



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.**

**ÁREA DE LA SALUD HUMANA.**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

**TÍTULO:**

**DIABETES MELLITUS TIPO I Y II Y SU  
RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN EL  
SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL MANUEL YGNACIO  
MONTEROS VALDIVIESO (IESS) DE LA  
CIUDAD DE LOJA.**

**TESIS DE GRADO PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
PSICÓLOGA CLÍNICA.**

**AUTORA:**

**VALERIA SOFÍA CABRERA LOAIZA**

**DIRECTORA:**

**Dra. ANA PUERTAS AZANZA Mg. Sc**

**LOJA – ECUADOR**

## CERTIFICACIÓN

DRA. ANA PUERTAS AZANZA Mg. Sc.

**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; DIRECTORA DE TESIS.**

**CERTIFICA;**

Haber asesorado y monitoreado con pertinencia la ejecución y la investigación de campo y el informe final del proyecto de tesis titulado: **DIABETES MELLITUS TIPO I Y II Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO (IESS) DE LA CIUDAD DE LOJA**, de la señorita Valeria Sofía Cabrera Loaiza; así como revisar oportunamente los avances de la investigación devolviéndolos a la aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias a fin de asegurar la calidad de la misma; por lo tanto autorizo su presentación para la defensa ante el tribunal de tesis y disertación pública de la misma para la graduación.

29 de julio del 2015

**ATENTAMENTE:**



.....  
DRA. ANA PUERTAS AZANZA Mg. Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

ii

## AUTORÍA

Yo Valeria Sofia Cabrera Loaiza, declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional- Biblioteca Virtual.

Autora: Valeria Sofia Cabrera Loaiza

Firma:



Cédula: 1105039265

Fecha: 29-07-2015

**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA PARA  
LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN  
ELECTRÓNICA DEL TEXTO COMPLETO**

Yo Valeria Sofía Cabrera Loaiza declaro ser la autora de la tesis titulada: **DIABETES MELLITUS TIPO I Y II Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO (IESS) DE LA CIUDAD DE LOJA**, como requisito para optar el grado de **PSICÓLOGA CLÍNICA**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos muestre al mundo la reproducción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización en la ciudad de Loja, a los veinte y nueve días del mes de julio, del dos mil quince firma la autora.

Firma:



Autora: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

Cédula: 1105039265

Dirección: La Argelia (Alexander Won Humbolt y Condamine).

Correo Electrónico: [valesofi15@hotmail.com](mailto:valesofi15@hotmail.com)

Teléfono: 2548337

Celular: 0984649948

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

Directora de Tesis: Dra. Ana Puertas Azanza

Tribunal de Grado: Dra. Susana Gonzales García

Lic. Diego Andrade Mejía

Lic. Dolores Auquilla Ortega.

## **DEDICATORIA**

*Dedico esta tesis de manera muy especial a mi hermana Katty Paulina, pues ella ha sido el principal cimiento para la construcción de mi vida profesional, sentó en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación, en ella tengo el espejo en el cual me deseo reflejar, pues su anhelo por dirigirme desde mi infancia, formaron en mí el éxito alcanzado....Gracias querida hermana.*

*A mis Padres por su apoyo incondicional y a mi pequeña hermana Emily Anahí calidez de la familia a la cual amo.*

## **AGRADECIMIENTO**

***A mi Señor Jesucristo por abrir un camino de luz, a lo largo de mi vida.***

*A la Facultad de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, por permitirme y abrirme las puertas de esta prestigiosa Alma Máter Lojana, al servicio de los Jóvenes que buscan el camino hacia el éxito profesional. Expreso mi más profundo y sincero agradecimiento a la Dra. Ana Puertas, Directora de esta investigación, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo incondicional recibido para la realización del presente trabajo. Muchas Gracias Dra. Anita.*

*Al Hospital del IESS “Manuel Ignacio Monteros” por permitirme realizar la indagación de datos, soporte principal de mi investigación. Muchas gracias.*

*A la Lic. Tania Serrano y Lic. Mariudca Terán, Servidoras de esta Institución, por su comprensión, paciencia y ayuda recibida, profesionales de un excelente calor humano, con la que me encuentro en deuda por el ánimo infundido y la confianza en mí depositada.*

*A todos mis Maestros, quienes se tomaron el arduo trabajo de trasmitirme sus diversos conocimientos y dedicación, logrando en mí importantes objetivos como culminar el desarrollo de mi tesis con éxito y obtener una afable titulación profesional.*

***LA AUTORA***

**a. TÍTULO**

**“DIABETES MELLITUS TIPO I Y II Y SU RELACIÓN CON LA  
DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL  
HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO (IESS) DE  
LA CIUDAD DE LOJA”**

## **b. RESUMEN**

La presente investigación tiene como finalidad determinar la relación entre la diabetes mellitus tipo I y II y la depresión en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS"; conocer pacientes con dicho diagnóstico y si son insulino dependientes o no; identificar pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión; conocer las edades promedio, género, estado civil de los pacientes diabéticos y de los pacientes diabéticos diagnosticados con depresión; precisar si el porcentaje de depresión es mayor en pacientes con diabetes mellitus complicada y no complicada; elaborar un plan de intervención psicoterapéutica para pacientes con diabetes mellitus; en la investigación se utilizó el método analítico-sintético, estadístico – descriptivo, retrospectivo; de acuerdo a los datos recolectados se obtuvo: que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se observa en los meses de marzo y abril, teniendo los no insulino dependientes también un alto predominio; así mismo los pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión tienen un elevado porcentaje; con respecto a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y los pacientes con diabetes mellitus y depresión; se estudiaron varias variables, entre estas género en donde en los pacientes con diabetes mellitus prevaleció el género femenino, mientras que en los pacientes con diabetes mellitus y depresión el mayor porcentaje fue el género masculino al hablar de edad promedio ambos tuvieron como resultado el rango de edad entre 61-70 años, en estado civil el mayor porcentaje en ambas fue estado civil casado hallando concordancia en las mismas. Finalmente los pacientes con diabetes mellitus complicada que presentan depresión resulto con un porcentaje alto.

**Palabras Claves:** Diabetes Mellitus, Depresión.

## SUMMARY

This research aims to determine the relationship between diabetes mellitus type I and II and depression. It attempts to know patients diagnosed with diabetes mellitus type I and II and knowing if they are insulin dependent in the external consultation department of the Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS"; to identify patients with diabetes mellitus who have depression; to know the average age, gender, marital status of diabetic patients and diabetic patients diagnosed with depression; to specify whether the rate of depression is higher in patients with diabetes mellitus complicated and uncomplicated; to develop a plan of psychotherapeutic intervention for patients with diabetes mellitus; the analytic-synthetic, statistical-descriptive and retrospective method was used in the investigation; according to the data collected the following information was obtained: the highest percentage of patients diagnosed with diabetes mellitus is seen in the months of March and April, and also a high prevalence was noticed in non-insulin dependent ones; also patients with diabetes mellitus who have depression have a high percentage regarding patients diagnosed with diabetes mellitus and patients with diabetes mellitus and depression; several variables were studied, among them gender in patients with diabetes mellitus had a high percentage of the female gender result, and patients with diabetes mellitus and depression had a high percentage of the male gender; in terms of the the average age, both resulted in the age range 61-70 years and in regard to marital status the highest percentage in both was the married marital status, finding agreement on them. Finally the percentage of depression is higher in patients with diabetes mellitus complicated.

**Key words:** Diabetes Mellitus, depression

### **c. INTRODUCCIÓN**

La diabetes se está convirtiendo en una epidemia mundial relacionada con el rápido aumento del sobrepeso, la obesidad y la inactividad física. En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes, se calcula que en el 2012 fallecieron 1,5 millones de personas como consecuencias del exceso de azúcar en la sangre en ayunas; más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Según proyecciones de la OMS, la diabetes será la séptima causa de mortalidad en el 2030. (OMS 2014).

La diabetes es considerada una enfermedad con características pandémicas y de devastadoras consecuencias en la salud mundial. Es por ello que enfrentarse a una enfermedad crónica como la diabetes constituye un reto importante tanto en la vida del paciente afectado como en la cotidianidad de la experiencia familiar. En la medida en que resulta imposible curar la diabetes, es vital lograr que las personas asuman nuevos patrones de conducta que les permitan sobrellevar mejor tal afección la cual, generalmente está acompañada no solo de trastornos a nivel físico, sino también de afecciones psicológicas como la depresión y la ansiedad que afectan igualmente la calidad de vida y el estado de salud del paciente. El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico, por esto es importante la forma en que los profesionales deben informar y comunicarse con el paciente acerca de su condición. (AJAYU HEREDIA 2008)

Es por ello que se ha creído conveniente realizar el presente trabajo investigativo denominado: “DIABETES MELLITUS TIPO I Y II Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS VALDIVIESO (IESS) DE LA CIUDAD DE LOJA”. Por lo que se desarrolló la revisión de literatura donde se abordaron los siguientes temas: Diabetes, Definiciones Tipos Etapas Complicaciones, Depresión Antecedentes Diagnósticos de Estados Depresivos Epidemiología Tratamiento.

La investigación fue de carácter descriptivo, retrospectivo con enfoque cuanti-cualitativo, para lo que se utilizó el método inductivo-deductivo, analítico-sintético y estadístico-descriptivo. Se planteó un objetivo general: Determinar la relación entre diabetes mellitus y depresión en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros Valdivieso (IESS) de la ciudad de Loja; y cinco objetivos específicos los cuales son : Conocer pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I y II y si son insulino dependientes o no en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IESS"; identificar pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión; conocer las edades promedio, género, estado civil de los pacientes diabéticos y de los pacientes diabéticos diagnosticados con depresión; precisar si el porcentaje de depresión es mayor en pacientes con diabetes mellitus complicada o no complicada y elaborar un plan de intervención psicoterapéutica para pacientes con diabetes mellitus.

Para la obtención de datos se indagó historias clínicas, que permitieron aclarar el problema planteado en la problemática de la investigación. Entre los resultados más relevantes tenemos: que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se observa en los meses de marzo y abril, teniendo los no insulino dependientes también un alto predominio; así mismo los pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión tienen un elevado porcentaje; con respecto a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y los pacientes con diabetes mellitus y depresión; se estudiaron varias variables, entre estas género en donde en los pacientes con diabetes mellitus prevaleció el género femenino, mientras que en los pacientes con diabetes mellitus y depresión el mayor porcentaje fue el género masculino al hablar de edad promedio ambos tuvieron como resultado el rango de edad entre 61-70 años, en estado civil el mayor porcentaje en ambas fue estado civil casado hallando concordancia en las mismas. Finalmente los pacientes con diabetes mellitus complicada que presentan depresión resultó con un porcentaje alto.

Para lo que se recomienda al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) dotar presupuesto para la salud a nivel nacional y en particular al Hospital Manuel Ygnacio Montero de la ciudad de Loja; al Director de Hospital Manuel Ygnacio Montero implemente un modelo de atención de salud mental para la

población, incorporando acciones de prevención con un tratamiento eficaz e integral; que la atención brindada conlleve a la evaluación y tratamiento, tanto de la parte física como la psicológica, en este caso de la esfera afectiva, por lo que el ser humano es un todo en el que influyen y se relacionan diferentes aspectos para su desarrollo con normalidad; por ello en el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus es de suma importancia el respaldo psicológico que puede tener el paciente; capacitar al personal médico para fortalecer el trabajo multidisciplinario de modo que la atención sea eficaz y eficiente para los pacientes; al paciente diabético asistir a clubes o grupos de apoyo donde se pueda socializar y psicoeducar haciendo más llevadera su patología y finalmente se recomienda la ejecución del plan terapéutico propuesto en la presente investigación con el fin de reducir los niveles de depresión.

## **d. REVISIÓN DE LITERATURA**

### **5.1 Diabetes Mellitus**

#### **5.1.2 Antecedentes**

La diabetes mellitus era ya conocida antes de la era cristiana. En el manuscrito descubierto por Ebers en Egipto, correspondiente al siglo XV antes de Cristo, se describen síntomas que parecen corresponder a la diabetes.

Fue Areteo de Capadocia quien, en el siglo II de la era cristiana, le dio a esta afección el nombre de diabetes, que significa en griego sifón, refiriéndose al signo más llamativo que es la eliminación exagerada de agua por el riñón, con lo cual quería expresar que el agua entraba ya al del organismo del diabético sin fijarse en él.

En el siglo II Galeno también se refirió a la diabetes. En los siglos posteriores no se encuentran en los escritos médicos referencias a esta enfermedad hasta que, en el siglo XI, Avicena habla con clara precisión de esta afección en su famoso Canon de la Medicina.

Tras un largo intervalo fue Tomás Willis quien, en 1679, hizo una descripción magistral de la diabetes, quedando desde entonces reconocida por su sintomatología como entidad clínica. Fue él quien, refiriéndose al sabor dulce de la orina, le dio el nombre de diabetes mellitus (sabor a miel).

Los primeros trabajos experimentales relacionados con el metabolismo de los glúcidos fueron realizados por Claude Bernard quien descubrió, en 1848, el glucógeno hepático y provocó la aparición de glucosa en la orina excitando los centros bulbares mediante pinchaduras.

En la segunda mitad del siglo XIX el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y de la vida sedentaria en el origen de la diabetes

y marcó las normas para el tratamiento dietético, basándolo en la restricción de los glúcidos y en el bajo valor calórico de la dieta. (ZURRO MARTIN 2007).

### **5.1.3 Definiciones:**

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos frecuentes que comparten el fenotipo de la hiperglucemia. Existen varios tipos diferentes de DM debidos a una compleja interacción entre genética, factores ambientales y elecciones respecto al modo de vida. Dependiendo de la causa de la DM, los factores que contribuyen a la hiperglucemia pueden ser descenso de la secreción de insulina, decremento del consumo de glucosa o aumento de la producción de ésta. El trastorno de la regulación metabólica que acompaña a la DM provoca alteraciones fisiopatologías secundarias en muchos sistemas orgánicos, y supone una pesada carga para el individuo que padece la enfermedad y para el sistema sanitario. (KASPER; BRAUNWALD 2009).

La diabetes mellitus es un síndrome producido por un déficit absoluto o relativo en la secreción de insulina que, en caso de la diabetes en el adulto, se le añaden grados variables de resistencia a la acción en la insulina de tejidos periféricos. El resultado es la aparición de hiperglucemia, alteración der los lípidos y glicación de las proteínas. (ZURRO MARTIN 2007).

Enfermedad sistémica, crónica degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica, debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. La hiperglucemia crónica de la diabetes se asocia significativamente con la disfunción a largo plazo de riñones, ojos, nervios, corazón y vasos sanguíneos.

### **5.1.4 Tipos de Diabetes**

La nueva clasificación de la DM es el resultado de los avances en el conocimiento de la patogenia de la diabetes. Se trata de una clasificación

etiológica que agrupa los individuos diabéticos por sus características clínicas, no siendo el tipo de tratamiento por sí solo, un criterio para la clasificación. Se definen cuatro clases: diabetes mellitus tipo 1, tipo 2, otros tipos específicos y la diabetes gestacional.

Se eliminaron los términos diabetes mellitus insulino dependiente y no insulino dependiente por inducir a confusión y propiciar la clasificación del paciente según el tipo de tratamiento que recibe en un momento determinado; en su lugar se propone utilizar los términos diabetes mellitus tipo 1 y 2.

#### • **Diabetes tipo 1 (DM1)**

Son pacientes generalmente delgados que inician la enfermedad de un modo agudo o subagudo, presentan cetosis y fuerte pérdida de peso. Precisan (dependen) de por vida la administración de insulina para impedir la cetosis y la muerte, aunque pueden existir fases en que puedan no necesitarla. (PÉREZ, JF 2008).

Sus primeras manifestaciones clínicas suelen ocurrir alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva.

Sin embargo, existe una forma de presentación de lenta progresión que inicialmente puede no requerir insulina y tiende a manifestarse en etapas tempranas de la vida adulta. A este grupo pertenecen aquellos casos denominados por algunos como diabetes autoinmune latente del adulto (LADA). Recientemente se ha reportado una forma de diabetes tipo 1 que requiere insulina en forma transitoria y no está mediada por autoinmunidad.

La etiología de la destrucción de las células beta es generalmente autoinmune pero existen casos de DM1 de origen idiopático, donde la medición de los anticuerpos conocidos da resultados negativos. Por lo tanto, cuando es posible medir anticuerpos tales como anti-GAD65, anticélulas de islotes (ICA), antitirosina fosfatasa IA-2 y antiinsulina; su detección permite subdividir la DM1 en autoinmune o idiopática.

#### • **Diabetes tipo 2 (DM2)**

La DM2 se presenta en personas con 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. Ambos fenómenos deben estar presentes en algún momento para que se eleve la glucemia. Aunque no existen marcadores clínicos que indiquen con precisión cuál de los dos defectos primarios predomina en cada paciente, el exceso de peso sugiere la presencia de resistencia a la insulina mientras que la pérdida de peso sugiere una reducción progresiva en la producción de la hormona. Aunque este tipo de diabetes se presenta principalmente en el adulto, su frecuencia está aumentando en niños y adolescentes obesos.

Constituye en 90% de los casos de diabetes y se caracteriza por ausencia de cetosis, inicio insidioso o silente y presencia de antecedentes familiares. Aunque la mayoría de los casos de diabetes que ocurren en niños o adolescentes son debido a diabetes tipo 1, la diabetes tipo 2 del niño empieza a emerger como un problema de salud en varios países. La obesidad y el sedentarismo parecen ser causas, unidas a importantes antecedentes familiares.

Desde el punto de vista fisiopatológico, la DM2 se puede subdividir en:

- A. Predominantemente insulinoresistente con deficiencia relativa de insulina
- B. Predominantemente con un defecto secretor de la insulina con o sin resistencia a la insulina.

- **Otros Tipos Específicos de Diabetes**

En este grupo se incluyen aquellos casos de diabetes en los que existe una clara etiología y/o relación con otros procesos patológicos: enfermedad pancreática, endocrinológica, administración de ciertos medicamentos y distintos síndromes genéticos. En él destacan los grupos de diabetes condicionados por trastornos de base molecular identificados en los últimos años. Se conocen mutaciones en genes que codifican la síntesis de la insulina, los receptores periféricos o los transportadores de glucosa. (CANO JF; 2008).

- **Diabetes Mellitus Gestacional**

La diabetes mellitus gestacional (DMG) constituye el cuarto grupo. Esta se define como una alteración del metabolismo de los hidratos de carbono, de severidad variable, que se inicia o se reconoce por primera vez durante el embarazo. Se aplica independientemente de si se requiere o no insulina, o si la alteración persiste después del embarazo y no excluye la posibilidad de que la alteración metabólica haya estado presente antes de la gestación. (ASCHNER, Pablo).

### **5.1.5 Etapas de Diabetes Mellitus**

La DM se entiende como un proceso de etiologías variadas que comparten manifestaciones clínicas comunes. La posibilidad de identificar la etapa en la que se encuentra la persona con DM facilita las estrategias de manejo.

**A. Normoglucemia.** Cuando los niveles de glucemia son normales pero los procesos fisiopatológicos que conducen a DM ya han comenzado e inclusive pueden ser reconocidos en algunos casos. Incluye aquellas personas con alteración potencial o previa de la tolerancia a la glucosa.

**B. Hiperglucemia.** Cuando los niveles de glucemia superan el límite normal. Esta etapa se subdivide en:

a. Regulación alterada de la glucosa (incluye la glucemia de ayuno alterada y la intolerancia a la glucosa)

b. Diabetes mellitus, que a su vez se subdivide en:

- DM no insulinorequiriente
- DM insulinorequiriente para lograr control metabólico
- DM insulinorequiriente para sobrevivir (verdadera DM insulino dependiente) (ASCHNER,PABLO)

### **5.1.6 Prevalencia**

Las nuevas cifras estiman que en el año 2011, había 366 millones de personas con DM en el mundo y que esta cifra se incrementará hasta 552 millones en el año 2030 siendo los países de bajos y medios ingresos los que se enfrentan al mayor crecimiento de la enfermedad.

En el mundo hay 490.100 menores de 14 años con DM1 y cada año se diagnostican 77.800 casos en esta franja de edad. La DM1 es una de las enfermedades crónicas más comunes en la infancia y el número de niños que la desarrollan está aumentando, especialmente entre los niños más pequeños y en algunas regiones de Europa central y oriental. El aumento total anual de la tasa de DM1 se estima en un 3%. También aumenta la incidencia y prevalencia de DM2 en edad infantil y en la adolescencia.

Según datos del Atlas de la Diabetes, en 2011, murieron 4,6 millones de personas entre 20-79 años de edad por causa de la DM lo que representa una mortalidad del 8,2% de todas las causas de mortalidad de las personas en este grupo de edad y es equivalente a una muerte cada siete segundos. Esta cifra supone un aumento del 13% respecto a las previsiones del 2010. El 48% de estas muertes se produjeron en personas menores de 60 años por lo que la DM es también una de las principales causas de muerte prematura. Este número de muertes es similar en magnitud a las muertes combinadas de varias enfermedades infecciosas que son las principales prioridades de salud pública. En 2009, se produjeron 1,8 millones de muertes por VIH / SIDA, 781.000 por malaria y 1,3 millones por tuberculosis.

En 2011, los costes medios de la DM, supusieron el 11% del total de gasto sanitario mundial en salud, unos 465 millones de dólares americanos, lo que equivale a una media anual de 1.274 dólares por persona con DM. Se estima que en 2030, este coste ascenderá a 595 millones de dólares. Los países de bajos y medianos ingresos, donde viven el 80% de las personas con DM, sólo gastan el 20% del gasto mundial en DM (ISLA PERA; Pilar; (2012).

### **5.1.7 Complicaciones de la Diabetes.**

Las personas con diabetes corren el riesgo de desarrollar una serie de problemas de salud que pueden provocar discapacidad o la muerte. Los constantemente altos niveles de glucosa en sangre pueden conducir a enfermedades graves que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos, ojos, riñones y nervios. Las personas con diabetes también tienen un mayor riesgo de desarrollar infecciones. En casi todos los países de renta alta, la diabetes es la principal causa de las enfermedades cardiovasculares, la ceguera, la insuficiencia renal y la amputación de miembros inferiores; y a medida que la prevalencia de la diabetes tipo 2 crece en países de renta baja y media, también lo hace el impacto de estas costosas complicaciones –tanto en términos humanos como económicos. El mantenimiento de los niveles normales de glucosa en sangre, presión arterial y colesterol puede ayudar a retrasar o prevenir las complicaciones de la diabetes. Las personas con diabetes requieren un seguimiento regular de las complicaciones.

#### **La Enfermedad Cardiovascular.**

La enfermedad cardiovascular es la causa más común de muerte y discapacidad entre las personas con diabetes. . Algunas de las enfermedades cardiovasculares que acompañan a la diabetes son la angina de pecho, el infarto de miocardio (ataque al corazón), la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia cardíaca congestiva. En las personas con diabetes, la presión arterial alta, el colesterol alto, la alta glucosa en sangre y otros factores de riesgo contribuyen al aumento del riesgo de complicaciones cardiovasculares.

#### **La Enfermedad Renal**

La enfermedad renales (nefropatía) es mucho más común en personas con diabetes que en las personas sin diabetes; y la diabetes es una de las principales causas de enfermedad renal crónica. Esta enfermedad es causada por el daño a los pequeños vasos sanguíneos, que puede provocar que los riñones sean menos eficientes, o que fallen por completo. El mantenimiento de niveles normales de glucosa en sangre y presión arterial puede reducir en gran medida el riesgo de nefropatía.

## **La Enfermedad de los Ojos**

Muchas personas con diabetes desarrollan algún tipo de enfermedad de los ojos (retinopatía), que puede dañar la visión o provocar ceguera. La persistencia de altos niveles de glucosa en sangre, junto con la presión arterial alta y el colesterol alto, son la principal causa de retinopatía. La red de vasos sanguíneos que irrigan la retina puede bloquearse y dañarse en retinopatía, lo que lleva a la pérdida permanente de la visión. La retinopatía se puede tratar a través de controles regulares de los ojos y manteniendo unos niveles normales de glucosa.

## **El Pie Diabético**

Las personas con diabetes pueden desarrollar una serie de problemas en los pies como consecuencia de los daños en los nervios y los vasos sanguíneos. Estos problemas pueden conducir fácilmente a la infección y ulceración, lo que aumenta el riesgo de amputación. Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de personas sin diabetes. Sin embargo, con un buen tratamiento, pueden prevenirse una gran parte de las amputaciones. Incluso cuando una persona sufre una amputación, la pierna que queda –y la vida de la persona– se pueden salvar con una buena asistencia de seguimiento de un equipo podológico multidisciplinar. Las personas con diabetes deben examinarse los pies de forma regular. Estos problemas pueden conducir fácilmente a la infección y ulceración, lo que aumenta el riesgo de amputación. Las personas con diabetes se enfrentan a un riesgo de amputación que puede ser más de 25 veces superior al de personas sin diabetes (FID 2013).

### **5.1.8 Factores de riesgo para la diabetes**

#### **Factores de riesgo para la Diabetes Tipo 1**

##### **Edad**

La máxima incidencia se sitúa entre los 10 y los 12 años en la mujer y los 12 y 14 años en los hombres. La aparición en edades tan tempranas ha propiciado estudios que intentan esclarecer una posible relación con procesos sufridos en

la primera infancia e incluso en la época intrauterina, sin conclusiones definitivas.

### **Factores Genéticos**

Se ha determinado la asociación de la DM1 a determinados tipos de antígeno de histocompatibilidad del sistema HLA. El riesgo es mayor en los individuos que presentan alelos DR3 Y DR4, mientras que la presencia de otros parece ser un factor protector (DR2, DR7).

### **Marcadores Inmunológicos**

Los principales marcadores son los anticuerpo frente a la propia insulina (IAA) y frente a distintos antígenos de la célula  $\beta$  pancreática: el citoplasma (ICA), la superficie de la membrana (descarboxilasa del ácido glutámico) o contra la tirosinofosfatasa.

### **Factores de Riesgo para Diabetes Mellitus tipo 2.**

#### **Edad y sexo:**

La prevalencia de la diabetes se incrementa a medida que pasa la edad, con cifras máximas en la ancianidad, posiblemente a un incremento fisiológico de la resistencia a la insulina no compensada con una adecuada secreción de insulina por una célula  $\beta$  envejecida.

#### **Obesidad**

El factor más estrechamente asociado es la obesidad con el desarrollo de diabetes y se ha estimado que el riesgo atribuible a la obesidad es del 75%. El riesgo ajustado de la población obesa es de 2,9 pero alcanza el 3,8 en el grupo etario de 20 45 años.

#### **Nutrición**

Los países en los que se ha producido la occidentalización de los hábitos dietéticos (alto consumo de hidrato de carbono simple, grasas saturadas y proteína) y un mayor sedentarismo muestran un aumento ostensible de la prevalencia de DM2.

## **Ejercicio Físico**

El ejercicio físico reduce la resistencia a la insulina, contribuyendo a mejorar el metabolismo hidrcarbonado. La práctica de ejercicio de forma regular (30 a 45, 3-5 días / semana). (ZURRO, A, Martín; 2012).

### **5.1.9 Tratamiento Psicológico para Diabetes**

El manejo efectivo de la diabetes requiere un complicado y exigente régimen de tratamiento que tiene como finalidad terapéutica el mantenimiento de los niveles de glucosa en sangre dentro de los límites de la normogluemia. En una persona no diabética el nivel de glucemia esta eficazmente regulado a través de un mecanismo neurohormonal de tal forma que en respuesta a determinados estímulos (ingestión de alimentos) se dispara el dispositivo hormonal del organismo (secreción de insulina), con el fin de mantener el equilibrio del individuo. En el caso de una persona diabética este mecanismo se encuentra dañado, de manera que tiene que conseguir a través de la ejecución de una serie de conductas de autocuidado las respuestas que su organismo no puede llevar a cabo automáticamente.

Lo anterior permite identificar cuáles son las variables comportamentales que favorecen u obstaculizan el cumplimiento de las indicaciones del tratamiento diabético. De esta forma, es posible la formulación de hipótesis explicativas del proceso de desarrollo y mantenimiento de los comportamientos implicados en un buen control de la diabetes, lo que posibilita el diseño, aplicación y valoración de estrategias de evaluación e intervención adecuadas.

#### **5.1.9.1 Educación para la adquisición de comportamientos saludables en el diagnóstico de diabetes.**

Para que los avances médicos en el terreno de la diabetes se traduzcan en resultados positivos visibles es necesario un requisito indispensable: el tratamiento ha de cumplirse. Sin embargo, y tras revisar el modo de comportamiento del paciente diabético ante su enfermedad se puede concluir que, en un alto porcentaje, carecen de habilidades para un manejo efectivo del tratamiento o, aun cuando lo poseen, no lo realizan de forma apropiada. Una persona con diabetes que adquiere los conocimientos y educación

diabetológica necesaria, genera habilidades que le permiten evitar la aparición de complicaciones tanto agudas como crónicas.

El proceso educativo debe ser continuo e integral y puede ser mediante:

- Charlas o cursos dictados por profesionales de la salud, de manera individual o colectiva.
- Reuniones de «grupos de apoyo» con pacientes diabéticos.
- Libros folletos, y revistas.
- Películas y videos.
- Páginas Web dedicadas a la diabetes.

#### **5.1.9.2 Procedimientos de Evaluación Conductual en el Diagnostico de diabetes.**

En la mayoría de los pacientes que han sido diagnosticados como diabéticos se observa un impacto emocional y conductual por dos razones, primero por tener que asumir una enfermedad que durará toda la vida y segundo por tener que modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten.

Por lo anterior cada día en el ejercicio psicológico se llevan a cabo procesos de intervención en estos pacientes teniendo en cuenta la previa observación y evaluación de las esferas emocional, conductual y cognitiva; gracias a este procedimiento se establece una línea base que comprende las variables individuales que podrían generar barreras y/o servir como fortalezas frente al tratamiento medico

Después de abordar las esferas mencionadas anteriormente, es necesario evaluar 4 aspectos importantes para el diseño posterior de las estrategias de intervención, estos son:

- **Evaluación de habilidades de autocuidado:**

Con esta evaluación se determina que tan habilitado se encuentra el paciente para mantener una dieta, inyectarse la insulina y analizar sus niveles

de glucosa diariamente. Evaluación de adherencia al tratamiento. Permite establecer que conductas frente a la dieta, medicación y ejercicio (con sus respectivas dimensiones de adherencia como frecuencia, duración, intensidad, distribución en el tiempo) se encuentran en óptimo estado para proporcionar una mejor adquisición en el repertorio comportamental del paciente.

- **Evaluación de barreras de adherencia:**

Esta se realiza con el fin de identificar, que obstáculos puede tener el paciente en su cotidianidad o personalidad para adherirse al tratamiento.

- Evaluación de situaciones estresantes en la diabetes:

A través de esta evaluación se determina cuales son las situaciones que generan estrés en los paciente (el inyectarse diariamente, el cumplir con su dieta o analizar su glucosa en sangre), las cuales pueden ser evitadas por el paciente y perjudicar su estado de salud.

### **5.1.9.3 Intervenciones Conductuales para el Manejo de la Diabetes**

#### **Intervención para promover y mejorar la adherencia al tratamiento:**

En este punto se hace necesario desarrollar la adquisición de conocimientos y habilidades de autocuidado por fases.

Se realiza una Intervención previa con el propósito de estimular la sensibilidad a las señales procedentes del organismo del paciente. De igual forma se desarrollan sesiones de entrenamiento en la que el paciente establece su patrón de señales y elimina las falsas alarmas. Así mismo es necesario mejorar los niveles de conductas de autocuidado, teniendo en cuenta los factores que disminuyen la adherencia al tratamiento entre los cuales se encuentran: La complejidad de régimen, la duración de la terapia, los efectos colaterales desagradables y la falta de refuerzos naturales. Por otra parte existen procedimientos operantes y de autocontrol. En este punto de la intervención se deben fijar objetivos, se realizan contratos conductuales y se realizan entrenamientos para desarrollar habilidades de autorregulación.

### **Intervenciones para la adquisición de habilidades y afrontamiento del estrés:**

Este punto de la intervención se centra en el interés que se tiene en dotar a los pacientes diabéticos de habilidades que les permitan afrontar las situaciones de estrés. El desarrollo de estas habilidades se hace necesario por la existencia de evidencia experimental y clínica del efecto desestabilizador del estrés sobre el control glucémico y su tratamiento como potenciales condiciones generadoras de estrés. En este proceso se tienen en cuenta los diferentes programas existentes para el manejo del estrés como la inoculación de estrés, la relajación en biofeedback y el entrenamiento de habilidades sociales con lo cual el paciente obtiene resultados positivos que le permiten dotarse de capacidades adecuadas que les permitan hacer frente a aquellas situaciones que pueden actuar negativamente sobre la adherencia al tratamiento y sobre su estabilidad glucemia. (Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, 2009).

#### **5.1.10 Pronóstico y Seguimiento:**

La supervivencia a los cinco años después de la extirpación quirúrgica suele ser mayor 95% y las recidivas ocurren en menos de 10% de los casos. Cuando la intervención quirúrgica es eficaz, la eliminación de catecolaminas se normaliza aproximadamente en dos semanas. Es necesario medir su concentración. Para estar seguros de que la extirpación del tumor ha sido completa. (KASPER; BRAUNWALD; FAUCI 2009)

## 5.2. DEPRESIÓN

### 5.2.1 Antecedentes

Podríamos decir que la depresión es tan antigua como la humanidad y de ellos dan cuenta el sinnúmero de escritos científicos y literarios. Hipócrates describe los trastornos del afecto como de causa natural. Las emociones se basaban en el equilibrio de los cuatro humores básicos. La melancolía (depresión) indicaba un aumento de bilis negra y se describía como un estado de aversión a la comida, en la biblia se relata el fin del rey Antíoco Epífanes, su tristeza y sus palabras después de una derrota militar.

En otros autores tenemos:

Emil Kraepelin:

Describió la manía, la melancolía, la depresión recurrente y las variaciones leves del afecto y propuso el nombre de enfermedad maniaco-depresiva como la patología de base común y única de ellos.

Sigmund Freud:

Freud describió que algunas depresiones tenían origen psicógeno y otras biológico. Las primeras se asociarían a pérdidas de algún tipo y la vuelta sobre sí mismo de la agresión asociada al objeto perdido lo que llevaría a hallazgos típicos del paciente con depresión.

Autores Contemporáneos:

Kurt Schneider: Desmanteló el concepto de melancolía y propuso la trilogía tristeza, inhibición psíquica y motora.

Adolf Meyer: adoptó el término de depresión en vez de melancolía, por el origen biológico de la palabra depresión.

Siglo XXI: un número cada vez más creciente de investigadores en todo el mundo aportan conocimientos alrededor de aspectos genéticos, biológicos, farmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales. (GÓMEZ; HERNÁNDEZ; ROJAS 2009).

### **5.2.2 Definiciones**

La depresión del latín (depressus “abatido”, “derribado”) es un estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente. En general el paciente se ve o los demás lo ven como derribado, debilitado en su potencialidad y en la base de sustentación afectiva; desplaza su eje desplaza su eje de acción usual, esta desgano y con baja energía. (GÓMEZ; HERNÁNDEZ 2008).

La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo a lo que se considera como normal. Puede implicar la pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas, así como cambios cognitivos, como pensar ineficiente y elevada auto-crítica. Es definida operacionalmente como una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por a lo menos 2 semanas. Con frecuencia tiende a manifestarse en cualquier etapa del ciclo vital y con varios episodios adquiriendo un curso recurrente, con tendencia a la recuperación entre episodios. En todas las edades, las características prominentes de los trastornos depresivos incluyen alteraciones en el estado de ánimo, depresión o irritabilidad, cambios concomitantes en el sueño, el interés en las actividades, sentimientos de culpa, pérdida de energía, problemas de concentración, cambios en el apetito, el procesamiento psicomotor (retraso o agitación), e ideación suicida. Por esas razones, la depresión es la principal causa de discapacidad en el mundo. (MINSAL 2013).

### **5.2.3 Diagnostico de los Estados Depresivos**

#### **Sintomatología**

- Tristeza persistente, ansiedad y una sensación de vacío.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, desvalorización y falta de apoyo.

- Pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba o pérdida de apetito sexual.
- Fatiga, desgano o pérdida de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones.
- Cambios en los patrones del sueño, insomnio, despertar muy temprano o dormir en exceso. Cambios en el apetito.
- Pensamientos de muerte o suicidio, o intentos de suicidio.
- Ansiedad e irritabilidad.
- Síntomas físicos como dolores de cabeza, trastornos digestivos o dolor crónico. (FMS 2010).

El desarrollo de los diagnósticos psiquiátricos ha tenido múltiples transformaciones a través de las últimas cuatro décadas y se ha hecho un especial énfasis entre diferentes “estados depresivos”, algunos de ellos solo estados situacionales derivados de una importante pérdida o un evento adverso de la vida. Por lo mismo, a fin de llegar a un diagnóstico certero es muy importante tomar en cuenta la personalidad y las enfermedades concomitantes del paciente, así como el entorno social en el que se encuentra.

Muchas veces los clínicos no logran diferenciar los estados temporales de tristeza, que pueden ser ocasionados por distintas adversidades en el transcurso de la vida. Esta tristeza suele ser pasajera, en realidad de poca duración y a menudo se supera en forma espontánea. La edad promedio de un episodio depresivo es variable, por lo general entre 27 y 28 años. Durante la última década Parikh y colaboradores han observado que un importante porcentaje (30 a 40%) de los individuos que sufren depresión presenta su primer episodio depresivo antes de los 20 años; 50% tienen su primer episodio entre los 21 a 50 años y el 10% restante manifiesta la enfermedad depresiva después de los 50 años. En la actualidad hay dos clasificaciones el DSM V y la CIE-10 la primera de la APA y la segunda de la OMS ambas son similares aunque presentan algunas diferencias no sustanciales. (GERHARD HEINZE 2012).

## Trastorno de Depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

**Nota:** No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).

3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)

4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.

7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).

9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

**Nota:** Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

**Nota:** Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

**Nota:** Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

### **Trastorno Depresivo Persistente (distimia) 300.4 (F34.1)**

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente, según se desprende de la información subjetiva

o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

**Nota:** En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los Criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a otra afección médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

**Nota:** Como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante

el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificado un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado. (ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA 2014).

#### **5.2.4 Epidemiología**

Los trastornos afectivos son mucho más frecuentes en mujeres que en hombres en proporción 2:1. En todo el mundo cerca de 400 millones de habitantes padecieron un episodio depresivo durante el último año de vida y 800 millones de individuos van a padecer una enfermedad depresiva en el transcurso de su vida.

La última encuesta epidemiológica de prevalencia de los trastornos mentales y uso de servicios señala que alrededor del 10% de la población general adulta en México ha padecido sintomatología depresiva en los últimos doce meses, mientras que el riesgo estimado de este padecimiento durante el transcurso de vida es de entre 15 y 20%, aproximadamente. Cabe mencionar que en la población estadounidense la prevalencia de estados afectivos es mucho más alta, casi el doble de lo observado en la población mexicana.

La depresión se proyecta dentro de la próxima década como la segunda causa de discapacidad por años de vida saludable en todo el mundo. También los estudios de atención primaria proporcionan un panorama en el que señalan a la enfermedad depresiva como la tercera causa de consulta. De acuerdo con la OMS, solo 50% de personas con depresión son diagnosticadas de manera adecuada y el resto permanece durante un largo periodo sin diagnóstico ni tratamiento.

La prevalencia de los síntomas depresivos se incrementa con la edad, el grupo de 35 a 45 años, tanto mujeres como hombres presenta la mayor incidencia de cuadros depresivos. Durante los últimos años ha habido mayor incremento de cuadros depresivos en adolescentes y no es raro encontrar este cuadro psicopatológico en niños, con una prevalencia de 0,5 a 2,5 por ciento. (GERHARD HEINZE 2012).

### **5.3.5 Personalidad y Depresión**

Los investigadores han buscado desde hace tiempo una posible relación entre tipos de personalidad e instalación de un episodio depresivo. Es difícil constatar la personalidad premórbida antes de instalarse una depresión. Se sabe que ciertos rasgos de personalidad hacen a un individuo vulnerable a padecer una enfermedad mental. El rasgo de dependencia (por ejemplo búsqueda de apoyo y atención de otros individuos, necesidad de autoafirmación, etc.). Se observa, en personas adultas, mas no en adolescentes.

La falta de una adecuada autoestima, una sintomatología obsesiva, el maltrato infantil y patrones negativos de pensamientos sobre sí mismo y los demás, son factores psicológicos de riesgo para una depresión. (GERHARD HEINZE 2012).

### **5.3.6 Etiopatogenia**

Es difícil constatar una etiopatogenia definida de la enfermedad depresiva. La mayoría de los clínicos e investigadores están de acuerdo en una etiología multifactorial, es decir que consideran que la enfermedad involucra factores biológicos psicológicos y sociales. Los factores de eventos estresantes de la vida pueden modificar los factores biológicos (genéticos) del individuo esos cambios contribuyen a la sintomatología depresiva. Los estudios genéticos de Karo señalan una indudable influencia genética en los estados depresivos. Los hijos de padres con depresión tienen un riesgo relativo de 15 a 25% de padecer esta enfermedad. Lo que es un hecho es que la génesis de la depresión no se debe a una anomalía de un solo gen, si no a la asociación de múltiples genes que interactúan con el medio ambiente.

### **5.2.7 Factores de Riesgo para la 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 existentes 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. La investigación de los factores de riesgo de la depresión cuenta con algunas limitaciones: primero, es difícil establecer diferencias entre los factores que influyen en el inicio y/o el mantenimiento de la depresión; segundo, muchos de los factores de riesgo interactúan de tal manera que podrían ser causas o consecuencias de la misma. Además, pocos estudios han valorado su grado de influencia.

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

### **Factores personales y sociales**

La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta. Además, aunque la depresión es una importante causa de discapacidad tanto en hombres como en mujeres, se ha estimado que la carga de la depresión es 50% más alta en las mujeres que en los hombres. Las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales y la posible asociación con el consumo de alcohol y tabaco, también son factores de riesgo importantes.

Los rasgos neuróticos de la personalidad se asocian con una mayor incidencia de casos y recaídas de depresión mayor y probablemente, aumentan la posibilidad de desarrollar depresión ante los acontecimientos adversos de la vida. También se asocian a otras formas de psicopatología, especialmente con los trastornos de ansiedad. Los trastornos de ansiedad son en general factores de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión mayor y también la distimia se ha visto como un importante predictor del desarrollo posterior de un cuadro depresivo mayor.

Por otra parte, se ha observado que pacientes, fundamentalmente varones, con antecedentes de ataques de pánico, tienen mayor riesgo de desarrollar depresión mayor. Dicha correlación no se ha encontrado con otros trastornos mentales. Se ha descrito una asociación entre migraña y depresión, de manera que los pacientes con depresión mayor presentaban mayor riesgo de sufrir migraña y a su vez, los que presentaban migraña (no otro tipo de cefalea) tenían mayor riesgo de depresión mayor. También, la presencia de enfermedad cardíaca y diversas patologías endocrinas, como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, el síndrome de Cushing, la enfermedad de Addison la amenorrea hiperprolactinémica, parecen aumentar el riesgo de depresión.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. Las personas en desempleo y baja laboral presentan depresiones con mayor frecuencia.

El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se

observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

### **Factores cognitivos**

La investigación sobre el papel de los factores cognitivos en la depresión se ha guiado predominantemente por el modelo de Beck, en el que los esquemas negativos, pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y creencias disfuncionales tienen un papel fundamental en el procesamiento de la información.

Estos y otros factores como la reactividad cognitiva hacia los eventos negativos, el estilo rumiativo de respuesta y los sesgos atencionales se consideran claves en el desarrollo y mantenimiento de la depresión.

### **Factores familiares y genéticos**

Los descendientes de pacientes con depresión constituyen un grupo de riesgo tanto para enfermedades somáticas como para trastornos mentales. Así, los familiares de primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen el doble de posibilidades de presentar depresión que la población general, proporción también importante en los de segundo grado. El patrón de presentación del cuadro también puede ser diferente, encontrando como señal más temprana un trastorno de ansiedad.

No obstante, estos estudios familiares por si mismos no pueden establecer que cantidad de riesgo proviene de los factores genéticos y que cantidad del ambiente familiar compartido. Uno de los acercamientos más frecuentes en la investigación de los genes implicados en el desarrollo de la depresión es el análisis del papel de las monoaminas. De entre todas las variantes genéticas estudiadas, un factor que podría influir en su desarrollo es la presencia de un polimorfismo del gen que codifica el transportador de la serotonina, lo que produciría una disminución del transporte de este neurotransmisor. Este gen podría ser un predictor de la respuesta al tratamiento antidepresivo. (Guía de Práctica Clínica 2014).

## **5.2.8 Factores Etiológicos**

### **Genéticos**

Se ha demostrado cierta influencia genética en los trastornos afectivos mayores (trastornos bipolares y trastorno depresivo mayor) que parece asociarse con una aparición más temprana de la patología y de la depresión mayor con episodios recurrentes. En ambos se ha encontrado una mayor frecuencia de presentación (concordancia) en gemelos monocigóticos (60%) y dicigóticos (12%). Sin embargo, se tiene claro que el patrón de transmisión no es único y que es posible que existan varias formas para ello.

Familiares en primer grado de pacientes con trastorno depresivo mayor tienen dos a tres veces más riesgo de presentarlo. Se ha sugerido que un 20% de los familiares de los probandos con depresión mayor lo presentan. Por estos motivos se ha planteado que el componente genético de este trastorno es elevado.

### **Biológicos**

Se ha postulado la hipótesis de las aminas biógenas en la cual los trastornos depresivos se asocian a un déficit de algunos de estos neurotransmisores (la indolamina, serotonina, catecolaminas, norepinefrina y dopamina), mientras que en la manía puede haber un exceso de ellos.

En los últimos años se han descrito otros factores biológicos asociados a los trastornos afectivos como alteraciones en la cantidad y sensibilidad de los receptores pre y postsinápticos de estos neurotransmisores, así como alteraciones en el sistema GABA en la actividad de la MAO plaquetarias y en neuropéptidos como la vasopresina y los opioides endógenos en la patología fisiológica de estos trastornos.

Se han asociado múltiples enfermedades con trastornos depresivos y en algunos casos como aquellos que comprometen el sistema endócrino (Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo suplenia estrogénica y periodo postparto) por eso se ha sugerido una influencia de este sistema en los trastornos del afecto.

### **Psicosociales**

Se ha descrito una serie de factores de riesgo para las diferentes condiciones de los psicosociales. Por otra parte se ha descrito la influencia de factores psicológicos en la aparición de trastornos afectivos de tipo depresivo como aquellos relacionados con las pérdidas reales o imaginarias, introyección de objetos perdidos, circunstancias vitales estresantes, agresión vuelta contra sí mismo, discrepancias entre los ideales y la realidad, privaciones tempranas, rasgos de personalidad del tipo obsesivo, sentimientos incrementados de desesperanza y traumas en la infancia como el abuso sexual se asocian a depresiones más tempranas entre otros. (1 GÓMEZ; HERNÁNDEZ; ROJAS; SANTACRUZ; URIBE 2008).

### **5.2.9 Pautas generales de tratamiento para la depresión**

Cuando se planifica el tratamiento para la depresión en un adulto, el médico debería considerar: la gravedad de los síntomas y la persistencia de éstos, el nivel de funcionalidad, respuesta a intervenciones previas y el contexto psicosocial del individuo identificando los factores que pueden afectar positiva o negativamente en los resultados. También debería tener en cuenta:

- La preferencia del paciente, explorando las opciones de tratamiento con optimismo y esperanza.
- Duración de los síntomas y su trayectoria.
- Curso previo y respuesta al tratamiento.
- Probabilidad de adherencia a la intervención.
- Consideración de efectos adversos

#### **1. Proporcionar apoyo activo.**

Se debería promover una relación de colaboración médico-paciente. El manejo con éxito de la depresión depende ampliamente de permitir al paciente que participe activamente en el tratamiento. Una relación de colaboración entre el médico y el paciente es un predictor consistente del resultado de la terapia tanto para los tratamientos farmacológicos como psicológicos. Es aconsejable explicar al paciente en qué consiste el trastorno. El médico debe comunicar claramente al paciente y a la familia de apoyo que la depresión es un trastorno importante que requiere seguimiento.

- Proporcionar información exacta en este estadio ayudará a facilitar un compromiso activo y a estimular la adherencia al tratamiento en el futuro.
- La información sobre la depresión y las opciones de tratamiento debe incluir una explicación de cómo reconocer los signos de empeoramiento y cómo acceder a la ayuda profesional si es necesario.
- Se debería acordar con el paciente las tareas y los objetivos del tratamiento. El médico debe esforzarse por construir una relación de colaboración y apoyo con un adulto con depresión y su familia.
- Las necesidades y recursos de la familia deben también estar integradas en el plan de atención, ya que ellos pueden proporcionar la red de apoyo íntimo que ayuda a facilitar los cambios en la autogestión del paciente y en el cumplimiento de los objetivos del tratamiento.

El paciente debe ser implicado tanto como sea posible en la planificación del tratamiento, aunque esto puede requerir del médico considerables habilidades para obtener y articular la perspectiva de un paciente con depresión, ganar su confianza y encontrar un acuerdo con respecto a los objetivos del tratamiento. Para ello, es importante mantener un enfoque no directivo, solicitando activamente los valores y preferencias del paciente en vez de asumir implícitamente el acuerdo de éste con las decisiones. Son más frecuentes los pacientes que permanecen callados o que “delegan” en la autoridad del médico que los que expresan su desacuerdo o cuestionan los planes de tratamiento, habiéndose comprobado cómo los valores y preferencias de los pacientes juegan un papel crucial en los resultados del tratamiento. Los objetivos deben ser registrados y revisados durante el seguimiento.

## **2. Autocuidado y educación del paciente.**

El éxito en el tratamiento de la depresión requiere, además de la implicación activa de cada paciente y de su familia, la continua educación del paciente comenzando desde el diagnóstico. Los profesionales sanitarios pueden educar a los pacientes en estrategias y habilidades de autocuidado. Esto incluye participar en actividades que promueven la salud, autocontrol de los síntomas y

signos de alarma, abordar los efectos de la depresión en las relaciones personales y el seguimiento del plan de tratamiento.

En la información al paciente debería incluirse el diagnóstico, pronóstico y las opciones de tratamiento incluyendo duración, efectos secundarios y mejoras esperadas. Se debería hacer énfasis en los siguientes seis puntos:

- La depresión es una enfermedad, no un defecto de la personalidad.
- La recuperación es la regla, no la excepción.
- El tratamiento es efectivo para casi todos los pacientes.
- El objetivo del tratamiento es la completa remisión, no simplemente mejorarse sino sentirse bien.
- El riesgo de recurrencia es importante: un 50% después de un primer episodio, un 70% después de dos episodios, 90% después de tres episodios.
- El paciente y la familia deberían estar alerta a los primeros signos y síntomas de recurrencia y buscar pronto un tratamiento si la depresión reaparece. Los temas de contenido educativo deberían incluir:

### **Estrategias de autocuidado:**

Las estrategias de autocuidado deben ser estimuladas y promovidas, dando información relevante y direcciones sobre recursos disponibles: actividad física, dieta, higiene del sueño, programación de la actividad, manejo del estrés, y evitar el uso de alcohol y drogas de uso recreativo. Se puede animar a un paciente a que incorpore a su vida diaria más actividad física, realizando cualquier tipo de ejercicio con el que disfrute. Un abordaje que anime al paciente a identificar y cultivar sus propios intereses y construir apoyándose en sus puntos fuertes, la adaptación a un paradigma basado en sus fortalezas personales de forma que participe activamente en su propia recuperación.

### **3. Higiene del sueño**

La persona con depresión puede beneficiarse de consejos acerca de la higiene de sueño; ésta tiene por objeto hacer a las personas más conscientes de los factores conductuales, ambientales y temporales que pueden ser perjudiciales o beneficiosos para el sueño, éstos incluirían:

- Establecer un horario para acostarse y para levantarse (y evitar dormir de día después de una mala noche de sueño)
- Intentar relajarse antes de ir a la cama
- Crear un ambiente adecuado para el sueño: evitar el calor, el frío, el ruido y la luminosidad.
- Evitar dormir durante el día. No realizar la siesta.
- Evitar la cafeína, la nicotina y el alcohol en las 6 horas antes de acostarse
- Considere la eliminación total de la cafeína de su dieta
- Evite el ejercicio físico dentro de las 4 horas antes de acostarse (aunque el ejercicio anterior a ese período es beneficioso)
- Evite una ingesta excesiva de alimentos al cenar
- Evite mirar el reloj o comprobar la hora durante la noche
- Utilizar el dormitorio solo para dormir y para la actividad sexual.

#### **4. Derivar a otros servicios de apoyo**

Si el trastorno está asociado con acontecimientos vitales específicos, se puede considerar derivar a recursos psicosociales en la comunidad (agencias de mediación, asociaciones, etc.) de ayuda adecuados (ej. grupos para el tratamiento del duelo, asociación de separados, servicios de orientación laboral, etc.).

Para facilitar la derivación, los médicos deben poseer una guía de recursos sociales de su zona. Cualquier asesoramiento deberá estar dirigido, ya sea a la depresión, o a factores específicos que han sido identificados como precipitantes y/o perpetúan la depresión, con un enfoque orientado a proporcionar recursos para desarrollar conductas de afrontamiento efectivas hacia y el fomento de la resiliencia.

### **5.2.10 ¿Cómo tratar depresión menor y la distimia?**

La depresión que es subumbral, es decir, que no cumple los criterios completos para un episodio depresivo mayor, se reconoce cada vez más como causante de una morbilidad considerable y de costes humanos y económicos, y es asimismo un factor de riesgo para una futura depresión mayor. Tanto el DSM-IV como la CIE-10 tienen la categoría de distimia, que consiste en síntomas depresivos que son subumbrales para la depresión mayor pero que son persistentes (por definición durante más de 2 años). No parece haber ninguna evidencia empírica de que la distimia sea distinta de la depresión menor aparte de la duración de los síntomas. La CIE-10 tiene una categoría de ansiedad y depresión mixta, que es definida menos claramente que la depresión menor en el DSM-IV, y es en gran parte un diagnóstico de exclusión para aquellas personas con síntomas depresivos y de ansiedad por debajo del umbral para los trastornos específicos.

#### **Intervenciones psicológicas**

Ha habido pocos estudios sobre el tratamiento psicológico en las personas con depresión menor persistente. Hay una evidencia limitada que sugiere algún beneficio para los tratamientos psicológicos en comparación con el placebo. En poblaciones con depresión menor persistente (menos de dos años de duración) no hay evidencia concluyente acerca de la eficacia relativa de los antidepresivos y de las intervenciones psicológicas. Las intervenciones psicológicas combinadas con antidepresivos son más eficaces que solamente las intervenciones psicológicas, pero no más eficaces que los antidepresivos solos. La evidencia para las intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión menor y la depresión menor persistente (distimia) es limitada y cubre una gama de diversos tipos de tratamiento (que incluye TIP, TCC y terapia de resolución de problemas) lo que hace difícil evaluar la eficacia de los diferentes tratamientos. Hay una evidencia limitada que sugiere algún beneficio para los tratamientos psicológicos en comparación con el placebo. En poblaciones con depresión menor persistente (distimia) no hay evidencia concluyente acerca de la eficacia relativa de los antidepresivos y de las intervenciones psicológicas. Las intervenciones psicológicas combinadas con antidepresivos son más

eficaces que las intervenciones psicológicas solas, pero no más eficaces que los antidepresivos solos. La evidencia para el tratamiento combinado en las personas que han respondido parcialmente al tratamiento inicial no fue concluyente. Sin embargo, los grupos de datos para estas intervenciones son relativamente pequeños, y estudios adicionales ayudarían a clarificar si estas intervenciones son útiles.

### **5.2.11 ¿Cómo tratar un episodio depresivo mayor leve o moderado con deterioro funcional leve?**

En primer lugar tener en cuenta los principios generales de tratamiento para la depresión. El manejo apropiado de primera elección para tratar la depresión menor y la depresión mayor leve a moderada (con interferencia funcional leve) consiste en una gama de intervenciones de baja intensidad (auto-ayuda dirigida, programas de actividad física grupal y terapia cognitiva –conductual por ordenador).

#### **Seguimiento Activo**

Un periodo de “seguimiento activo” es apropiado para algunas personas que los médicos de atención primaria reconocen que tienen depresión y que no desean o prefieren evitar las intervenciones médicas y otras que van a mejorar en todo caso sin ellas. Por lo tanto, en las depresiones de gravedad leve, muchos médicos prefieren un “Seguimiento activo” que puede ir acompañado de información y asesoramiento sobre temas tales como la restauración de los ritmos sueño-vigilia, estructuración del día, etc. Sin embargo, otras personas prefieren aceptar o incluso exigen una intervención médica, psicológica o las intervenciones sociales.), en el caso que se opte por realizar un “Seguimiento activo”:

- Se recomienda que el médico evalúe al paciente a las 2-4 semanas, contactando con los que no acudan.
- Si los síntomas han remitido y si se considera adecuado, continuar con el manejo rutinario en atención primaria sin ningún seguimiento adicional de salud mental, siempre que el paciente esté de acuerdo con este

enfoque y comprenda la necesidad de comunicar cualquier recurrencia de los síntomas.

- Si el paciente no refiere una mejoría sustancial (> 50% de reducción de los síntomas) en 2-4 semanas se debe modificar el abordaje, intensificando el tratamiento de acuerdo con los principios de “atención por pasos”.

### **Actividad Física**

Para el tratamiento de la depresión el ejercicio físico se define como una actividad estructurada, con una intensidad, duración y frecuencia recomendadas, pudiendo realizarse individualmente o en grupo. La actividad física se puede dividir en formas aeróbicas (entrenamiento de la capacidad cardio-respiratoria) y en formas anaeróbicas (entrenamiento de la fuerza/de la resistencia y de la flexibilidad/de la coordinación/de la relajación muscular). Las formas aeróbicas, especialmente footing o running han sido las más investigadas. Cuando se recomiende la actividad física, debería especificarse además del tipo, la frecuencia, la duración y la intensidad de la misma. En el mundo desarrollado, la actividad física regular se considera una virtud; el paciente depresivo que realiza una actividad física regular puede por lo tanto conseguir retroalimentación positiva de la gente y un aumento de la autoestima. La actividad física puede actuar como distracción de los pensamientos negativos y a su vez puede ser importante el dominio de una nueva habilidad. El contacto social que facilita la actividad física grupal puede ser un beneficio importante y además la actividad física puede tener efectos fisiológicos tales como cambios en las concentraciones de endorfinas y de monoaminas. Se han propuesto varios posibles mecanismos de cómo la actividad física influye en la depresión.

Se recomienda que cuando se prescriba ejercicio físico, ya sea solo o asociado a medicación o psicoterapia, se debería tener en cuenta las siguientes advertencias:

- Evaluar las circunstancias y complejidades del paciente.
- Prever las barreras: la desesperanza y la fatiga pueden dificultar su realización.

- Mantener expectativas realistas: algunos pacientes son vulnerables y se sienten culpables si no son capaces de realizarlo.
- Introducir un plan factible: andar, solo o en grupo, es a menudo una buena opción.
- Acentuar los aspectos placenteros: la elección específica del ejercicio, debería hacerse guiada por las preferencias del paciente, y debería ser placentero.

### **Guía de Autoayuda**

Una guía de auto-ayuda se define como una intervención auto-administrada, diseñada para tratar la depresión y que hace uso de una variedad de libros o de otros manuales de autoayuda apoyados en una intervención basada en la evidencia y diseñada específicamente para alcanzar dicho objetivo. Un profesional sanitario con una formación), facilita el uso de este material mediante su introducción, el seguimiento y la revisión de los resultados de dicho tratamiento. Esta intervención no tendría otro objetivo terapéutico, y estaría limitada por lo general a no menos de tres contactos y no superior a seis, Se considera que para instruir al usuario en el uso de la guía de auto-ayuda, es necesario no más de 3 horas por parte del facilitador. Sin embargo, otros han considerado la necesidad de contactos más frecuentes de corta duración (por ejemplo, 10 sesiones de 10 minutos de duración). Generalmente se acepta, que las guías de auto-ayuda son algo más que literatura que se da a los pacientes (esta alternativa es más sencilla por lo general y es lo que entendemos como auto-ayuda pura) y a menudo se basa en una intervención psicológica cognitivo-conductual. El contacto con los profesionales es limitado y tiende a ser de carácter de apoyo o de facilitación. Es potencialmente más rentable para los pacientes con trastornos más leves y podría conducir a una mayor eficacia en la orientación de los recursos profesionales. La mayoría de los manuales de autoayuda provienen de los EE.UU, donde se publican cada año más de 2000 manuales de autoayuda de diferentes tipos.

▸ Autoayuda dirigida individual

- Sesiones frecuentes con terapeuta / facilitador de apoyo (10 a 50 minutos por sesión)
- Sesiones frecuentes, pero con una duración mínima de apoyo (no más de 2 horas en total) Grupo de auto-ayuda dirigida/ psicoeducación.
- Auto-ayuda con apoyo por correo.

### 5.2.12 ¿Cómo tratar un episodio depresivo mayor moderado con deterioro funcional moderado o grave?

#### **Tratamiento Farmacológico**

No está bien definida, la gravedad de la depresión en la que los antidepresivos muestran beneficios superiores sobre el placebo. En general, cuanto más graves sean los síntomas, mayor será el beneficio los antidepresivos normalmente se recomiendan como tratamiento de primera línea en pacientes con depresión cuando la gravedad es al menos moderada. De este grupo de pacientes, aproximadamente el 20% va a responder sin tratamiento, el 30% responde a placebo y el 50% responde al tratamiento farmacológico antidepresivo. Las revisiones sistemáticas que utilizan meta-análisis, sugieren que los fármacos antidepresivos cuando se consideran individualmente o por clase, son más eficaces que el placebo en el tratamiento de la depresión mayor, siendo en general todos ellos iguales en cuanto a su eficacia. El aumento de la diferencia entre fármaco / placebo con la gravedad debido a la disminución de la eficacia de un placebo al aumentar la gravedad de la depresión, en lugar de ser debido al aumento de la eficacia de los antidepresivos per se.

#### **Tratamiento Psicológico**

Los datos de eficacia clínica también apuntan de manera manifiesta a una clara ventaja del tratamiento combinado frente a los antidepresivos solos porque potencialmente es la opción más rentable (coste/eficacia) para la depresión mayor moderada o grave. El beneficio es mayor a pesar de su mayor coste.

- Para las personas con depresión mayor grave o moderada y problemas psicosociales asociados que tengan un difícil manejo con los recursos disponibles por el equipo de atención primaria, tenga en cuenta:

- ✓ Derivar a servicios especializados de salud mental
  - ✓ Si la depresión está en el contexto de un problema de salud físico crónico con deterioro funcional asociado, considerar la posibilidad de incluirlo en un programa de atención a personas con enfermedades crónicas complejas (si se tiene accesibilidad al mismo).
- Para las personas con depresión mayor moderada a grave, proporcione una combinación de medicación antidepresiva y una intervención psicológica de alta intensidad (TCC o TIP). La elección de la intervención tendría que venir determinada por:
    - La duración del episodio de la depresión y la trayectoria de los síntomas.
    - ✓ Curso anterior de la depresión y la respuesta al tratamiento
    - ✓ Probabilidad de adherencia al tratamiento y los posibles efectos adversos.
    - ✓ Prioridades y preferencia de tratamiento por la persona.
  - En los pacientes con presentación inicial de la depresión mayor moderada y un problema crónico de salud física, ofrezca la siguiente elección de las intervenciones psicológicas:
    - ✓ Terapia de Grupo basada en la TCC.
    - ✓ TCC individual para los pacientes que rechazan la intervención grupal o para los que no es adecuada o cuando no se dispone de un grupo. (ARIZA María 2014).

### **5.2.13 Diabetes Mellitus un ejemplo de comorbilidad con depresión.**

Para Davis (et, al 1998), el estado psicológico del paciente diabético es el quinto predictor de mortalidad de esta enfermedad, y el mejor predictor de entre muchas variables clínicas y fisiológicas.

Las razones primordiales para la referencia a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico de pacientes con diabetes mellitus son:

Pobre adherencia al régimen de tratamiento médico.

Pobre ajuste a la enfermedad.

Trastornos Psiquiátricos.

Efectos fisiológicos del estrés

Deterioro Cognoscitivo.

Aiknes y Wagner clasificaron 65 referencias consecutivas de pacientes con enfermedades endócrinas (90% diabéticos), con base en el problema primario presentado según el DSM-IV. Las razones de referencia de estos pacientes al servicio son en su mayoría por trastornos depresivos (depresión 17% y distimia 8%), estrés que afecta la enfermedad 21%, trastornos de ansiedad y pobre adherencia al régimen médico.

Así pues, el trastorno más frecuente en la diabetes mellitus al parecer es la depresión. La comorbilidad diagnóstica de diabetes mellitus y depresión mayor se presenta con tanta frecuencia que incluso se han sugerido hipótesis de causas fisiológicas subyacentes comunes a ambos padecimientos. Diversos estudios controlados han probado que la prevalencia de la depresión es más alta en pacientes con diabetes en comparación con la población en general, que está asociada con pobre control de azúcar, incremento en el riesgo de complicaciones médicas y disminución de la adherencia al tratamiento. Además la depresión es probablemente una de las variables que afecta de manera importante la calidad de vida de los pacientes con diabetes. (OBLITAS Luis 2010).

La ansiedad es un componente que acompaña a los seres humanos durante toda la vida y muchas veces es un “motor” para un adecuado desempeño de las actividades cotidianas, siempre que no sea un factor de “bloqueo” para la persona. La depresión y la ansiedad con frecuencia se presentan de manera conjunta, y difícilmente pueden ser separadas del cuadro clínico, lo que le da un aspecto más dimensional a la depresión. Cuando un paciente reúne las características de una depresión que se asocia con síntomas severos de ansiedad, la respuesta a los antidepresivos vinculada con la terapia psicológica

muchas veces es más pobre e incierta. Los estudios con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina muestran tener buena acción al utilizar una dosis adecuada del fármaco. (GERHARD HEINZE 2012).

Los estudios muestran que puede existir cierta relación entre la depresión y la diabetes. No obstante, los científicos aún no pueden confirmar si la depresión aumenta el riesgo de diabetes o la diabetes aumenta el riesgo de la depresión. Investigaciones recientes indican que ambos casos son posibles.

Además de posiblemente aumentar el riesgo de depresión, la diabetes puede empeorar los síntomas de la depresión. El estrés que causa el hecho de tener que controlar la diabetes todos los días y los efectos que esta enfermedad tiene sobre el cerebro, pueden contribuir a la depresión. En Estados Unidos, las personas con diabetes tienen el doble de probabilidades que una persona promedio de padecer depresión.

Al mismo tiempo, algunos síntomas de la depresión pueden deteriorar la salud física y mental en general, no sólo aumentando el riesgo de diabetes sino empeorando los síntomas de la diabetes. Por ejemplo, la ingesta excesiva de comida puede causar sobrepeso, el principal factor de riesgo para la diabetes. La fatiga o el sentimiento de inutilidad pueden llevar a la persona a ignorar las dietas especiales o los planes de medicamentos necesarios para controlar la diabetes, lo que empeora los síntomas. Los estudios demostraron que las personas con diabetes y depresión presentan síntomas de la diabetes más graves que las personas que sólo sufren de diabetes. (NIH 2008).

#### **5.2.14 Diabetes Mellitus y trastornos neuropsiquiátricos.**

La DM es un trastorno crónico degenerativo de origen metabólico caracterizado por defectos en la secreción y acción de la insulina que se traducen en hiperglucemia. El número de pacientes con DM se ha incrementado de manera desproporcionada en las últimas décadas. Aunado a la carga genética, los factores ambientales han desempeñado un papel decisivo en lo que se ha considerado la epidemia del siglo XXI.

La DM se clasifica en dos variedades: tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2). En el primer caso, la hiperglucemia se produce por la ausencia de insulina sérica consecutiva a la destrucción inmunitaria de las células  $\beta$  del páncreas. En el caso de la DM2, su origen es multifactorial, y se han identificado como sus causas tanto la disminución de secreción de insulina por parte de las células  $\beta$ , como la resistencia del receptor de insulina (IR), y en la mayor parte de los casos se asocia a hiperinsulinemia.

Por muchos años, la relación entre la DM y algunos trastornos psicosociales ha sido objeto de innumerables investigaciones, relacionando alteraciones bioquímicas séricas con los efectos de éstas en trastornos emocionales. A su vez, se ha estudiado si estos últimos tienen alguna influencia en la perpetuación de las alteraciones metabólicas de la DM. Recientemente, los defectos cognitivos han acaparado la atención tanto de los investigadores biomédicos como de los clínicos.

Se ha propuesto que las alteraciones psicoemocionales de los pacientes con DM son el resultado de un estado perceptivo o mental por la carga emocional que acarrea esta enfermedad cronicodegenerativa, más que una alteración neuroquímica y biológica. Esto ha llevado a que muchos autores consideren que la depresión y las alteraciones de la memoria en la DM comparten los mismos mecanismos psicológicos de duelo, miedo, culpa e incertidumbre que acompañan a otras enfermedades degenerativas, como la artritis reumatoide o los cánceres terminales. Con esto se ha logrado desplazar el interés del investigador y del clínico de un campo biológico y neuroquímico a uno más psicológico. Sin embargo, en los últimos 50 años se han notificado avances en el estudio de los efectos de la DM en el sistema nervioso central que sugieren la existencia de alteraciones celulares y moleculares significativas, que contribuyen a aumentar el riesgo de padecer un amplio espectro de enfermedades neuropsiquiátricas.

#### **5.2.15 Factores psicoemocionales en la relación depresión-diabetes.**

Los factores emocionales y psicosociales podrían contribuir al aumento de riesgo de la DM en la depresión o viceversa. Por ejemplo, la DM impone al

paciente una serie de ajustes psicosociales que probablemente lo lleven a disminuir su disfrute de la vida, lo que puede contribuir al desarrollo de alguna enfermedad del estado del ánimo. Por otra parte, la depresión se relaciona con cambios en la nutrición y el ejercicio que podrían ser causantes del aumento de riesgo de desarrollar DM.

La DM es una enfermedad cronicodegenerativa que tiene un gran impacto en el entorno sociocultural, lo que afecta directamente en la percepción de salud del paciente. Algunos estudios han demostrado que los pacientes con DM2 presentan una alta percepción de su condición como una enfermedad crónica en la que la adherencia al tratamiento farmacológico o no farmacológico es importante. Sin embargo, aun cuando el paciente sepa acerca de su enfermedad y de su posible evolución, con el paso del tiempo las estrategias, aunque se siguen percibiendo como útiles, ya no se ponen en práctica. Esto podría relacionarse con la alta prevalencia de falta de apego al tratamiento (de cualquier tipo) que se ha visto en los pacientes con DM. A su vez, se ha comunicado que la coexistencia de depresión y diabetes se relaciona significativamente con esta falta de apego al tratamiento, en especial para hipoglucemiantes orales y dieta, lo que repercute directamente en el control glucémico del paciente.

Por otra parte, la DM se relaciona con un aumento de distrés psicológico, y se acepta generalmente que éste es un factor importante para el desarrollo de depresión y otras alteraciones neuropsiquiátricas. Se ha comunicado que aquellos pacientes con complicaciones crónicas de la DM (como el pie diabético) también presentan índices elevados de estrés psicológico identificado con cuestionarios especializados. Esto resulta lógico debido a que las complicaciones crónicas generalmente aparecen por un desequilibrio metabólico, y éste también se ha relacionado con estrés psicológico. Nuestra experiencia nos ha llevado recientemente a determinar que en los pacientes con DM y depresión, una gran parte de esta asociación puede atribuirse al distrés psicológico, aun cuando también hemos encontrado asociación con algunas alteraciones bioquímicas.

## e. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación fue de carácter descriptivo, retrospectivo con enfoque cuanti-cualitativo, se sustentó en el paradigma de la salud mental y para indagar los objetivos propuestos se investigó mediante historias clínicas, que permitieron aclarar el problema planteado.

UNIVERSO	MUESTRA
Todos los pacientes atendidos en consulta externa del HMYM (IESS) en el periodo Enero – Junio (11.487)	Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus que cumplan con los criterios de inclusión. (113).

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus.
- Pacientes diabéticos tipo I y II.
- Pacientes diabéticos que recibían tratamiento con insulina, hipoglicemiantes orales o dietéticos.
- Pacientes que acudieron al servicio de consulta externa en el periodo enero – junio del 2015.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes hospitalizados.
- Pacientes con diagnóstico menor de 5 años.
- Pacientes que se encuentren fuera del periodo de tiempo establecido.
- Pacientes cuyas historias clínicas estén incompletas.
- Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en comorbilidad con trastorno mental y/o en tratamiento.

## **Procedimiento:**

En primer lugar se procedió a pedir los permisos respectivos al Dr. Nelson Samaniego (Director Médico IESS), para indagar los datos necesarios para la investigación, con el permiso autorizado, posteriormente se socializo con el personal del hospital, donde me facilitaron un usuario y una clave para poder ingresar al sistema (S-400) del Hospital Manuel Ygnacio Montero, se coordinó las fechas y horas que podía acudir a la entidad para recabar los datos de historias clínicas con ayuda de la hoja para recolección de datos obteniendo así la información necesaria y requerida.

## **TÉCNICAS**

Revisión de archivos

### **Hoja de recolección de datos.**

Con la ayuda de la hoja de recolección de datos se logró obtener los antecedentes de una manera más sintetizada e individualizada de todos los pacientes.

### **Indagación de historias clínicas:**

En lo referente a historias clínicas se recabo la información requerida paciente por paciente. Con la ayuda de la hoja de recolección de datos se pudo obtener de manera más concreta lo solicitado ahondando en datos importantes de la anamnesis personal y familiar del paciente, las dependencias de atención más empleadas, donde se encontraron datos relevantes y necesarios.

## f. RESULTADOS

### Objetivo No. 1:

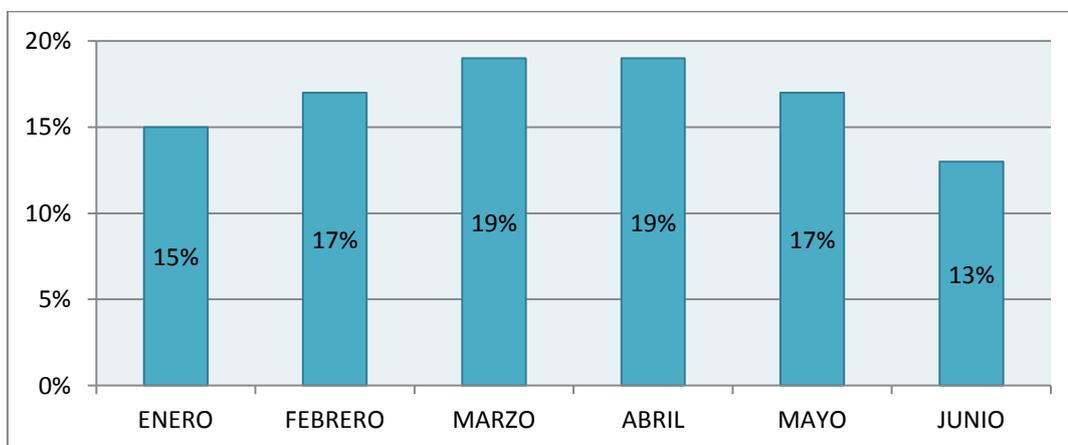
Conocer pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I y II y si son insulino dependientes o no en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IEES".

**PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS  
TABLA N° 1**

MES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENERO	17	15%
FEBRERO	19	17%
MARZO	22	19%
ABRIL	22	19%
MAYO	19	17%
JUNIO	14	13%
TOTAL:	113	100%

FUENTE: Historias Clínicas AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 1



FUENTE: Historias Clínicas AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN:

Según el estudio realizado se pudo evidenciar el porcentaje de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus el cual fue el siguiente: en el mes de enero un 15% seguido de febrero con un 17%, marzo con un 19%, abril 19%, mayo 17% y junio con un 13%. Demostrando que el mayor porcentaje de pacientes con dicho diagnóstico se observa en los meses de marzo y abril.

## PACIENTES INSULINODEPENDIENTES Y NO INSULINODEPENDIENTES

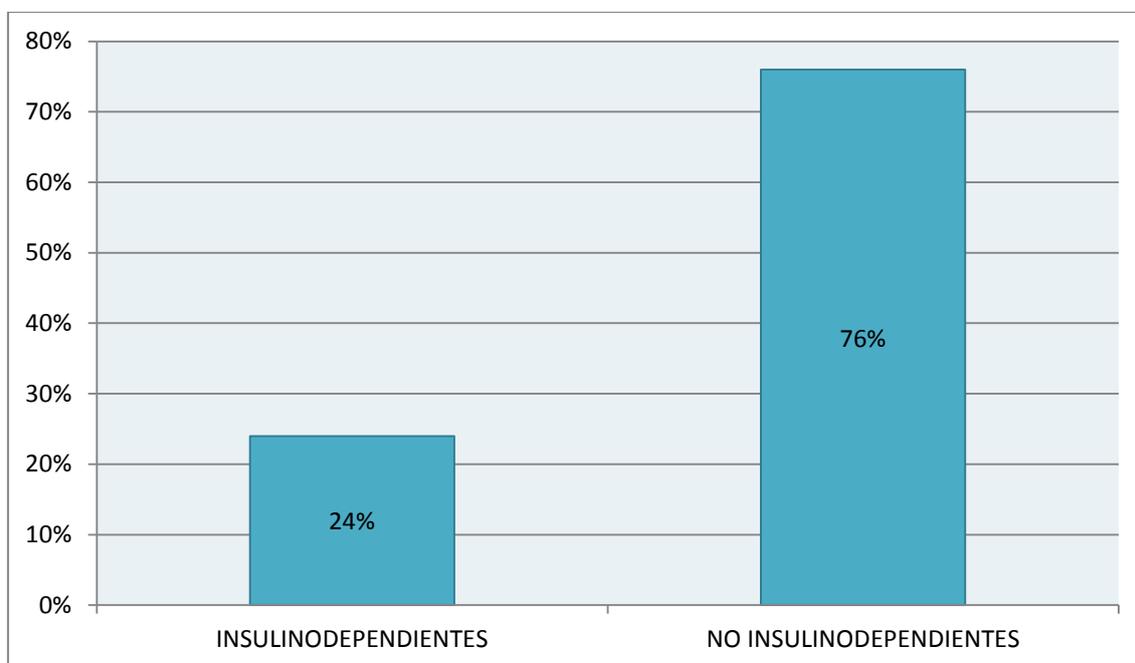
**TABLA N° 2**

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INSULINODEPENDIENTES	27	24%
NO INSULINODEPENDIENTES	86	76%
TOTAL:	113	100

FUENTE: Historia Clínica

AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 2**



FUENTE: Historia Clínica

AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN:

Según los datos obtenidos dentro de las historias clínicas pude recabar información sobre los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus insulino dependientes con un 24%, mientras que los pacientes no insulino dependientes con un 76% encontrando un mayor predominio en este diagnóstico.

## Objetivo N° 2:

Identificar pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros "IEES".

### PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN

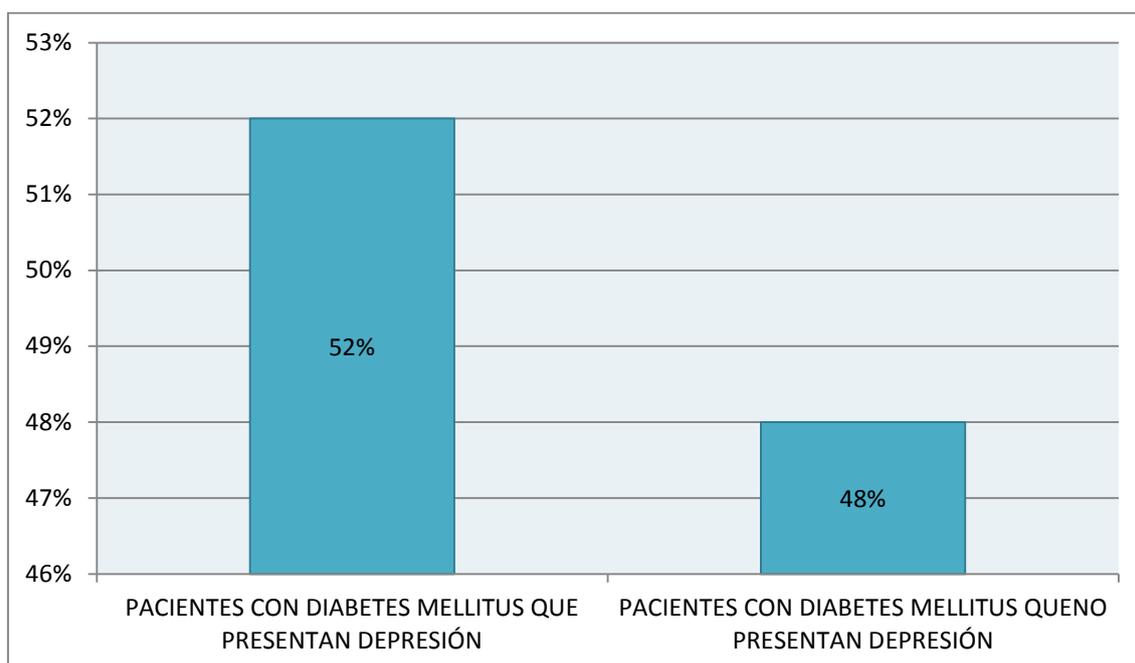
TABLA N° 3

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE PRESENTAN DEPRESIÓN	59	52%
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS QUE NO PRESENTAN DEPRESIÓN	54	48%
TOTAL:	113	100%

FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 3



FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN:

Conforme se demuestra en los datos obtenidos en la presente investigación los pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión durante el periodo manifestado tienen un porcentaje del 52%, mientras que los pacientes que no presentan depresión tienen un menor porcentaje del 48%.

### Objetivo N° 3

Conocer las edades promedio, género, estado civil de los pacientes Diabéticos y de los pacientes diabéticos diagnosticados con depresión.

### PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS VARIABLE (GÉNERO)

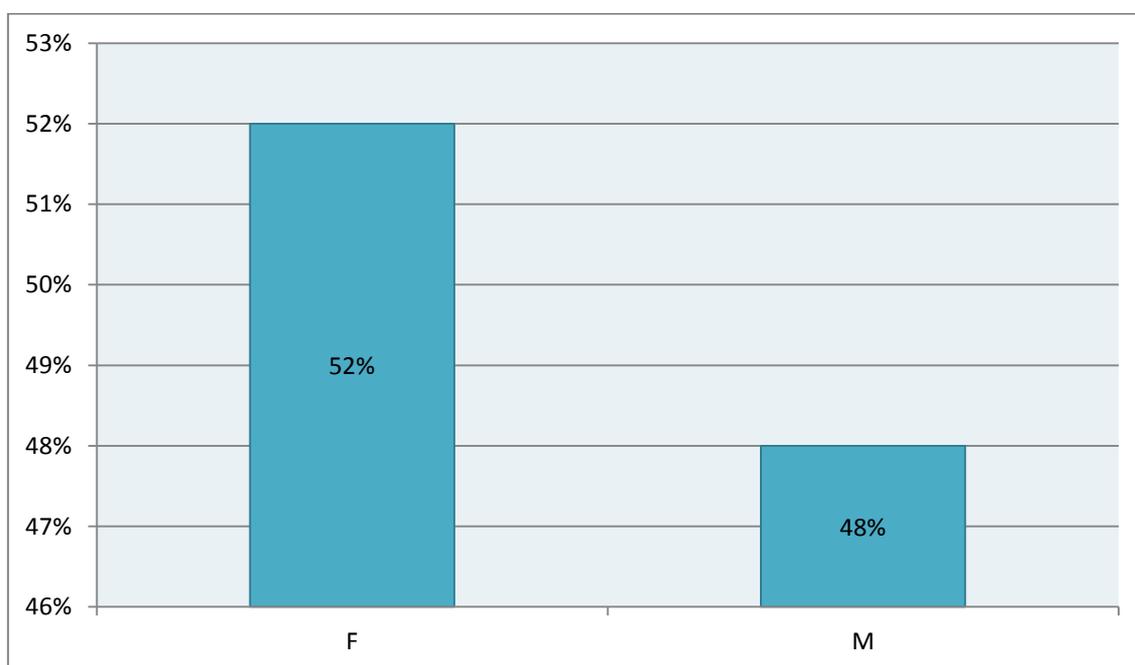
TABLA N°4

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GÉNERO	F	59 52%
	M	54 48%
TOTAL	113	100%

FUENTE: Historia Clínica

AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 4



FUENTE: Historia Clínica

AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN:

Con respecto a la variable género pude evidenciar que en lo que se refiere al género femenino el porcentaje es mayor con un 52%, mientras que el género masculino se encontró con un 48%.

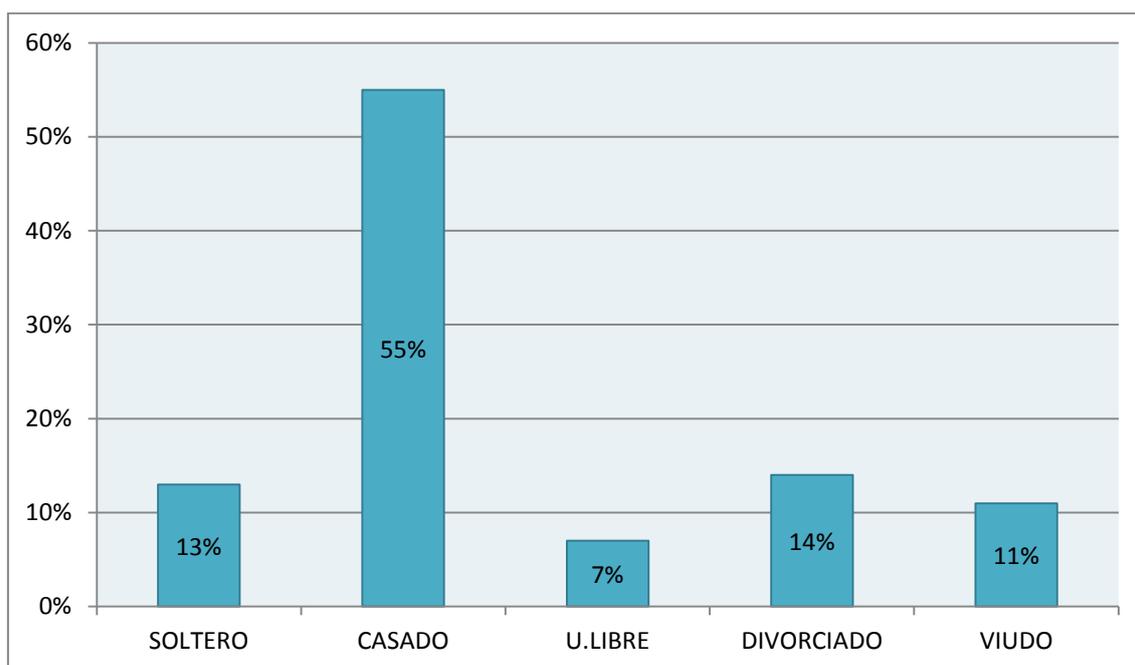
## PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS VARIABLE (ESTADO CIVIL)

**TABLA N° 5**

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>ESTADO CIVIL</b>	SOLTERO	15	13%
	CASADO	62	55%
	U. LIBRE	8	7%
	DIVORCIADO	16	14%
	VIUDO	12	11%
<b>TOTAL</b>		<b>113</b>	<b>100</b>

*FUENTE: Historia Clínica*  
*AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza*

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 5



*FUENTE: Historia Clínica*  
*AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loaiza*

### **INTERPRETACIÓN:**

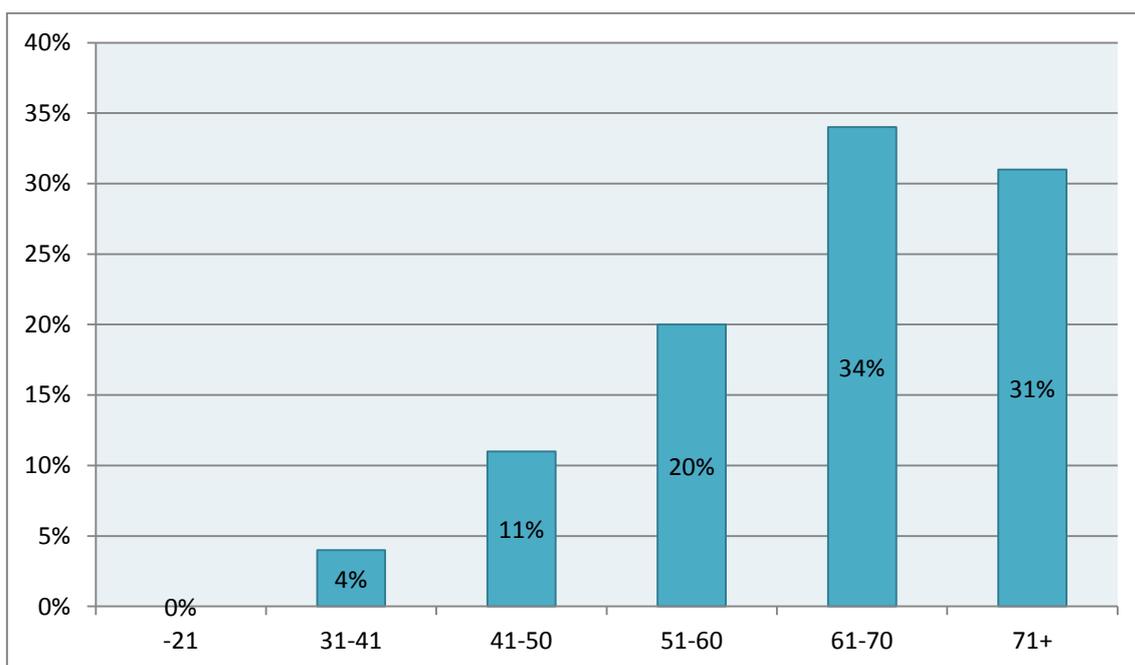
En los resultados obtenidos se pudo observar que el porcentaje mayor es el de estado civil casado con un 55%, seguido de divorciado con un 14%, soltero con un 13%, viudo con un 11% y unión libre al final con un 7%.

## PACIENTES CON DIABETES MELLITUS VARIABLE (EDAD)

TABLA N° 6

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>EDAD</b>		
-21	0	0%
31-40	4	4%
41-50	12	11%
51-60	24	20%
61-70	38	34%
71+	35	31%
<b>TOTAL</b>	<b>113</b>	<b>100%</b>

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 6



FUENTE: Historia Clínica

AUTORA: Valeria Sofía Cabrera Loiza

### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la variable de edad se pudo constatar que la edad promedio en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus es de 61-70 años que se muestra con un 34%, seguido de 71 o más con un 31%, de 51-60 se muestra con un 20%, en la edad de 41-50 un 11%, de 31- 41 con un 4% mientras que en – de 21 no se presentaron casos con él 0%.

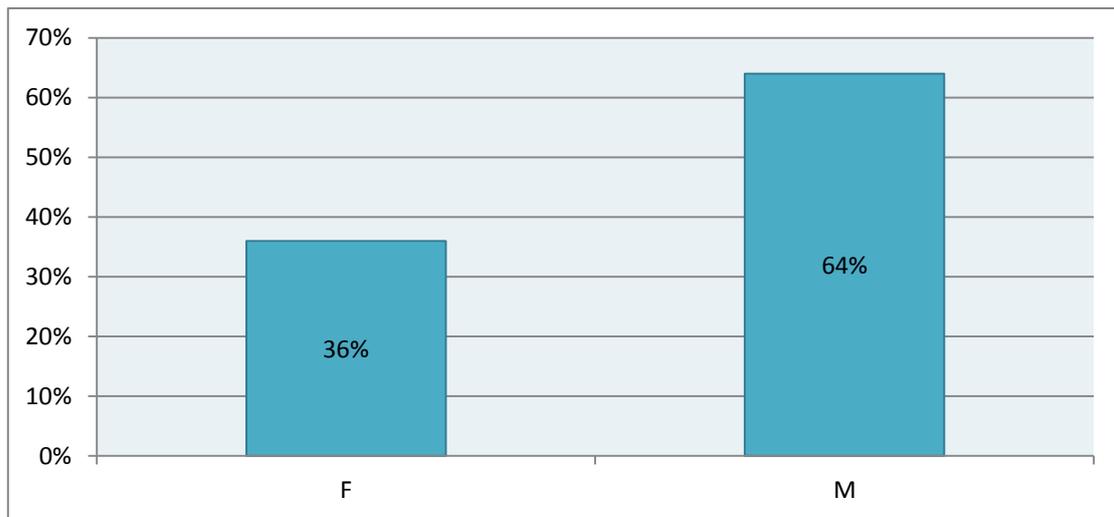
**PACIENTES QUE PRESENTAN DEPRESIÓN VARIABLE (GÉNERO)  
TABLA N° 7**

VARIABLES		FRECUENCIA	PORCENTAJE
<b>GÉNERO</b>	F	21	36%
	M	38	64%
<b>TOTAL</b>		59	100%

FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

**REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 7**



FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

**INTERPRETACIÓN:**

En cuanto a los pacientes diagnosticados que presentan depresión, en lo que se refiere a la variable género se pudo constatar que hay un porcentaje más elevado en el género masculino con un 64% mientras que en el género femenino se encontró un 36%.

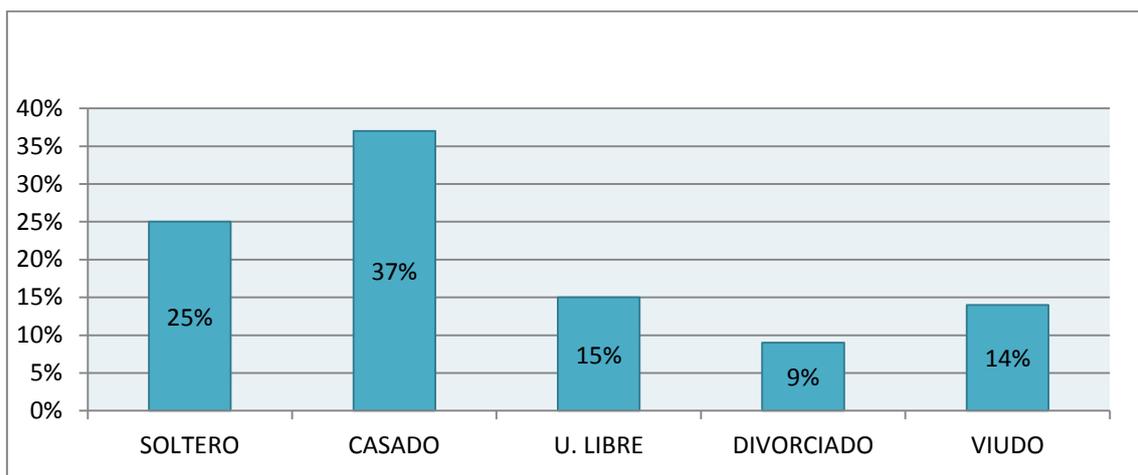
## PACIENTES QUE PRESENTAN DEPRESIÓN VARIABLE (ESTADO CIVIL)

TABLA N° 8

VARIABLE		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESTADO CIVIL	SOLTERO	15	25%
	CASADO	22	37%
	U. LIBRE	9	15%
	DIVORCIADO	5	9%
	VIUDO	8	14%
TOTAL		59	100

FUENTE: Historia Clínica  
AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 8



FUENTE: Historia Clínica  
AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN N° 8

Según los datos obtenidos en la investigación se pudo evidenciar que el mayor porcentaje con un 37% corresponde a estado civil casado, seguido de un 25% soltero, unión libre con un 15%, viudo con un 14% y al final un 9% que corresponde a divorciados.

## PACIENTES QUE PRESENTAN DEPRESIÓN VARIABLE (EDAD)

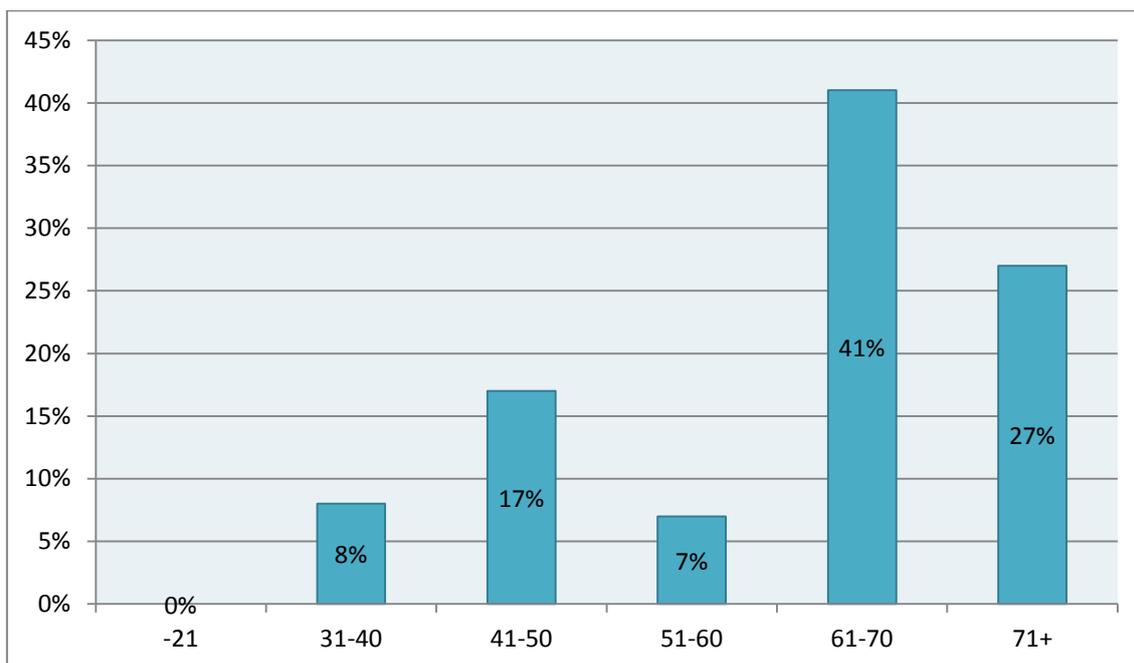
TABLA N° 9

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
EDAD	-21	0	0%
	31-40	5	8%
	41-50	10	17%
	51-60	4	7%
	61-70	24	41%
	71+	16	27%
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>	

FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 9



FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a la variable edad se pudo examinar que el mayor porcentaje se encontró en el rango de edad de 61-70 años con un 41%, seguido de 71 o más años con un 27%, de 41-50 años con un 17%, 31-40 años con un 8%, mientras que de 51-60 años con un 7% y finalmente en el rango de -21 años con un 0%.

#### Objetivo N° 4:

Precisar si el porcentaje de depresión es mayor en pacientes con diabetes mellitus complicada y no complicada.

### PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS COMPLICADA Y NO COMPLICADA.

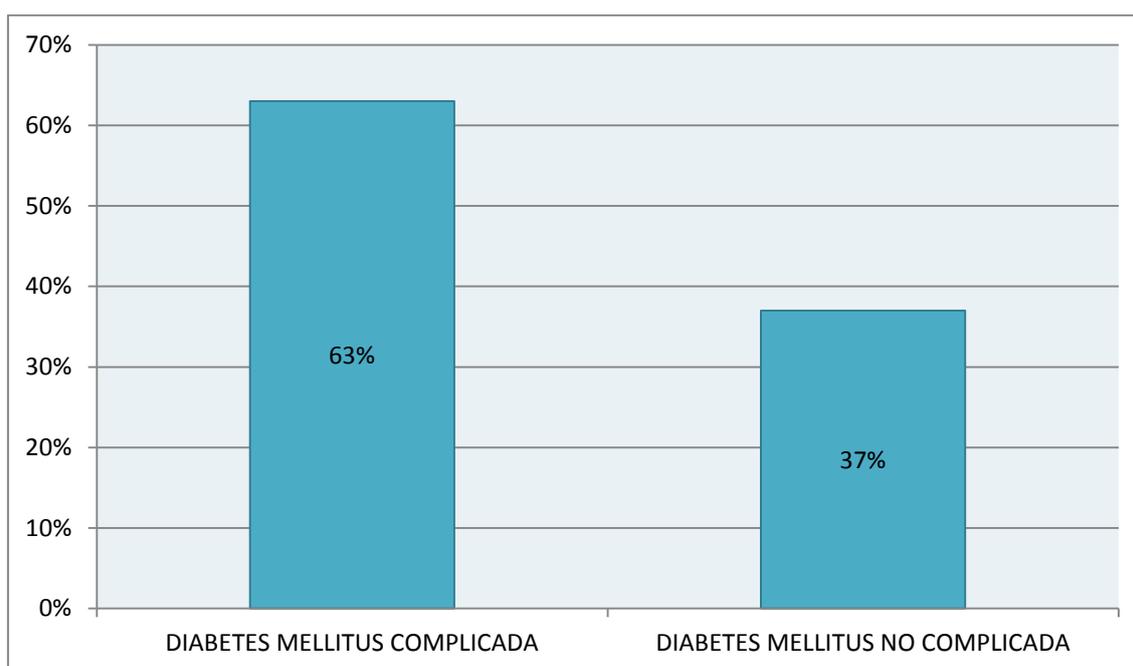
TABLA N° 10

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DIABETES MELLITUS COMPLICADA	71	63%
DIABETES MELLITUS NO COMPLICADA	42	37%
TOTAL:	113	100%

FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 10



FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

#### Interpretación:

Conforme se demuestra en los datos obtenidos durante la investigación mediante la indagación de historias clínicas se encontró que los pacientes que presentan diabetes complicada con diversos trastornos presentan un 63% mientras que los que no presenta diabetes complicada se evidenciaron con un 37%.

## PACIENTES CON DIABETES MELLITUS COMPLICADA QUE PRESENTAN DEPRESIÓN.

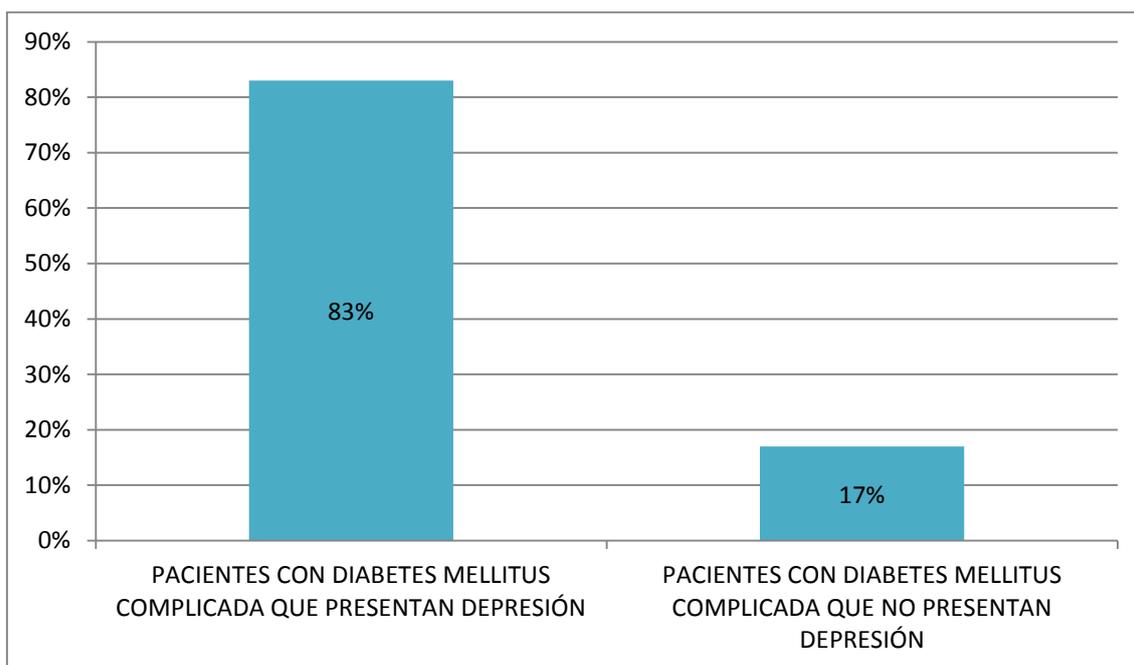
TABLA N° 11

VARIABLES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS COMPLICADA QUE PRESENTAN DEPRESIÓN	59	83%
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS COMPLICADA QUE NO PRESENTAN DEPRESIÓN	12	17%
TOTAL:	71	100%

FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### REPRESENTACIÓN GRÁFICA N° 11



FUENTE: Historia Clínica

AUTOR: Valeria Sofía Cabrera Loaiza

### INTERPRETACIÓN:

En cuanto a lo indagado en la investigación se encuentra que los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus con complicación que presentan depresión se muestran con una predominancia del 83%, mientras que los pacientes que no presentan depresión se evidencian con un porcentaje más bajo de 17%.

## **g. DISCUSIÓN**

En la presente investigación se obtuvieron los siguientes resultados el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus se observa en los meses de marzo y abril, teniendo los no insulino dependientes también un alto predominio. Así mismo los pacientes con diabetes mellitus que presentan depresión tienen un elevado porcentaje. En la indagación de historias clínicas con respecto a los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus y los pacientes con diabetes mellitus y depresión; se estudiaron varias variables, entre estas género en donde pacientes con diabetes mellitus prevaleció el género femenino, mientras que en los pacientes con diabetes mellitus y depresión el mayor porcentaje fue el género masculino, al hablar de edad promedio ambos tuvieron como resultado el rango de edad entre 61-70 años y en lo que se refiere a estado civil el mayor porcentaje en ambas fue estado civil casado hallando concordancia en las mismas. Finalmente los pacientes con diabetes mellitus complicada que presentan depresión resultó con un porcentaje alto.

Se indago sobre diferentes estudios entre los cuales se destacan los siguientes: Valentina Rivas-Acuña, Herminia García-Barjau 2011 analizaron la relación de los niveles de depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, fue un diseño de tipo descriptivo trasversal, el promedio de edad fue de 56.15 años de edad; el 55% son del sexo femenino y 44% del sexo masculino. Para determinar el nivel de depresión el 47.3% padecen de depresión media en el sexo femenino y 40.9% depresión media en el sexo masculino. En calidad de investigadora comparto con los resultados obtenidos en el estudio antes mencionado, ya que concuerda con los niveles altos de depresión.

En el siguiente estudio los autores Hugo Cabello Alarcón, Ángela Benavides Vásquez, Alex Jaymez Vásquez Perú 2006, propusieron como objetivo determinar la prevalencia de depresión en pacientes diabéticos en la consulta externa del Hospital Loayza y relacionar la depresión con factores psicosociales tanto en varones como en mujeres, se estudiaron a 50 pacientes que tuvieron el diagnóstico de Diabetes Mellitus y a un grupo de 50 pacientes con enfermedades crónicas y 50 pacientes de la población general; que

constituyeron el grupo control. Los pacientes crónicos y diabéticos reportaron niveles más altos de sintomatología depresiva que la población en general, en cuanto al sexo se vio que no había mayor prevalencia de depresión en mujeres que en hombres. En cuanto a la depresión según grado de instrucción se vio que no había diferencia estadística entre los grupos en estudio. La depresión es más prevalente en la diabetes y enfermedades crónicas que en la población en general, comparto con los resultados obtenidos en el estudio antes mencionado, ya que se relaciona con la presente investigación, mostrando niveles elevados en los pacientes deprimidos y una concordancia en el género.

En otro estudio investigado los autores Cecilia Colunga-Rodríguez, Javier E. García de Alba en la ciudad de Guadalajara México en el año 2005 tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de depresión y comparar indicadores sociodemográficos, metabólicos y clínicos, en personas con diabetes tipo 2 deprimidas y no deprimidas. La prevalencia de depresión fue de 63 %, en una proporción de 3 a 1, mayor en mujeres que en hombres. Existen diferencias en escolaridad, estado civil y ocupación entre deprimidos y no deprimidos la edad no presenta diferencias. El presente estudio tiene concordancia con la presente investigación ya que se encontró una relación estrecha con la diabetes mellitus y así mismo una elevada depresión.

En el consecuente estudio Pineda M, Bermudez V, Venezuela 2004, Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, por lo cual es de gran importancia conocer la comorbilidad entre la depresión, la diabetes y el impacto en la calidad de vida del individuo afectado. El objetivo del presente estudio fue determinar los niveles de depresión y su sintomatología característica en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2. Para ello fueron estudiados 40 pacientes diabéticos con edades comprendidas entre los 30 y los 65 años de edad. Los resultados indican que un 55% de los pacientes evidenciaban algún nivel de depresión, al comparar por sexo se determinó que los sujetos de sexo femenino evidenciaron niveles más graves de depresión que los masculinos. El presente estudio tiene concordancia con la investigación realizada ya que se evidencian niveles elevados de depresión más en lo que se refiere al género es mayor el porcentaje en mujeres que en

hombres, al contrario de mi estudio donde el mayor porcentaje fue encontrado en el género masculino.

Carlos Gómez-Restrepo Laura Ospina Sergio Castro-Díaz Fabián Gil Carlos Alberto Arango Villegas; Bogotá 2011. Este estudio tiene como objetivo calcular la prevalencia de síntomas depresivos en la última semana y determinar las características demográficas de personas entre los 18 y 65 años de edad que acuden por patologías no psiquiátricas al servicio de urgencias de un hospital universitario en Bogotá. Se obtuvo una muestra de 470 pacientes que acudieron al servicio de urgencias con una prevalencia de síntomas depresivos en la última semana, del 27,7%. La presencia de sintomatología depresiva se vio asociada con sexo femenino, bajo nivel educativo. Se comprueba la concordancia con dicho estudio ya que se muestran elevados niveles de depresión y se encuentran en el mismo rango de edad de la presente investigación.

Tener ambas afecciones implica un cierto grado de superposición entre los síntomas de la depresión y del sufrimiento generado por la diabetes, lo cual tiene implicaciones importantes en el tratamiento de la depresión y aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones secundarias a la diabetes, entre ellas la enfermedad cardiovascular. La depresión también puede tener un efecto importante sobre el control glucémico, el autocontrol de la diabetes y la calidad de vida.

## **h. CONCLUSIONES**

- De acuerdo a la indagación de los datos obtenidos en las historias clínicas se logró corroborar la relación que mantienen los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo I Y II con la depresión.
- El mayor porcentaje de pacientes diagnosticados con diabetes mellitus se evidencio en los meses de marzo y abril; siendo los no insulino dependientes los que tuvieron un porcentaje más elevado en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros (IEES).
- Los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que presentan depresión resultaron con un porcentaje superior, de lo analizado en las historias clínicas del servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros (IESS).
- Se pudo evidenciar que la edad promedio tanto de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus como los pacientes con dicho diagnóstico que presentan depresión, fue en el rango de 61 a 70 años de edad. En cuanto al estado civil se pudo encontrar que el mayor porcentaje fue de estado civil casado; al hablar de la variable género se pudo encontrar un contraste, ya que en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus el género femenino tuvo un porcentaje alto mientras que en los pacientes con dicho diagnóstico que presentan depresión la predominancia fue del género masculino.
- Se encontró mediante la exploración de datos de los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa del Hospital Manuel Ygnacio Monteros (IESS), una predominancia del porcentaje de depresión de dichos pacientes con un cuadro de diabetes mellitus complicada.

## **i. RECOMENDACIONES**

- Se recomienda al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) dotar presupuesto para la salud a nivel nacional y en particular al Hospital Manuel Ygnacio Montero de la ciudad de Loja.
- Al Director de Hospital Manuel Ygnacio Montero implemente un modelo de atención de salud mental para la población, incorporando acciones de prevención con un tratamiento eficaz e integral.
- Que la atención brindada conlleve a la evaluación y tratamiento, tanto de la parte física como la psicológica, en este caso de la esfera afectiva, por lo que el ser humano es un todo en el que influyen y se relacionan diferentes aspectos para su desarrollo con normalidad. Por ello en el tratamiento de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus es de suma importancia el respaldo psicológico que puede tener el paciente.
- Capacitar al personal médico para fortalecer el trabajo multidisciplinario de modo que la atención sea eficaz y eficiente para los pacientes.
- Al paciente diabético asistir a clubes o grupos de apoyo donde se pueda socializar y psicoeducar haciendo más llevadera su patología.
- Se recomienda la ejecución del plan terapéutico propuesto en la presente investigación con el fin de reducir los niveles de depresión.

## **PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA**

### **a. TEMA**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO CONDUCTUAL PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE DIABETES MELLITUS QUE PERESENTAN DEPRESIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MANUEL YGNACIO MONTEROS DE LA CIUDAD DE LOJA**

### **b. JUSTIFICACIÓN:**

La diabetes mellitus (DM) constituye uno de los principales problemas de salud pública debido a su elevada prevalencia, al hecho de que puede afectar a personas de cualquier edad, sexo, clase social y área geográfica, a su elevada morbilidad y mortalidad y a su elevado coste sanitario.

El bienestar psicológico es en sí mismo un importante objetivo de la atención médica y los factores psicosociales son relevantes en casi todos los aspectos del control diabético. Tener diabetes impone una carga psicológica para toda la vida y es un factor de riesgo añadido de desarrollar problemas psicológicos. Un mal funcionamiento psicológico causa sufrimiento, puede interferir gravemente con el autocontrol diario de la diabetes y va asociado a unos malos resultados médicos y un aumento de los costes. Los problemas de comportamiento y psicológicos se pueden considerar en términos de comunicación con el paciente, evaluación psicológica y asesoramiento.

Es por ello que el presente programa se justifica ya que por medio de este se integraran estrategias a los pacientes con el fin de reducir los niveles de depresión y así proporcionar un asesoramiento psicológico pudiendo contribuir a mejorar y sobrellevar su calidad de vida de una manera más óptima y adecuada.

### **c. BENEFICIARIOS**

Pacientes atendidos en consulta externa: reducir los niveles de depresión.

### **d. OBJETIVOS**

- Reducir la intensidad y la duración de los síntomas de la depresión.

### PLANIFICACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

SESIÓN N° 1	
TEMA:	Establecimiento de rapport y empatía.
OBJETIVOS:	Establecer desde el principio una interacción cálida y abierta en la que primen el entendimiento mutuo y se desarrolle un ambiente de confianza entre paciente y terapeuta.
DURACIÓN:	50 min.
SESIONES:	Una sesión
PROCEDIMIENTO:	Durante la primera sesión se mantiene una interacción proactiva y participativa por parte del entrevistado y entrevistador. Se realiza un encuadre y se hace conocer al paciente acerca de las pautas que se quiere alcanzar. Recordándole sobre la confidencialidad de la información transmitida por parte del paciente.

SESIÓN N° 2	
TEMA:	Diagnóstico y evaluación.
OBJETIVOS:	Recabar datos y obtener información importante para determinar el diagnóstico.
DURACIÓN:	60 min.
SESIONES:	Una sesión
PROCEDIMIENTO:	Durante esta sesión se receptara más información relevante para la realización de la historia clínica posteriormente se procederá a la evaluación donde se aplicara varios test para confirmar el diagnóstico clínico del paciente.

SESIÓN N° 3	
TEMA:	Terapia de Actividades agradables.
OBJETIVOS:	Lograr una mejor adaptación y un adecuado uso del tiempo.
DURACIÓN:	60 min.
SESIONES:	12 sesiones.
PROCEDIMIENTO:	<p>Consiste en un programa altamente estructurado, en 12 sesiones, dirigido a cambiar la cantidad y la calidad de las interacciones del paciente depresivo, mediante un conjunto de estrategias que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El entrenamiento asertivo.</li> <li>• La relajación.</li> <li>• La toma de decisiones.</li> <li>• La solución de problemas.</li> <li>• La comunicación</li> <li>• Manejo del tiempo.</li> </ul>

SESIÓN N° 4	
TEMA:	Entrenamiento en habilidades sociales.
OBJETIVOS:	Aprender comportamientos que puedan mejorarse a través de las experiencias de aprendizaje adecuadas.
DURACIÓN:	60 min.
SESIONES:	3 sesiones.
PROCEDIMIENTO:	<p>Técnica Reestructuración Cognitiva:</p> <p>Hacer consciente al paciente, por medio de autorregistros, los pensamientos que va teniendo una persona a lo largo de un tiempo establecido, por ejemplo 3 semanas, cada vez que se siente mal. Analizar estos pensamientos para detectar a que idea irracional corresponde cada uno de ellos. Normalmente una persona suele tener dos o tres ideas irracionales afincadas dentro de sí. Hay que analizar también en que medida le están dañando haciéndole sacar conclusiones erróneas. Elegir pensamientos alternativos a los irracionales. Argumentos que se contrapongan a los que normalmente hacen daño a la persona y que sean lógicos y racionales. Llevar a la práctica los argumentos racionales elegidos. Esto implica necesariamente una insistencia, ya que la persona está muy acostumbrada a pensar de forma ilógica y los argumentos irracionales saltarán de forma automática, sin que la persona se haya dado casi cuenta.</p>

SESIÓN N° 5	
TEMA:	Terapia de Autocontrol
OBJETIVOS:	Concientizar al paciente sobre los pensamientos que guían sus acciones.
DURACIÓN:	60 min.
SESIONES:	3 sesiones.
PROCEDIMIENTO:	<p>Este tipo de terapia fue desarrollado y utilizado con mucho éxito por el psicólogo Albert Bandura; en ella se destacan las siguientes técnicas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Tablas o registros de conducta.</b> Esta técnica consiste en registrar detalladamente nuestras acciones; dónde, cómo, cuándo llevamos a cabo el hábito o conducta que queremos eliminar. La idea fundamental es tomar conciencia de la situación global que nos conduce a repetir la conducta no deseada.</li> <li><b>2. Planificación ambiental.</b> El registro de conductas y la toma de conciencia de los “disparadores” de ella, facilitará identificar aquellos lugares o situaciones que la generan. De este modo, podremos modificar nuestro ambiente para poder adquirir nuevos comportamientos.</li> <li><b>3. Auto-contratos.</b> Para finalizar se realiza un contrato en donde nos comprometemos con nosotros mismos a seguir determinadas nuevas acciones; y en donde nos reprenderemos y nos compensaremos según sea nuestro desempeño.</li> </ol>

<b>SESIÓN N° 6</b>	
<b>TEMA:</b>	Terapia de Reflejos Condicionados
<b>OBJETIVOS:</b>	Ayudar al paciente a superar sus inhibiciones y a expresar por lo tanto con libertad sus propios sentimientos.
<b>DURACIÓN:</b>	60 min.
<b>SESIONES:</b>	4 sesiones.
<b>PROCEDIMIENTO:</b>	<p>La terapia contempla los siguientes aspectos: 1. Instrucción a los pacientes para pensar menos y actuar más de acuerdo a los sentimientos presentes. 2. Utilización de las seis técnicas básicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Externalización de los sentimientos (plática emotiva): propender a que el paciente se entrene en expresar abiertamente sus pensamientos y sentimientos sin temor y en forma sincera.</li> <li>b) Expresión facial de los sentimientos: Educación sobre la actividad muscular de la cara y entrenamiento en la expresión facial de las emociones.</li> <li>c) Contradicción cuando no se está de acuerdo en las exposiciones de los otros: Inducción de formas conductuales y verbales que señalen oposición a lo expresado de una manera adecuada cuando no se está de acuerdo.</li> <li>d) Utilización de la palabra Yo cuando sea necesario: Se le entrena para anteponer la palabra en sus propios criterios.</li> <li>e) Expresión de acuerdo cuando es elogiado: Contrarrestar aquella actitud de no reconocer el propio valor personal.</li> <li>f) Improvisación: Adiestramiento para que el sujeto improvise sus actuaciones antes que planee en exceso sin conseguir las conductas deseadas.</li> </ul>

SESIÓN N° 7	
TEMA:	Fin del Tratamiento terapéutico.
OBJETIVOS:	Cierre del proceso terapéutico.
DURACIÓN:	60 min.
SESIONES:	1 sesión.
PROCEDIMIENTO:	<p>En la parte final de la psicoterapia se revisa los objetivos planteados al inicio y lo que el paciente ha podido logrado de dichos objetivos.</p> <p>Se destaca lo positivo de cada sesión de terapia, realizando una retroalimentación sobre lo que se desarrolló. Manteniendo un ambiente de seguridad e informando lo importante de acudir cuando le sea necesario de ser así el caso, se haría una sesión de reforzamiento.</p>

## j. BIBLIOGRAFÍA

1. OMS Diabetes worldhealthorganization; Nota descriptiva N° 312, noviembre de 2014: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
2. Diabetes un problema mundial de salud y desarrollo: [www.idf.org/sites/default/files/attachments/PB\\_GlobalHealth\\_ES.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/PB_GlobalHealth_ES.pdf)
3. Guía ALAD (Asociación Latinoamericana de Diabetes): <http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf>
4. Artículo OMS: En Ecuador hay 500 mil enfermos de diabetes: Diario el Telégrafo 14 de noviembre del 2011
5. Ecuador International Diabetes Federation: <http://www.idf.org/membership/saca/ecuador>
6. MSP recuperado de: [MSP conmemora el “Día Mundial de la Diabetes” : http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-mundial-de-la-diabetes-con-exitosos-resultados-en-la-prevencion-de-amputaciones-del-pie-diabetico/](http://www.salud.gob.ec/msp-conmemora-el-dia-mundial-de-la-diabetes-con-exitosos-resultados-en-la-prevencion-de-amputaciones-del-pie-diabetico/)
7. OMS Diabetes worldhealthorganization; Nota descriptiva N° 312, noviembre de 2014: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
8. Diabetes un problema mundial de salud y desarrollo: [www.idf.org/sites/default/files/attachments/PB\\_GlobalHealth\\_ES.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/PB_GlobalHealth_ES.pdf)
9. AJAYU, HEREDIA, JP, PINTO, DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS: UN ENFOQUESISTÉMICO, Vol. 1, Universidad Católica Boliviana de San Pablo, 2008.

10. NICOLAU Johana, MASMIQUEL Luis, Diabetes Mellitus y Trastorno Depresivo un mal binomio. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/eop/S1575-0922%2813%2900092-2.pdf>
11. ZURRO Martin; PÉREZ Cano; Atención Primaria; España; Anelsevier Imprint; 2007; Pág. 404
12. KASPER; BRAUNWALD; FAUCI; HAUSER; LONGO; JAMESON; Principios de medicina interna; Chile; Donnelley; 2009; 16º edición; vol. 2; pág.: 2366-2367
13. ZURRO Martin; PÉREZ Cano; Atención Primaria; España; Anelsevier Imprint; 2007; pág.: 846-847
14. ASCHNER, Pablo, Alad Diagnostico control y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2, Recuperado de: [www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf](http://www.alad-latinoamerica.org/phocadownload/guias%20alad.pdf)
15. ISLA PERA; Pilar; (2012), Diabetes Mellitus La Pandemia del Siglo XXI, Revista Científica de Enfermería, No. 5, p2.
16. FID. Atlas Diabetes 2011. disponible en Atlas Diabetes 2011 recuperado de: <http://www.idf.org/diabetesatlas/> Revisado el 02/febrero de 2015
17. ZURRO, A, Martín; Atención Primario Conceptos Organización Práctica Clínica; sexta edición, Barcelona; mayo 2012.
18. MATA CASES, Manel, Diabetes mellitus tipo 2, Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de Salud (GEDAPS) de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria recuperado de: <http://www.sediabetes.org/gestor/upload/file/00003582archivo.pdf>.

19. KASPER; BRAUNWALD; FAUCI; HAUSER; LONGO; JAMESON; Principios de medicina interna; Chile; Donnelley; 2009; 16º edición; vol. 2; pág. 2367- 2369.
20. ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA; Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5; Estados Unidos, 2014.
21. GÓMEZ; HERNÁNDEZ; ROJAS; SANTACRUZ; URIBE; Psiquiatría clínica; Colombia; Editorial medica internacional; 2008; 3era edición; pág.: 304-305
22. GÓMEZ; HERNÁNDEZ; ROJAS; SANTACRUZ; URIBE; Psiquiatría clínica; Colombia; Editorial medica internacional; 2008; 3era edición; pág.: 303.
23. OBLITAS Luis; Psicología de la salud y calidad de vida; México; tercera edición; mayo 2010; pág.: 423-424
24. CASTRO Gina, RODRÍGUEZ Ivonne, RAMOS RIHNA, Intervención Psicológica En Pacientes Con Diagnóstico De Diabetes Mellitus, Revista de la Facultad de Ciencias de Salud, 2009.
25. ARIZA María; ATIENZA Gerardo; ÁVILA Ma. José; Guía de Practica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto; 2014;
26. CANO PÉREZ JF; Atención Primaria; quinta edición; volumen I; Elsevier España 2009.
27. MINISTERIO DE SALUD; Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más; Santiago; MINSAL 2013; 2º edición.

**k. ANEXOS**

**ANEXO N° 1**

<b>NOMBRE:</b>
<b>DIAGNÓSTICO:</b>
<b>EDAD:</b>
<b>GÉNERO:</b>
<b>ESTADO CIVIL:</b>
<b>Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que presentan depresión:</b>
<b>Pacientes insulino dependientes:</b>
<b>Pacientes no insulino dependientes:</b>
<b>Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus complicada:</b>
<b>Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus no complicada:</b>







---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**6. HISTORIA LABORAL:**

Ocupaciones o posiciones que ha alcanzado, razones que ha tenido para cambiar de ocupación, tiempo libre, pasatiempos.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**7. HISTORIA PSICOSEXUAL:**

Orientación sexual, actitud hacia el sexo, conflictos, engaños, experiencias sexuales, enamoramientos, desenvolvimiento de sentimientos,

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**8. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLÓGICAS:**

Conciencia, atención, sensopercepción, memoria, afectividad, pensamiento, voluntad, instintos (nutrición, sueño, instintos sexuales), hábitos, juicio y razonamiento.



## ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
AUTORÍA.....	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN.....	iv
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
<b>a. TÍTULO.....</b>	<b>1</b>
<b>b. RESUMEN.....</b>	<b>2</b>
SUMMARY.....	3
<b>c. INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>4</b>
<b>d. REVISIÓN DE LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
1. Diabetes Melitus.....	13
1.3 Antecedentes.....	14
1.3 Definiciones.....	15
1.4 Tipos de Diabetes.....	15
1.5 Etapas de Diabetes Mellitus.....	18
1.6 Prevalencia.....	19
1.7 Complicaciones de la Diabetes.....	20
1.8 Factores de riesgo para la diabetes.....	22
1.9 Tratamiento Psicológico para Diabetes.....	24

1.10	Comportamientos saludables en el diagnóstico de la Diabetes.....	25
1.11	Procedimientos de Evaluación Conductual en el Diagnóstico de la Diabetes.....	26
1.12	Intervenciones Conductuales para el manejo de la Diabetes.....	27
1.13	Pronóstico y Seguimiento.....	28

## CAPÍTULO II

2.	Depresión .....	30
2.1	Antecedentes.....	30
2.2	Definiciones.....	31
2.3	Diagnóstico de los Estados Depresivos.....	32
2.4	Epidemiología.....	38
2.5	Personalidad y Depresión.....	39
2.6	Etiopatogenía.....	39
2.7	Factores de riesgo para la Depresión.....	40
2.8	Comorbilidad Ansiedad y Depresión.....	43
2.9	Factores Etiológicos.....	45
2.10	Pautas generales de tratamiento para la depresión.....	46
2.11	Cómo tratar depresión menor y la distimia.....	49
2.12	Cómo tratar un episodio depresivo mayor leve o moderado con deterioro funcional leve.....	50
2.13	Cómo tratar un episodio depresivo mayor moderado con deterioro funcional moderado o grave.....	54
2.14	Diabetes mellitus ejemplo de comorbilidad con depresión.....	55

2	MATERIALES Y MÉTODOS.....	61
3	RESULTADOS.....	73
4	DISCUSIÓN.....	77
5	CONCLUSIONES.....	79
6	RECOMENDACIONES.....	80
7	PROPUESTA PSICOTERAPÉUTICA.....	89
8	BIBLIOGRAFÍA.....	93
9	ANEXOS.....	157
	ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	168