

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 2
Champotón, Campeche

**Depresión en el Adulto Mayor portador de Diabetes Mellitus tipo 2
que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del IMSS en
Campeche**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

Dr. Horbelin Arévalo López

Champotón, Campeche
2005

m. 347492



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Universidad Nacional Autónoma de México
 Facultad de Medicina
 División de Estudios de Posgrado e Investigación
 Departamento de Medicina Familiar
 Instituto Mexicano del Seguro Social
 Unidad de Medicina Familiar No. 2
 Champotón, Campeche



UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
 No. 10 SANTA LUCÍA

**Depresión en el Adulto Mayor portador de Diabetes Mellitus tipo 2
 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del IMSS en
 Campeche**

Presenta:

Dr. Horbelin Arévalo López

Campeche

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

2005

NOMBRE: Horbelin Arévalo López

FECHA: 5/09/05

FIRMA: [Firma manuscrita]

Depresión en el Adulto Mayor portador de Diabetes Mellitus tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del IMSS en Campeche

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar
Presenta:

Dr. Horbelin Arévalo López

Autorizaciones

Dr. Wilbert Dzib González
Profesor Titular del Curso de Especialización
En Medicina Familiar para Médicos Generales en Campeche

Dra. Roxana González Dzib
Asesor Metodológico y del Tema de Tesis
Adscrita a la UMF 12 de Cd. del Carmen Campeche

Dr. Domingo Medina Góngora
Coordinador Clínico de Educación e Investigación Médica

Campeche

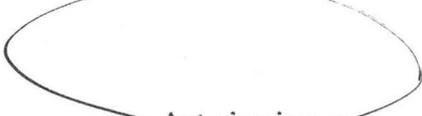
2005

Depresión en el Adulto Mayor portador de Diabetes Mellitus tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del IMSS en Campeche

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

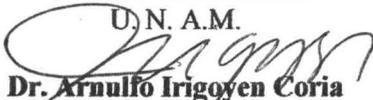
Presenta:

Dr. Horbelin Arévalo López


Autorizaciones:

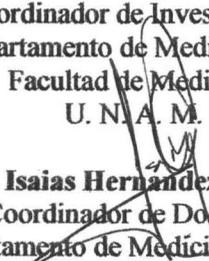
Dr. Miguel Ángel Fernández Ortega
Jefe Del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina

U. N. A. M.


Dr. Arnulfo Irigoyen Coria

Coordinador de Investigación
Del Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina

U. N. A. M.


Dr. Isaias Hernandez Torres

Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina

U. N. A. M.

Depresión en el Adulto Mayor portador de Diabetes Mellitus tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del IMSS en Campeche

**Con Cariño para mi Familia,
Motivo continuo de mi Superación Personal.**

ÍNDICE GENERAL

	Página
Marco Teórico.....	7
Planteamiento del Problema.....	13
Justificación.....	14
Objetivos Generales y Específicos.....	16
Metodología.....	17
Resultados.....	23
Discusión.....	30
Conclusiones.....	32
Referencias Bibliográficas.....	34
Anexos.....	36

MARCO TEÓRICO

El aumento de estratos de población con edades cada vez mayores, incrementará la proporción de población con enfermedades crónicas a los que haya que controlar, preferentemente en las unidades de primer nivel. Entre las enfermedades crónicas destacan la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la hipercolesterolemia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la artrosis, las neoplasias y las enfermedades mentales que afectan el estado del ánimo (síndromes ansioso-depresivos). De ahí la importancia de la investigación en todos los procesos asociados al envejecimiento o dependientes de la edad, tanto del punto de vista sanitario como económico. ⁽¹⁾

Senescencia

En Ginebra, en 1970, la senescencia fue definida como un período de la vida en que el menoscabo de las funciones mentales y físicas se hacen cada vez más manifiestas, por lo tanto, se comprende la necesidad, no sólo de estudiar las características generales y lo que el hombre a esta edad ha perdido, sino lo que aún conserva. Es necesario esclarecer que el envejecimiento es un proceso normal; vejez no significa estar enfermo, aunque es una etapa en la que abundan las enfermedades. ⁽²⁾

Hay otros factores metabólicos que contribuyen en forma importante al aumento de la morbilidad en nuestros ancianos como son la disminución de hormonas de crecimiento, que se presenta con sobrepeso, y la ausencia de actividad física, siendo el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad factores predictivos de deterioro en la edad adulta mayor. ⁽³⁾ Con la edad, se sabe del aumento de la disfunción endotelial y la resistencia a la insulina, lo que se traduce en aumento de la prevalencia de diabetes mellitus tipo 2. ⁽⁴⁾

Sin embargo es criterio generalizado que la perturbación mental que más afecta al anciano es la depresión. ⁽²⁾

Adulto Mayor

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. Estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población de 60 años, en los países desarrollados en donde el porcentaje de la población de esta alcanza hasta el 15-20%. La Asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por las Naciones Unidas en Viena en 1982, adoptó la definición de ancianos como la población de 60 años y más. Posteriormente se nombra a este grupo etéreo como el del "adulto mayor".⁽³⁾

Depresión Geriátrica

El episodio depresivo que se presenta en pacientes geriátricos puede ser la recurrencia de un trastorno depresivo de inicio temprano, es decir, antes de los 60-65 años, o aparecer por primera vez durante esta edad. Estos episodios se asocian a una serie de factores biológicos y socioculturales, unos establecidos en forma clara y otros comprendidos de manera incompleta. Los trastornos depresivos en personas ancianas, particularmente el trastorno depresivo mayor, tienen varias connotaciones. Los episodios depresivos en pacientes geriátricos deterioran en forma ostensible el funcionamiento social, menoscaban en gran modo la calidad de vida, ensombrecen notablemente el pronóstico de algunos problemas médicos e incrementa en forma dramática el riesgo de muerte por diversas causas poco comprendidas. Asimismo, se ha observado que un episodio depresivo en ancianos incrementa el riesgo de sufrir algunos problemas médicos como enfermedades cardíacas y neurológicas.⁽⁵⁾

La depresión en jóvenes se manifiesta por sensaciones de tristeza persistente, ideas de ruina, pensamientos suicidas, etc. Estos síntomas suelen estar atenuados en los ancianos y más a menudo se presentan manifestaciones como fatigabilidad, dificultades en la concentración, insomnio y pérdida del apetito con disminución del peso; tales manifestaciones suelen ser confundidas por los familiares y los médicos con otro tipo de enfermedades asociadas a la vejez como Alzheimer, Parkinson, ictus o ataques de isquemia transitoria^(6,7)

En la patogenia de la depresión se describe el estrés provocado por acontecimientos adversos de la vida, tales como la pérdida de personas amadas, pérdida de la independencia económica, autonomía personal entre otras. Señalamos, además, que en el anciano la polifarmacia también puede provocar depresión. ⁽²⁾

Depresión y Diabetes tipo 2

Existen cuatro teorías respecto de la Depresión y la Diabetes tipo 2 ⁽⁸⁾

- Teoría genética

Patrick Lustran ha sugerido que podría existir un origen común entre la depresión y la diabetes tipo 2 o representar una expresión fenotípica diferente de una serie de alteraciones genotípicas. En este sentido Eaton y cols. demuestran que los pacientes que en 1982 habían tenido diagnóstico de depresión, para 1995 tenían una incidencia acumulada de diabetes de 5.3%.

- Teoría neurobioquímica

Modelos experimentales de diabetes han demostrado que la deficiencia de insulina conduce a una disminución de los niveles plasmáticos de triptofano, el aminoácido esencial precursor de la serotonina, un neurotransmisor implicado en la fisiopatología de la depresión.

- Teoría hormonal

(Eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo)

Desde 1864, Graves reconoció la presencia de síndrome depresivo en la forma más común de hipotiroidismo; en un estudio de pacientes diabéticos tipo 1 y 2, con y sin depresión, se encontró una correlación negativa significativa entre niveles de T₃ y la gravedad del síndrome depresivo.

(Eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal)

La hipercortisolemia que manifiesta frecuentemente el paciente depresivo puede jugar un papel hiperglucémico al favorecer la resistencia a la insulina.

▪ Teoría vascular

La diabetes mellitus es una enfermedad que promueve el desarrollo de aterosclerosis en la vasculatura cerebral. Diversos autores han propuesto que en los pacientes con depresión de inicio tardío es común encontrar hiperintensidades periventricular.

Es posible que la enfermedad multiinfarto incipiente y los infartos en ganglios basales interfieran en puntos críticos con las vías de transmisión dopaminérgica y serotoninérgica.

Epidemiología

La depresión en ancianos es para el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos un problema de gran magnitud para la salud pública. Se sabe que alrededor del 15% de las personas mayores de 65 años presentaron episodios de depresión en algún momento, también señala que los síntomas tienden a cronificarse con mayor frecuencia que en los jóvenes. ⁽⁶⁾

La depresión es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes del adulto mayor. Diversos estudios epidemiológicos norteamericanos describen una prevalencia de depresión mayor de 1-5% y una frecuencia de 8-27% de síntomas depresivos significativos en los adultos mayores que viven en la comunidad. La prevalencia es aún mayor en los sujetos mayores hospitalizados, y en aquellos residentes en casas de reposo. ⁽⁹⁾

Las personas mayores padecen situaciones de pérdida más a menudo que ningún otro grupo, pérdida de la aptitud física y mental, pérdida del empleo, pérdida o muerte de amigos, pérdida de la independencia, muerte del cónyuge, anualmente 800.000 personas enviudan en los Estados Unidos y el 20% de ellas reúnen los criterios diagnósticos de depresión mayor. ⁽⁶⁾

La prevalencia de trastorno depresivo mayor se sitúa entre el 1 y 6 %, la distimia depresiva entre el 3 y 20 %, los trastornos adaptativos aparecen hasta en el 30 % de los ancianos y los trastornos mixtos ansiedad-depresión pueden llegar hasta casi el 13 %. Tanto para población anciana en la comunidad como para la que habita en residencias,

también hay disparidad en cuanto a cifras de prevalencia de depresión entre ancianos hospitalizados. Es clásico citar el estudio de Koenig que haya una prevalencia de alteraciones depresivas mayores en el 10-21 % de los pacientes hospitalizados. ⁽¹⁰⁾

Se estima que la prevalencia de depresión en la población general es del 6% en los pacientes diabéticos, el porcentaje se eleva al 18%. También se ha encontrado que aquellos diabéticos que sufren trastornos depresivos tienen un mayor consumo de tabaco que los no deprimidos. En el servicio de Psiquiatría y Psicología del Centro Médico Nacional Siglo XXI se han encontrado frecuencias de depresión en pacientes diabéticos tipo 2 que acuden a la Consulta Externa en un 30 – 47%. ⁽⁸⁾

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage

La mejor estrategia de salud pública para combatir este problema es promover el uso rutinario de instrumentos de tamizaje para depresión en la atención del paciente mayor.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato si-no. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión. ⁽⁹⁾

El anciano, la familia y la Medicina Familiar

La vejez de cada ser humano depende de cómo ha sido insertado en la sociedad, su profesión u oficio, los beneficios obtenidos, la alimentación, los factores físicos o biológicos y los psicosociales creados en su núcleo familiar influirán definitivamente en su proceso de transformación.

Por ello en Atención Primaria el objetivo principal es la familia, sin embargo esta es una de las instituciones que más cambios ha sufrido en los últimos años a diferentes niveles. En otro tiempo, la familia vivía bajo el mismo techo, y este motivo proporcionaba un ambiente de crianza que duraba toda la vida, destacando los sentimientos de cohesión y solidaridad entre sus miembros así como el respeto, la defensa y la protección del anciano. Ciertamente este modelo tradicional está cambiando; por tanto el anciano ya no suele convivir bajo el mismo techo que sus hijos y nietos, porque en nuestros días existen diferentes motivos que separan a las diferentes generaciones familiares, lo que aunado al deterioro en el estado de salud, y las capacidades en creciente deterioro funcional del anciano. ⁽¹¹⁾ Condicionan mayores riesgos en estos pacientes.

Palpablemente la expectativa de vida actual es mayor debido al progreso en la medicina preventiva; lamentablemente vivir más, no siempre significa vivir mejor.

Por ello es necesario que el Médico Familiar priorice el hecho de que el ser humano precisa ayuda de sus semejantes, especialmente en dos etapas de la vida: la infancia y la senectud. Pues sabemos que el medio ideal para ofrecer la mejor protección al hombre en estas edades es la familia. ⁽¹²⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad, existen en el mundo más de 416 millones de ancianos. Para el año 2025, los mayores de 60 años serán el 12% de los habitantes del planeta. Actualmente, alrededor del 7% de la sociedad mexicana tiene 60 años o más.⁽¹³⁾

México ocupa el séptimo lugar entre los países en envejecimiento acelerado, con un 7% de la población de 60 años y más. (INEGI 2000). Aunado a lo anterior en la actualidad se ha dado un cambio paulatino en el que han disminuido o no existen las enfermedades infecciosas y parasitarias pero han emergido las enfermedades crónico degenerativas, lo que ha dado lugar a un conjunto de eventos que con frecuencia implican una pérdida gradual de las capacidades físicas y sociales⁽¹³⁾

Entre los que podemos mencionar a los trastornos psicopatológicos quienes constituyen en sí mismos entidades de relevancia primordial no solo por su alta prevalencia manifestada entre el 15 y 25% sino porque a su vez son factores determinantes en el desarrollo y evolución de otros procesos. Por otro lado la depresión es el trastorno psiquiátrico mas frecuente en los ancianos.⁽¹⁴⁾

Con base en lo anterior se decide realizar este estudio

¿Cuál es la frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de diabetes mellitus tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de Octubre de 2004 a Enero de 2005, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage?

JUSTIFICACION

El término "depresión" es un término equívoco con el que nos podemos estar refiriendo a tres realidades distintas: a un síntoma anímico, a un síndrome o a una categoría diagnóstica o cuadro clínico. La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM- IV), diferencia cuatro síndromes depresivos "básicos": Depresión mayor, depresión menor, distimia y reacción depresiva. Estos cuatro síndromes se especifican en nueve categorías diagnósticas. ⁽⁶⁾

Con frecuencia en el paciente mayor, la depresión se presenta en forma atípica y clínicamente no cumple con los criterios de una depresión mayor. Estos síndromes incompletos, denominados depresión menor o depresión NOS por el DSM-IV, tienen la misma repercusión en cuanto a morbilidad y mortalidad que la depresión mayor. De ahí la importancia de estar sensibilizado y alerta para sospechar el diagnóstico ⁽⁹⁾

Estudios realizados en establecimientos geriátricos indican que la incidencia de depresión en los mismos se acerca al 20% y que cuando coexisten otras patologías como enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes tipo 2 etc. los porcentajes crecen significativamente. A pesar de estas cifras, a menudo la depresión en ancianos no es diagnosticada o es medicada en forma insuficiente ⁽⁶⁾

Esta asociación de enfermedades crónicas y depresión no es sorpresiva, ya que las enfermedades de larga evolución generan cambios en el estilo de vida y en el nivel de actividad, repercuten en los roles sociales y familiares, además de modificar mecanismos biológicos en que participan frecuentemente las estructuras cerebrales reguladoras de funciones como la cognición, el afecto, el sueño y la conducta alimentaria. Se han identificado una serie de factores que influyen en el auto cuidado del paciente diabético desde el punto de vista psicosocial tales como los sucesos vitales el desarrollo de nuevas

complicaciones, la disponibilidad y calidad de apoyo psicosocial para el paciente, los problemas psiquiátricos relacionados o no con la Diabetes y el manejo de la atención médica por parte del proveedor de servicios de salud. ⁽⁸⁾

Por lo que en la actualidad cobra importancia la valoración de la atención al anciano, justificada no solo por el aumento del crecimiento demográfico entre las personas de 60 años y más sino por que aunado a ello, estas personas presenten de la misma forma enfermedades crónicas degenerativas ⁽²⁾ que generan síntomas depresivos.

La presencia de síntomas depresivos se ha asociado con el descontrol metabólico del paciente diabéticos. Russell Glasgow y cols. Proponen que cuando se trata de descontrol metabólico no debe culparse al paciente o al Médico de este fenómeno. Es conveniente utilizar una visión sistémica de la situación que considere los diferentes subsistemas (paciente, médicos, institución, familia, comunidad) y la relación entre ellos. ⁽⁸⁾

Con base en lo anterior se decide realizar este trabajo, el cual nos permitirá conocer la frecuencia de Depresión Geriátrica en pacientes con Diabetes tipo 2 en nuestra Unidad de Medicina Familiar, con el propósito de identificar el problema y otorgar alternativas de solución.

Es importante señalar que la aplicación de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, es muy sencilla de emplear, lo que asociado al elevado número de adultos mayores portadores de diabetes tipo 2, con que cuenta nuestra unidad, permiten una elevada susceptibilidad para el desarrollo de este proyecto.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la frecuencia de depresión en el adulto mayor portador de diabetes mellitus tipo 2 que acude a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo de Octubre de 2004 a Enero de 2005, según la Escala de Depresión de Yesavage.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la frecuencia de Depresión establecida y Probable depresión en el adulto mayor portador de diabetes mellitus tipo 2.
2. Identificar en que rango de edad se presenta con mayor frecuencia la depresión en el adulto mayor portador de diabetes mellitus tipo 2.
3. Establecer en que sexo se presenta con mayor frecuencia la depresión en el adulto mayor portador de diabetes mellitus tipo 2.

METODOLOGIA

Tipo de Estudio: Transversal, observacional, descriptivo y prospectivo.

Universo de Trabajo: Adultos mayores, portadores de Diabetes tipo 2, que acuden a su control a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 de Champotón, Campeche durante el periodo comprendido de Octubre de 2004 a Enero de 2005

Variables

Variable de Interés	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala Nominal
Depresión	La depresión, o trastorno depresivo mayor es un cuadro clínico que se asocia con pérdida de peso, alteraciones de la conducta social e ideas de muerte y suicidio, por lo cual los pacientes que la padecen acuden con frecuencia a los servicios de urgencia, generalmente llevados por familiares o allegados. ⁽¹⁵⁾	Serán todos los pacientes que presenten un puntaje de 10 o más, según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. ^{(Anexo 1) (16)}	Cualitativa Nominal
Adulto Mayor	Persona de cualquier sexo, con edad de 59 años y mas, adscrito al IMSS. ⁽¹⁷⁾	Todo paciente que acuda a la U. M. F. N° 2 de 60 años y más.	Cualitativa Nominal
Variable de Exposición	Definición Conceptual	Definición Operacional	Escala Nominal
Diabetes Tipo 2	Es el tipo de Diabetes en la que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y aparece la hiperglucemia. ^{(18) (19)}	Paciente con glucemia mayor de 126mg de Glucosa y que además presenta poliuria, polifagia, y polidipsia que acude a su control a la U. M. F. N° 2 de Champotón Campeche.	Cualitativa Nominal

Selección de la muestra:

No probabilístico, por casos consecutivos.

Por lo que la muestra será escogida por un proceso arbitrario, eligiendo a cada paciente que cumpla con los criterios de selección dentro de un intervalo de tiempo (1º de Octubre de 2004 al 31 de Enero de 2005).

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión

1. Todo adulto mayor (60 años y mas) de cualquier sexo portador de diabetes tipo 2
2. Adscrito a la Unidad de Medicina Familiar N° 12 de Champotón Campeche.

Criterios de no Inclusión

1. Todo adulto mayor portador de diabetes tipo 2 con alguna amputación
2. Todo adulto mayor portador de diabetes tipo 2 con algún diagnóstico psiquiátrico.
3. Todo adulto mayor portador de diabetes tipo 2 que no desee participar en el estudio.

Criterios de Exclusión

1. Todo adulto mayor portador de diabetes tipo 2 que por alguna causa deje de continuar adscrito a la U.M.F. N° 12.

Procedimientos

1.- Se invitó a todo adulto mayor, portador de diabetes mellitus tipo 2 que acude a control a la Unidad de Medicina Familiar N° 2 en el Turno Matutino y que cumpla con los criterios de inclusión, a participar en el Estudio de Investigación.

2.- Aquellos que deseen participar se les explicó detalladamente en que consiste el mismo.

3.- Posteriormente se les entregó una Carta de Consentimiento ^{(Anexo 2) (20)} a todo aquel que desee participar en el Estudio.

4.- A continuación el investigador aplicó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage.

5.- Al término del periodo comprendido para el estudio, se llevó a cabo a través del paquete estadístico SPSS 11.5, mediante Estadística descriptiva, que nos permitió obtener frecuencias simples y medidas de tendencia central.

6.- Cabe mencionar que todo paciente el cual resulte con Diagnostico de Depresión fué enviado al servicio de psiquiatría para su tratamiento.

Recursos para el estudio

Recursos Humanos

- Investigador responsable: Dr. Horbelin Arévalo López
- Asesor metodológico: Dra. Roxana González Dzib
- Asesor temático: Dr. Wilbert Dzib González.

Recursos Materiales

- Hojas blancas
- Lápices
- Una Computadora

Recursos Financieros

- Los del investigador.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma	Agosto 2004	Septiembre 2004	Octubre 2004	Noviembre 2004	Diciembre 2004	Enero 2005	Febrero 2005
Realización del protocolo							
Aceptación del protocolo							
Realización del estudio							
Análisis de datos							

Consideraciones Éticas

Este proyecto de investigación, no se considera que represente algún riesgo para la salud, de acuerdo a la norma de ética oficial para el trabajo de investigación y la norma de Helsinki.

De acuerdo a la Ley General de Salud en materia de investigación, en base a lo establecido en el artículo 13 fracción V se respetará la dignidad y bienestar de los participantes conservando su anonimato y la libertad de elegir participar en el estudio. Respecto al artículo 21, a todos los participantes seleccionados se les solicitará su participación voluntaria y se les informarán los objetivos del estudio así como los procedimientos a realizarse.

En el artículo 17 fracción II se considera a la investigación como de riesgo mínimo para la integridad física y psicológica de los participantes.

RESULTADOS

Se aplicaron 196 encuestas a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y que acudieron a su control en la Unidad de Medicina Familiar N° 2 de Champotón, Campeche durante el periodo de estudio.

El grupo etario de los pacientes estudiados presento un rango de edad de 60 a 80 años igualmente se obtuvo una media de 66.9 años, una mediana de 65.5 años y una moda de 61 años

Se encontró que el 50% del total de los pacientes se hallaban en el rango de edad de 60 a 65 años ^{Gráfica 1} La mayor parte de los pacientes estudiados fueron del sexo femenino. ^{Gráfica 2}

Acerca del estado civil el 84% son casados, 13% son viudos, un 2% son solteros y el 1% viven en unión libre.

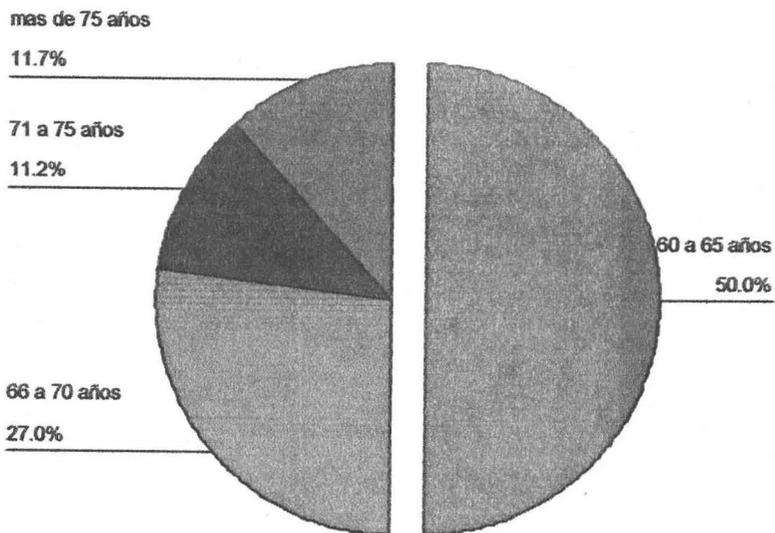
En relación a la educación declaramos que el 62.8 % son analfabetas y el 36.2% cuentan con primaria. ^{Gráfica 3}

En lo que atañe al tiempo de evolución de la diabetes tipo 2 se halló que el 30% cuenta con más de 10 años de haber sido diagnosticados ^{Gráfica 4} Así también se determinó que en relación a la ingesta de medicamentos el 55% de los pacientes estudiados se controla con 4 a 5 medicamentos mientras que el 34% ingiere más de 5 y solo el 11.2% toma de 1 a 3 medicamentos.

Finalmente en lo tocante a los resultados de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, observamos que un 7.7% del total de los pacientes estudiados presentaron Depresión Establecida. ^{Gráfica 5} El rango de edad para este grupo de pacientes fue de 61 a 84 años, con una media de 67.7 años ^{Gráfica 6} el 80% correspondió al sexo femenino y del total de ellos el 70% ingieren entre 6 y 10 medicamentos al día.

Gráfica 1

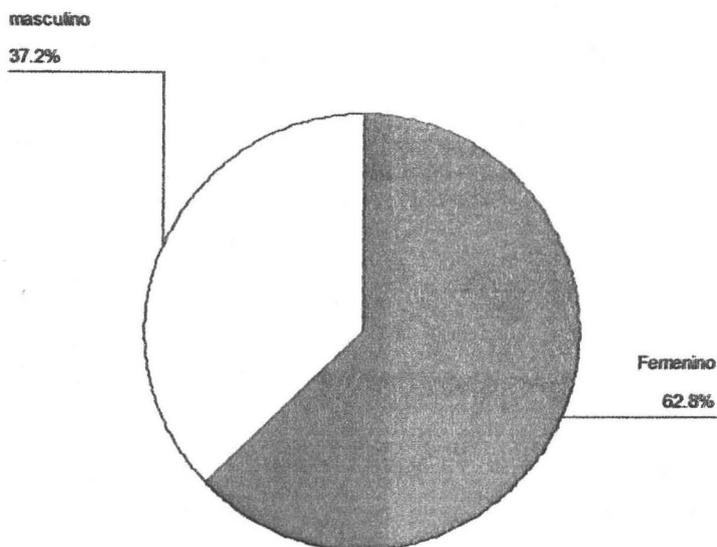
Porcentaje de rangos de edad



Fuente: Hoja de Recolección de datos

Gráfica 2

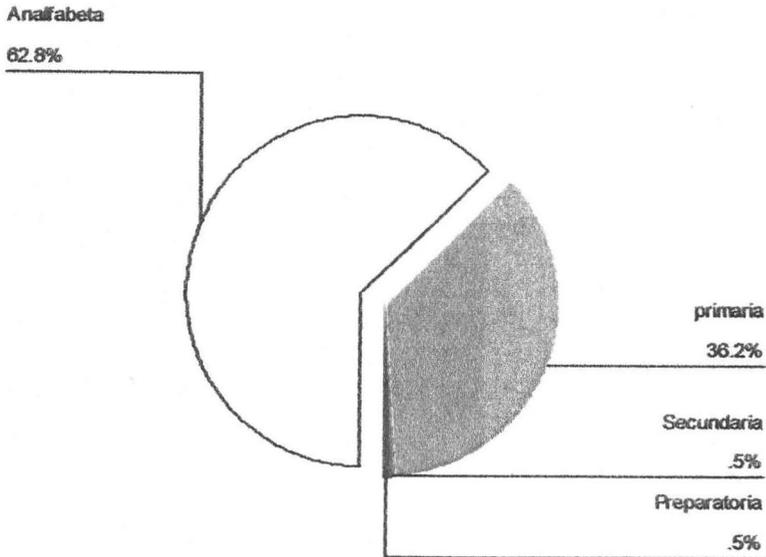
Porcentaje, según el género de los pacientes.



Fuente: Hoja de Recolección de datos

Gráfica 3

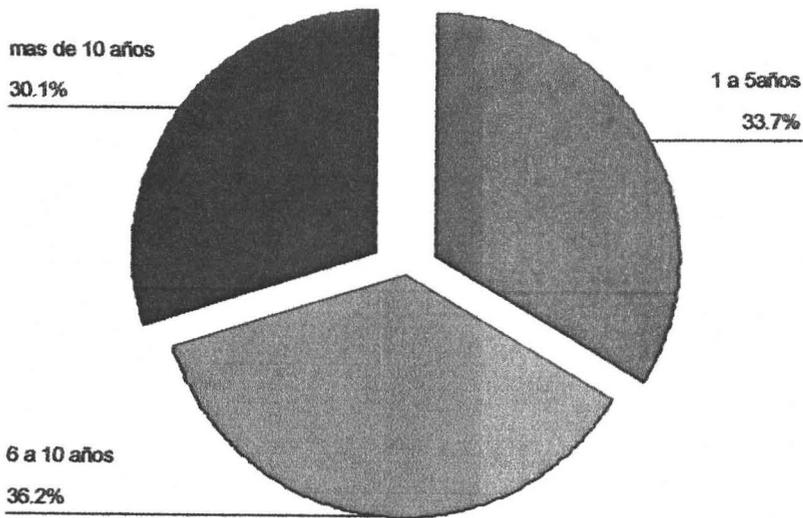
Porcentaje según el grado de escolaridad



Fuente: Hoja de Recolección de datos

Gráfica 4

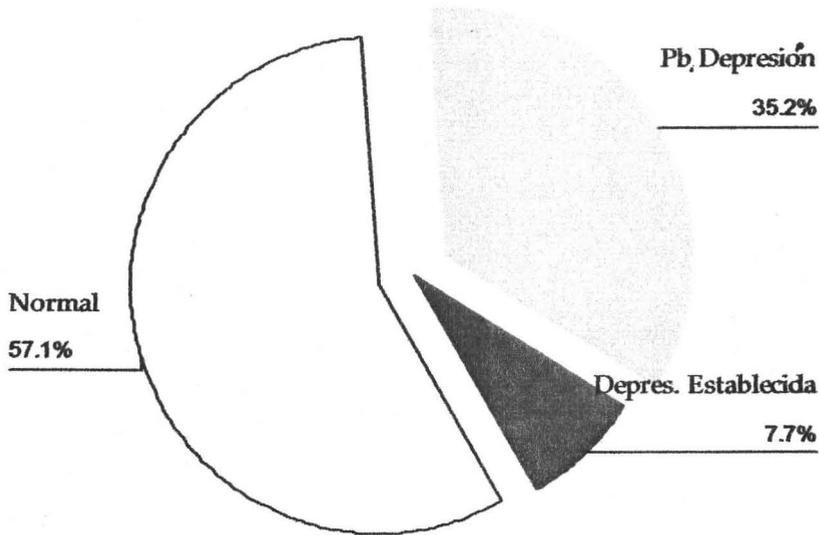
Porcentaje según el tiempo de evolución de la diabetes tipo 2



Fuente: Hoja de Recolección de datos

Gráfica 5

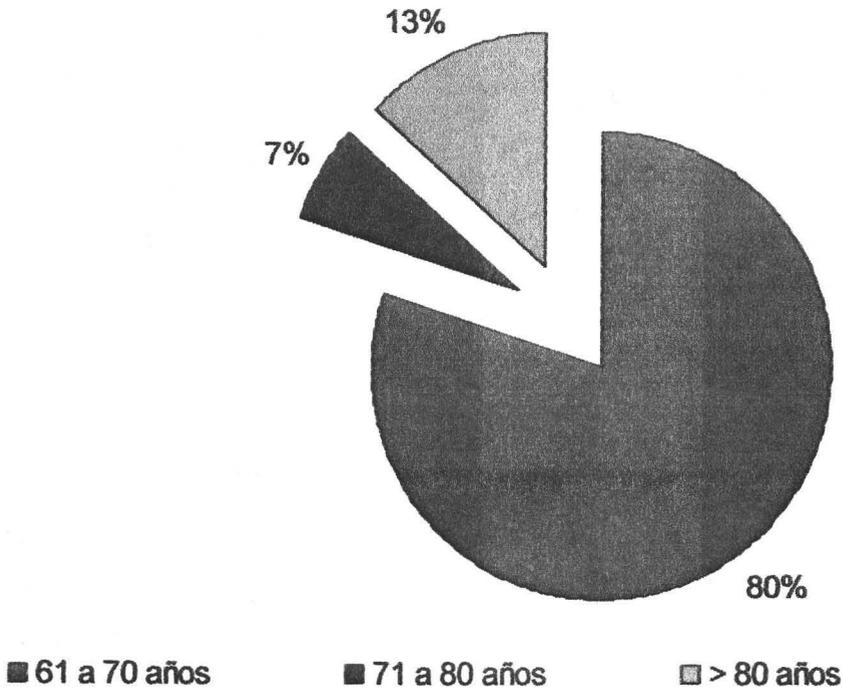
Porcentaje de Depresión según la Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage aplicada.
n = 196

Gráfica 6

Porcentaje por grupos de edad de pacientes con Depresión Establecida según la Escala de Yesavage



Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage aplicada.
n= 15

DISCUSIÓN

En este estudio encontramos que la media de edad fue de 66.9 años, una mediana de 65.5 años y una moda de 61 años. Acerca de los rangos de edad de los pacientes estudiados el 50% se ubico entre los 60 a 65 años, el 27% entre los 67 a 70 años y el 23% en los mayores de 70 años, así mismo el 7.7% (15 pacientes) del total presentó Depresión Establecida; desglosándose respecto de la edad de la siguiente forma: 60% son pacientes de 61 a 66 años y el 40% restante son pacientes de 70 años y mas, lo que es compatible con la literatura donde se menciona que alrededor del 15% de las personas mayores de 65 años presentan episodios de depresión en algún momento. ⁽⁶⁾

El sexo femenino fue el que más imperó respecto del total de los pacientes y de aquellos con Depresión establecida, dato de trascendencia, dada la transición demográfica que actualmente se presenta en nuestro país, pues las mujeres ocupan el mayor porcentaje en las poblaciones envejecidas. ⁽¹⁷⁾

Acerca del estado civil de los pacientes esta investigación arrojó que el 84% son casados, 13% son viudos, un 2% son solteros y el 1% viven en unión libre, situación por demás favorecedora si consideramos que los factores socioculturales son un elemento capital ya que varios estudios muestran que en algunos grupos raciales los ancianos que mantienen un contacto cercano y frecuente con familiares presentan un menor número de síntomas depresivos ⁽⁵⁾

Concerniente al nivel académico el 63% de los pacientes que participaron en este estudio son analfabetos y el 36% cuentan con primaria. Referencia de gran importancia pues como Manubens y cols. Demostraron, a menor nivel de estudios, independientemente de otros factores, el valor del Mini examen cognoscitivo va disminuyendo. Entendiéndose que el nivel educativo puede afectar el nivel cognitivo de la población ⁽¹⁾ y por ende incrementar los casos de depresión.

Del mismo modo se observó, que en relación a la ingesta de medicamentos el 55% de los pacientes estudiados se controla con 4 a 5 medicamentos, mientras que el 34% ingiere más de 5 medicamentos, cabe mencionar que acerca de esta misma variable, la mayor parte de los pacientes con Depresión Establecida, 70% para ser exactos, ingieren entre 6 a 10 medicamentos al día.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este trabajo indican claramente la frecuencia de un 7.7% de Depresión Establecida y un 35.2% de Probable Depresión en los adultos mayores portadores de Diabetes tipo 2 estudiados.

Por lo que dada la consecuencia de la transición demográfica en nuestro país y el incremento de los padecimientos psicopatológicos en los que destaca la depresión en el adulto mayor y mas aun en el sexo femenino, considero que es de gran beneficio contar con un instrumento validado y de muy fácil aplicación como lo es la Escala de Depresión Geriátrica de YESAVAGE, en la identificación de aquellos pacientes con una probable Depresión y mas aun con una Depresión Establecida.

Por tanto es recomendable su uso como una herramienta en el quehacer diario del médico familiar, ya que permite valorar la Depresión anticipadamente en los pacientes adultos mayores portadores de diabetes tipo 2.

Pues como sabemos la Depresión aunada a una Enfermedad crónica, implicaría para al núcleo familiar, laboral y personal, situaciones de crisis, repercutiendo en la disposición de nuestros pacientes ante la vida y ante su apego al tratamiento, y consecuentemente en el adecuado Control de estos pacientes.

Podemos concluir, que en este estudio se lograron los objetivos planteados, y que por el tipo de diseño, estos solo se apegan al mismo.

Finalmente podemos considerar como un dato relevante, pese a que no es el objetivo de este estudio, el número de medicamentos ingeridos por los pacientes con Depresión Establecida, evento por demás notable y que dá pauta a otras investigaciones como

pueden ser el tipo de medicamentos que estos pacientes ingieren y su posible relación con la Depresión, pues como Ried y cols. postulan, el uso de determinados medicamentos también pueden alterar el estado cognitivo de las personas mayores. ⁽¹⁾

BIBLIOGRAFIA

1. Hervás A, Arizcuren M, García E, Tiberio G, Forcén F, Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. Anales@cfnavarra.es
2. Gómez Z, La Depresión en el anciano institucionalizado
3. Varela L, Sillicani A, Chávez H, Chigne O, Valoración Geriátrica integral: Propuesta de addendum a la historia clínica. Diagnóstico 2000; Vol. 39 (3)
4. Parra G, Un reto para el futuro cercano. MEDUNAB 2001;4(12)
5. Campos A, Curso y pronóstico de la depresión en ancianos. MEDUNAB 2001;4(12)
6. Matilla R, La Depresión en el Anciano. <http://www.terapia-ocupacional.com/>
7. Taragano F, Allegri R, Mangone C, Similitudes y diferencias semiológicas entre la depresión geriátrica y la demencia con depresión Año IX - Vol.7Nro. 3- noviembre 1998.
8. Islas A, Lifshitz A, Diabetes Mellitus. Mc Graw – Hill Interamericana. Segunda edición 2002.
9. Hoyl T, Valenzuela E, Paulo P . Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica Rev. Méd. Chile 2000; 128 (11)

10. López J, La Depresión en el paciente anciano. Geriatrianet. 2001; 3
11. <http://web.usal.es/~acardoso/temas/familia.htm>.
12. Domínguez T, Espín A, Bayone H, Caracterización de las relaciones familiares del anciano. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. 2001;17 (5): 418-22
13. Programa de Acción : Atención al Envejecimiento ISBN 970-721-003-6
14. Pascual B, Factores de Riesgo en la Salud Mental en Ancianos de la Isla de Gran Canaria
15. http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_psiquiatricas/Depresion.pdf
16. <http://www.gobcan.es/sanidad/scs/6/Atencion%20personas%20mayores/DESCARGAS/GUIA%20PERSONAS%20MAYORES.pdf>
17. Programas integrados de Salud. IMSS Guía Técnica
18. Rubinstein A, Terrasa S, Durante E, Rubinstein E, Carrete P, Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria. Editorial Panamericana
19. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.
20. Manual de Investigación del IMSS.

ANEXO 1

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3.- ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6.- ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10.- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12.- ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13.- ¿Se encuentra lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que los otros están mejor que usted?	1	0
TOTAL		

RESULTADOS: 0 - 5 = NORMAL
 6 - 9 = PROBABLE DEPRESIÓN (S 84%; E 95%)
 10 o más = DEPRESIÓN ESTABLECIDA (S 80%; E 100%)

Instrucciones:

Pida al/a la paciente que conteste las preguntas sí o no, tratando de recordar cómo se ha encontrado en la *última semana*. Puede dejárselo leer o leérselo usted. Tape la columna de respuestas correctas si es el/la paciente quien lo lee. Resultados: punto de corte en 5 puntos.

En pacientes con demencia hay dificultad para valorar los resultados, ya que con frecuencia no recuerdan bien como se sintieron la semana anterior.

ANEXO 2

Carta de consentimiento informado para participación en proyectos de investigación clínica

Lugar y fecha: _____ por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación.

Titulado _____

Registrado ante el comité local de investigación Médica con el número _____

El objetivo de este estudio es _____

Se me ha explicado que mi participación consistirá en _____

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes _____

El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del instituto.

El investigador principal me a dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matricula y firma del investigador principal

Testigo

Testigo

ANEXO 3

Hoja de Recolección de datos

Nombre	
Fecha	
Edad	
Sexo	
Consultorio	
Tiempo de diagnostico de la DM2	
Estado Civil	
Escolaridad	
¿Cuantos medicamentos ingiere diariamente?	