



Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-UNAN-León  
Facultad de Ciencias Médicas  
Centro de Investigación en Demografía y Salud, CIDS  
Centro para las Adicciones y Salud Mental.  
IV COHORTE MAESTRIA SALUD MENTAL Y ADICCIONES.

Tesis para optar al título de: Máster en Ciencias con Mención en Salud Mental y Adicciones.

**TEMA:**

**Prevalencia de depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2 y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.**

**Autora:** Lic. Ivania del Socorro Treminio López.

**Tutor:** Dr. William Ugarte.

Dr. Alberto Berrios Ballesteros.

Profesores titulares de la facultad de ciencias médicas.

UNAN-León.

Estelí, agosto 2018.

¡A la Libertad por la Universidad!

## **Dedicatoria.**

Dedico este trabajo a Dios por ser el creador de la vida y ser mi inspiración, por darme las fuerzas, la motivación, capacidad para luchar y lograr lo que me propongo.

A mis padres por ser fuente de motivación y apoyarme en cada momento de mi vida.

A mis hermanos y hermana por ser parte de mi familia que me inspira a luchar cada día.

A cada una de las personas que aportaron para que este estudio se realizará.

## **Agradecimiento.**

A cada uno/a de los pacientes participantes en el estudio, por su apoyo, su tiempo, y dedicación.

A Mis tutores Dr. Alberto Berrios Ballesteros, y Dr. William Ugarte, por cada uno de los aportes y apoyo durante el proceso investigativo.

A cada uno de mis compañeros/as de clase por su dedicación y ser ejemplos de superación personal y profesional.

Al cuerpo docente encargado de la maestría por sus enseñanzas y acompañamiento.

Al equipo de conducción del centro de salud de Sébaco por permitirme realizar el estudio.

A los brigadistas por su colaboración durante el proceso de recolección de la información.

A las familias de los pacientes por su interés y apoyo en el estudio.

INDICE	Pág.
I-Introducción-----	1-2
II-Antecedentes-----	3-5
III-Justificación-----	6-7
IV-Planteamiento del problema-----	8
V-Objetivo-----	9
VI-Marco teórico-----	10-18
VII-Material y método-----	19-23
VIII-Resultados-----	24-27
IX-Discusión-----	28-30
X-Conclusiones-----	31
XI-Recomendaciones-----	32
XII-Referencias bibliográficas-----	33-34
XIII-Anexos-----	35-45

Resumen:

Objetivo general: Describir la prevalencia de la depresión en pacientes que acuden al programa de enfermedades crónicas con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con el consumo de sustancia psicoactivas, en el centro de salud del Municipio de Sébaco- Matagalpa Durante el II semestre del año 2017.

Material y método: El tipo de estudio que se realizó es descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 45 pacientes con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%.

Resultados: De los 45 pacientes estudiados se destaca como la edad de mayor relevancia las edades comprendidas entre 50 a 65 años con un 36%, con el 31% las edades de 65 y más. Se obtuvo una media de edad de 55 años.

Del total de pacientes encuestados/as el 73 % (33), del sexo femenino y el 27% (12) de sexo masculino.

El 100% de los participantes tienen procedencia urbana.

El 53% de los pacientes profesan la religión católica, Seguido de la religión evangélica con un 47%.

Al aplicar la escala de Beck se encontró que, de la población estudiada, el 18% de los pacientes no presentaron síntomas depresivos, 58% presentó depresión leve, el 17% depresión moderada, y el 7% depresión grave.

La prevalencia de depresión fue del 82%.

La prevalencia de depresión en las mujeres fue de 55%(25), y en los varones la prevalencia de depresión fue de 27%, (12).

Se obtuvo que la sustancia psicoactiva más consumida por los pacientes en estudio fue el alcohol y el cigarro con un 16%, seguido de solo alcohol con un 7 %.

Conclusiones: La prevalencia de depresión en el presente estudio fue mayor en relación a otros estudios realizados con pacientes diabéticos.

La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos se debe considerar como un problema de mucha relevancia en la recuperación de la salud de los pacientes.

## I-Introducción

La diabetes mellitus es una condición crónica que afecta a millones de personas a nivel mundial. La diabetes no solo afecta la salud física del paciente si no que, influye notablemente en el funcionamiento psicológico y psicosocial de quienes la padecen al constituir una condición que requiere cambios en el estilo de vida de las personas, (1)

El origen de esta expansiva pandemia de la diabetes es multifactorial y en su génesis se asocian de forma compleja, componentes étnicos, no siempre compartidos por la obesidad y la diabetes mellitus tipo 2, (2)

La diabetes es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos a los efectos de la insulina, (2).

La salud mental y estabilidad emocional son de vital importancia ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Estas crisis surgen debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de distrés psicológico, ansiedad y depresión, (6)

En los pacientes diabéticos, con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto por el periodo de duelo que acompaña al conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el control de la enfermedad. (7)

La diabetes y la depresión se han convertido a lo largo de los años en pandemia, cada una por su lado; sin embargo, en vista de las condiciones y complicaciones que conlleva la diabetes, se ha visto cómo estos pacientes comienzan a presentar síntomas depresivos como comorbilidad, (13).

A escala mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en el 2014, comparado con 108 millones en 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble del 4.7% al 8.5% en la población adulta. Esto se corresponde con un aumento en sus factores de riesgo, tales como el sobrepeso y la obesidad. En el último decenio, la prevalencia de diabetes ha aumentado con más rapidez en los países de ingresos medianos que en los de ingresos altos, (14).

Las enfermedades médicas, en especial las crónicas como la diabetes, aumentan la probabilidad de que una persona presente trastorno del humor como ansiedad y depresión. Los pacientes diabéticos tienen una probabilidad dos veces más de cursar con depresión comparados con las personas sin la enfermedad. (17)

La depresión se define como una situación patológica que asocia un estado de angustia y de tristeza y un enlentecimiento de la actividad intelectual, física y sexual. Es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años. Predomina en sexo femenino y la incidencia de casos nuevos es del 13%, (17).

El presente trabajo se realizó con el objetivo de describir la prevalencia de la depresión en pacientes diabéticos que acuden a recibir atención al programa de enfermedades crónicas, durante el II semestre del año 2017, en el centro de salud del Municipio de Sébaco- Matagalpa.

Según hallazgos encontrados en el presente estudio la prevalencia de depresión fue del 20%, el sexo femenino fue el más afectado, también se obtuvo que a mayor edad mayor es el riesgo de padecer diabetes.

## II-Antecedentes

Según la Organización Mundial de la salud, (OMS,2013), el impacto de la depresión sobre el funcionamiento social y ocupacional colocan a la depresión a la par de las enfermedades crónicas degenerativas incapacitantes como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, las cardiopatías entre otras.

De acuerdo con la Asociación Americana de Diabetes 2013, hay estudios que demuestran que las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de depresión que las personas sin diabetes.

Según la Organización Mundial de la salud, (2017) se estima que en el periodo 2010, la depresión pasaría al segundo lugar mundial, después de las enfermedades cardiovasculares.

Dhavale y col, en India hallaron una frecuencia de depresión con o sin ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 de 39%; en 89% de ellos se encontraron estresares interpersonales y sociales.

Según estudio realizado por J.L. Rodríguez Calvin, A. Zapatero Gaviria Sobre prevalencia de la depresión en pacientes diabéticos encontraron que la prevalencia de depresión se estimó en un 32.7%, se encontró mayor prevalencia en mujeres.

De acuerdo a la iniciativa Centroamericana de la Diabetes, CAMDI, (2003), se realizó en Managua en la población mayor de 20 años, la encuesta de Diabetes e Hipertensión y factores de riesgo asociados con resultados de prevalencia de 9.9% en diabetes tipo 2, (4).

Garduño-Espinoza, Téllez-centeno y Hernández, (1998) también reportaron la frecuencia de depresión con diabetes tipo 2 en México. Los resultados muestran que los pacientes con más de 15 años de diagnóstico tuvieron un riesgo tres veces más elevada de tener depresión.

También se encontró un estudio de Pineda, Bermúdez y Cano, (2004) hecho en Santiago de Chile sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2, el cual confirma la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2 y plantean la necesidad de la atención psicológica a poblaciones clínicas con esta condición crónica debido al impacto potencial que podría tener la depresión en el manejo y la calidad de vida de pacientes con diabetes.

En un estudio realizado en 4 clínicas de la ciudad de México en el año 2003, al investigar la falta de apoyo al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2, sus autores describían que 46% de los pacientes diabéticos de su muestra, (n:79), sufrían un cuadro depresivo, evaluado por medio del inventario de depresión de Beck.

Cabello y col, (1996), realizaron un estudio de depresión en pacientes diabéticos en el Hospital Loayza, encontrando que la depresión fue más prevalente en pacientes con diabetes tipo 1 y 2 (30%) y con otras enfermedades crónicas (35%) que en la población en general, (24%).

Según estudios realizados por Lucero R, (2006) y Katana, (2003), los trastornos depresivos afectan al 10% de los ancianos. Entre el 10 y el 20% de los pacientes hospitalizados, del 15 al 35% de los que viven en asilos y el 40% de los que presentan múltiples enfermedades comorbilidades.

Coffin, Álvarez, Y Marín, (2011) plantean que la depresión ocurre en la esfera psíquica, somática y conductual y se refleja en la esfera social.

Sánchez \_ Soza, (2010) encontraron que, a menor funcionamiento familiar, mayor sintomatología depresiva, lo que incrementa a su vez el deterioro de la salud mental del individuo.

Según la publicación de la salud en las Américas (2007) de la Organización Panamericana de la salud, (OPS,2007) en Nicaragua el 78,7% de los hombres y 43.3% de las mujeres han consumido alcohol alguna vez. Las prevalencias de mayor consumo correspondieron a; tabaco (36.5%), alcohol (42%), tranquilizantes (16%), marihuana (6%), cocaína (1%), crack (0.5%). E inhalantes (1%).

Estudios en población con diabetes indican que el consumo de alcohol es causa de resistencia a la insulina, Avaro y Beltramell, (1993) probaron la hipótesis de que los adultos diabéticos debido a su preexistente resistencia a la insulina y comprometida capacidad de la secreción de insulina pueden experimentar una declinación de la tolerancia a la glucosa después de ingerir alcohol.

Estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez (2003) de la universidad autónoma de México, han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble de la probabilidad de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad.

Alarcón y Castillo, (1993) Manifiestan que la depresión es la causa más grave de los problemas de salud mental en la mujer.

La psicóloga Guadalupe Águila Medina, experta en adicciones de la Universidad de las Américas de Puebla (México), señala que “cualquier droga altera la atención y percepción mental, lo que provoca una falta de autocontrol, y los pacientes con diabetes deben estar conscientes para mantener su salud en condiciones óptimas y bajo el efecto de las drogas no es posible conseguirlo”.

Hernández y Omelas, (2002) mencionan que el alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia a la insulina.

### III-Justificación.

La diabetes es un problema de salud pública a nivel Mundial debido a que incrementa los daños a la salud de las personas, incrementa los gastos en salud pública, aumenta la comorbilidad, ya que en su desarrollo intervienen múltiples factores de riesgo destacándose entre estos la herencia, el medio ambiente. Los hábitos y estilos de vida, (4).

La prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles como lo es la diabetes mellitus se considera ahora una prioridad debido al gran impacto individual, social y al sistema de salud. Por lo tanto, el abordaje de este padecimiento va encaminado a la prevención de la aparición de la enfermedad, al manejo de las complicaciones de la misma y la prevención de la discapacidad y deterioro funcional, (5).

La diabetes mellitus de tipo 2 es una enfermedad crónica de gran interés epidemiológico, debido a que el efecto del progreso en la sociedad, ha tenido gran relación con el aumento de la prevalencia e incidencia de ésta enfermedad, en otras palabras, la diabetes mellitus de tipo 2 ha ido en incremento paralelo con la obesidad, el sedentarismo y la edad, (6).

En los pacientes diabéticos con cierta frecuencia se presenta depresión de diversa gravedad, tanto en el periodo de duelo que acompaña el conocimiento del diagnóstico, como por los cambios de hábitos que implica el manejo de la enfermedad. Posteriormente se encuentra cuando se manifiestan complicaciones propias de los padecimientos de larga evolución y sobre todo si ha cursado con control irregular de las cifras de glucemia. (11).

La atención psiquiátrica de la diabetes ha sido muy esporádica y existen muy pocos estudios sistemáticos de sus complicaciones mentales y emocionales. En general las alteraciones psiquiátricas pueden dividirse en las derivadas de la adaptación de la enfermedad, a su curso crónico y a sus complicaciones secundarias a la enfermedad, (17)

A diario se observa el aumento en el número de pacientes que acuden a consulta externa del centro de salud de Sébaco aquejando insomnio, pérdida del apetito, decaimiento y desinterés por el cuidado personal y de la salud, asociado al cumplimiento irregular del tratamiento, al deterioro de la salud y en algunos casos queda de manifiesto el consumo de sustancia como el alcohol y el tabaco.

Es por ello que la realización de este trabajo es de mucha importancia ya que permitirá brindar aportes que ayuden a los pacientes diabéticos de manera que puedan mejorar su estado de salud. De esta forma desarrollen habilidades para que puedan convivir con ella y además con los resultados obtenidos se pueda hacer procesos educativos sobre estilos de vida saludables y sensibilizar a los/as pacientes sobre la importancia del auto cuidado de la salud.

Además, este estudio permitirá a los miembros del equipo de conducción del centro de salud Sébaco, promover una atención más integral incluyendo la salud mental como una necesidad que contribuirá a una mejor recuperación de los pacientes con enfermedades crónicas

## IV-Planteamiento del problema.

Las enfermedades no transmisibles constituyen un problema de salud pública que genera muchos problemas a la persona que la padece, la familia y la comunidad por sus elevados costos para la atención requerida.

Las enfermedades Crónicas como la diabetes, la depresión y las adicciones, juegan un papel importante en el deterioro de la salud del individuo y aumenta la tasa de mortalidad.

Se ha demostrado a través de estudio que la diabetes y la depresión están fuertemente vinculadas.

Basado en lo anterior nace la pregunta de investigación.

¿Cuál es la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de Diabetes tipo 2 y su relación con el consumo de sustancia psicoactivas, en el centro de salud del Municipio de Sébaco- Matagalpa Durante el II semestre del año 2017?

## V-Objetivos.

### **Objetivo General.**

Describir la prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con el consumo de sustancia psicoactivas, en el centro de salud del Municipio de Sébaco- Matagalpa Durante el II semestre del año 2017.

### **Objetivos específicos:**

- 1-Describir las características socio demográficas de la población en estudio.
- 2-Determinar la prevalencia de depresión en la población de estudio.
- 3-Identificar los niveles de depresión en la población de estudio.
- 4-Determinar la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas.
- 5-Identificar la relación de la depresión con el consumo de sustancias psicoactivas.

## VI-Marco teórico

Prevalencia concepto: Se denomina prevalencia a la proporción de individuos de un grupo o una población que presentan una característica o evento determinado. La prevalencia de una enfermedad cuantifica la proporción de personas en una población que tiene una enfermedad, (o cualquier otro suceso) en un determinado momento y proporciona una estimación de la proporción de sujetos de esa población que tengan la enfermedad en ese momento, (1).

$$p: \frac{\text{Número de casos}}{\text{Población total}} \times 100$$

Al calcular la prevalencia se trata de una medida con un carácter estático. Es como una fotografía donde se refleja la magnitud de un problema en una población en un momento dado. Normalmente se utiliza La prevalencia puntual, cuando se hace referencia a un momento concreto. La prevalencia de periodo hace referencia a las personas que en algún momento del periodo correspondiente estuvieron enfermas, (2).

La prevalencia de una enfermedad aumenta como consecuencia de una mayor duración de la enfermedad, la prolongación de la vida de los pacientes sin que estos se curen, el aumento de casos nuevos, la inmigración de casos (o de susceptibles), la inmigración de sanos y la mejoría de las posibilidades diagnósticas. La prevalencia de una enfermedad, por su parte, disminuye cuando es menor duración de la enfermedad, existe una elevada tasa de letalidad, disminuyen los casos nuevos, hay inmigración de personas sanas, emigración de casos, y aumento de la tasa de curación, (3).

La diabetes es una enfermedad compleja que se caracteriza fundamentalmente por una insuficiencia absoluta o relativa de la secreción de insulina y por una insensibilidad o resistencia de los tejidos a los efectos de la insulina. La hiperglicemia es la consecuencia directa de estas deficiencias de secreción y de acción de la insulina, (6).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica y degenerativa que puede aparecer a edades tempranas o avanzadas de la vida, y ser el resultado de un proceso auto inmunitario asociado a una predisposición genética por factores hereditarios y ambientales, (7).

La diabetes es considerada, dentro de las condiciones médicas crónicas, una de las más demandantes en términos físicos, psicológicos y emocionales. Las complicaciones que puedan surgir como consecuencia de padecer diabetes pueden ser agudas o crónicas a largo plazo, (8).

### **Clasificación etiológica de la diabetes mellitus, (DM).**

**Diabetes Mellitus tipo No 1:** es un tipo de diabetes más frecuente en niños/as y adolescentes. Representa hasta el 90% de tipo de diabetes que afecta este grupo de edad, (4).

**Diabetes Mellitus tipo 2:** (DM Tipo 2) se presenta en personas en grados variables de resistencia a la insulina, pero se requiere también que exista una deficiencia en la producción de insulina que puede o no ser predominante, (4).

La diabetes mellitus tipo 2 representa aproximadamente el 90-95% de los individuos con diabetes. Se estima que el 80% de la diabetes tipo 2 puede ser atribuible al efecto combinado de la inactividad y el sobrepeso/obesidad, (9).

**Diabetes mellitus gestacional:** Se define como cualquier grado de intolerancia a la glucosa cuyo inicio o primer reconocimiento se haya producido durante el embarazo, (4)

La diabetes mellitus puede presentarse con síntomas característicos, como sed, poliuria, visión borrosa, y pérdida de peso. Frecuentemente los síntomas no son graves o no se aprecian. Por ello, la hiperglucemia puede provocar cambios funcionales y patológicos o. Durante largo tiempo antes del diagnóstico, (9).

## **Epidemiología de la diabetes.**

A escala Mundial se calcula que 422 millones de adultos tenían diabetes en el 2014, comparado con 108 millones en 1980 la prevalencia mundial de la diabetes (normalizada por edades) ha ascendido a casi el doble del 4.7% al 8.5% en la población adulta, (14).

La diabetes es una enfermedad crónica del grupo de enfermedades no transmisibles, la incidencia de diabetes por raza/etnia es la siguiente de 7.4% de las personas blancas no hispanas/Latinas, 12.1% de los hispanos latinos, 12.7% de las personas de raza negra no hispánicas, entre los hispanos y latinos la tasa es de 8.5%, (11).

### **Aspectos psicológicos de la diabetes tipo 2.**

Existen tantas posibles reacciones psicológicas como personas, desde mostrarse muy ansiosos hasta tornarse pasivos y dependientes, cursando con sentimientos de negación o de rechazo al diagnóstico y a los cambios de vida que amerita la enfermedad, (12).

Cuando se habla de diabetes resulta difícil pasar por alto el tema de la herencia, tomando en cuenta que la persona pueda tener un sentimiento de culpa ante la posibilidad de transmitirla a su descendencia, (12).

En el inicio de la mayoría de las enfermedades endocrinas pueden encontrarse síntomas que hacen pensar en enfermedades psiquiátricas; de igual forma, algunos pacientes con enfermedades depresivas o anorexia nerviosa pueden presentar determinadas anomalías que hacen pensar en una enfermedad endocrino-metabólica, (13).

La salud mental y estabilidad emocional se pueden ver afectadas desde el momento del diagnóstico ya que el paciente se enfrenta a una crisis que implica un cúmulo de pensamientos, emociones, sensaciones e interrogantes que generan un impacto en diversos ámbitos de su vida. Estas crisis surgen debido a varias razones: dificultad para aceptar la enfermedad, resistencia al cambio de ciertas conductas que son parte indispensable del tratamiento, que se perciba poco eficaz ante el tratamiento o que se presenten problemas de distrés psicológico, ansiedad y depresión, (6).

La depresión constituye la alteración psiquiátrica más común en pacientes con enfermedades crónicas. Este problema de salud mental compromete las tareas del cuidado de la diabetes y tiene un impacto negativo en el estado de salud del paciente, (15).

Tanto los que han estudiado la depresión como los que han estudiado la Enfermedad coinciden en que las situaciones críticas en la vida de un ser humano demandan disposición y capacidades específicas para sobrellevarlas, entre las cuales se destacan la de aceptación, afrontamiento, constancia, comunicación, la apertura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro-activa, que pueden variar entre persona y persona o ser inexistentes en última instancia, (14).

### **Comorbilidad en pacientes diabéticos.**

La comorbilidad tiene una alta trascendencia en cuanto al pronóstico clínico (peor respuesta a los tratamientos, mayor resistencia sintomática, mayor tendencia a la cronicidad y mayor riesgo de mortalidad), (16).

La depresión puede preceder a la diabetes, o la diabetes puede favorecer la aparición de un cuadro depresivo asociado. Por otro lado, las complicaciones propias de la diabetes son un factor de riesgo para la aparición de los cuadros depresivos. Los diabéticos que sufren depresión asociada tienen un peor control glucémico, el número y la gravedad de las complicaciones es mayor, la calidad de vida empeora y aumenta la mortalidad, (17).

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo (tristeza) patológica, apatía, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque de mayor a menor grado. También están presente síntomas de tipo cognitivo, volitivos, y somáticos por lo que podría hablarse de una afectación global psíquica y física, (20).

**Concepto de Depresión:** existen muchas definiciones de la depresión, pero para efectos del estudio tomaremos de referencia la definición de psiquiatría.

La palabra depresión viene del latín depressu, que significa abatido, derribado y para la psiquiatría es un trastorno del estado de ánimo bajo, que, en términos, se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente, (19).

El **término médico**, hace referencia a un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva: la tristeza patológica, el decaimiento, la irritabilidad o un trastorno del humor que pueden disminuir el rendimiento en el trabajo o limitar la actividad vital habitual, independientemente de que su causa sea conocida o desconocida, (21).

El **termino depresión en la psicología de la conducta**, hace referencia a la descripción de una situación individual mediante síntomas. La diferencia radica en que la suma de estos síntomas no implica en este caso un síndrome, sino conductas aisladas que pudieran si acaso establecer relaciones entre sí, (21).

### **Síntomas de la depresión:**

- Sentimiento persistente de tristeza, ansiedad, o vacío.
- Sentimiento de desesperanza y/o pesimismo.
- Sentimiento de culpa, inutilidad, y/o impotencia.
- Irritabilidad o inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades o pasatiempos que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles, y para tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos suicidas.
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

**Clasificación de la depresión:** Existen dos sistemas de clasificación DSM-IV y CIE- 10, entre ellos existe una equivalencia en los diagnósticos. De hecho, el DSM-IV toma los códigos de la CIE-10. El manual diagnóstico de los trastornos mentales (DSM-IV-2000) clasifica los trastornos del estado de ánimo en depresivos y bipolares. Dentro de los trastornos depresivos encontramos básicamente el trastorno depresivo mayor y el trastorno distintivo, (20).

**Depresión Severa** ⊕ Trastorno depresivo mayor), Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc., es decir es un tipo de depresión incapacitante que altera la vida del paciente.

**Distimia:** También conocida como depresión crónica, afecta a un porcentaje pequeño de la población entre el 3 al 6 % y se caracteriza por la presentación de la mayoría de los síntomas que aparecen en la depresión mayor, aunque dichos síntomas suelen ser menos intensos y se prolongan más en el tiempo (como mínimo 2 años)

**Trastorno bipolar:** o enfermedad maniaco depresiva es una alteración de los mecanismos que regulan el estado de ánimo, quienes la sufren pasan alternativamente de la euforia o manía a la depresión llegando a necesitar en ocasiones hospitalización, los cambios del estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales.

**Depresión atípica:** Las personas con depresión atípica generalmente comen y duermen con exceso, tienen un sentido general de pesadez, y un sentimiento muy fuerte de rechazo.

Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque tridimensional que incluya los factores biológicos (hereditarios), psicológicos y sociales, el cual nos permitirá una comprensión más acertada del problema y una correcta discriminación entre la variedad de formas en que se presenta como ser leve, moderado, grave, con o sin síntomas psicóticos, incierto o sin especificación y debido a problemas médicos, (16).

La depresión está clasificada como un trastorno afectivo, lo que implica cambios en el humor, siendo que los efectos de la depresión están circunscritos al funcionamiento emocional. Sin embargo, el impacto de la depresión es mucho más profundo afectando prácticamente todos los aspectos de la vida de la persona deprimida, tales como las relaciones interpersonales, el funcionamiento conductual y el funcionamiento cognitivo, (19)

### **Diagnóstico de la depresión:**

El cuadro depresivo se divide en leve, moderado o grave. El diagnóstico se establece con la presencia de al menos cinco de los síntomas y debe ser uno de ellos un estado de ánimo depresivo o de pérdida de interés o de capacidad para el placer, (16).

### **Factores de riesgo para depresión.**

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, sin que hasta el momento haya sido posible establecer su totalidad ni las múltiples interacciones existente entre ellos. Se desconoce el peso de cada uno de ellos en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla, (19).

Las variables que incrementan el riesgo de depresión se pueden clasificar en factores personales, sociales, cognitivos, familiares, y genéticos, (19).

### **Epidemiología de la depresión.**

El trastorno depresivo mayor presenta una prevalencia estimada del 15%, y en las mujeres puede alcanzar el 25%. Una observación casi universal, independientemente del país o la cultura, es que este trastorno tiene una prevalencia dos veces mayor en las mujeres que en los hombres. Algunas hipótesis que se han planteado para explicar estas diferencias son los factores hormonales, los efectos del parto, y los diferentes factores de estrés psicosocial para las mujeres respecto a los hombres, (21).

La depresión se ha convertido en un problema de salud pública por la carga de enfermedades que genera, (la mayor carga por la discapacidad que produce). Se calcula que en el mundo hay 350 millones de personas que se encuentran afectadas por la depresión. El peor desenlace de la enfermedad es el suicidio, (18).

La depresión es una enfermedad sub-diagnosticada y sub- tratada. Estudios recientes han sugerido que un 70% de las personas depresivas no reciben tratamiento, la mitad nunca buscan ayuda y sólo un 20 – 25% son diagnosticados y tratados, pero de estos menos del 10% reciben tratamiento adecuado, (19).

### **Sustancias psicoactivas:**

Bajo la denominación de sustancias psicoactivas o drogas se incluye un grupo variado de sustancias, cuyo potencial adictivo, así su peligrosidad puede variar significativamente. Estas diferencias se deben no solo a cronicidad de uso y el contexto en que se consume, (22).

Las sustancias psicoactivas son diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. Existen regulaciones para el control y fiscalización del uso de estas sustancias, ya sea para uso recreativo, como el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes o analgésicos opiáceos, o de uso general, como los solventes industriales, (22).

El daño asociado al uso de sustancias psicoactivas, a corto o a largo plazo, depende de la interacción de un conjunto de factores, tales como el tipo de sustancia y la forma de consumo, las características personales, físicas y psicológicas, del consumidor, pero también del contexto social en el que se produce el consume, (22).

El consumo de alcohol en las Américas es aproximadamente de un 40% superior a la media mundial.

En el año 2000 el alcohol fue el más importante de riesgo para la salud en países de renta media baja y los países de las Américas. Fue segundo en los países desarrollados de las Américas. Ocupó el octavo de drogas ilícitas entre los 10 principales factores de riesgo para la región, (23).

No hay duda que el consumo de alcohol incrementa los problemas de salud en las personas que tienen un diagnóstico de diabetes mellitus, teniendo efectos graves en el metabolismo de los carbohidratos, Hernández y Omelas, (2002) mencionan que el alcohol incrementa la estimulación a la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y causa resistencia a la insulina, (22).

Siguiendo criterios de OMS, se propusieron las siguientes categorías para clasificar las drogas.

- 1-Alcohol y barbitúricos
- 2-Anfetaminas.
- 3-Cannabíes (marihuana y hachís)
- 4-Cocaína.
- 5-Alusinógenos (LSD, similares) opiáceos.
- 6-Disolventes, volátiles (pegamentos)
- 7-Tabaco.

## VII-Material y método.

**1-Tipo de estudio:** El tipo de estudio que se realizó es descriptivo de corte transversal.

**2-Área de estudio:** Es el centro de salud del Municipio de Sébaco del departamento de Matagalpa, el cual a través del modelo de salud familiar comunitario atiende una población de 37,115 Habitantes, atendiendo a 146 pacientes diagnosticados con diabetes tipo 2.

**2-Población de estudio:** 146 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2.

**4-Muestra:** Se procedió a calcular la muestra a través de fórmula estadística de población total

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{N \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

La muestra fue de 45 pacientes con un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%. Lo que representa un 31% de la población que se atienden en el programa de pacientes crónicos del MINSA Sébaco.

Tipo de muestreo: Muestreo probabilístico (aleatorio): en este tipo de muestreo, todos los individuos de la población tuvieron la oportunidad de haber sido seleccionados.

### **5-Criterios de inclusión:**

Para ello se tomó en cuenta lo siguiente:

- 1-Hombres y mujeres del programa de enfermedades crónicas
- 2- Pacientes diagnosticados con diabetes Tipo 2.
- 3- Pacientes en edades adultos/as.
- 4-Pacientes que reciben tratamiento para diabetes, en el centro de salud Sébaco.

## **6-Criterios de exclusión:**

1. Niños y adolescentes diabéticos.
- 2-Pacientes que reciben atención transitoria en el programa (visitantes)
- 3-Pacientes con otras enfermedades crónicas.
- 4-Pacientes que recibieron tratamiento antidepresivo antes de ser diagnosticados con diabetes

**7-Fuente de la información:** La fuente de información es primaria

## **8-Instrumento de recolección de datos**

- 1-Entrevista estructurada la cual se le aplicó a los/as pacientes.
- 2-Aplicación de la escala de valoración de Beck.

**La Escala de Beck.** Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos para la evaluación de la depresión.

Se solicitó el consentimiento informado de cada uno de los pacientes seleccionados previa autorización del director del centro de salud.

Para la aplicación de la entrevista y la administración de la escala de Beck Se seleccionó al azar los pacientes utilizando listado de pacientes inscritos en el programa y se seleccionaron cada 3 pacientes según la lista donde todos los pacientes del programa tenían la misma oportunidad de participar.

## **Entrevista estructurada:**

Se procedió a validar la entrevista a través de pilotaje con población adulta con la misma característica de la población de estudio pero que no fueron incluidos por recibir atención en servicios privados.

### **Descripción de la escala de Beck:**

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depresión Inventory, BDI) (Beck y Cols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Cols, (1975) y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida.

En 1979 Beck y Cols, dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991) siendo esta la más utilizada en la actualidad.

En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.

Es un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico – cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos

### **Interpretación de la escala de Beck.**

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados; para graduar la intensidad / severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

### **9-Plan de análisis de datos:**

Para realizar el análisis de datos se procedió a tabular la información en una base de datos en de Excel, y luego se realizó limpieza de la base de datos de forma invariada empleando; frecuencia simple, porcentaje, media, mediana.

Los resultados se presentarán mediante tablas y gráficos.

### **10-Consideraciones Ética:**

A-Se le solicitó permiso para la realización del estudio al Dr. Freddy Blandón Director del MINSA Sébaco.

B-Se procedió a hacer el consentimiento informado con los pacientes.

C- Se les explico a los/as pacientes que se les respetaran los Valores, la integridad personal, el anonimato, y se les respetará sus opiniones y la decisión de participar o no en el estudio.

## **11-Fortalezas del estudio:**

- El interés y apoyo al estudio investigativo de parte de las autoridades del centro de salud.
- Contar con el apoyo de las autoridades del centro de salud.
- Disponibilidad de los pacientes por participar en el estudio.
- Tutoría permanente de parte de los docentes encargados de la maestría

## VIII- Resultados

Tabla No.1 Distribución sociodemográfica de 45 participantes

Características sociodemográficas	Frecuencia	Porcentaje
<b>Edad</b>		
20-34 años	2	4
35-49 años	13	29
50-65 años	16	36
65 a más	14	31
<b>Sexo</b>		
Mujer	33	73
Hombre	12	27
<b>Procedencia</b>		
Urbana	45	100
Rural	-	-
<b>Religión</b>		
Católica	24	53
Evangélica	21	47
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	6	13
Unión Libre	14	31
Casado	16	36
Divorciado	2	4
Viudo	7	16
<b>Nivel Escolar</b>		
Analfabeta	5	11
Alfabetizado	4	9
Primaria	30	67
Secundaria	5	11
Universitario/a	1	2
<b>Nivel Ocupacional</b>		
Empleado	11	24
Desempleado	34	76

Fuente; Entrevista.

De los 45 pacientes estudiados se destaca como la edad de mayor relevancia las edades comprendidas entre 50 a 65 años con un 36%, con el 31% las edades de 65 y más, el 29% las edades de 35 y 49 años y el 4% las edades de 20 a 34 años siendo este el menor porcentaje de pacientes. Se obtuvo una media de edad de 55 años.

Del total de pacientes encuestados/as el 73 % (33), eran mujeres. Todos los participantes tienen procedencia urbana. El 53% de los pacientes profesan la religión católica, Seguido de la religión evangélica con un 47%. El 36% su estado civil es casado/a, el 31% en unión libre, el 16% viudos/a, el 13% soltera/os, el 4% divorciado. En relación al nivel escolar el 67% cursaron primaria, el 11% es analfabeta, él 11% secundaria, y el 2% universitarios. El 76% se encontraban desempleados/as, y el 24% cuentan con empleo.

Tabla: No 2 Frecuencia del nivel de depresión según edad. n:45

Nivel de depresión	EDAD				Total	Porcentaje
	20 a 34 años	35 a 49 años	50 a 65 años	65 más años		
No depresión	2	0	6	0	8	18
Depresión leve	1	7	8	10	26	58
Depresión moderada	0	2	1	5	8	17
Depresión Grave	0	2	1	0	3	7

Fuente: Escala de Beck.

Al aplicar la escala de Beck a los participantes se encontró que el 82% (37), de la población estudiada presento síntomas depresivos, el 18% de los pacientes no presentaron síntomas depresivos, 58% presentó depresión leve, el 17% depresión moderada, y el 7% depresión grave.

Tabla No 3. Prevalencia de depresión en población de estudio. n;45

Tipo de depresión	Mujer		Hombre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Depresión Leve	18	40	8	18
Depresión moderada	5	11	3	7
Depresión Grave	2	4	1	2
Total	25	55	12	27

Fuente: Test de Beck.

La prevalencia de depresión fue del 82%.

La prevalencia de depresión en las mujeres fue de 55%(25), y en los varones la prevalencia de depresión fue de 27%, (12).

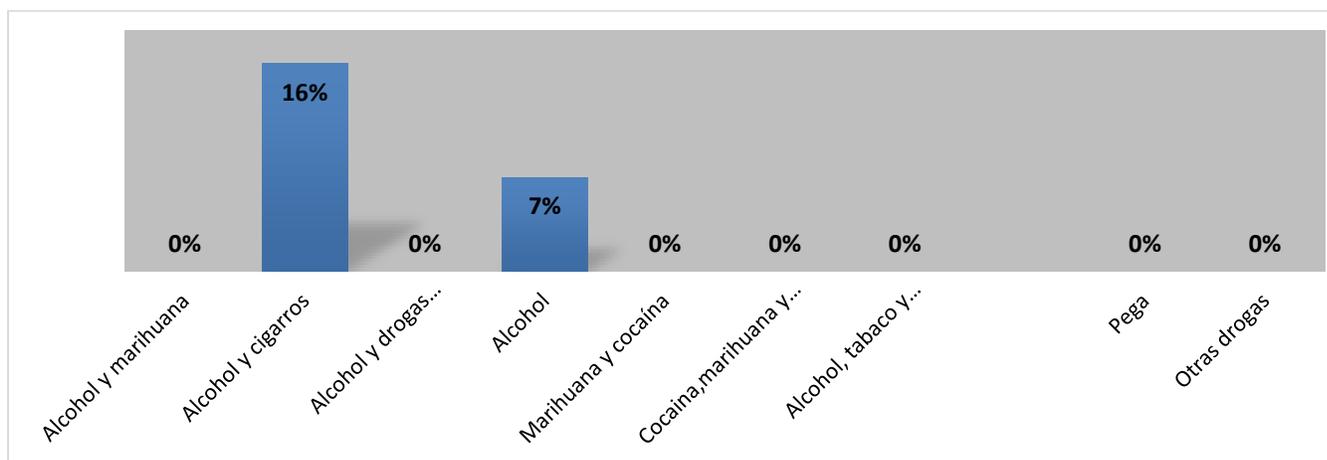
Tabla No 4 Porcentaje de pacientes diabéticos que presentaron consumo sustancias psicoactivas según edad.

SI		NO	
Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
11	24%	34	76%

Fuente: entrevista.

El 24% (11) de los pacientes manifestaron consumir sustancias psicoactivas y el 76%, (35) refirieron no consumo de sustancias psicoactivas. La prevalencia de consumo de sustancias psicoactiva en este estudio fue de 24.4%

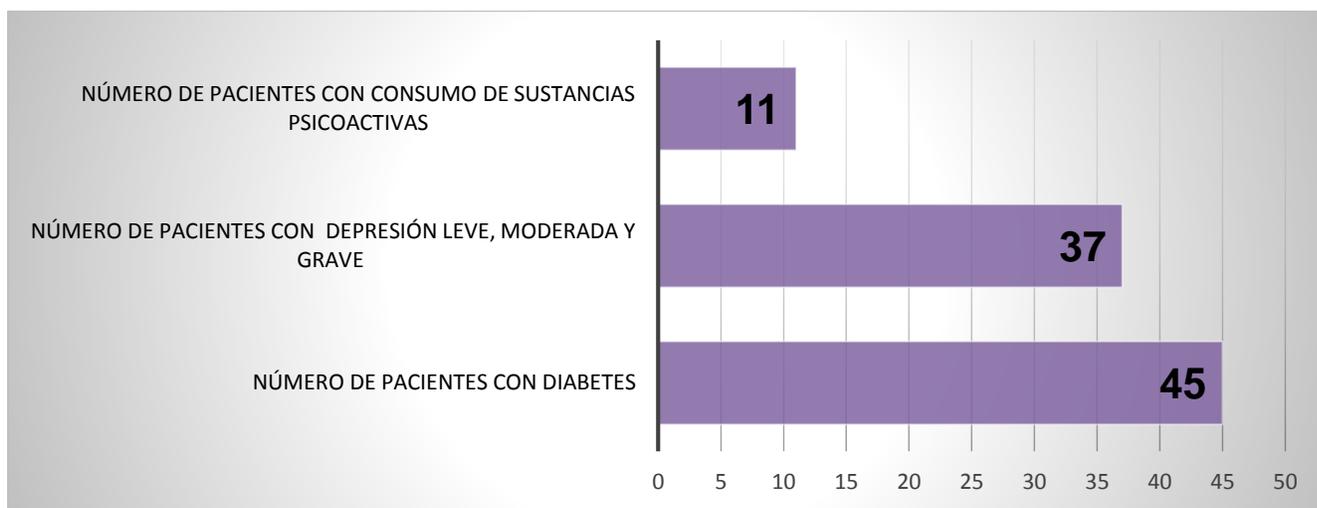
Gráfico 1 (Tabla No 5, ver anexos) Porcentaje de consumo de sustancias psicoactivas según sustancia consumida.



Fuente: Entrevista.

Se obtuvo que la sustancia psicoactiva más consumida por los pacientes en estudio fue el alcohol y el cigarro con un 16%, seguido de solo alcohol con un 7 %.

Gráfico No 2 (Tabla No 6, ver anexos) Relación de la depresión y consumo de sustancias psicoactivas. N:45



Fuente: Entrevista y test de Beck.

De los 45 pacientes con diabetes estudiados 37 de ellos/a presentaron sintomatología depresiva. Se evidenció que 11 pacientes consumían sustancias psicoactivas, de los cuales 9 presentaron algún grado de Depresión. Lo que evidencia la relación de depresión con consumo de sustancias psicoactivas.

## IX-Discusión:

El análisis de los datos obtenidos, reveló a continuación los siguientes planteamientos: En relación a la situación sociodemográfica, la procedencia de los pacientes estudiados es urbana. Las mujeres fueron las más afectadas. Si bien la diabetes mellitus es una enfermedad crónica que no tiene relación con el sexo del paciente, se encontró que la mayoría de los pacientes que participaron en el estudio fueron mujeres esto se debe a que las mujeres acuden con más frecuencia a las unidades de salud.

El nivel de estudio juega un papel importante en el cumplimiento y auto cuidado del paciente con enfermedades crónicas del total de participantes en que se estudiaron, la educación primaria ocupó el primer lugar con un 67%, la secundaria con 11% y el analfabetismo con 11%.

En relación al estado civil el 36% de los pacientes son casados, 31% vive en unión libre, el 16% es viudo/a y el 13% soltera/o, si bien no se hizo mayor abordaje en el entorno familiar este es de gran ayuda para el acompañamiento de los pacientes con enfermedades crónicas.

En cuanto a la religión de los/as pacientes, más de la mitad profesan la religión católica, esto puede deberse a la cultura e idiosincrasia Nicaragüense que es transmitida de padre a hijos, así también a que la población en estudio pertenece al área urbana siendo gran parte de su población católica.

Para el cálculo de la prevalencia de la depresión en pacientes diabéticos en estudio se tomaron en cuenta los criterios de clasificación de la depresión del manual de clasificación de las enfermedades y trastornos relacionados con la salud mental (CIE10) y el manual diagnóstico y estadístico del trastorno mental (DSM IV) realizando el cálculo de prevalencia con el número de pacientes que presentaron depresión.

Al aplicar la escala de Beck a los participantes se encontró que el 82% (37), de la población estudiada presento síntomas depresivos, el 18% de los pacientes no presentaron síntomas depresivos, 58% presentó depresión leve, el 17% depresión moderada, y el 7% depresión grave.

La prevalencia de depresión fue del 82%.

La prevalencia de depresión en las mujeres fue de 55%(25), y en los varones la prevalencia de depresión fue de 27%, (12). La prevalencia de depresión en las mujeres es superior a estudios realizados, por la organización Mundial de la Salud, (2017), quienes reportan que el cuadro depresivo presenta una prevalencia de depresión en las mujeres del 25%.

En el presente estudio se utilizó la entrevista individual y el test de inventario de Beck el cual examinó la sintomatología depresiva pero no la depresión clínica, los resultados de este trabajo coinciden con cuadros depresivos de intensidad leve, moderada y grave y en las que se destacan las quejas somáticas y la ansiedad.

Se logró identificar en el presente estudio que los pacientes diabéticos tienen mayor probabilidad de desarrollar depresión debido a factores biológicos y medioambientales que favorecen el desarrollo de la enfermedad lo que igualmente se ha encontrado en estudios realizados por Lustman et. Quien ha sugerido que la depresión clínica en diabéticos tipo 2 usualmente preceden al desarrollo de diabetes y que la depresión y la diabetes pueden interactuar a nivel biológico básico.

En cuanto a la relación de edad y depresión se logró observar que, a mayor edad, mayor probabilidad de sufrir depresión.

Se evidencia consumo de sustancia psicoactivas en 11 pacientes del estudio de los cuales el 16% consumían alcohol y cigarros y el 7% solo consumían alcohol con una prevalencia de 24.4%. Lo que da resultados inferiores a los encontrados en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la salud, (2007) quienes encontraron una prevalencia de mayor consumo correspondieron a tabaco, (36.5%), alcohol, (42%).

El consumo de tabaco en el presente estudio es significativo representando un 16% asociado con el consumo de alcohol y según la Asociación Americana de la diabetes, (2012), la asociación entre la depresión y el consumo de cigarro es preocupante entre las personas diabéticas. El tabaquismo se ha relacionado con un incremento en la resistencia de la insulina.

Los resultados de este estudio concuerdan con hallazgo informados en otras investigaciones que muestran una asociación significativa entre el consumo de alcohol y tabaco, y la presencia de síntomas depresivos

También se encontró en un estudio de Pineda-Cano, (2004) hecho en Santiago de Chile sobre los niveles de depresión de pacientes adultos con diabetes tipo 2 el cual confirma la comorbilidad entre la depresión y la diabetes mellitus tipo 2 por lo que se debe brindar una atención integral a las personas diabéticas para evitar mayores complicaciones. En el presente estudio se encontró que de los 45 pacientes diabéticos estudiados presentaron depresión, (28 pacientes con depresión leve, 6 pacientes con depresión moderada y 3 con depresión grave). Se evidencio que 11 pacientes del total estudiado consumían sustancias psicoactivas y 37 de ellos cursaban con sintomatología depresiva lo que evidencia la relación de depresión con consumo de sustancias psicoactivas

Se requiere reorientar la atención a las personas que padecen diabetes mellitus, a través de un enfoque multidisciplinario, con una tendencia a mejorar el auto cuidado, con un fortalecimiento en la disciplina al cumplimiento del tratamiento, ejercicios físicos y al cuidado de la salud mental.

Además, con fines preventivos, resulta conveniente seguir orientando los esfuerzos hacia investigaciones que busquen en los factores psico afectivos elementos de riesgo para diabetes, por el riesgo de que la depresión puede originar diabetes según algunos estudios.

## X- Conclusiones

1-La mayoría de los pacientes en estudio eran mujeres debido a que las mujeres acuden con más frecuencia a las unidades de salud.

2--El sexo más afectado por la depresión es el sexo femenino.

3- Se obtuvo una media de edad de 55 años entre la población de estudio.

4-La prevalencia de depresión en el presente estudio fue mayor en relación a otros estudios realizados con pacientes diabéticos.

5-La prevalencia de depresión en pacientes diabéticos se debe considerar como un problema de mucha relevancia en la recuperación de la salud de los pacientes diabéticos.

6-Se determinó que el grado de depresión más frecuente en los pacientes diabéticos de este estudio es de depresión leve asociado a sintomatología somática y vegetativa. Se obtuvo una prevalencia de consumo de sustancia psicoactiva inferior a otros estudios realizados por la organización mundial de la salud.

7-Las sustancias psicoactivas más utilizada en la población de estudio son el alcohol y el cigarro.

8-Existe relación significativa entre diabetes, depresión y consumo de sustancias psicoactivas debido a las afectaciones emocionales, biológicas y medio ambientales.

## XI-Recomendaciones

A los individuos con diabetes:

- 1-Fortalecer las habilidades sobre auto cuidado de la salud.
- 2-Participar en actividades recreativas y educativas.
- 3-Realizar deporte de manera periódica,
- 4-Organizarse en grupos de pacientes diabéticos para realizar actividades de cuidado de la salud.
- 5-Buscar ayuda profesional en caso de depresión y uso de sustancias psicoactivas.

### **A las Familias:**

1. Fortalecer la comunicación y el apoyo a los pacientes diabéticos en estudio.
2. Acompañarlos en los procesos de atención.
3. Participar en campañas educativas de prevención y ayuda de pacientes con diabetes.

### **Al Ministerio de salud:**

1. Fortalecer e integrar los procesos de atención en salud mental a los pacientes con enfermedades crónicas.
2. Dar mejor seguimiento a los pacientes con enfermedades crónicas.
3. Fortalecer el plan de educación continua para médicos y enfermería de las unidades de salud y fortalecer la estrategia de club de pacientes crónicos en el centro de salud de Sébaco y los diferentes sectores.
4. Monitorear los procesos de calidad de la atención a las enfermedades crónicas.
5. Implementar programas de autoayuda a las personas con enfermedades crónicas.
6. Realizar procesos educativos con los pacientes y las familias

## XII-Referencias bibliográficas.

1. Moreno AA. Cols. Principales medidas en epidemiología, Salud Pública Mex. 2000; 42; 337-348.
2. Manual sobre el método epidemiológico, escuela Nacional de Sanidad, Madrid, octubre de 2009.
3. Módulo de principios de Epidemiología para el control de enfermedades. Organización Panamericana de la salud, segunda edición, Washington D.C: OPS, año 2002.
4. Protocolo de manejo de la diabetes mellitus, normativa 081, Ministerio de salud Nicaragua, primera edición, noviembre ,2011.
5. Rodríguez G. Monografía, Factores psicosociales en el manejo, de la diabetes tipo 2, Universidad Autónoma de México, año 2003.
6. Gómez Dr. Psicología de la diabetes tipo 2, Centro de Investigaciones - Endocrino - Metabólicas, Facultad de Medicina, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela
7. Ríos-Castillo, JL Barrios-Santiago P. Ávila-Rojas, Alteraciones emocionales en pacientes diabéticos con neuropatías, Rev, Med IMSS, 2004.
8. Rivas-Acuña, Garcia-Varjau, Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2, Vol 17, No 1 y 2, agosto, 2011.çç
9. Guía práctica clínica para el diagnóstico y control de la diabetes tipo 2, en el primer nivel de atención, Ministerio de salud, lima Perú, año 2016.
10. Protocolo de diabetes Mellitus Tipo 2, Sociedad Española de medicina interna, 1primera edición, Editorial Lilly SA. Año 2010.
11. Pineda N, Bermúdez V, C. Cano. Aspectos Psicológicos y personales en el manejo de la Diabetes Mellitus.
12. Guía para la atención de las personas diabéticas Tipo 2, Segunda edición, San José Costa Rica, año, 2007.

13. Monografía, Depresión en pacientes con diabetes tipo 2, que acuden a una consulta externa de medicina interna, Antúnez Moraima, Bettioli Adrianna A. San Cristóbal Venezuela.
14. Organización Mundial de la salud, Informe Mundial sobre la diabetes, año, 2016.
15. León Estudillo, Guillén Miguel Ángel, prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, Sep.2012.
16. Manual de clasificación estadística internacional de las enfermedades y problemas relacionados a la salud. Decima Revisión, (CIE 10)
17. Monografía, Prevalencia de depresión en diabetes mellitus tipo 2, JL Rodríguez-Ríos MD, 2014, España.
18. Boletín de salud mental, depresión, subdirección de enfermedades no transmisibles, Bogotá, Colombia, año 2017.
19. Manual de depresión, instituto Nacional de la salud Mental, publicación de NIH, SP, 09 3561, año 2009.
20. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (DSM-IV) ed. Masson, España, año 2000.
21. Manual de depresión, departamento de salud Mental y servicios Humanos de los Estados Unidos, instituto Nacional de salud Mental, publicación de NIH Num.SP 09 3561, modificado en enero del 2009.
22. Monografía, patrón de consumo de Alcohol y diabetes, Universidad Autónoma de Nuevo León, España, año 2002.
23. Monteiro, Maristela G. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción Washington DC; OPS, año 2007.

# XIII- Anexos

Tabla No.5 Frecuencia del consumo de sustancias psicoactivas según sustancia consumida. n: 45

Nº.	Tipo de sustancia psicoactiva	Número	%
1	Alcohol y marihuana	0	0%
2	Alcohol y cigarros	7	16%
3	Alcohol y drogas mandadas por el médico	0	0%
4	Alcohol	3	7%
5	Marihuana y cocaína	0	0%
6	Cocaína, marihuana y tabaco	0	0%
7	Alcohol, tabaco y marihuana	0	0
8	Pega	0	0%
9	Otras drogas	0	0%

Fuente: Entrevista.

Tabla No 6. Relación de la depresión y consumo de sustancias psicoactivas.

n:45

Indicador	Número de casos
Número de pacientes con diabetes	45
Número de Pacientes con depresión leve, moderada y grave	37
Número de Pacientes con consumo de sustancias psicoactivas	11

Fuente: Entrevista y test de Beck.



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- UNAN-León**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Centro de Investigación en Demografía y Salud, CIDS**  
**Centro para las Adicciones y Salud Mental**

**Tema de investigación: Prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.**

**Entrevista.**

**I-Datos generales:**

- Iniciales del nombre y apellidos del/la paciente:
- Edad:                    sexo: Hombre \_\_\_\_\_Mujer\_\_\_\_\_
- Procedencia: Urbana; \_\_\_\_\_Rural: \_\_\_\_\_
- Religión \_\_\_\_\_Escolaridad\_\_\_\_\_

Situación Laboral. Empleado \_\_\_\_\_Desempleado\_\_\_\_\_

- Estado civil: Soltero\_\_\_\_\_ Unión libre\_\_\_\_\_
- Casado \_\_\_Separado \_\_\_\_\_Divorciado\_\_\_\_\_ Viudo\_\_\_\_\_
- No de Hijos\_\_\_\_\_
- Tiempo de padecer diabetes: Meses \_\_\_\_\_Años\_\_\_\_\_
- Medicamentos que usa actualmente: \_\_\_\_\_
- Alguna vez ha abandonado el tratamiento para la diabetes.
- Si \_\_\_\_\_NO \_\_\_\_\_ Si es si cual fue la causa\_\_\_\_\_

## II-Historia de consumo de sustancias psicoactivas.

SI NO

2-1-Ha consumido algún tipo de Sustancias psicoactivas alguna vez en su Vida

2-2-En los últimos 15 meses ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva

2-3- Nunca ha consumido algún tipo de sustancia psicoactiva

2-4-Si contesta que si marque el tipo de sustancias consumidas del listado que se le detalla a continuación.

No	Tipo de sustancia.	SI	NO
1	Alcohol y marihuana		
2	Alcohol y drogas mandadas por el medico		
3	Marihuana y cocaína		
4	Cocaína ,cocaína ,marihuana y tabaco		
5	Alcohol tabaco y marihuana		
6	Pega		
7	Otras drogas		
8	Ninguna		

2-5- Usted inicio el consumo de la sustancia antes mencionada:

Marque con una x

A) Antes de ser diagnosticado/a con diabetes ( )

B) Después que le diagnosticaron su enfermedad ( )

**III-Con qué frecuencia usted ha consumido esa sustancia.**

No	Frecuencia	SI	NO
1	diario		
2	Más de una vez al día		
3	Una vez a la semana		
4	Una vez al mes		
5	Una vez al año		

**IV-A medida que fue diagnosticado con diabetes. Marque con una X**

1\_ Aumento el consumo de las sustancias psicoactivas? ( )

2- ¿Disminuyo el consumo de sustancia? ( )

## Escala de Beck

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Escolaridad \_\_\_\_\_

Procedencia: Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

- 1 No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
- 2. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
- 3 No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

- 4. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5. No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

- 6. No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

- 7. No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

- 8. No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

- 9. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

- 10. No lloro más de lo que solía.
  - Ahora lloro más que antes.
  - Lloro continuamente.
  - Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 
- 11. No estoy más irritado de lo normal en mí.
  - Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
  - Me siento irritado continuamente.
  - No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 
- 12. No he perdido el interés por los demás.
  - Estoy menos interesado en los demás que antes.
  - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
  - He perdido todo el interés por los demás.
- 
- 13. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
  - Evito tomar decisiones más que antes.
  - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
  - Ya me es imposible tomar decisiones.
- 
- 14. No creo tener peor aspecto que antes.
  - Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
  - Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer
    - poco atractivo
    - Creo que tengo un aspecto horrible

- 15. Trabajo igual que antes.
  - Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
  - Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
  - No puedo hacer nada en absoluto.
- 
- 16. Duermo tan bien como siempre.
  - No duermo tan bien como antes.
  - Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
  - Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 
- 17. No me siento más cansado de lo normal.
  - Me canso más fácilmente que antes.
  - Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
  - Estoy demasiado cansado para hacer nada.
- 
- 18. Mi apetito no ha disminuido.
  - No tengo tan buen apetito como antes.
  - Ahora tengo mucho menos apetito.
  - He perdido completamente el apetito.
- 
- 19. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
  - He perdido más de 2 kilos y medio.
  - He perdido más de 4 kilos.
  - He perdido más de 7 kilos.
  - Estoy a dieta para adelgazar: SI\_\_\_ NO\_\_\_

- 20. No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
  - Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o
  - estreñimiento.
  - Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
  - Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
- 
- 21. No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
  - Estoy menos interesado por el sexo que antes
  - Estoy mucho menos interesado por el sexo
  - He perdido totalmente mi interés por el sexo

**TOTAL:**



**Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- UNAN-León**  
**Facultad de Ciencias Médicas**  
**Centro de Investigación en Demografía y Salud, CIDS**  
**Centro para las Adicciones y Salud Mental.**

**Carta de consentimiento informado.**

Por medio de la presente autorizo ser participante en el Tema de investigación: Prevalencia de la depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar una entrevista y en la administración de la escala de Beck para medir depresión, el cual no pone en riesgo mi integridad física, se respetará mis valores y la decisión de participar o no en el estudio. Además, que los datos que yo proporcione serán confidenciales, habiendo la posibilidad de identificación en caso necesario.

La información obtenida será anónima, voluntaria y se respetará la verdad de los resultados y se le informará los resultados.

---

Firma de aceptación