



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POST GRADO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA**



**“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA
INTERNA Y CARDIOLOGIA DEL HUAL EN EL
PERÍODO NOVIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013”**

AUTOR: Mayela M del V Gómez de M

TUTOR CLINICO: Dra. Rossana Dalla Cia.

TUTOR METODOLOGICO: Prof. José García.

VALENCIA, OCTUBRE 2013



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POST GRADO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA**



**“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA
INTERNA Y CARDIOLOGIA DEL HUAL EN EL
PERÍODO NOVIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013”**

**TRABAJO QUE SE PRESENTA ANTE LA UNIVERSIDAD DE CARABOBO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA**

AUTOR: Mayela M del V Gómez de M

TUTOR CLINICO: Dra. Rossana Dalla Cia.

TUTOR METODOLOGICO: Prof. José García.

VALENCIA, OCTUBRE 2013

**SE AGRADECE POR SU CONTRIBUCIÓN PARA EL DESARROLLO DE ESTA
TESIS A:**

1. DIOS por permitirme mantenerme en pie cada día y desarrollarme como ser Humano y Profesional. Y a mi Abuelo Agustín que desde el cielo me ilumina
2. A mi Bella Familia Mi Esposo y Mis Tres Grades Tesoros Patricia V, Miguel E y Victoria CH, por ser mis motivos para prepararme cada día
3. Mis Padres por su apoyo incondicional en especial a Mi Madre por ser un gran pilar en mi formación académica
4. Mis hermanos por su apoyo en mi desarrollo profesional cada día y lograr culminar mis etapas y creer cada día en Mi
5. Mis Tíos Materos en Especial a Mi Ti Willy mi pilar y fuerza para todo. Por su gran disposición a un SI para lograr todo lo propuesto
6. Mis Amigos porque en buenas y malas me permiten de su aprendizaje
7. Dra. Rossana Dalla Cia por ser la reina de este ajedrez, enseñándome en el juego como pararme frente de este tablero y descifrar su complejidad (post grado de medicina interna)
8. A mis compañeros y amigos de trabajo Julio Chirinos y Gianmarys España quienes les doy las gracias por acompañarme cada día del hospital creciendo de lo bueno y lo malo vivido. Gracias por ese hombro
9. A todos aquellos que con sus actos te inspiran a ser mejor cada día
10. Al Servicio, Mis Docentes y la Institución a la cual me permitió a mi formación y en el cual ejerzo su enseñanza IVSS-HUAL.

ÍNDICE

Pág.

Agradecimientos.....	iii
Veredicto.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
Introducción.....	8
Materiales y Métodos.....	16
Resultados	19
Discusión.....	22
Conclusión y Recomendaciones.....	24
Referencias Bibliográficas	25
Anexos.....	29



**UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POST GRADO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA**



VEREDICTO

Nosotros miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de Grado titulado:

**“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA
INTERNA Y CARDIOLOGIA DEL HUAL EN EL
PERÍODO NOVIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013”**

Presentado por la Doctora:

Mayela Milagros del V Gómez de M C.I. 13.898.538

Para optar al Título de Especialista en Medicina Interna, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como: **APROBADO.**

Fecha: 28 de octubre de 2013

Nombre y Apellido	C.I	Firma
Constantino Ramez	8.480.234	_____
Kalife Raidi	2.943.541	_____
Laura Fariña	7.063.222	_____



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POST GRADO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA



TÍTULO DEL TRABAJO

“ASOCIACIÓN ENTRE SÍNDROME METABÓLICO Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE MEDICINA
INTERNA Y CARDIOLOGIA DEL HUAL EN EL
PERÍODO NOVIEMBRE 2012 – FEBRERO 2013”

AUTORA: Dra. Mayela M Del V Gomez de M
TUTORA CLÍNICA: Dra. Rossana Dalla Cia
TUTOR METODOLÓGICO: Prof. José García.
Año: 2013.

RESUMEN

El síndrome metabólico se ha convertido en uno de los principales problemas de la salud pública en el siglo XXI, dado que incluye factores de riesgo cardiovascular, intolerancia a la glucosa, obesidad, hipertensión, dislipidemia, resistencia a la insulina

Objetivo General: Evaluar la incidencia de depresión de acuerdo al Inventario de Beck en un grupo de pacientes diagnosticados con Síndrome Metabólico que acuden a la consulta de Medicina Interna y Cardiología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larralde" durante el período noviembre 2012 – febrero 2013

Materiales y Métodos: Estudio de tipo transversal, descriptiva no experimental, población conformada por 30 pacientes voluntarios de la consultas para control de Síndrome metabólico. La recolección fue mediante el Inventario de Beck y técnica de observación estructurada. Se recurrió al análisis se utilizaron de significación las pruebas Test Exacto de Fisher, chi cuadrado y el análisis de correlación parcial. Empleado para las pruebas estadísticas usadas corresponde a menos del 5% ($P < 0,05$)

Resultados: La incidencia de depresión actual fue el grupo del 2,7%. Ningún paciente en tratamiento psiquiátrico, el 20,0% estaba viviendo un duelo. La mayoría de los pacientes sin IM ni HTA (83,3%), por lo que fue predominante significativamente no haber padecido éstas, por último, la prevalencia (76,7%) de diabetes mellitus si fue estadísticamente significativa ($P < 0,0001$).

Conclusiones: Al evaluar la intensidad/severidad la depresión de acuerdo al Inventario de Beck, se encontró 10% sin depresión, 23,3% leve, 30% moderada y 36,7% grave. Sin asociación significativa entre los hábitos psicobiologicos y tipo de depresión, mientras sí hubo diferencia entre pacientes con alteración del perfil lipídico y mayor circunferencia abdominal

Palabras Claves: Síndrome Metabólico, Depresión, Cuestionario de Beck, Factores de Riesgo.



UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE POST GRADO
ESPECIALIZACION EN MEDICINA INTERNA



TÍTULO DEL TRABAJO

"ASSOCIATION BETWEEN METABOLIC SYNDROME AND DEPRESSIVE SYMPTOMS, IN PATIENTS THAT GO TO THE MEDICINE CONSULTATION INTERNAL AND CARDIOLOGY OF THE HUAL IN THE PERIOD NOVEMBER 2012 - FEBRUARY 2013"

AUTORA: Dra. Mayela M Del V Gomez de M
TUTORA CLÍNICA: Dra. Rossana Dalla Cia
TUTOR METODOLÓGICO: Prof. José García.
Año: 2013.

ABSTRACT

The metabolic syndrome has become a major public health problems in the twenty-first century, as it includes cardiovascular risk factors, glucose intolerance, obesity, hypertension, dyslipidemia, insulin resistance **General Objective:** To evaluate the incidence of depression according to the Beck Inventory in a group of patients diagnosed with metabolic syndrome attending the consultation of Internal Medicine and Cardiology, University Hospital "Dr Angel Larralde" during the period November 2012 - February 2013 **Materials and Methods:** Study cross-sectional, descriptive, non-experimental population consisting of 30 patients consultations volunteers to control metabolic syndrome. The collection was by Beck Inventory and structured observation technique. They turned to the significance analysis used the Fisher exact test tests, chi square and partial correlation analysis. Used for statistical tests used corresponds to less than 5% ($P < 0.05$) **Results:** The incidence of current depression was 2.7% group. No patient in psychiatric treatment, 20.0% were living a duel. Most patients without MI or hypertension (83.3%), so it was not suffered significantly predominant they finally prevalence (76.7%) of diabetes mellitus if it was statistically significant ($P < 0, 0001$). **Conclusions:** In evaluating the intensity / severity of depression according to the Beck Inventory, found 10% without depression, 23.3% mild, 30% moderate and 36.7% severe. No significant association between psychobiological habits and type of depression, while itself was no difference between patients with altered lipid profile and increased abdominal girth

Keywords: Metabolic Syndrome Depression Questionnaire Beck, Risk Factors

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Metabólico (SM) se caracteriza por la presencia simultánea o secuencial de algunas de las siguientes alteraciones: la Resistencia a la insulina (RI), hiperinsulinemia compensadora, intolerancia hidrocarbonada o DM tipo 2, dislipemia aterogénica (aumento de triglicéridos (TG), VLDL, disminución del colesterol HDL (cHDL), aumento de partículas de colesterol LDL “pequeñas y densas”, obesidad central, HTA, hiperuricemia, además de, alteraciones hemorreológicas y de la fibrinólisis con aumento de las concentraciones plasmáticas del inhibidor del factor de activación del plasminógeno (PAI-1) con un estado pretrombótico, disfunción endotelial y presencia de niveles circulantes elevados de marcadores de la inflamación como la proteína C reactiva (PCR). Todas estas alteraciones que aparecen en el SM aceleran el desarrollo de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica.

En 1999, un grupo consultor de la Organización Mundial de la Salud (OMS o WHO) propuso que se denominara SM y sugirió una definición de trabajo que sería su primera definición unificada.

Existe otra definición del SM publicada por The Third Report National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (ATP III) 6-8 en 2001, que se diferencia de las anteriores en que no contempla el binomio RI / hiperinsulinemia. Esta definición remarca un hecho esencial: la posición central de la obesidad visceral (depósito graso intraabdominal o visceral) en la patogenia del SM.

El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) han recomendado la utilización de la identificación clínica del SM desarrollada por el Instituto Nacional de Salud (ATP III) porque resulta fácil de aplicar en la práctica médica diaria. El SM se ha visto asociado a otras patologías, entre las cuales se

menciona los trastornos del estado de ánimo y en particular el síndrome depresivo.

La OMS afirma que las depresiones en el mundo alcanzan el 22% de la población, y de ellos solo un 40% son tratados en Europa, en otros continentes el acceso a la atención especializada es mucho menor. La depresión es la principal causa de discapacidad.

La discapacidad de un paciente puede medirse mediante APD (años de vida perdidos por discapacidad) y la depresión resultó ser el cuarto factor que conduce a la carga mundial de morbilidad AVAD (años de vida). Hoy en día, la depresión es ya la causa segunda de AVAD en la categoría de edad 15-44 años para ambos sexos.

Los pacientes con enfermedad crónica asociada a depresión, tienen una puntuación más baja en calidad de vida en relación a los pacientes que solo presentan una enfermedad crónica.

En el boletín de la Organización Mundial de la Salud del 2005, anuncia que la depresión empeora el curso de la enfermedad crónica que padece un paciente y además concluye que hay una mayor prevalencia de depresión en estos pacientes. En particular, la prevalencia de depresión fue estimada utilizando los criterios de la clasificación estadística internacional de enfermedades y su relación con los problemas de salud, revisión 10 (ICD-10).

En la actualidad, hay un creciente interés en evaluar la asociación entre depresión y síndrome metabólico, así como una posible relación causal entre ambas. ⁽¹⁾

Recientes investigaciones han concluido que hay una asociación entre estados depresivos y desarrollo del síndrome metabólico, así como un pobre control glicémico en los pacientes con diabetes ya establecida ⁽²⁾. Otros ejemplos son los

realizados por Koponen y Col. ⁽⁷⁾, el estudio de Miller y Col. realizado en mujeres postmenopáusicas ⁽⁸⁾.

Un gran estudio realizado entre el 2004 y 2006 por Dumbauld J.A. Et al. Y publicado en Diabetes Care en el 2008 da como resultado que de las patologías psicológicas, la depresión y no la ansiedad es una comorbilidad con el síndrome metabólico. ⁽²⁵⁾.

Así mismo un estudio realizado en Italia, donde fueron investigados 823 pacientes concluye que la gravedad de los síntomas depresivos están directamente relacionados a la circunferencia abdominal ⁽²⁶⁾.

Sin embargo un estudio británico que evaluó síntomas depresivos en pacientes femeninas con síndrome metabólico ⁽⁹⁾ no obtiene mismos resultados, así como un trabajo latinoamericano que estudió pacientes colombianos con síndrome metabólico ⁽¹⁰⁾.

Dentro de los términos más importantes en la investigación que debemos manejar son: Síndrome Metabólico (SM) se caracteriza por la presencia simultánea o secuencial de algunas de las siguientes alteraciones: Resistencia a la Insulina, hiperinsulinemia compensadora, intolerancia a los hidratos de carbono o DM tipo 2, dislipemia aterogénica, obesidad central, Hipertensión Arterial Sistémica, hiperuricemia, alteraciones hemorreológicas y de la fibrinólisis con un estado pretrombótico, disfunción endotelial y presencia de niveles circulantes elevados de marcadores de la inflamación como la proteína C reactiva (PCR). Y Depresión: Según la Organización Mundial de la Salud, período de al menos dos semanas durante el cual hay un estado de ánimo triste o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto también debe experimentar al menos cuatro de los síntomas siguientes: Cambios en el apetito o en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía; sentimientos de minusvalía, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte o ideación o intentos suicidas.

Tanto en condiciones normales como en situaciones de estrés, el eje HHA se activa de diferentes formas. Un papel central en su respuesta a condiciones adversas lo desempeña el incremento en la secreción de CRH en el núcleo paraventricular del hipotálamo. La información de los factores fisiológicos estresantes, que debe ser procesada por las estructuras cerebrales superiores, llega al hipotálamo por medio de impulsos ascendentes aminérgicos. El locus ceruleus y la amígdala modulan el tono simpático que se libera durante el stress, Finalmente, el hipocampo participa como mediador de la información metabólica y autonómica, de acuerdo con las respuestas, el contexto y el factor estresante ⁽¹¹⁾.

Por otra parte, el tono de la secreción, las acciones de retroalimentación y el esfuerzo cerebral generado, hacen que las respuestas sean enormemente diversas, y que el control dependa de muchas variables.

El exceso de GC en el cerebro puede llevar a atrofia neuronal que es potencialmente reversible, cuando dicho exceso persiste únicamente por algunas semanas, pero si la exposición excesiva permanece durante varios meses existe la posibilidad de llegar a la pérdida neuronal ^(11; 12).

La depresión vista como una respuesta de mala adaptación al estrés es una entidad clínica que, además de sus componentes psicológicos y sociales, afecta múltiples parámetros biológicos que, como ya se mencionó en el caso del estrés, llevan entre otros problemas a un incremento del riesgo cardiovascular. Además de la desregulación del eje HHA y de la hiperactividad adrenérgica sostenida, se ha descrito una regulación hacia arriba de los receptores 5HT₂ en las plaquetas y el cerebro, los cuales favorecen la activación del factor IIb/IIIa promoviendo así la agregación plaquetaria y la formación de trombos ⁽¹³⁾.

La similitud entre las numerosas alteraciones fisiológicas descritas en el SM y la depresión ha llevado al diseño de diferentes estudios clínicos que buscan

establecer más precisamente la asociación entre estas dos enfermedades. ^(14,15).

Con este y otros estudios similares ⁽¹⁶⁾ comienza a considerarse además la posibilidad de que la insulina ejerza acciones directas sobre el SNC, así como algunas enfermedades neurodegenerativas en las cuales sus acciones sobre el SNC se encontrarían alteradas. ⁽¹⁷⁾

Se ha visto que la concentración de insulina en el SNC se correlaciona con sus niveles plasmáticos en diferentes circunstancias, un hecho sugerente de que la hormona haya atravesado la BHE. ^(18,19).

Se plantea la posibilidad de que las complicaciones neuropsiquiátricas a las que se ha asociado a la DM (depresión, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer) pudieran ser secundarias a la hipercortisolemia que presentan los pacientes con estas patologías ^(21,22).

Por otra parte, la sobreactivación del eje HPA, en conjunto con la activación de la amígdala, lleva a un aumento en el tono simpático que promueve la liberación de citocinas proinflamatorias por parte de los macrófagos. El aumento de citocinas circulantes se ha asociado con pérdida de la sensibilidad a la insulina y también a los glucocorticoides. ^(23,24).

En conjunto, esto puede explicar la disfunción neuroinmu-noendocrinológica del trastorno depresivo que puede observarse en pacientes con síndrome metabólico y diabetes tipo 2.

La viabilidad de una investigación se define como la factibilidad de la realización de un estudio en cuanto a los recursos disponibles.

Sin embargo, este proyecto contempla el uso de escasos recursos materiales, supone la recolección de los datos de forma sencilla y rápida mediante la revisión de la historia clínica y la aplicación de las escalas cuya duración no excede los 10 minutos por cada paciente y resultados de laboratorios sobre el perfil metabólico del paciente. Se realizó la recolección de la muestra durante la consulta de Medicina Interna y Cardiología, lo que permitió un mayor rapport entre el encuestador y el encuestado, en la búsqueda de la mayor colaboración para garantizar que el desempeño en las pruebas fuese el más ajustado a la realidad.

En definitiva, se dispone de los recursos financieros, humanos y materiales necesarios para llevar a cabo dicho proyecto en el plazo establecido.

Teniendo en cuenta los fundamentos anteriores, se decidió plantear como objetivo general Evaluar la incidencia de depresión de acuerdo al Inventario de Beck en un grupo de pacientes diagnosticados con Síndrome Metabólico que acuden a la consulta de Medicina Interna y Cardiología del Hospital Universitario "Dr. Ángel Larraalde" durante el período noviembre 2012 – febrero 2013. Y planteándose como objetivos Específicos: 1- Determinar las características socio epidemiológicas de los pacientes investigados relativas a edad, género, antecedentes patológicos y duelo. 2- Determinar la puntuación y el nivel de depresión según el Inventario de Beck en la muestra investigada. 3. Establecer si los pacientes con síndrome metabólico se encuentran recibiendo tratamiento para la depresión y tiempo de diagnóstico de esta patología psiquiátrica. 4. Precisar la relación entre los hábitos tabáquicos, alcohólicos, tenencia de hijos, estado civil y tratamiento actual para la depresión con los niveles identificados del Inventario de Beck de los pacientes investigados. 5. Determinar las características antropométricas de los pacientes en estudio según Índice de Masa Corporal y circunferencia abdominal. 6. Establecer el perfil lipídico según colesterol y triglicéridos de los pacientes investigados. 7. Determina la correlación del tiempo de diagnóstico de la depresión, las características antropométricas y del perfil lipídico evaluadas con la puntuación del Inventario de depresión de Beck.

El diseño adoptado fue el no experimental ya que no se manipularon deliberadamente las variables y la información se recopiló en un periodo de tiempo preestablecido y sólo se recopiló en un momento único. La Población estuvo representada por 30 pacientes voluntarios que acudieron a la consulta de Medicina Interna y Cardiología del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde durante los meses de enero-marzo de 2013 para control de Síndrome Metabólico.

La muestra fue de tipo no probabilística deliberada conformada por 30 pacientes de la consulta antes mencionada en el tiempo preestablecido que cumplieran con los siguientes criterios de Inclusión:

- No haber estado en tratamiento con algún fármaco ansiolítico o antidepresivo o anti psicótico.
- No tener antecedentes de psicoterapias de apoyo por trastorno del estado de ánimo
- No tener antecedentes recientes de duelo por pérdidas del tipo muerte de un familiar cercano, divorcio, diagnóstico de enfermedad, hospitalización de menos de 6 meses previo a la encuesta.

Para la recolección de datos, la investigadora utilizó la técnica de la observación estructurada, acudiendo al área de la consulta de Medicina Interna y Cardiología del Hospital Ángel Larralde, donde valoró a los pacientes, que cumplieron con los criterios de inclusión- exclusión y se procedió a llenar un formato con los datos obtenidos tanto de la entrevista estructurada como del examen físico y laboratorio (Ver anexo).

El perfil lipídico de los pacientes se realizó en la unidad de laboratorio del Hospital Ángel Larralde, en el equipo Olympus AU400 bajo la técnica de colorimetría.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es una investigación de tipo transversal y descriptivo en cuanto tiene como finalidad especificar la presencia y magnitud del trastorno del estado de ánimo tipo depresión en pacientes con síndrome metabólico.

Es a su vez una investigación de tipo correlacional, porque pretende medir el grado de relación que puede existir entre la gravedad de dos patologías: el síndrome metabólico y síndrome depresivo.

El tipo de muestra de este trabajo se realiza con una muestra no probabilística, realizada en sujetos voluntarios que acuden a la consulta ambulatoria de Medicina Interna del Hospital. Planteándonos en la recolección de los datos, responder a los objetivos planteados, se utilizaron como instrumentos: 1-El Cuestionario de depresión de Beck para medir presencia y gravedad de síndrome depresivo.

El cuestionario de Beck que se utilizó para este trabajo es: El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beckycols, 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Condeycols (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país. ⁽¹⁴⁾.

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

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

2-Un cuestionario de preguntas cerradas para indagar condición socioeconómica, situación psicosocial, hábitos.

Por otra parte, la muestra es representada por voluntarios pues sólo se incluyeron en la misma aquellos pacientes que a través de un consentimiento informado accedan de manera voluntaria a participar en la investigación.

Para la recopilación de la información se hizo uso de la técnica de la observación directa y la entrevista estructurada. Como instrumento de recopilación de información se utilizó el Inventario de Depresión de Beck y la Revisión estudios de laboratorio e Historia Clínica.

Los datos recolectados se organizaron en una base de datos en Microsoft Excel para posteriormente procesar los resultados obtenidos en la investigación se presentan a continuación, luego de haber sido procesados con el paquete estadístico SPSS ver 19.0 para ambiente Windows. La información analizada se encuentra en tablas de distribución de asociación, donde se muestran la distribución de los pacientes según las variables investigadas. Para el análisis estadístico se utilizaron frecuencias absolutas, porcentajes, valores promedios y de desviación estándar, mediana y moda. En función de estas medidas, se utilizaron para los análisis de significación las pruebas de Test Exacto de Fisher,

chi cuadrado y el análisis de correlación parcial. El nivel de significación empleado para las pruebas estadísticas usadas corresponde a menos del 5% ($P < 0,05$).

Dentro de los métodos, técnicas e instrumentos de recopilación de información utilizamos la observación directa y entrevista. Acompañados de los instrumentos tales como: El Inventario de Depresión de Beck, Historia Clínica y Exámenes de Laboratorio

Por otra parte dentro de nuestro marco administrativo involucramos nuestro recurso humano; el cual estaba conformado por: responsable (autora), tutor (internista, estadístico), colaborador científico (psiquiatra). Aunado a los recursos materiales de papelería, computadora. Y una pieza clave para el desempeño de la misma. Recursos institucional dado por: Hospital universitario Dr. Ángel Larralde Servicio de Medicina Interna y Unidad de Cardiología. Bajo financiamiento propio

RESULTADOS

La edad promedio de los pacientes fue de 45,9 años con desviación estándar de 12,9 años, con mínima de 25 y máxima de 60 años. No hubo predominio de algún género, ya que la diferencia fue apenas de dos pacientes a favor del femenino, siendo la representación para éste de 53,3% y 46,7% para el masculino. En cuanto a las edades tampoco hubo una diferencia importante, pues en el grupo de 25 a 49 años fue de 46,7% y de 50 años o más 53,3%. Sin embargo, no hubo asociación estadística significativa (TEF = 0,46; $P < 0,50$). (Ver Tabla 1)

La incidencia de depresión actual fue en el grupo del 6,7%, por lo tanto predominó significativamente la ausencia de ésta. Ningún paciente estaba en tratamiento psiquiátrico, mientras que el 20,0% estaba viviendo un duelo (no se preguntó la causa) pero predomina de manera significativa su ausencia. La mayoría de los pacientes no tenían infarto al miocardio ni hipertensión arterial (83,3%), por lo que fue predominante significativamente no haber padecido éstas y, por último, la prevalencia (76,7%) de diabetes mellitus si fue estadísticamente significativa ($P < 0,0001$). (Ver Tabla 2)

Al evaluar la intensidad / severidad de la depresión de acuerdo al Inventario de Beck, se encontró que el 10,0% de los treinta pacientes no la presentaban, 23,3% la tenían a un nivel leve, 30,0% en la modalidad de moderada y 36,7% en la categoría de grave. No hubo una categoría que predominara significativamente ($\text{CHI}^2 = 4,67$; g.l = 3; $P < 0,20$). Adicionalmente, cabe señalar que el promedio de la puntuación fue de 25,9 puntos con desviación estándar de 9,8 puntos, mínima de 4 y máxima de 40 puntos. La moda fue de 20 puntos y la mediana de 24,5 puntos. En los pacientes con hábitos tabáquicos (56,7%) presentaron según las categorías del test aplicado de Beck, ausencia, leve y moderada de depresión en un 17,6% en cada una de éstas, mientras que el 47,1% se les diagnóstico depresión grave. Por su parte, los no fumadores presentaron porcentajes mayores

con respecto a los fumadores para depresión leve con 30,7% y 46,2% para moderada, siendo menor el porcentaje de depresión grave al ser de 23,1%. No se encontró asociación significativa entre el hábito tabáquico y las categorías de depresión (TEF = 0,144; $P < 0,15$). Hubo un 46,7% que manifestaron tener hábitos alcohólicos, de los cuales uno (7,1%) no calificó para tener depresión, 18,8% tuvo depresión leve, 14,3% moderada y grave el 50,0%. Para los que negaron este hábito, 12,5% aparecieron en el test de Beck sin depresión 18,8% a nivel leve, la mayoría presentó depresión moderada y un 25,0% grave. Tampoco se halló asociación significativa entre el hábito alcohólico y los tipos de depresión evaluados (TEF = 0,282; $P < 0,29$). (Ver Tabla 3)

De los catorce pacientes casados, la mayoría 42,9% tenían depresión grave, mientras que de los ocho unidos (concubinato) el porcentaje fue de 37,5%, siendo aún menor el porcentaje para los ocho solteros pues fue de 25,0%. En los solteros, predominó la ausencia de depresión, con 37,5%, siendo para las otras categorías de depresión leve y moderada de 12,5% y 25,0% respectivamente. Para los casados estas dos modalidades fueron 14,3% y 42,9%, y para los unidos 50,0% y 12,5% en el mismo orden. No puedo realizarse prueba de significación alguna, pero puede apreciarse que sumando las dos categorías de depresión moderada y grave, los casados tiene un 85,8%, y los unidos y solteros el 50,0%, por lo que se puede afirmar que los casados sufren más depresión según el test de Beck que los otros dos estados civiles considerados en la tabla. De los veintiún (70,0%) pacientes con hijos, 28,6% presentaron por igual depresión leve y moderada, siendo la grave en el 42,9%. Pacientes sin hijos, tuvieron 33,3% de ellos ausencia de depresión, 11,1% leve, 33,3% moderada y 22,2% grave. Hubo casi una relación significativa entre tener o no hijos y las categorías de depresión (TEF = 0,052; $P < 0,06$). El 100% de los pacientes sin tratamiento para la depresión la sufría a nivel de grave, siendo el 50,0% en esta categoría en los que estaban en tratamiento, 14,3% la presentaban moderada, 28,6% leve y sin depresión el 7,1%. Aunque no hubo relación significativa entre recibir o no el

tratamiento para la depresión, estuvo cerca de serlo ya que el TEF fue igual a 0,081 para una $P < 0,09$. (Ver Tabla 4)

Dado que la edad tiene cierta influencia en las variables que se decidió correlacionar con la puntuación del test de Beck, de acuerdo a los objetivos de la investigación, se utilizó la correlación parcial (r_p) para establecer las relaciones a evaluar, pues para efectos de la r_p a la edad se le anula el efecto que tendría sobre el coeficiente de correlación de Pearson. Para el caso explicado, solo la correlación entre los valores del colesterol y la puntuación del test de Beck, al controlar la edad, fue de orden significativo pues el coeficiente de correlación parcial fue 0,497 ($P < 0,006$), indicando que a mayor nivel de colesterol en sangre mayor puntuación del test utilizado. Los otros r_p fueron no significativos, y algunos presentaron signo negativo, lo que habla que la relación, por ejemplo para el caso de los años de diagnóstico, que a mayor tiempo de haberse diagnosticado el síndrome metabólico menor es la puntuación del test de Beck. (Ver Tabla 5)

DISCUSIÓN

Las temáticas psicológicas en juego en pacientes con síndrome metabólico son de diferentes etiologías, como el miedo a la pérdida de control, dependencia forzada al tratamiento, cambios en el estilo de vida sentimientos de pérdida de su salud, así como la cronicidad de su situación. Se recuerda al respecto el trabajo epidemiológico longitudinal a larga escala realizado por Campayo y col.

([Curr Psychiatry Rep.](#) 2011 Feb;13(1):26-30. doi: 10.1007/s11920-010-0165-z. Diabetes and depression. [Campayo A](#), [Gómez-Biel CH](#), [Lobo A.](#))

Es interesante que en nuestra investigación el puntaje más alto de inventario de Beck lo tuvieron los pacientes con menor años de diagnóstico, lo que puede estar en relación a que estos pacientes aún se encuentran en esa etapa psicológica de miedo al control de su vida y al sentimiento de pérdida de su salud e incapacidad de seguir cambios en su estilo de vida.

Por otra parte, como lo sugieren algunas investigaciones longitudinales, como el realizado por Mezuk y col (2008) Los antecedentes de depresión o síntomas depresivos son un factor de riesgo de desarrollar diabetes o síndrome metabólico, por lo que la presencia de un puntaje de inventario de Beck más alto en los pacientes con diagnóstico más reciente, no excluye que el cuadro depresivo subyacente, pudo haber sido el desencadenante del síndrome metabólico.

(Diabetes Care May 2009 vol. 32 no. 5 e56Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan: A Meta-Analysis Response to Mezuk et al.

Hay que tomar en cuenta que como lo recuerda Rustad J.K. Y COL (2011), la hiperactividad del eje Hipotálamo-pituitaria-adrenal y la activación simpatomedular inducida por el estrés en pacientes con depresión severa, pueden disminuir el transporte de glucosa y la resistencia a la insulina. En nuestra muestra examinada el 76,7% de los pacientes eran ya diabéticos.

La muestra estudiada reveló que no hubo incidencia estadísticamente significativa entre presencia o ausencia de hábitos alcohólicos o tabáquicos y presencia de depresión, mientras sí hubo diferencia entre los pacientes con alteración del perfil lipídico o mayor circunferencia abdominal, lo que hace pensar que los hábitos psicobiológicos en los pacientes evaluados, no son indicadores comportamentalmente de síntomas depresivos, mientras puede serlo el descontrol o exceso alimentario.

Hay evidencias al respecto, del efecto que la depresión tiene a nivel del aumento de grasa visceral, (Weber-Hamann B. et al. *Psychoneuroendocrinology* 2006;31:347-54), así como hay evidencias clínicas que el exceso de ingesta de carbohidratos es el elemento de comportamiento mental más frecuente en paciente con síndrome metabólico (Papakostas GI et al. *Eur Neurosychopharmacol* 2004;14:135)

En el grupo examinado, el 83% de los pacientes han tenido antecedentes de Infarto Agudo al Miocardio. En el estudio ACCORD se pudo constatar que la depresión aumenta el riesgo de eventos macrovasculares y alto riesgo de eventos cardiovasculares (Mark D. Sullivan y col: *Diabetes Care* August 2012,35:(8) 1708-1715

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

La evaluación global de los individuos a la exposición de los múltiples factores de riesgos (Resistencia a la insulina (RI), hiperinsulinemia compensadora, intolerancia hidrocarbonada o DM tipo 2, dislipemia aterogénica (aumento de triglicéridos (TG), VLDL, disminución del colesterol HDL (cHDL), aumento de partículas de colesterol LDL “pequeñas y densas”, obesidad central, HTA, hiperuricemia) para el Síndrome Metabólico confiere una serie de características multifactoriales las cuales hoy en día hay que tener presente en la evaluación clínica.

La presencia o asociación de uno o más factores, confiere riesgos cardiovasculares y por ende eventos de dicho tipo, no obstante dichos factores individualmente se convierten en factores predictores de detección temprana de síndrome depresivos en mayor o menor grado acode se expresen patología crónicas de base y asociación de los múltiples factores de riesgo. Por lo cual es importante durante las evaluaciones clínicas el proceso de prevención primaria y secundaria para así adoptar medidas terapéuticas eficaces y eficientes para dichos pacientes. Lo cual permita mayor aceptación de entidades nosológicas y conlleve a disminuir morbi-mortalidad en ellos, dado adecuada aceptación de de las mismas.

Por tal motivo la presencia de dichos factores y/o la suma de los mismos a patologías crónicas como HTA y DM confiere mas contratiempos psicosociales y riesgos de incluso hasta de muerte dado a todas las complicaciones que por patología de base confieren por si sola aunado eventos cardiovasculares u/o trastornos depresivos por lo cual la detección de manera temprana e incluso la corrección de cambios de estilo de vida y hábitos alimentarios pudieran ayudar a la prevención de los eventos secundarios o a la aparición de los factores de riesgo para Síndrome metabólico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ¹- Lustman PJ, Clouse RE: Depression in diabetic patients: the relationship between mood and glycemic control. *J Diabetes Complications* 19:113–122, 2005).
2. ²-Ford ES, Giles WH, Mokdad AH: Increasing prevalence of the metabolic syndrome among U.S. Adults. *Diabetes Care* 27: 2444 –2449, 2004)
3. ³- Bjorntorp P: Visceral fat accumulation: the missing link between psychosocial factors and cardiovascular disease? *J Intern Med* 230:195–201, 1991
4. ⁴-Bjorntorp P, Rosmond R: The metabolic syndrome: a neuroendocrine disorder? *Br J Nutr* 83 (Suppl. 1):S49 –S57, 2000)
5. ⁵-Miller GE, Freedland KE, Carney RM, Stetler CA, Banks WA: Pathways linking depression, adiposity, and inflammatory markers in healthy young adults. *Brain Behav Immun* 17:276 –285, 2003 .
6. ⁶--.Vogelzangs N, Suthers K, Ferrucci L, Simonsick EM, Ble A, Schragger M, Bandinelli S, Lauretani F, Giannelli SV, Penninx BW: Hypercortisolemic depression is associated with the metabolic syndrome in late-life. *Psychoneuroendocrinology* 32:151–159, 2007.
7. ⁷- [Koponen H](#), [Jokelainen J](#), et col. Metabolic syndrome predisposes to depressive symptoms: a population-based 7-year follow-up study. [The Journal of Clinical Psychiatry](#) [2008, 69(2):178-182]
8. ⁸-[Katri R](#)[Jauml J](#)[ikk](#) et col:The relationship between psychological risk

attributes and the metabolic syndrome in healthy women: Antecedent or consequence? *Metabolism - Clinical and Experimental* [Volume 51, Issue 12](#) , Pages 1573-1577, December 2002

- 14.9-Lawlor DA, Smith GD, Ebrahim S. Association of insulin resistance with depression: cross sectional findings from the British Women's Heart and Health Study. *BMJ* 2003;327:1383-4. -
- 15.10-Luis Díaz-Martínez, et col: Lack of association between metabolic syndrome and depressive symptoms in Colombian adults *Rev. méd. Chile* v.135 n.8 Santiago ago.2007)
- 16.11-ARBORELIUS L, OWENS MJ, PLOTSKY PM, NEMEROFF CB. The role of corticotrophin-releasing factor in depression and anxiety disorders. *J Endocrinol* 1999; 160: 1-12.
- 17.12- Turlesjski K, Djavadian R. Life-long stability of neurons: a century of research on neurogenesis, neuronal death and neuron quantification in adult CNS.. *Prog. Brain.Res.* 2002;136:39-65.
- 18.13- KINDER LS, CARNETHON MR, PALANIAPPAN LP, KING AC, FORTMANN SP. Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 2004; 66: 316-322.)
- 19.14-KINDER LS, CARNETHON MR, PALANIAPPAN LP, KING AC, FORTMANN SP. Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Psychosom Med* 2004; 66: 316-322
- 20.15-WEBER B, HENTSCHEL F, KNIEST A, DEUSCHLE M, COLLA M, LEDERBOGEN F, HEUSER I. Hypercortisolemic depression is associated with increased intra-abdominal fat. *Psychosom Med* 2002; 64: 274-277.)
- 21.16-TASHIRO A, HONGO M, OTA R, UTSUMI A, IMAI T. Hyper-insulin response in a patient with depression. Changes in insulin resistance during recovery from depression. *Diabetes Care* 1997; 20: 1.924-1.925.

- 22.17-Laron, Z. (2009) Insulin and the brain. Arch. Physiol. Biochem. 115(2): 112-116.
- 23.18-(Woods, S.C., Seeley, R.J., et al. (2003) Insulin and the blood-brain barrier. Curr. Pharm. Des. 9(10): 795-800.
- 24.19-Banks, WA. (2006) Denial versus dualism: the blood-brain barrier as an interface of the gut-brain axis. Endocrinol. 147(6): 2609-2610.)
- 26.20-. Belmaker RH, Agam G. Major depressive disorder. N Engl J Med 2008; 358: 55-68.
- 27.21- Fruehwald-Schultes B, Kern W, Bong W, Wellhoener P, Kerner W, Born J, et al. Supraphysiological hyperinsulinemia acutely increases hypothalamic-pituitary- adrenal secretory activity in humans. J Clin Endocrinol .*Metab* 1999; 84: 3041-6
- 28.22-patients with type 2 diabetes: relationship with chronic complications: response to Chiodini et al. Diabetes Care 2007; 30: e49.
- 29.23- AdicPariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. Trends Neurosci 2008; 31: 464-8.
- 30.24-Bastarrachea RA, López-Alvarenga JC, Bolado-García VE, Téllez-Mendoza J, Laviada-Molina H, Comuzzie AG. Macrophages, inflammation, adipose tissue, obesity and insulin resistance. Gac Med Mex 2007; 143: 505-12.
- 31.25: Dumbar J.A. Reddy P et al. Depression : an important comorbidity with metabolic syndrome in a general population . Diabetes Care 2008 (12):2368-73
- 32.26-Vogelzangs N. Beckman T. et al: Metabolic syndrome : a cronic depressive syndrome ? .J. Clin. Psychiatry 2011, 72 (5%: 598-604
- 33.27- Heiskamen TH, Niskamen LK.et col: Metabolic syndrome y depression: a cross- sectional analysis . The Journal of Psychiatry 2006 : 67 (9) : 1422-

1427

34.28.-Leòn Vergara, Víctor Manuel. Tratamiento de la Depresiòn en el sÍndrome metabólicO. Agosto 2012 <http://hdl.handle.net/123456789/6004>

ANEXOS

ANEXO A INVENTARIO TEST DE DEPRESION BECK II

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
- Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2)

- No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
- Me siento desanimado con respecto al futuro.
- Siento que no puedo esperar nada del futuro.
- Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3)

- No me siento fracasado.
- Siento que he fracasado más que la persona normal.
- Cuando miro hacia el pasado lo único que puedo ver en mi vida es un montón de fracasos.
- Siento que como persona soy un fracaso completo.

4)

- Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
- No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- Ya nada me satisface realmente.
- Todo me aburre o me desagrada.

5)

- No siento ninguna culpa particular.
- Me siento culpable buena parte del tiempo.
- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- Me siento culpable todo el tiempo.

6)

- No siento que esté siendo castigado.
- Siento que puedo estar siendo castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No me siento decepcionado en mí mismo.
- Estoy decepcionado conmigo.
- Estoy harto de mi mismo.
- Me odio a mi mismo.

8)

- No me siento peor que otros.
- Me critico por mis debilidades o errores.
- Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
- Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9)

- No tengo ninguna idea de matarme.
- Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
- Me gustaría matarme.
- Me mataría si tuviera la oportunidad.

10)

- No lloro más de lo habitual.
- Lloro más que antes.
- Ahora lloro todo el tiempo.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo llorar nunca aunque quisiera.

11)

- No me irrito más ahora que antes.
- Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
- Me siento irritado todo el tiempo.
- No me irrito para nada con las cosas que solían irritarme.

12)

- No he perdido interés en otras personas.
- Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
He perdido todo interés en los demás.

13)

- Tomo decisiones como siempre.
- Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.

- Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14)

- No creo que me vea peor que antes.
- Me preocupa que esté pareciendo avejentado (a) o inatractivo (a).
- Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen parecer inatractivo (a).
- Creo que me veo horrible.

15)

- Puedo trabajar tan bien como antes.
- Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16)

- Puedo dormir tan bien como antes.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto 1 ó 2 horas más temprano de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
- Me despierto varias horas más temprano de lo habitual y no puedo volver a dormirme

17)

- No me canso más de lo habitual.
- Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
- Me canso al hacer cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

18)

- Mi apetito no ha variado.
- Mi apetito no es tan bueno como antes.
- Mi apetito es mucho peor que antes.
- Ya no tengo nada de apetito.

19)

- Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
- He perdido más de 2 kilos.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 6 kilos.

20)

- No estoy más preocupado por mi salud de lo habitual.
- Estoy preocupado por problemas físicos tales como malestares y dolores de estómago o constipación.
- Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en otra cosa.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en nada más.

21)

- No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
- Estoy interesado por el sexo de lo solía estar.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO B

HOJA PROTOCOLO
EVALUACIÓN DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO
RECIENTE
DE SÍNDROME METABÓLICO

NOMBRE _____ EDAD _____
SEXO _____

1) **Antecedentes dx de depresión:** SI _____ NO _____

Fecha: _____

HACE O HIZO USO DE ANTIDEPRESIVOS: SI _____ NO _____

2) **Antecedentes de evaluación psiquiátrica** SI _____ NO _____

Fecha: _____

3) **Antecedentes recientes de duelo:** SI _____ NO _____

4) **Otro tipo de crisis vital:** SI _____ NO _____

5) **Antecedentes Médicos.:** IAM: _____ ACV _____ DM _____

6) **OTROS** _____

7) **RESULTADO DEL TEST DE BECKER**

Hábitos Alcohólicos: SI _____ NO _____

Hábitos Tabáquicos: SI _____ NO _____

Casado o concubino/a SI _____ NO _____

Viudo/a: SI _____ NO _____

Soltero/a: SI _____ NO _____

Vive solo/a: SI _____ NO _____

Hijos : SI _____ NO _____

Fecha DX del Síndrome Metabólico: _____

Tiempo de evolución: _____

PESO _____ (Kg) TALLA _____ (mts) IMC _____

CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL _____ (cm)

LABORATORIO: CT _____ TG _____

LDL _____ HDL _____

PACIENTE CONTROLADO? SI _____ NO _____

ANEXO C

FICHA CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este estudio es la exploración de trastornos del estado de ánimo en pacientes con síndrome metabólico que permitirá un mayor conocimiento sobre el desarrollo y evolución de la enfermedad. La participación es voluntaria y las respuestas obtenidas serán codificadas para mantenerse anónimas. La información que se recoja en este estudio es completamente confidencial y será utilizada solo para fines de investigación. Si algunas de las preguntas realizadas por el investigador le resultan incómodas, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradecemos por su tiempo y participación.

Nombre participante

Firma participante

Fecha

TABLA 1

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN EDAD Y GÉNERO
 CONSULTA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA.
 HUAL ENERO-MARZO. 2013

EDAD (AÑOS)	GÉNERO		TOTAL (%)
	FEMENINO	MASCULINO	
	F (%)*	F (%)*	
25 - 49	6 (42,9)	8 (57,1)	14 (46,7)
50 O MÁS	10 (62,5)	6 (37,5)	16 (53,3)
TOTAL	16 (53,3)	14 (46,7)	30 (100,0)

* PORCENTAJES EN E A TOTALES POR GRUPO DE EDAD
 FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

TABLA 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN PRESENCIA DE ANTECEDENTES
 CONSULTA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA.
 HUAL ENERO-MARZO. 2013

ANTECEDENTES	SI	NO	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
	F (%)*	F (%)*	
DEPRESIÓN	2 (6,7)	28 (93,3)	CHI ² = 22,53; g.l. = 1; (P < 0,0001)
PSIQUIÁTRICOS	0 (0,0)	30 (100)	CHI ² = 30,00; g.l. = 1; (P < 0,0001)
DUELO	6 (20,0)	24 (80,0)	CHI ² = 10,80; g.l. = 1; (P < 0,001)
INFARTO AL MIOCARDIO	5 (16,7)	25 (83,3)	CHI ² = 13,33; g.l. = 1; (P < 0,0003)
DIABETES MELLITUS	23 (76,7)	7 (4,8)	CHI ² = 8,53; g.l. = 1; (P < 0,004)
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	5 (16,7)	25 (83,3)	CHI ² = 13,33; g.l. = 1; (P < 0,0003)

*PORCENTAJE EN BASE AL TOTAL (30) DE PACIENTES
 FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS

TABLA 3

**DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN HÁBITOS TABÁQUICOS
ALCOHÓLICOS Y CATEGORÍAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK
CONSULTA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA.
HUAL ENERO-MARZO. 2013**

HÁBITOS	INTENSIDAD / SEVERIDAD DE DEPRESIÓN				TOTAL (%)
	AUSENTE	LEVE	MODERADA	GRAVE	
TABÁQUICOS	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	
SI	3 (17,6)	3 (17,6)	3 (17,6)	8 (47,1)	17 (56,7)
NO	0 (0,0)	4 (30,7)	6 (46,2)	3 (23,1)	13 (43,3)
ALCOHÓLICOS	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	TOTAL (%)
SI	1 (7,1)	4 (28,6)	2 (14,3)	7 (50,0)	14 (46,7)
NO	2 (12,5)	3 (18,8)	7 (43,7)	4 (25,0)	16 (53,3)
TOTAL	3 (10,0)	7 (23,3)	9 (30,0)	11 (36,7)	30 (100)

***PORCENTAJE EN BASE AL SUBTOTALES HORIZONTALES
FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS Y TEST DE BECK**

TABLA 4

DISTRIBUCIÓN DE LOS PACIENTES SEGÚN ESTADO CIVIL, TENENCIA DE HIJOS, CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO Y CATEGORÍAS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

CONSULTA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA.

HUAL ENERO-MARZO. 2013

ASPECTOS	INTENSIDAD / SEVERIDAD DE DEPRESIÓN				TOTAL (%)
	AUSENTE	LEVE	MODERADA	GRAVE	
ESTADO CIVIL	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	
CASADO	0 (0,0)	2 (14,3)	6 (42,9)	6 (42,9)	14 (46,7)
UNIDO	0 (0,0)	4 (50,0)	1 (12,5)	3 (37,5)	8 (26,7)
SOLTERO	3 (37,5)	1 (12,5)	2 (25,0)	2 (25,0)	8 (26,7)
HIJOS	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	TOTAL (%)
SI	0 (0,0)	6 (28,6)	6 (28,6)	9 (42,9)	21 (70,0)
NO	3 (33,3)	1 (11,1)	3 (33,3)	2 (22,2)	9 (30,0)
TRATAMIENTO	F (%)*	F (%)*	F (%)*	F (%)*	TOTAL (%)
SI	3 (7,1)	7 (28,6)	9 (14,3)	7 (50,0)	26 (86,7)
NO	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100)	4 (13,3)
TOTAL	3 (10,0)	7 (23,3)	9 (30,0)	11 (36,7)	30 (100)

***PORCENTAJE EN BASE AL SUBTOTALES HORIZONTALES
FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS Y TEST DE BECK**

TABLA 5

COEFICIENTES DE CORRELACIÓN PARCIAL (rp) CONTROLANDO

POR EDAD DE LA PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK Y TIEMPO DE DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME METABÓLICO, CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL, COLESTEROL Y TRIGLICÉRIDOS SANGUÍNEOS E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

CONSULTA DE MEDICINA INTERNA Y CARDIOLOGÍA.
HUAL ENERO-MARZO. 2013

ASPECTOS	PUNTUACIÓN DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK rp (SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA)
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO (AÑOS)	- 0,229 (P < 0,23)
CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL (cm)	0,161 (P < 0,40)
COLESTEROL	0,497 (P < 0,006)
TRIGLICÉRIDOS	- 0,108 (P < 0,57)
ÍNDICE DE MASA CORPORAL (kg/m ²)	0,090 (P < 0,64)

FUENTE: HISTORIAS CLÍNICAS Y TEST DE BECK