ingresen a urgencias; se aplicará el cuestionario dirigido a identificar la frecuencia de depresión así factores sociodemográficos que predisponen al desapego al tratamiento y su frecuencia basados en el DSMV. De estos 365 pacientes, el 98.6% resultaron con resultados positivos para depresión de los cuales 258 pacientes sin apego al tratamiento que se les detecto depresión y 102 pacientes con depresión, pero con buen apego al tratamiento para la diabetes mellitus.

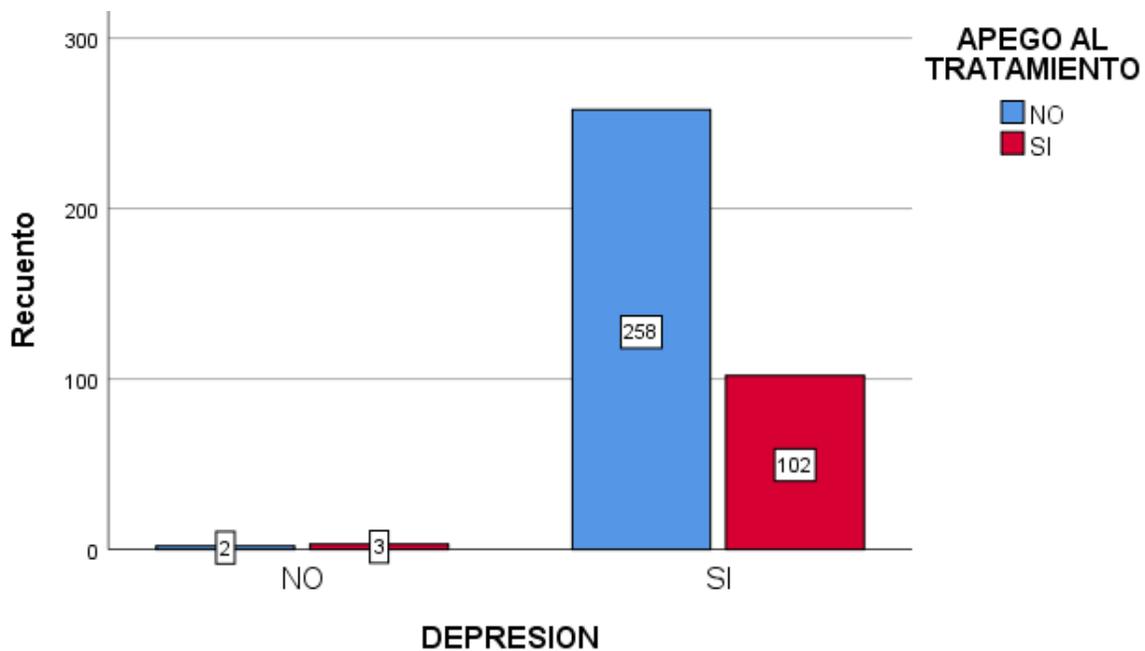
Se evaluaron un total 365 pacientes con diabetes tipo 2 que ingresen a urgencias de los cuales fueron 200 mujeres y 165 hombres; se aplicó el cuestionario dirigido a identificar la frecuencia de depresión así factores sociodemográficos que predisponen al desapego al tratamiento y su frecuencia. Del total de pacientes, el 360 resultaron positivos para depresión. La gráfica número 1 muestra el porcentaje de depresión.

Gráfica 1 Porcentaje de depresión



En relación al apego al tratamiento, 258 pacientes no lo tuvieron y que resultaron positivos para depresión, 102 pacientes con buen apego al tratamiento con resultados positivos para depresión. La gráfica número dos, muestra esta distribución.

Gráfica 2 Apego al tratamiento y depresión



Sin embargo, al aplicar la prueba de chi cuadrada, no hubo una asociación significativa de la depresión con la falta de apego al tratamiento ($p=0.120$), como muestra la tabla número

Tabla 6 Depresión y apego al tratamiento

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.413 ^a	1	.120		
Corrección de continuidad ^b	1.115	1	.291		
Razón de verosimilitud	2.136	1	.144		
N de casos válidos	365				

a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.44.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

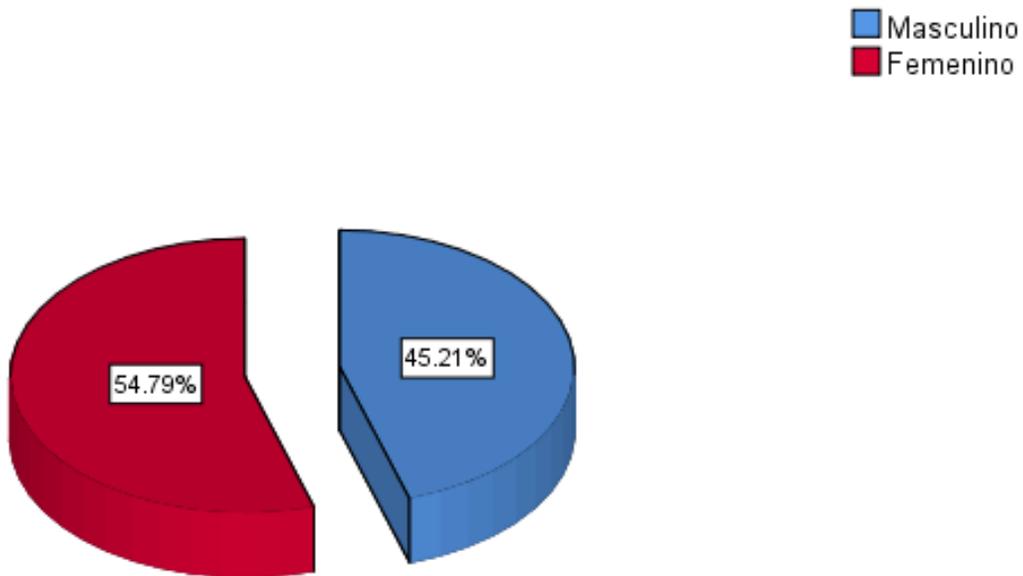
Del total de la muestra, la edad promedio fue de 60.47 años, con un mínimo de 18 y hasta 91 años. La tabla número 7 muestra las medidas de tendencia central en relación con la edad

Tabla 7 Medidas de tendencia central en la edad

Estadísticos

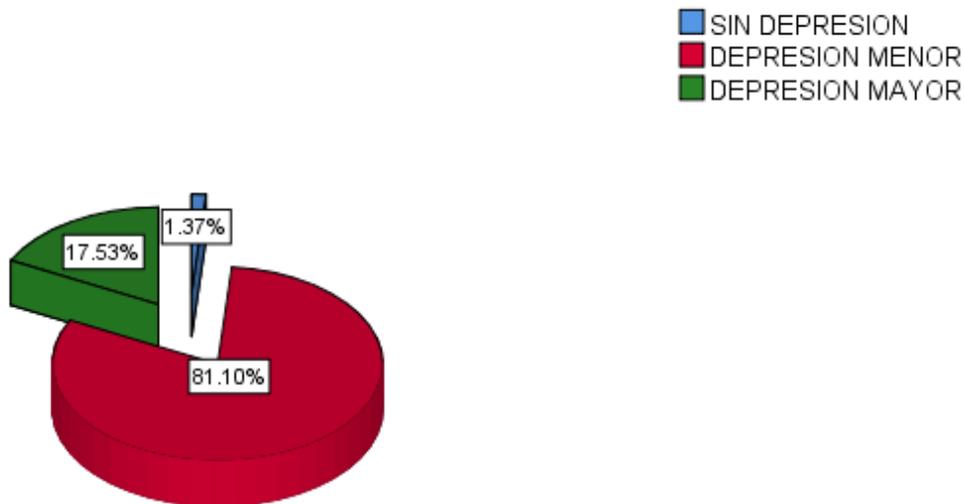
EDAD		
N	Válido	365
	Perdidos	0
Media		60.47
Mediana		60.00
Moda		75
Rango		73
Mínimo		18
Máximo		91

GENERO



En la valoración del grado de depresión se encontró con una alta incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias con complicaciones agudas y crónicas, así mismo se detectó el grado de depresión se clasifico sin depresión, depresión menor, depresión mayor con una frecuencia del 64, depresión menor con una mayor frecuencia de 296 y sin depresión de 5 . En la grafica 3 se demuestran los porcentajes en cuanto a los grados de depresión detectados , siendo en mayor porcentaje una depresión mayor en los pacientes valorados .

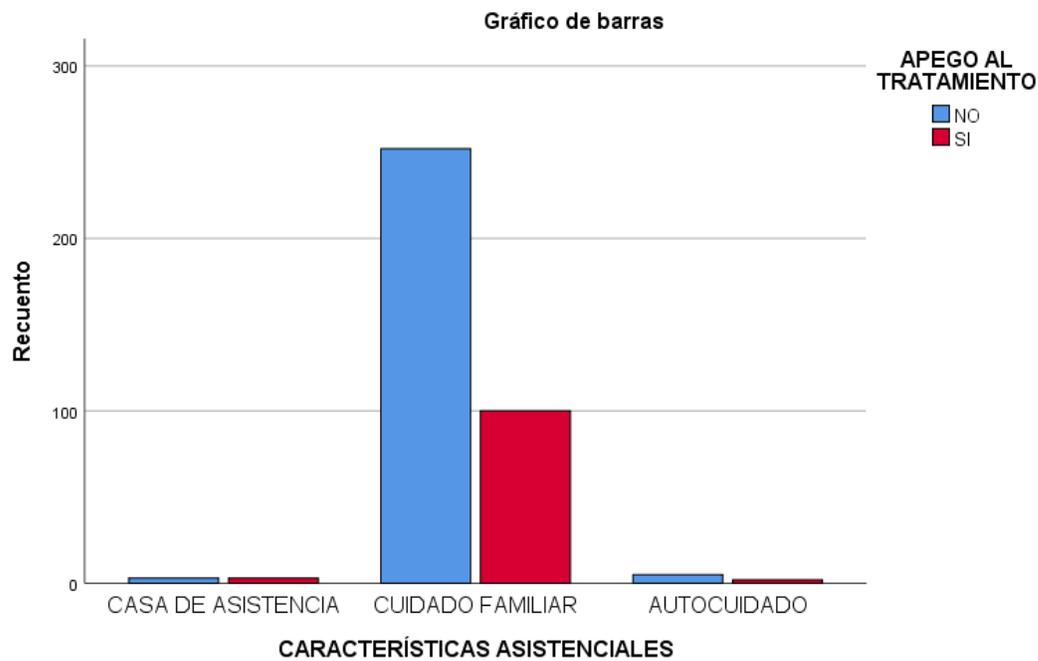
GRADO DE DEPRESION



Gráfica 3 Grado de depresión

La característica sociodemográfica de los pacientes valorados fue de 96.4% en aquellos en el cuidado fue por medio de familiares ya sea hijos o conyugue en menor porcentaje el autocuidado y el cuidado asistencial con una frecuencia de 352 pacientes con cuidado familiar, el autocuidado de 7 y el cuidado en casa de asistencia de 6. Así mismo en la Grafica numero 4 muestra el número de pacientes con apego al tratamiento y las características asistenciales.

Grafica 4 Características asistenciales



Parte de los objetivos fue la determinación del apego al tratamiento de los pacientes diabéticos que ingresan al servicio de urgencias , en este caso se logró detectar que la mayoría de los pacientes se encontraban a cargo de familiar que no cursaban con apego al tratamiento.

DISCUSIÓN.

El objetivo de nuestro estudio fue Determinar la Frecuencia de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 con complicaciones agudas que ingresan a urgencias del Hospital general de zona 50 y su relación con el desapego al tratamiento.

En la actualidad la diabetes mellitus es un problema de salud pública de impacto a nivel mundial, la causa principal de mortalidad de la misma es secundaria a las complicaciones. Este tema es de interés general ya que en los servicios de salud , en este caso en los servicios de urgencias propiamente la cantidad de pacientes diabéticos que ingresan es por alguna complicación sin embargo no se realiza de manera sistemática una revisión integral la cual incluye el estado de ánimo y las características asistenciales en las cuales vive el paciente de las cuales al inicio de este estudio se planteó como relación directa al desapego al tratamiento antidiabético como causa principal la depresión.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica, en la actualidad muy común la cual una de sus características principales es una deficiencia en la regulación de la glucosa plasmática por la insulina.

La diabetes pertenece a un grupo de enfermedades crónico-degenerativas de tipo metabólica, el cual su principal origen es un defecto en la hormona insulina. Ante una alteración en la función endocrina del páncreas o por defecto en los tejidos los cuales pierden la capacidad de sensibilidad a la insulina. 1.

Por otra parte, la depresión es un padecimiento con impacto en todo el mundo ya que según la OMS afecta a millones de personas. Aunque existen diferentes tratamientos eficaces para la depresión tanto farmacológicos como de apoyo, más de la mitad de los afectados en todo el mundo no se les detecta y por consecuencia, no son tratados. Entre las limitantes que existen en el tratamiento eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal capacitado, además del estigma social ante los trastornos mentales.4

Un total, de 365 pacientes con diabetes tipo 2 que ingresen a urgencias; se aplicará el cuestionario dirigido a identificar la frecuencia de depresión así factores sociodemográficos que predisponen al desapego al tratamiento y su frecuencia basados en el DSMV. De estos 365 pacientes, el 98.6% resultaron con resultados positivos para depresión de los cuales 258 pacientes sin apego al tratamiento que se les detecto depresión y 102 pacientes con depresión, pero con buen apego al tratamiento para la diabetes mellitus.

Cita de autores

Heredia J, y cols habla sobre La Depresión en diabéticos un enfoque sistémico, menciona de manera inicial desde el momento del diagnóstico de la enfermedad y el impacto psicológico que este puede tener en el paciente. Se describe que la presencia de trastornos mentales, en este caso como la depresión pueden contribuir o modificar la progresión de la enfermedad, de esta manera el estudio se enfoca a la intervención posológica para el apoyo del paciente ya que en el enfermo crónico en este caso el diabético las emociones, el pensamiento y la conducta como pilares en el seguimiento o el tratar de la enfermedad.

A comparación de nuestro estudio se realizó una valoración del grado de depresión no hubo un único enfoque, es decir se valoraron desde el grado de depresión hasta las características asistenciales en las que los pacientes Vivian, y se encontró con una alta incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias con complicaciones agudas y crónicas, así mismo se detectó el grado de depresión se clasifico sin depresión, depresión menor, depresión mayor con una frecuencia del 64, depresión menor con una mayor frecuencia de 296 y sin depresión de 5.

Comparación de resultados

Marina P y cols. (20) depresión y enfermedades crónicas en la población peruana este estudio sobre este tema realizado en el 2016 describe a la depresión como un factor asociado a enfermedades crónicas, sin embargo, incluyen también en al alcoholismo y a otros factores sociodemográficos que causaron modificaciones en la evolución de la enfermedad, en nuestro caso se valoraron otro tipo de factores sociodemográficos como en las condiciones asistenciales en las que vive el paciente, así mismo se pudo valorar la frecuencia de género en los pacientes diabéticos que presentaban depresión.

En nuestro estudio, se realizó una detección de la depresión en los pacientes diabéticos, así mismo se clasifico el grado de depresión en el que se encontraba el paciente y la frecuencia en cuanto al género, en este caso encontramos no hubo relación significativa con la depresión y el apego al tratamiento, con mayor incidencia de depresión en el sexo femenino, así como alta incidencia de pacientes con mal apego al tratamiento bajo los cuidados con un familiar.

LIMITACIONES Y/O NUEVAS PERSPECTIVAS DE INVESTIGACIÓN.

Durante la realización del estudio, no tomamos en cuenta la estructura del núcleo familiar en la que vive el paciente, ya que uno de los aspectos que llamaron la atención era que los pacientes diabéticos, en su mayoría presentaban depresión sin embargo no tenía relación con el desapego al tratamiento ni las complicaciones presentadas.

No se tomó en cuenta el desabasto de los fármacos, al ser una institución pública es común que se presente falta del fármaco, en este caso no hubo comentarios extras durante la entrevista que refirieran que los pacientes dejaran el tratamiento por falta del mismo, en su mayoría los pacientes consumían hipoglucemiantes orales los cuales son de fácil acceso y no se han referido desabasto en esta institución.

Otro punto importante que se comentó de los pacientes durante la entrevista fue el olvido de la toma del fármaco, el cual se considera que se podrían tomar en cuenta con un nuevo estudio.

Así mismo no vimos si la depresión que presentaban los pacientes entrevistados influye en el tiempo de hospitalización, así mismo si el tiempo de evolución de la enfermedad tenía influencia con el grado de depresión que se detectó.

Como parte del estudio y de las complicaciones en las que el paciente era ingresado aqI servicio de urgencias se recabo información importante en cuanto al tipo de complicación la cual es un área de oportunidad para la realización de un nuevo estudio donde



describamos el tipo de complicación por aparatos y sistemas así mismo con relación con el tiempo de evolución de la enfermedad.

El Impacto de este protocolo de estudio es poder realizar una detección oportuna de depresión en los servicios de urgencias y de esta manera su envió oportuno para encaminar al paciente a un servicio de apoyo psicológico como parte de un programa de atención integral para el paciente diabético, incluso implementarse en los programas de salud en materia de prevención de las enfermedades crónico degenerativas.



CONCLUSIONES.

La diabetes mellitus es una enfermedad metabólica muy común en nuestro medio, un gran número de ingresos a los servicios de urgencias es de pacientes con esta enfermedad. En nuestro estudio se detectó una alta incidencia de depresión en los pacientes que ingresan a los servicios de urgencias con complicaciones agudas y crónicas, así mismo se detectó el grado de depresión se clasificó sin depresión.

En conclusión, este estudio no se encontró una relación significativa con la depresión y el apego al tratamiento, sin embargo, se encontró una incidencia grande de depresión en pacientes diabéticos no diagnosticada. En cuanto a distribución por género con una incidencia de depresión en el sexo femenino, así como alta incidencia de pacientes con mal apego al tratamiento bajo los cuidados con un familiar.

Lo anterior lleva a sugerir que debería implementarse como un programa de salud la detección de depresión en pacientes diabéticos, e incluso considerarlo en pacientes con enfermedades crónicas, esto desde el primer nivel de atención para su detección y tratamiento oportunos, que lleve a mejorar la calidad de vida del paciente.



BIBLIOGRAFÍA.

1. Troncoso C, Delgado D, Rubillar C. Adherence to treatment in patients with Diabetes type 2. Rev Costar Salud Pública. 2013; 22: 9-13.
2. Amezcua A, Rodriguez F, Enrique D .Treatment adherence and control of diabetic patients at community: Med Int Méx. 2015 ;31:274-280.
3. Iglesias R, Barutell L, Artola S, Serrano R. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.
4. Depresión. Organización Mundial de la Salud OMS; Nota descriptiva Febrero 2017
5. Primer Informe mundial sobre la diabetes. Organización Mundial de la Salud OMS; Abril 2016.
6. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad Federativa San Luis Potosí 2012: instituto nacional de salud Pública .2012
7. Ramírez J. Cetoacidosis diabética y estado hipoglucémico hiperosmolar: Medicina & Laboratorio.2007, Volumen 13 : 9-10
8. Arredondo A, Barquera S, Cisneros N, Ascencio I, Encarnación L, Larrañaga A, et al. Asumiendo el control de la diabetes: Fundación Mídete, México 2016.
9. Hernando R. Etiología y fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2: Revista Mexicana de cardiología. Enero - Marzo 2011, Volumen 22: 39 - 43.
10. González A, Grijalva L, Villa E, Acevedo O, Ramírez M, Ponce E, et al. Nivel de adherencia al tratamiento y el control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados; Revista Mexicana de Endocrinología Metabolismo y Nutrición. 2015; 2:11-7.
11. De la Cruz M, Vargas J, Ledesma E, Holguin M, Martinez A, Fragoso L .Causes of diabetic patients' indifference towards treatment, diet and monitoring and possible factors associated with such disease; Rev. Salud pública. 2013; 15 (3): 478-485.
12. García A. Areteo de Capadocia (siglo II d.c.) y las primeras descripciones neurológicas; Revista 48 (06) ,16 Marzo 2009.
13. Bericat E. Emociones; Sociopedia.isa 2012.
14. Guadarrama L, Escobar A, Zhang L .Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión; Revista Facultad de Medicina UNAM, Marzo-Abril 2006. Vol.49 No.2.
15. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM IV Guía de consulta.



16. Worboys M. The Hamilton Rating Scale for Depression: The making of a “gold standard” and the unmaking of a chronic illness, 1960–1980; *Chronic Illness*. Sep. 2013; 9(3): 202–219.

17. Jiménez M, Dávila M. Psicodiabetes, Relación entre el cumplimiento del tratamiento y depresión en pacientes diabéticos tipo 2; *Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia)*. 2007; vol.25 : (1) 126-143.

18. Heredia J, Pinto B. Depresión en diabéticos un enfoque sistémico; *AJAYU*. 2008, Vol. VI, Nº 1.

19. Francisco D, Alessandra I. Atendiendo la salud mental de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en peru: Restos y oportunidades para la integración de los cuidados en el primer nivel de atención; *Revista Perú Med Salud pública*. 2014;31 (1):131-6

20. Marina P, Alejandra B, Gisely H .Cormorbilidad de la depresión y enfermedades crónicas en la población peruana ; *Instituto nacional de salud ,serie de análisis secundario de Datos N°01* ,diciembre 2016.