



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE
LA SALUD
CAMPO DEL CONOCIMIENTO: SALUD MENTAL PÚBLICA

LA TERAPIA DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS COMO TÉCNICA PSICOTERAPÉUTICA BREVE
PARA LA DISMINUCIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS Y SU IMPACTO EN EL
CONTROL DE VARIABLES METABÓLICAS Y APEGO AL TRATAMIENTO MÉDICO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE DOCTOR EN CIENCIAS

PRESENTA:
VALERIO VILLAMIL SALCEDO

TUTOR PRINCIPAL
DR. JORGE JAVIER CARAVEO ANDUAGA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR
DRA. BLANCA ESTELA VARGAS TERREZ
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

DR. JORGE JULIO GONZÁLEZ OLVERA
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX. MARZO 2019



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.

Índice Temático

Resumen.....	7
Abstract.....	7
Introducción.....	9
Marco teórico.....	11
Diabetes Mellitus tipo 2.....	11
Trastornos mentales.....	11
Trastorno Depresivo Mayor.....	11
Trastornos de Ansiedad.....	28
Teoría de la inflamación de la Depresión y Ansiedad.....	54
Relación de los Trastornos Depresivos y Ansiosos con la Intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas en el primer nivel de atención.....	61
Intervenciones psicoterapéuticas en atención primaria.....	65
- Terapia Conductual (TC).....	65
- Consejería no directiva.....	66
- Psicoterapia psicodinámica breve.....	67
- Terapia enfocada en la pareja.....	67
- Terapia Cognitivo Conductual.....	68
- Terapia Interpersonal.....	72
- Terapia de Solución de Problemas (TSP).....	77
Justificación de la utilización de la TSP.....	90
Los pasantes de medicina.....	96
Características generales de los centros de salud de la Ciudad de México.....	100
Justificación.....	102
Planteamiento del problema.....	104
Pregunta de investigación.....	107
Hipótesis.....	107
Objetivos.....	107
Objetivo general.....	107

Objetivos específicos.....	107
Método.....	109
Fase Piloto.....	110
- Diseño del estudio.....	110
- Población.....	111
- Escenario.....	111
- Criterios de inclusión.....	112
- Criterios de exclusión.....	112
- Criterios de eliminación.....	112
- Procedimiento de la fase piloto.....	112
- Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación.....	114
- Escala de malestar emocional de Kessler (K-10).....	114
- Inventario de Depresión de Beck.....	115
- Inventario de Ansiedad de Beck.....	116
- Formato de Tarjeta de "Registro y Control de Enfermedades Crónicas".....	116
- Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Guía de Intervención Breve.....	117
- Guía del paciente.....	117
- Tríptico para terapeutas y pacientes.....	117
- Tarjeta "filtro".....	118
- Cuestionario de Evaluación para la aplicación correcta de la Terapia de Solución de Problemas (TSP).....	118
- Análisis Estadístico de la fase piloto.....	122
- Consideraciones Éticas.....	122
Resultados de la fase piloto.....	123
Conclusiones de la fase piloto.....	131
Método de la fase experimental.....	136
- Diseño del estudio.....	136
- Declaración CONSORT.....	137
- Población.....	138

- Tamaño de la muestra.....	139
- Aleatorización.....	139
- Criterios de inclusión.....	139
- Criterios de exclusión.....	140
- Procedimiento para la capacitación de los pasantes.....	140
- Procedimiento para la inclusión de pacientes.....	141
- Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación.....	142
- Escala de Adherencia Terapéutica (SMAQ).....	142
- Análisis Estadístico.....	143
- Consideraciones Éticas.....	143
- Definición conceptual y operacional de las variables del estudio.....	144
Resultados.....	148
Comentario, Discusión y Conclusiones.....	165
Referencias Bibliográficas.....	181
Anexos.....	197
- Carta de Consentimiento informado.....	
- Escala de evaluación de malestar emocional Kessler (K-10) ..	
- Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck.....	
- Formato de Tarjeta de "Registro y Control de Enfermedades Crónicas".....	
- Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Guía de Intervención Breve.....	
- Guía del paciente.....	
- Tríptico para terapeutas y pacientes.....	
- Tríptico de Depresión y Ansiedad para pacientes.....	
- Tarjeta "filtro".....	

RESUMEN

Antecedentes. La Diabetes Mellitus (DM), es problema de salud pública en el mundo y para México debido a que afecta negativamente la calidad de vida de las personas ya que incrementa la discapacidad funcional y reduce la esperanza de vida. La Federación Internacional de Diabetes indica que actualmente hay 382 millones de diabéticos y la cifra puede llegar a 471 millones en el año 2035 si no se logra concertar una acción preventiva a nivel internacional.

Por otro lado, Los trastornos depresivos y los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, con un aumento desproporcionado entre la población general siendo su puerta de entrada la atención primaria.

La presencia de enfermedades crónico-degenerativas como la DM por sí solas generan una pobre calidad de vida en las personas que la padecen, y si estas se combinan con síntomas depresivos y ansiosos, se incrementa la discapacidad, la mala calidad de vida y la baja productividad en dichos pacientes. La comorbilidad entre DM2 con Depresión y Trastornos de Ansiedad se asocian con niveles altos de hemoglobina glucosilada y pobre control metabólico.

Así, la Organización Mundial de la Salud recomienda para el manejo de la depresión, la Terapia de Solución de Problemas (TSP), la cual es una intervención breve, que actúa en el "aquí y en el ahora" y hace una relación entre los síntomas físicos con los síntomas emocionales. Estudios anteriores han comprobado la eficacia de la TSP en la reducción de los síntomas depresivos y ansiosos.

El objetivo fue evaluar si la TSP ayuda a estabilizar la glucosa, y el perfil lipídico mediante la disminución de los síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con DM2 que asisten a centros de salud de la ciudad de México.

Método. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, longitudinal y comparativo en pacientes con diagnósticos de DM2 de diversos Centros de Salud de la Ciudad de México. En la primera etapa se capacitó a los pasantes de medicina de la UNAM para aplicar la TSP (2 meses) y en la segunda etapa, los pasantes de medicina acudieron a los centros de salud para aplicar la TSP (10 meses).

Los estudiantes fueron acompañados y supervisados a lo largo de su rotación mediante el Modelo de Trabajo Colaborativo. Se incluyeron a los pacientes con puntaje del K-10 ≥ 21 , Inventario de Depresión de Beck (IDB) ≥ 13 puntos y de Ansiedad (IAB) ≥ 7 puntos quienes aceptaron y firmaron el consentimiento informado; se midió hemoglobina glucosilada, presión arterial y perfil lipídico al inicio, a los 2 meses (o final de la TSP) y a los 4 meses. Se aleatorizó a los sujetos en 35 experimentales y 35 controles. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de regresión logística.

Resultados. La muestra final fue de 35 sujetos experimentales y 32 controles. Grupo experimental: Edad promedio= 54.5 años; número de años con diagnóstico de diabetes mellitus= 9.6 años; promedio de escolaridad= 7.2 años. Grupo control: Edad promedio= 56.9 años; número de años con diagnóstico de diabetes mellitus= 8 años; promedio de escolaridad= 5.2 años. Los resultados de las variables clinimétricas y de la adherencia terapéutica, mostraron cambios significativos en el grupo experimental (con y sin ajuste de la muestra) en comparación con el grupo control. La disminución de la hemoglobina glucosilada y del colesterol total fue estadísticamente significativo en el grupo experimental en comparación con el grupo control. El resto de las variables metabólicas no mostraron cambios significativos en ambos grupos.

Conclusiones. La TSP ayuda a disminuir los síntomas emocionales, mejora la adherencia terapéutica y ayuda a estabilizar la glucosa y el colesterol total en el grupo experimental, sin embargo, existen barreras para la atención de este tipo de población en el primer nivel de atención como la falta de infraestructura de los centros de salud y la pobre capacitación del personal de atención primaria en temas de salud mental. Este es el primer estudio en México aplicando la TSP en pacientes con DM2.

Palabras claves: Terapia de solución de problemas, depresión, ansiedad, glucosa, colesterol, atención primaria, diabetes mellitus.

ABSTRACT

Background. Diabetes Mellitus (DM) is a worldwide and national public health problem that negatively affects the quality of life of people, as it increases functional disability and reduces life expectancy. According to The International Diabetes Federation, currently there are 382 million individuals with diabetes, and if preventive actions cannot be reached internationally, there could be about 471 million affected subjects by the year 2035.

Furthermore, depression and anxiety are the most prevalent psychiatric disorders, with a disproportionate increase in the last decades among the general population; they tend to be the cause of the first visit to primary care settings.

The presence of chronic degenerative diseases such as DM alone generate a poor quality of life in people who suffer from it, and if they are present with depressive and anxious symptoms, the disability, poor quality of life and low productivity can be worse. In fact, the comorbidity between DM2 and depression/anxiety disorders is associated with high glycosylated hemoglobin levels and poor metabolic control.

Given the urgent need for treatment and early intervention, the World Health Organization recommends the Problem-Solving Therapy (PST) for the management of depression. The PST is a brief intervention, which acts in the "here and now" and makes an association between the physical and emotional symptoms. Previous studies have proven its efficacy in reducing depressive and anxious symptoms.

The aim of this thesis was to evaluate if PST helps to stabilize glucose as well as the lipid profile, by decreasing depressive and anxious symptoms in patients with DM2 who attend health centers in Mexico City.

Method. The study was a randomized, longitudinal, and comparative clinical trial, conducted in patients with DM2 from various Health Centers in Mexico City. In the first stage, medical interns of the National Autonomous University of Mexico (UNAM) were trained for two months to apply the TSP. In the second stage, the medical interns applied the TSP at the health centers during a 10-month period. These students were

accompanied and supervised throughout their internship through the Collaborative Work Model. Patients with a Kessler Psychological Distress Scale-10 (K10) score ≥ 21 , Beck Depression Inventory (BDI) score ≥ 13 and Beck Anxiety Inventory (BAI) score ≥ 7 , who accepted and signed the informed consent were included. Glycated hemoglobin, blood pressure and lipid profile were measured at baseline, at two months (or at the end of the TSP), and at four months. Subjects were randomized into 35 cases and 35 controls. Logistic regression models were used for the statistical analysis.

Results. We enrolled 35 experimental subjects and 32 controls. Experimental group: Mean age = 54.5 years; mean number of years diagnosed with diabetes mellitus = 9.6 years; mean years of education = 7.2 years. Control group: mean age = 56.9 years; mean number of years after being diagnosed with DM = 8 years; mean years of education = 5.2 years. The results of clinimetric variables and therapeutic adherence showed that there were significant changes in the experimental group (with and without sample adjustment), in comparison with the control group. The decrease in glycated hemoglobin and total cholesterol was statistically significant in the experimental group compared to the control group. The rest of the metabolic variables did not show statistically significant differences between the groups.

Conclusion. The PST helped to reduce emotional symptoms, improved therapeutic adherence, and helped to stabilize glucose and total cholesterol in the experimental group. However, there are several barriers to the care of this type of population in the first level of care settings. This is the first study in Mexico applying the PST in patients with DM2. Many patients will probably benefit from the PST if it is established as a means to help stabilize glucose and/or cholesterol in individuals with comorbid anxiety/depression and metabolic disorders such as DM.

Keywords: Problem solving therapy, depression, anxiety, glucose, cholesterol, primary care, diabetes mellitus.

INTRODUCCIÓN

Los estudios epidemiológicos muestran la creciente necesidad de detectar y tratar de los trastornos mentales en el primer nivel de atención, lo cual ha sido deficiente y de poco alcance debido a muchos factores como el estigma hacia la enfermedad mental y la pobre identificación de los síntomas por los médicos de primer contacto(1).

La alta prevalencia de los trastornos mentales, principalmente de los trastornos afectivos y ansiosos, tanto en el mundo como en México, ha promovido el uso de psicofármacos como tratamiento de primera elección, pero sus resultados han sido limitados, debido a la falta de apego y abandono de estos por múltiples causas como el miedo a una posible "adicción", problemas económicos, o bien, por el estigma contra dichos tratamientos(2). También se han implementado tratamientos psicoterapéuticos con buenos resultados como la Terapia Cognitivo Conductual, pero con limitaciones debido a la falta de personal capacitado para dichas intervenciones. Sin embargo, la necesidad de la atención de estos sigue en incremento, y parece que los tratamientos clásicamente probados no son suficientes ni accesibles a la mayor proporción de sujetos que requieren algún tratamiento para sus quejas emocionales. En tal sentido, la Terapia de Solución de Problemas es un tipo de psicoterapia breve, que apoya al paciente para encontrar posibles soluciones a sus problemas cotidianos haciendo relación entre los síntomas físicos con los emocionales(3). El terapeuta, que puede ser un médico general, enfermera, psicólogo, trabajador social, etc., funge como "consejero u orientador", mientras que el paciente es un ente activo para resolver sus problemas(3).

Otro problema que aqueja a la mayor parte de la población y que requiere una detección temprana en el primer nivel de atención, es la Diabetes Mellitus tipo 2 la cual ya es un problema de salud pública a nivel mundial y en México(4).

Así, los trastornos mentales y las enfermedades crónico-degenerativas tienden a co-existir como parte de un diagnóstico dual, por lo que es importante implementar políticas de salud y tratamientos integrales para su detección y atención(5).

La tesis está dividida en varias secciones, primero se abordará a la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus características luego se enfocará a los trastornos mentales haciendo hincapié en la Depresión y la Ansiedad;; posteriormente, se hablará de la asociación de la Diabetes con la Depresión y ansiedad y las teorías que lo sustentan; a continuación, se mencionarán los tipos de terapias más frecuentemente utilizadas en el primer nivel de atención, enfocándose en la Terapia de Solución de Problemas (TSP); se comentará sobre la justificación de la utilización de la TSP en la atención primaria y de los pasantes de medicina quienes fungieron como terapeutas en los centros de salud; luego sobre la metodología y el por qué del estudio piloto así como de sus resultados y comentarios, justificar el tipo de diseño de estudio del presente proyecto, presentar los resultados finales y, las conclusiones y comentarios de los hallazgos.

MARCO TEÓRICO**Diabetes Mellitus Tipo 2**

Otro aspecto importante de la epidemiología en el primer nivel de atención es la Diabetes mellitus, la cual cada vez, ha tomado mayor realce debido a las implicaciones dentro de la salud pública.

Introducción.

La diabetes mellitus comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten en común la hiperglucemia(6). La hiperglucemia en la diabetes se debe a defectos en la secreción de insulina, en la acción de la insulina o ambas. La hiperglucemia crónica y las alteraciones metabólicas asociadas, se relacionan con daño secundario en diferentes órganos como riñones, ojos, nervios y vasos sanguíneos(7). En la actualidad se clasifica por el proceso patógeno que desencadena la hiperglucemia en factores genéticos, inmunológicos así como otras alteraciones de la producción de insulina, enfermedades del páncreas exócrino, endocrinopatías, fármacos y el embarazo(6).

Epidemiología.

En el mundo hay más de 347 millones de personas con diabetes. Se calcula que en 2004 fallecieron 3.4 millones de personas como consecuencia del exceso de azúcar en la sangre. Más del 80% de las muertes por diabetes se registran en países de ingresos bajos y medios. Casi la mitad de esas muertes corresponden a personas de menos de 70 años, y 55% a mujeres. La OMS prevé que las muertes por diabetes se multipliquen por dos entre 2005 y 2030(8).

La diabetes tipo 2 representa el 90% de los casos mundiales de diabetes y se debe en gran medida al peso corporal excesivo y a la inactividad física. Hasta hace poco, la diabetes tipo 2

sólo se observaba en adultos, pero en la actualidad también se está manifestando en niños(8).

Entre 1985 y 2010, la prevalencia mundial aumentó casi 10 veces, pasando de 30 millones a 285 millones de casos y una parte importante de personas con diabetes se encuentra aún sin diagnóstico y no saben que están enfermos(6).

El incremento de la diabetes en la población ha sido evidenciada por la Federación Internacional de Diabetes (IFD, por sus siglas en inglés), que en 2003 reportó 194 millones de personas diabéticas en el mundo; y se calcula que para el 2025 la cifra llegue a los 300 millones de personas afectada(9).

En 1995, la Organización Panamericana de la Salud decidió apoyar con carácter prioritario el desarrollo de programas para la diabetes bajo el Programa de Enfermedades no Transmisibles. Esta acción obedeció a que la diabetes era causa importante de discapacidad y muerte en las Américas. Se calculó que para el año 1994, había unos 28 millones de casos que representaba una cuarta parte del total mundial: 15 millones en los Estados Unidos de América y el Canadá, y 13 millones en América Latina y el Caribe. Para el año 2000, el número de casos en América Latina y el Caribe excedería al de los Estados Unidos y el Canadá; y para el año 2010, aumentaría a 20 millones, debido principalmente al envejecimiento de la población, así como a los cambios sociales y a sus factores de riesgo asociados(10).

La Diabetes mellitus es reconocida por la morbilidad grave y mortalidad importante, siendo la quinta causa de mortalidad en el mundo(6).

La diabetes aumenta el riesgo de cardiopatía y enfermedad vascular cerebral; la neuropatía de los pies incrementa el riesgo de úlceras y amputaciones; la retinopatía diabética es una causa importante de ceguera; la diabetes se encuentra entre

las principales causas de insuficiencia renal. Diez a 20% de los pacientes con diabetes mueren por esta causa; y la neuropatía diabética se debe a lesión de los nervios a consecuencia de la diabetes, y puede llegar a afectar a 50% de los pacientes(8).

En México, la diabetes se encuentra entre las primeras causas de muerte; nuestro país ocupa el 6to lugar en el mundo en número de personas con diabetes, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, 6.4 millones de personas refirieron haber sido diagnosticadas con diabetes. La proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes es de 9.2% (ENSA 2000 fue de 4.6%; ENSANUT 2006 fue de 7.3%) y representa un gasto de 3,430 millones de dólares al año en su atención y complicaciones(8). De la proporción de adultos con diagnóstico previo de diabetes (9.2%) (8):

- Poco más del 80% recibe tratamiento.
- El 25% muestra adecuado control metabólico (1 de cada 4 personas); en el 2006 únicamente 5.3% de las personas con diabetes presentó adecuado control.
- El 13% reciben insulina sola o insulina combinada con hipoglucemiantes orales (ENSANUT 2006, sólo el 7.3% recibían insulina).
- El 16% no cuenta con protección en salud (servicios de salud).
- El 24.7% está en riesgo alto (HbA1c entre 7% y 9%) y 49.8% está en riesgo muy alto (HbA1c > 9%) de padecer las complicaciones.
- El 47% han recibido también diagnóstico de hipertensión arterial.
- Del total de la población mayor a 20 años, 4.3% vive con diabetes e hipertensión.

- Son bajos los porcentajes de la población que se realizan mediciones de hemoglobina glucosilada, microalbuminuria y revisión de pies.

Etiología.

Aunque todas las formas de diabetes mellitus comparten la hiperglucemia como característica común, las anomalías implicadas en la aparición de hiperglucemia son diversas(7):

1. **Diabetes Mellitus Tipo 1:** Destrucción de la célula β que provoca una deficiencia de insulina. Esta deficiencia puede ser idiopática o inmunológica.
2. **Diabetes Mellitus Tipo 2:** Combinación de resistencia a la insulina y destrucción de célula β .
3. **Defectos genéticos de la función de la célula β :** Ejemplo de ellas son la Diabetes neonatal y por mutaciones en el gen de la insulina.
 - **Defectos genéticos en la acción de la insulina:** Como es el caso de la resistencia a insulina tipo A.
 - **Defectos pancreáticos exocrinos:** Por Pancreatitis crónica o neoplasias.
 - **Endocrinopatías:** Acromegalia, Síndrome de Cushing, Hipertiroidismo, Feocromocitoma y Glucagoma
 - **Infecciones:** Por Citomegalovirus, Virus Coxackie B y Rubeola congénita.
 - **Fármacos:** Glucocorticoides, Interferón alfa, Tiácidas y otros.
 - **Síndromes genéticos asociados a diabetes:** Síndrome de Down, Síndrome de Klinefelter, Síndrome de Turner y Síndrome de Prader-Willi

4. Diabetes Mellitus gestacional

Fisiopatogenia.

La homeostasis normal de la glucosa está regulada de modo intensivo por tres procesos interrelacionados: producción hepática de glucosa, captación y utilización de glucosa por los tejidos periféricos sobre todo por el músculo estriado, y acciones de la insulina y de las hormonas antagonistas como el glucagón en la captación y metabolismo de la glucosa(7).

Patogenia de la Diabetes Mellitus Tipo 2.

Es una enfermedad de compleja multifactorial. Es indudable la participación de factores ambientales, estilo de vida sedentario y los hábitos dietéticos, así como su relación con la obesidad y factores genéticos; la asociación más frecuente corresponde al factor de transcripción 7- similar al 2 (TCF7L2) en el cromosoma 10q que codifica un factor de transcripción en la vía de señalización WNT, a diferencia de la tipo 1, no está vinculada a genes implicados en la tolerancia y regulación inmunitaria(7).

Los dos defectos metabólicos que caracteriza a la Diabetes tipo 2 son:

- Resistencia a la insulina. Es la respuesta alterada de los tejidos periféricos a la insulina. Disminuye la captación de glucosa en el músculo, reduce la glucólisis y la oxidación de los ácidos grasos en el hígado y se pierde la capacidad para suprimir la gluconeogenia hepática(7).
- Disfunción de la célula β . Que se manifiesta como una secreción inadecuada de insulina en presencia de resistencia a la insulina e hiperglucemia. Las células β agotan su capacidad de adaptación a las demandas prolongadas por la resistencia periférica a la insulina(7).

Manifestaciones clínicas.

Los síntomas principales son las 3 "p": poliuria, polifagia, polidipsia; también puede haber pérdida de peso, fatiga, debilidad, visión borrosa, infecciones superficiales frecuentes y mala cicatrización de heridas(6).

Diagnóstico.

Los criterios diagnósticos según la American Diabetes Association (ADA) 2015 son los siguientes, los test diagnósticos se tienen que realizar en dos ocasiones para hacer diagnóstico de diabetes mellitus, no así la prueba aleatoria de glucosa, la cual con una ocasión que de positiva se considera diagnóstica(11):

- HbA1c $\geq 6,5\%$ (11), no requiere ayuno(9).
- Glucemia basal en ayunas ≥ 126 mg/dl(11).
- Glucemia a las 2 horas de una prueba de tolerancia oral a la glucosa con 75 gr de glucosa SOG ≥ 200 mg/dl(11).
- Prueba aleatoria de glucosa al azar de ≥ 200 mg/dl más síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis hiperglucémica(11).

Se recomiendan practicar los test diagnósticos en aquellas situaciones que supongan un riesgo de debutar con DM2 (prediabetes), fueran individuos asintomáticos de cualquier edad, con sobrepeso, índice de masa corporal (IMC) ≥ 25 o 23 kg/m² y algún factor adicional de DM2. En cualquier paciente si presentaran obesidad o sobrepeso a partir de los 45 años. Si es normal el test repetirlo cada 3 años(11).

HbA1C.

La hemoglobina es un compuesto químico constituido por un núcleo de hierro transportado por la sangre dentro de los glóbulos rojos, y permite la llegada del oxígeno a los tejidos del organismo. Los glóbulos rojos viven aproximadamente 120 días, y durante todo ese tiempo la hemoglobina sufre un proceso

llamado glucosilación, que consiste en la incorporación de glucosa a su molécula. El aumento sostenido de la glucemia hace que la glucosilación sea más intensa, y mayor el porcentaje de hemoglobina glucosilada con respecto a la hemoglobina normal(12).

En personas no diabéticas el valor normal de la HbA1c es <6%. En los diabéticos, cifras menores de 7% muestran un buen control metabólico, pudiéndose aceptar niveles mayores en los ancianos(12).

Los resultados pueden diferir dependiendo de la técnica utilizada, la edad del sujeto, y las variaciones biológicas entre individuos. Dos individuos con igual promedio de glucemias pueden tener diferentes medidas de HbA1c(12).

Niveles de HbA1c no esperados pueden encontrarse en personas que recibieron recientemente una transfusión de sangre o glóbulos, o con un conteo subnormal de hematíes, como en los individuos con anemias crónicas (déficit de hierro, déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa, drepanocitosis, paludismo, pérdida de sangre crónica, o alguna otra condición que cause muerte prematura de las células rojas). Asimismo, niveles de HbA1c más altos de lo esperado se relacionan con un mayor tiempo de vida del hematíe (sujetos esplenectomizados, con deficiencia de vitamina B12 o de ácido fólico) (12)

Tratamiento.

La atención integral del paciente comprende aparte del control de la glucosa plasmática, la prevención, detección y el tratamiento de posibles complicaciones específicas de la enfermedad, así como las modificaciones de los factores de riesgo. Debe recibir orientación sobre nutrición y cuidados específicos(6).

Las metas terapéuticas para prevenir las complicaciones son glucosa plasmática entre 70 -130 mg/dl, HbA1c <7%, proteinuria

<30 mg/dl, presión arterial <130/80 mmHg si no hay proteinuria y <125/75 en caso de proteinuria, controlar las dislipidemias (LDL <100 mg/100 ml, HDL >40 mg/100 ml en hombres y > de 50 mg/100 ml en mujeres, triglicéridos <150 mg/100 ml) (6).

Medidas generales (13).

Educación diabetológica.

Conseguir niveles de glucemia óptimos requiere un programa de entrenamiento por parte del paciente en el control de su enfermedad, basado en cambios en su estilo de vida (13).

Recomendaciones nutricionales.

El tratamiento dietético es un pilar fundamental en el manejo de la DM y en muchas ocasiones es probablemente la única intervención necesaria. En líneas generales, la dieta debe ir orientada hacia la disminución y mantenimiento de un peso aceptable y de unos niveles óptimos de glucosa, lípidos y tensión arterial (13). Una pérdida de 5-10% del peso corporal mejora la sensibilidad a la insulina, control glucémico, presión arterial, dislipidemia y riesgo cardiovascular (14).

Actividad física.

Se recomienda en adultos practicar al menos 150 minutos por semana de actividad física aeróbica de intensidad moderada (50-70% de frecuencia cardíaca máxima), al menos 3 días a la semana (15).

Tratamiento farmacológico.

El esquema de tratamiento farmacológico elegido debe ser individualizado teniendo en cuenta (14):

- El grado de hiperglucemia.
- Las propiedades de los hipoglucemiantes orales (eficacia en disminuir la glucosa).
- Efectos secundarios, contraindicaciones.
- Riesgos de hipoglucemia.

- Presencia de complicaciones de la diabetes.
- Comorbilidad.
- Preferencias del paciente

Complicaciones.

Las **complicaciones agudas** de la diabetes mellitus son la cetoacidosis diabética, el estado hiperosmolar no cetósico y la hipoglucemia; todas estas son la primera causa de admisión hospitalaria y están categorizadas como emergencias metabólicas que requieren manejo en unidades de cuidados intensivos(16).

En México, se estima que en los hospitales generales 10% de los pacientes que ingresan con descontrol glúcido manifiesta dichas complicaciones(16).

Las **complicaciones crónicas** de la diabetes mellitus son: oftalmológicas, renales, neurológicas, gastrointestinales, genitourinarias, cardiovasculares, deformidad de los pies, úlceras y amputación, dermatológicas y enfermedades periodontales(6).

Trastornos mentales

El abordaje de los trastornos mentales es importante debido a su alta prevalencia(17); el abordarlos dentro de la atención primaria es igual de importante debido a que es la puerta de entrada para la atención formal de dichas patologías. A continuación, se hará una breve descripción epidemiológica de los trastornos mentales, sin embargo, nos enfocaremos a los trastornos depresivos y de ansiedad debido a su alta prevalencia en este nivel de atención.

Al hablar de los diversos trastornos mentales, es importante mencionar que, para México, la prevalencia de sufrir algún trastorno mental a lo largo de la vida es de 28.6%, y en uno de cada diez, el trastorno estuvo presente el año previo al estudio (11.6%). Los trastornos mentales más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (14.3%), por uso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%)(17); en tal sentido, a continuación, se desarrollarán las características de los Trastornos Depresivos y Ansiosos haciendo énfasis en los síntomas principales que los caracterizan, así como su epidemiología y tratamiento.

Trastorno Depresivo Mayor

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo deprimido, incapacidad para experimentar placer, síntomas cognitivos y vegetativos, malestar y afectación del desempeño, entre otros. En general, los pacientes con TDM presentan más de un episodio depresivo a lo largo de la vida(18).

Epidemiología

Se ha estimado que el TDM tiene la prevalencia más alta a lo largo de la vida (16.2%), entre todos los trastornos psiquiátricos. La incidencia anual de este trastorno es de 1.59%, 1.89% en mujeres y 1.10% en hombres(19) (20).

En México, la prevalencia estimada es de 7.2% alguna vez en la vida, 1.5% en el último año y 0.6% en el último mes(21) (22).

Una de las complicaciones de la Depresión es el suicidio, por lo que es importante mencionar alguna estadística al respecto. Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2010) ocurrieron cinco mil doce suicidios en México, 41% correspondía al grupo de 15 a 24 años de edad(23).

La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, siendo prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves(24).

Etiología.

Factores biológicos(25) (26).

Neurotransmisión. La Depresión se caracteriza por anormalidades en los siguientes neurotransmisores: noradrenalina, serotonina y dopamina(26).

Serotonina. De acuerdo con lo informado en diferentes estudios, los pacientes con TDM presentan una disminución en la tasa de síntesis de serotonina. No obstante, la relación causal entre el descenso del nivel de serotonina y la Depresión no es clara. En trabajos anteriores se informó que la depleción de serotonina favorece la aparición de Depresión en pacientes tratados con antidepresivos o que no reciben medicación alguna. No obstante,

los sujetos sin antecedentes familiares o personales de Depresión no presentan trastornos del estado de ánimo asociados con la disminución del nivel de serotonina. Por lo tanto, dicho descenso no es suficiente para inducir la aparición de Depresión en todos los individuos. Si bien el antecedente personal de Depresión puede aumentar la vulnerabilidad a padecer el trastorno ante la disminución del nivel de serotonina, los individuos con antecedentes familiares de Depresión pueden presentar una respuesta similar ante la depleción de serotonina.

Noradrenalina. La correlación propuesta por los estudios básicos entre la regulación negativa o la disminución de la sensibilidad de los receptores Beta-adrenérgicos y las respuestas clínicas antidepresivas parece ser la pieza más convincente del papel directo del sistema noradrenérgico en la Depresión. También hay indicios de la implicación de receptores presinápticos β_2 en la Depresión porque su activación disminuye la cantidad de noradrenalina liberada. Estos receptores β_2 presinápticos también están localizados en las neuronas serotoninérgicas y regulan la cantidad de serotonina liberada.

Dopamina. La dopamina tiene un papel importante en la fisiopatología del TDM. El procesamiento amigdalino de un estímulo amenazante se asocia con un aumento del nivel de dopamina en la corteza prefrontal y en el estriado ventral. Dicho incremento es contrarrestado por mecanismos de retroalimentación negativa que pueden verse interrumpidos ante un factor de estrés grave que altere los niveles estriatales del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (*Brain-Derived Neurotrophic Factor*, BDNF). La alteración del mecanismo de retroalimentación explica por qué los pacientes depresivos atribuyen una importancia exagerada a estímulos negativos leves. Además, se plantea la existencia de una asociación entre

la afectación del sistema dopaminérgico estriatal y la aparición de anhedonia(25).

Otras alteraciones de neurotransmisores. En la autopsia de algunos pacientes deprimidos se han detectado valores anormales de colina (precursor de acetilcolina), lo cual indica alteraciones en la composición de fosfolípidos celulares. En el hipocampo hay una concentración alta de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA); el glutamato podría actuar junto con la hipercortisolemia en los efectos neurocognitivos negativos de la Depresión recidivante grave. También se ha detectado el descenso en las concentraciones de GABA en plasma, líquido cefalorraquídeo y cerebro. Por el contrario, los antidepresivos regulan positivamente los receptores de GABA.

Actividad del eje tiroideo. Aproximadamente el 5%-10% de los pacientes con Depresión tienen una disfunción tiroidea no detectada previamente, los resultados del perfil tiroideo muestran concentraciones basales elevadas de la hormona estimulante de la tiroides (TSH) o el aumento de TSH en respuesta a la infusión de 500 mg. de la hormona liberadora de tirotropina (TRH). Estas alteraciones se asocian a concentraciones elevadas de anticuerpos antitiroideos y la respuesta al tratamiento farmacológico está comprometida si no se corrige el problema con tratamiento hormonal sustitutivo.

Hormona del crecimiento (GH). Los pacientes deprimidos pueden tener una respuesta aplanada de la GH a la clonidina, la respuesta normal induciría un aumento en la concentración de esta hormona.

Prolactina. En la mayoría de los estudios no se han detectado anomalías significativas en la secreción basal en la Depresión, pero sí una respuesta truncada a varios antagonistas de la

serotonina. Esta respuesta es frecuente en las mujeres premenopáusicas, lo que indica un efecto moderado de los estrógenos.

Factor Liberador de Corticotrofina. La activación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal como respuesta al estrés es mediada de manera directa por la síntesis y liberación local del Factor Liberador de Corticotrofina (CRF) o indirecta mediante la liberación de CRF por neuronas de otras regiones como la amígdala. A su vez, dichas neuronas contribuyen a la activación de los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico. La desregulación combinada de los sistemas de liberación hipotalámica y extrahipotalámica de CRF se asocia con la presencia de niveles elevados de esta sustancia y noradrenalina lo que condiciona una respuesta exagerada al estrés en caso de Depresión(25).

Trastornos inmunitarios. El trastorno depresivo se asocia con anomalías inmunitarias como la disminución de proliferación de linfocitos y disminución de los niveles de citoquinas, esto altera la respuesta inflamatoria y favorece la exacerbación de los procesos crónicos(27).

Factores genéticos.

Según los estudios familiares, si uno de los padres tiene un trastorno depresivo, su hijo tiene un riesgo de entre 10%-25% de padecer el mismo trastorno. Los datos obtenidos en gemelos proporcionan evidencias convincentes de que los genes explican el 50%-70% de la etiología de los trastornos del estado de ánimo, el entorno o cualquier factor no hereditario debe explicar el resto(25).

No existe un único gen asociado con la aparición de Depresión. En cambio, se plantea la participación de polimorfismos de varios de ellos. Los genes pueden aumentar el riesgo de Depresión de diferentes formas ya que influyen sobre el metabolismo de los neurotransmisores y sus receptores, sobre la transducción de señales y, en consecuencia, sobre la respuesta al estrés. El gen más estudiado en relación con el TDM es el que codifica al transportador de serotonina. Existen dos polimorfismos que resultan en un alelo corto o largo del gen. En presencia del alelo corto disminuye la síntesis del transportador de serotonina. Esto provoca la reducción de la velocidad de adaptación de las neuronas serotoninérgicas ante diferentes estímulos e influye sobre la sensibilidad individual al estrés. Concretamente, los individuos que portan el alelo corto presentan una activación amigdalina exagerada ante el estrés y tienen una probabilidad mayor de presentar síntomas depresivos si disminuye el nivel de serotonina. Es decir, la interacción entre el estrés y los genes influye sobre el riesgo de Depresión. Los portadores del alelo corto del gen del transportador de serotonina son especialmente vulnerables a padecer Depresión en condiciones de estrés. Si bien esta interacción entre el estrés y los genes fue señalada en diferentes estudios, la información disponible es heterogénea. No obstante, puede afirmarse que el impacto aislado de un único gen sobre el riesgo de TDM es pequeño(28).

Factores psicosociales.

Las mujeres tienen el doble de riesgo de padecer Depresión; para explicar esta diferencia se han propuesto una serie de razones como las diferencias hormonales, efectos del parto, diferencias en los factores psicoestresantes psicosociales en

mujeres y hombres y los modelos de comportamiento de indefensión aprendida.

El trastorno depresivo mayor es más frecuente en personas que no mantienen relaciones interpersonales estrechas o están divorciadas o separadas(19).

Este trastorno puede comenzar en la infancia o a una edad avanzada. Según algunos datos epidemiológicos parece haber aumentado entre los sujetos menores de veinte años, lo que podría estar relacionado con el incremento de consumo de alcohol y otras sustancias. No se ha establecido ninguna correlación entre el nivel socioeconómico y Depresión, sin embargo, este trastorno es más frecuente en áreas rurales que en las urbanas(20).

Situaciones vitales y estrés ambiental.

Lo más frecuente es que las situaciones vitales estresantes sean anteriores y no posteriores a los episodios depresivos. Una de las teorías propuestas para explicar esta observación consiste en que el estrés que acompaña el primer episodio da lugar a cambios de larga duración en la biología cerebral y estos cambios podrían alterar los estados funcionales de varios neurotransmisores y señalización intraneuronal, incluiría la pérdida de neuronas y reducción excesiva de los contactos sinápticos. En la Depresión, además, se ha observado aumento del cortisol, como sucede en el estrés crónico. Esto podría explicar los síntomas de irritabilidad, aprehensión, dificultad para relajarse e insomnio, que se observan en ambos casos(29).

Factores de personalidad.

No existe un rasgo de personalidad que predisponga a la persona a tener Depresión. Todas las personas, sea cual sea su patrón

de personalidad, pueden y estarán deprimidas en las circunstancias apropiadas. Las personas con trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva, histriónica y límite pueden tener un mayor riesgo que aquellas con trastorno de personalidad antisocial o paranoide. Desde la perspectiva psicodinámica, se ha demostrado que los factores estresantes inciden negativamente en la autoestima del sujeto quienes tienen más probabilidades de padecer Depresión. Además un suceso que podría parecer un factor estresante relativamente leve para los observadores externos puede ser devastador para el paciente debido a los significados idiosincrásicos particulares vinculados a ese suceso(26).

Estudios de neuroimagen.

En algunos de estos estudios se observó que los pacientes deprimidos tenían una reducción del tamaño cerebral global o una atrofia focalizada en áreas frontales del cerebro e hipocampo. En la Depresión, se ha encontrado en la Tomografía por Emisión de Positrones una disminución metabólica en el cerebro anterior, que generalmente es más pronunciada en esta área. En otros estudios se ha observado un incremento relativo de actividad en el hemisferio no dominante(30).

Además, hay evidencia sobre el aumento del metabolismo de la glucosa en regiones límbicas, particularmente en pacientes con Depresión recidivante grave. Durante los episodios depresivos el incremento del metabolismo de la glucosa se correlaciona con rumiaciones intrusivas. Asimismo, se ha observado que estas alteraciones desaparecen o mejoran cuando el episodio depresivo ha remitido(31).

A pesar de la utilidad de los estudios de neuroimagen no se ha podido establecer una relación entre aspectos clínicos

relevantes como son la intensidad de los síntomas, la respuesta a uno u otro tratamiento o el pronóstico del episodio depresivo y la intensidad de las citadas alteraciones cerebrales.

Características clínicas.

Según el DSM-5(32), el trastorno depresivo mayor aparece sin antecedentes de un episodio de manía, mixto o hipomanía. El episodio depresivo mayor debe durar al menos dos semanas y la persona con este diagnóstico debe experimentar al menos cinco síntomas de una lista en la que se incluyen: Cambios en el apetito y peso corporal (más del 5% en un mes), en el sueño, falta de energía, sentimientos de culpa e inutilidad, agitación o retraso psicomotor, problemas para pensar y tomar decisiones, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.

Se debe especificar si es un episodio único o recurrente, la gravedad (leve, moderado, grave, con características psicóticas) y el curso (en remisión parcial, en remisión total).

En el episodio depresivo actual se debe especificar si es acompañada de ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, características atípicas, con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonía, con inicio en el periparto y con patrón estacional. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo en áreas importantes del funcionamiento y el episodio no se puede atribuir a efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Existen diversos tipos de depresión: Depresión con síntomas melancólicos, Depresión con síntomas atípicos, Depresión con ansiedad, Depresión con características mixtas, Depresión con

síntomas catatónicos, Depresión con síntomas psicóticos, Depresión con inicio en el periparto, Depresión con patrón estacional, Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos, Trastorno distímico y Trastornos depresivos no especificados. Todos ellos tienen la característica principal y común que manifiestan alteraciones del estado de ánimo, pero se diferencian porque se agregan otros síntomas que los hace diferentes entre unos y otros.

Evolución.

Se estima que el 50% de los pacientes tendrán un único episodio depresivo mayor en toda su vida. Sin embargo, las personas con antecedentes familiares y aquellos que han tenido un segundo episodio depresivo, tendrán varios episodios depresivos más a lo largo del tiempo. Aunque la duración promedio de un episodio depresivo mayor es variable, en los adolescentes es de 5 a 7 meses y en el postparto la mitad de las pacientes presentan síntomas depresivos un año después, en general se considera que el primer episodio depresivo dura entre 6 a 11 meses(18) (26).

Tratamiento.

El tiempo necesario para observar una respuesta terapéutica una vez iniciada la terapia antidepresiva se relaciona con el efecto de las drogas sobre los sistemas neuromoduladores. Además, el efecto del tratamiento farmacológico sobre la neuroplasticidad cerebral es importante ya que puede prevenir o favorecer la desaparición de las alteraciones estructurales cerebrales que presentan los pacientes depresivos(33).

La farmacogenética permite evaluar la interacción entre determinados polimorfismos y la respuesta al tratamiento antidepresivo. Según los datos disponibles, los polimorfismos

del gen del transportador de serotonina podrían influir sobre la respuesta a la terapia antidepresiva. Los polimorfismos de otros genes involucrados en la función del eje Hipotálamo-hipófisis-adrenal y del sistema noradrenérgico también influirían sobre la respuesta al tratamiento antidepresivo. Lo mismo se sugiere respecto de los genes que codifican las enzimas involucradas en el metabolismo de las drogas(34).

La psicoterapia es especialmente útil para el tratamiento de los sujetos depresivos con antecedentes de sucesos estresantes o adversos durante la infancia. La estimulación eléctrica del nervio vago y la estimulación magnética transcraneal de la corteza prefrontal y otras regiones cerebrales son técnicas en investigación que pueden ser de utilidad ante la resistencia al tratamiento convencional(35).

Consecuencias.

Una de las consecuencias más peligrosas del TDM es el suicidio. Los pacientes que sufren Depresión tienen cuatro veces más riesgo de suicidio que la población general; el riesgo se incrementa hasta 20 veces en los pacientes con las formas más severas de la enfermedad. La Depresión afecta tanto el funcionamiento ocupacional y social como la salud física de las personas que la padecen. Suele exacerbar el dolor, el malestar y la discapacidad asociada a otras condiciones médicas, disminuir la adherencia a los tratamientos y aumentar la mortalidad por esas condiciones(36).

Hay evidencias sobre los cambios en la estructura cerebral, de acuerdo con lo hallado en estudios efectuados mediante técnicas de diagnóstico por imágenes, los pacientes con TDM recurrente presentan hipocampos relativamente pequeños, aun durante los períodos de remisión. Dicha disminución del volumen del

hipocampo se ve favorecida por la ausencia de tratamiento antidepresivo, por la persistencia y recurrencia de los episodios depresivos. Los pacientes con Depresión también pueden presentar cambios volumétricos subcorticales en la amígdala y el estriado ventral. Asimismo, se informaron variaciones de volumen de las cortezas cingulada anterior, prefrontal y orbitofrontal. Dichos cambios pueden persistir durante la remisión y se asocian con un aumento de la vulnerabilidad ante la aparición de recaídas(29).

Diagnóstico diferencial.

Dentro de los problemas neurológicos más frecuentes que se manifiestan con síntomas depresivos están: enfermedad de Parkinson, enfermedades desmielinizantes, epilepsia, enfermedad cerebrovascular y tumores. El trastorno esquizoafectivo, puede también confundirse con un trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos(37).

En las personas de tercera edad puede ser difícil distinguir una demencia, o los síntomas que acompañan a una demencia, de lo que es un episodio depresivo mayor dentro de un trastorno depresivo mayor. En este caso el estado premórbido del sujeto puede ayudar a realizar el diagnóstico diferencial(38).

Trastornos de ansiedad

Así como los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes dentro de la población general. Los trastornos de ansiedad son un cúmulo de trastornos que incluyen: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo.

Epidemiología

Se estima que la prevalencia de los trastornos de ansiedad oscila entre 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria. Es más probable que las mujeres (30.5% prevalencia a lo largo de la vida) presenten algún trastorno de ansiedad que los hombres (19.2% prevalencia a lo largo de la vida) (39) (40).

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) tiene una prevalencia en población general de 3% y entre el 5-7% entre los pacientes que acuden a la consulta de atención primaria. Además, es un padecimiento que presenta la más alta prevalencia en personas de entre 40-50 años y en menor grado en la población mayor de 60 años. Las mujeres son 2 veces más afectadas por este cuadro que los hombres y declina su incidencia conforme avanza la edad en hombres, pero se incrementa en las mujeres (41).

La prevalencia del trastorno de pánico estimada es de 1-4 %, afecta a las mujeres con una frecuencia de dos a tres veces superior en comparación a los hombres, aunque el infra diagnóstico en varones puede contribuir al sesgo de la distribución.

La prevalencia a lo largo de la vida de agorafobia no asociada a trastorno de pánico estimada es de 0.8 %, siendo más común que se asocie con los trastornos de angustia siendo su prevalencia a lo largo de la vida de 1.1 %. En cuanto a las fobias se calcula que aproximadamente 5-10% de la población presenta este problema. La prevalencia a lo largo de la vida de la fobia específica es de 11%; mientras que la prevalencia de fobia social va del 3-13% (42).

El mutismo selectivo, según diferentes estudios epidemiológicos, sitúan el número de afectados en la escuela primaria en un porcentaje del 1% o menos de la población total.

En México, la prevalencia estimada de trastornos de ansiedad fue de 14.3% alguna vez en la vida, 8.1% en el último año y 3.2% en el último mes; se identificaron a las fobias específicas como las más comunes con 7.1%, la proporción de fobia social fue de 4.7% (17).

Etiología

La etiopatogenia de los trastornos de ansiedad constituye un modelo complejo, donde interactúan múltiples factores: biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y de aprendizaje (43).

Factores biológicos

Los tres neurotransmisores asociados a la ansiedad en base a estudios en modelos animales y la respuesta al tratamiento farmacológico son la noradrenalina, serotonina y ácido γ -aminobutírico (GABA).

Noradrenalina: Los síntomas crónicos experimentados por pacientes con un trastorno de ansiedad son característicos de la función noradrenérgica. La teoría sobre la función de este neurotransmisor postula que los pacientes afectados pueden presentar un sistema noradrenérgico mal regulado con ocasionales explosiones de actividad. Las neuronas del sistema noradrenérgico están localizadas en el locus caeruleus, protuberancia rostral y proyectan sus axones a la corteza cerebral, el sistema límbico, tronco cerebral y médula espinal (44).

Serotonina: La identificación de muchos tipos de receptores serotoninérgicos ha estimulado la investigación de la función de serotonina en la patogenia de los trastornos de ansiedad. Los distintos tipos de estrés agudo aumentan el recambio de la 5-hidroxitriptamina (5-HT) en la corteza prefrontal, el núcleo accumbens, amígdala e hipotálamo lateral.

Las neuronas serotoninérgicas se hallan en los núcleos del rafe, tronco cerebral rostral y se proyectan a la corteza cerebral, sistema límbico y el hipotálamo. Varias descripciones indican que la m-clorofenilpiperazina, un fármaco con múltiples efectos serotoninérgicos y no serotoninérgicos y la fenfluramina, que induce la liberación de serotonina, aumentan la ansiedad(45).

GABA: La importancia está respaldada por la eficacia de las benzodiazepinas en el tratamiento de los síntomas de ansiedad. Aunque las benzodiazepinas de baja potencia son más efectivas para el TAG, las de alta potencia como el alprazolam y clonazepam son efectivas en el tratamiento del trastorno de pánico.

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal: Hay evidencia de que el estrés psicológico incrementa la síntesis y liberación de cortisol. Éste moviliza y reabastece los depósitos de energía y contribuye a aumentar la activación, vigilancia, atención y formación de memoria, además de contener la respuesta inmunitaria. La secreción excesiva y sostenida de cortisol puede tener efectos adversos graves como hipertensión arterial, osteoporosis, inmunodepresión, resistencia a la insulina, dislipidemia, falta de coagulación, aterosclerosis y enfermedad cardiovascular.

Sistema nervioso autónomo: La estimulación del sistema nervioso autónomo produce ciertos síntomas cardiovasculares, musculares,

gastrointestinales y respiratorios (ej. taquicardia, taquipnea, cefalea, diarrea). En pacientes con ansiedad, especialmente en aquellos con trastorno de angustia, se muestra un aumento del tono simpático, se adaptan con lentitud a los estímulos repetidos y responden excesivamente a los estímulos moderados.

Factores psicosociales

Los estresores psicosociales juegan un papel muy importante en muchos de los trastornos de ansiedad, como factores precipitantes, agravantes o causales. Los problemas de relaciones interpersonales, académicos, laborales, amenazas de pérdidas, necesidades sociales y económicas apremiantes, cambios en el sistema de vida se asocian con el inicio de estos trastornos.

Estudios genéticos

Los estudios genéticos han generado evidencias sobre la contribución de los factores genéticos especialmente en el trastorno de pánico y fobia social.

Aunque no se han documentado investigaciones en individuos adoptados, los datos de registros en gemelos también respaldan la hipótesis de que los trastornos de ansiedad están determinados, al menos en parte, por factores genéticos.

En el trastorno de ansiedad generalizada la concordancia en gemelos monocigotos es del 50%, mayor al 15% reportado en dicigotos y la heredabilidad estimada del TAG oscila entre 15-20% (46).

Los estudios en familiares con trastorno de pánico demuestran que sus miembros tienen cinco veces más probabilidad de padecer este trastorno en comparación con familias sin este trastorno.

La heredabilidad del trastorno de angustia es del 30-40%, similar a la heredabilidad de la Depresión; la herencia parece estar relacionada con los genes localizados en las regiones que codifican el receptor 2A para adenosina, relacionado con la vasodilatación coronaria y la enzima COMT (catecol-O-metiltransferasa) que metaboliza las catecolaminas(47).

Teorías conductuales

Las teorías de aprendizaje de la ansiedad postulan que ésta es una respuesta condicionada a un estímulo ambiental específico. En un modelo de condicionamiento clásico, por ejemplo, una niña criada por un padre abusivo puede sentir ansiedad tan pronto como vea a este progenitor. A través de la generalización, puede desconfiar de todos los varones. En el modelo de aprendizaje social al imitar la ansiedad presente en el entorno como en el caso de unos padres ansiosos.

Algunas investigaciones han estudiado las diferencias individuales en el procesamiento selectivo de la información emocional y apoya la hipótesis de vulnerabilidad para la ansiedad. Los datos convergen en indicar que los pacientes ansiosos muestran una exagerada tendencia a codificar selectivamente información amenazante. Parece posible que este sesgo puede contribuir al desarrollo y mantenimiento de los pensamientos amenazantes intrusivos comúnmente reportados por las personas con ansiedad(18).

Teorías existenciales

Las teorías existenciales facilitan modelos para la ansiedad generalizada en los que no hay estímulos específicamente identificables para una sensación de ansiedad crónica. El concepto esencial de la teoría existencial consiste en que los

individuos experimentan sentimientos de un universo sin sentido, la ansiedad es su respuesta al vacío que perciben(43).

Estudios de neuroimagen

Exploraciones mediante imagen cerebral, han generado varias líneas posibles para la comprensión de los trastornos de ansiedad. Los estudios de tomografía computarizada y resonancia magnética demuestran cierto aumento en el tamaño de los ventrículos cerebrales, se observó un defecto específico del lóbulo temporal derecho en pacientes con trastorno de angustia. Otros estudios con neuroimagen han descrito alteraciones del hemisferio derecho, pero no en el izquierdo esto indica que algunos tipos de asimetrías cerebrales pueden ser importantes en el desarrollo de síntomas de ansiedad en determinados pacientes. Se ha descrito que pacientes con trastorno de ansiedad generalizada no activan el área pregenual del cíngulo, ocasionando una falta de regulación en la actividad de la amígdala(48) (26).

Se ha utilizado la espectroscopía con resonancia magnética para medir la concentración de ciertos metabolitos cerebrales en pacientes con fobia social y controles sanos, se observó que los pacientes con fobia social tenían una concentración cerebral menor de N-acetil-aspartato en comparación con los sujetos normales(49).

Mediante el uso de ligandos que miden la densidad de los puntos de la recaptación de la dopamina, se ha observado que los pacientes con fobia social tienen una menor recaptación de dopamina estriatal que los sujetos sin el trastorno. En otro estudio se valoró el cambio en el flujo sanguíneo cerebral en un grupo de pacientes con fobia social antes y después de recibir tratamiento con citalopram, el resultado fue que tras

el tratamiento se producía una disminución de la actividad cerebral en áreas de la corteza temporal izquierda, corteza frontal media izquierda y cíngulo izquierdo. También se observó que los pacientes que no respondían tenían mayor actividad en la base de la corteza temporal izquierda y la corteza media frontal izquierda(50).

Características clínicas

Según los criterios diagnósticos del DSM-5(32) se describen los siguientes trastornos de ansiedad:

Trastorno de pánico (Trastorno de angustia)

Se caracteriza por la aparición súbita de miedo o malestar intenso, estos episodios son imprevistos y recurrentes. Habitualmente, los pacientes no pueden describir el origen del miedo, están confusos y tienen dificultad para concentrarse. Los signos físicos pueden consistir en taquicardia, disnea, diaforesis, temblor, opresión torácica, náuseas o malestar abdominal, mareos, escalofríos, parestesias, miedo a perder el control, desrealización, despersonalización. Las crisis duran de veinte a treinta minutos, raramente más de una hora, los síntomas pueden desaparecer rápida o gradualmente; entre una crisis y la siguiente los pacientes pueden mostrar ansiedad anticipatoria.

Las crisis de angustia aparecen cuando el paciente asocia esta falta alarma con la sensación corporal o con un evento externo.

Las preocupaciones somáticas sobre la muerte por un problema cardíaco o respiratorio pueden ser el motivo principal de atención durante la crisis de pánico. La presentación frecuente en servicio de urgencias es el cuadro de un paciente joven, físicamente sano que insiste en que va a morir por un infarto

de miocardio. Si presenta hiperventilación esto puede producir alcalosis respiratoria y otros síntomas. El tratamiento clásico de respirar en el interior de una bolsa de papel puede ser útil en algunos casos.

Agorafobia

Las personas con agorafobia evitan situaciones en las que sería difícil obtener ayuda, debido a la idea de que escapar podría ser difícil o podría no disponer de ayuda. Presentan ansiedad o miedo intenso en dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, espacios abiertos (ej. zonas de estacionamiento, mercados, puentes), sitios cerrados, salir de casa solo o estar en medio de una multitud.

Trastorno de ansiedad generalizada (TAG)

Las estimaciones de ansiedad generalizada van del 3-8%, la razón entre mujeres y hombres es de 2:1. La prevalencia a lo largo de la vida se aproxima al 5%. Se inicia durante la adolescencia tardía o en etapas iniciales de la edad adulta, aunque se observan con frecuencia casos en adultos de mayor edad.

Este trastorno se caracteriza por ansiedad y preocupación sostenidas y excesivas que se produce la mayor parte de los días durante un mínimo de seis meses en relación con diversos sucesos y actividades. Se acompaña de inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o mantener la mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño (dificultad para dormirse o continuar durmiendo, sueño inquieto o insatisfactorio). No se explica mejor por otro trastorno de ansiedad o por efectos fisiológicos de alguna sustancia.

Los pacientes con ansiedad generalizada suelen acudir al médico por algún síntoma somático, sólo un tercio de las personas afectadas busca tratamiento psiquiátrico.

Trastorno de ansiedad social (Fobia social)

Diversos estudios han descrito que la prevalencia de fobia social a lo largo de la vida oscila entre 3-13%, la prevalencia a 6 meses es de 2-3%. La frecuencia de afectación entre mujeres es superior en comparación con los hombres. La edad de inicio se sitúa en la adolescencia, aunque puede comenzar tanto a los cinco como a los 35 años.

Las características sociodemográficas más comúnmente encontradas en esta población es ser sujetos jóvenes, a menudo solteros, bajos niveles de escolaridad, pobre desempeño laboral, social, y que significan una gran carga económica social y moral para sus familiares.

Existe miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o la posible evaluación por parte de los demás. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural. El paciente teme decir o hacer algo ridículo, quedarse mudo porque su mente se queda en blanco, decir tonterías o cosas sin sentido, mostrar ansiedad, temblor, sonrojarse, tartamudeo, dejar caer comida, atragantarse con ella. Los temores desaparecen si está solo o tiene la seguridad que nadie lo está observando.

Fobia específica

La persona afectada manifiesta miedo o ansiedad por un objeto o situación fóbica específica (ej. volar, precipicios,

animales, administración de inyecciones, ver sangre). El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural, los episodios son recurrentes y duran seis meses o más.

Las fobias de tipo ambiental (ej., tormentas) es más frecuente en niños de diez años, las fobias situacionales (ej., avión, ascensor, sitios cerrados) aparecen entre los 20-25 años, la fobia tipo sangre-inyecciones-heridas se diferencia de las restantes en que la bradicardia e hipotensión se presentan luego de la taquicardia inicial común a todas las fobias.

La fobia espacial consiste en que los individuos temen caerse cuando no tienen un apoyo cercano, como una pared o una silla. Algunos datos indican que pueden presentar una alteración funcional del hemisferio derecho, posiblemente resultante de un deterioro espaciovisual, sin embargo, debe descartarse trastorno del equilibrio.

Trastorno de ansiedad inducido por sustancias

Este trastorno es el resultado directo de una sustancia tóxica, incluidas las sustancias de abuso, fármacos, tóxicos y alcohol, entre otros. El cuadro clínico varía según la sustancia implicada, los déficits cognitivos revierten cuando se interrumpe el consumo de dicha sustancia. Cabe mencionar que los síntomas de ansiedad no se presentan exclusivamente durante el delirium(51).

Algunos trabajos ponen de manifiesto la importante relación existente entre el consumo y el abuso de algunas sustancias y la presencia de problemas de salud relacionados con la ansiedad. Sin embargo, es difícil establecer cuál es el papel específico que juega cada sustancia en el inicio, mantenimiento o

empeoramiento del trastorno específico de ansiedad. Esto se debe a varios motivos: en primer lugar, la mayoría de las sustancias psicoactivas suelen consumirse en asociación con otras, tal como el alcohol y el tabaco (policonsumo). En segundo lugar, se considera que el comienzo del trastorno de ansiedad podría preceder, en muchas ocasiones, al consumo de la sustancia, o simplemente coincidir en el tiempo. En tercer lugar, existen pocos trabajos de investigación concluyentes sobre la provocación de un trastorno de ansiedad por consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, diferentes patologías pueden ir asociadas al trastorno de ansiedad junto al consumo de sustancias. Como consecuencia de esta comorbilidad, se hace aún más complicado establecer la relación directa entre la sustancia y cada problema en particular(52).

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial se debe considerar otros trastornos de ansiedad y trastornos del estado de ánimo que suelen acompañarse de síntomas ansiosos. Los trastornos de personalidad y simulación también deben tomarse en cuenta particularmente en algunos servicios de urgencias(53).

Debido a la alta incidencia de trastornos mentales comórbidos, la evolución y pronóstico son difíciles de predecir. Se debe descartar otras patologías médicas que puedan simular o bien presentar síntomas psiquiátricos ya sea por su fisiopatología como tal o bien debido a los tratamientos de las mismas. Lo anterior es de suma importancia, ya que estas condiciones podría representar un riesgo inminente de muerte en algunas ocasiones o bien una patología de fondo que se debe tratar(50).

Consecuencias

Muchos trabajos publicados refuerzan las conclusiones sobre la deficiente calidad de vida que caracteriza a las personas con algún trastorno de ansiedad y hacen hincapié en la incapacidad que la ansiedad crónica no tratada ocasiona(41).

Un estudio internacional sobre carga de global de la enfermedad, los trastornos de ansiedad representan el 14.6% (11.2-18.4) de Años de Vida Ajustados por la Discapacidad (DALYs). Los DALYs combinan los años potenciales de vida perdidos más los años vividos con discapacidad dentro del proceso salud enfermedad(54).

Tratamiento

El tratamiento farmacológico tiene como objetivo aliviar los síntomas, prevenir las recaídas y evitar las secuelas, con la mayor tolerabilidad posible hacia la medicación. De forma concomitante, los pacientes pueden recibir algún tipo de psicoterapia los cuales han reportado resultados satisfactorios en algunos estudios(55) (56) (57) (58) (59).

Teoría inflamatoria de la Depresión y de la Ansiedad

Existe evidencia de la relación de la inflamación con los trastornos depresivos debido a la alta relación en las tasas de enfermedades inflamatorias con este tipo de trastorno mental, a que un tercio de los sujetos deprimidos presentan elevación de biomarcadores periféricos y que los pacientes tratados con citoquinas tienen más riesgo de desarrollar un TDM(60). Los efectos conductuales de las citoquinas, involucra señales de inflamación en el cerebro que resultan en cambios en los sistemas de las monoaminas, el glutamato y los neuropéptidos, así como una disminución en los factores de crecimiento como el factor neurotrófico derivado del cerebro. El efecto inflamatorio de las citoquinas, pueden fungir como mediadores ambientales (por ejemplo en la obesidad, el trauma infantil, el estrés y en las alteraciones en el sueño) y genéticos (por ejemplo, genes de polimorfismos funcionales); y ambos factores contribuir al desarrollo de la Depresión(61).

La Diabetes Mellitus así como otras enfermedades crónicas, tienen la característica que activan la respuesta inflamatoria y la expresión generalizada de ésta(60) (61).

El modelo de estrés se inicia con la desregulación que existe en el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA), la liberación de mediadores inflamatorios y la respuesta cerebral a los mismos.

La corticotrofina liberada desde el núcleo paraventricular del hipotálamo estimula a la hipófisis para la producción de la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) la cual estimula la liberación de glucocorticoides desde la corteza de las glándulas suprarrenales a la circulación. Este proceso es regulado a través de una retroalimentación negativa. Los estímulos emocionales alcanzan el eje a través de la vía de la amígdala

y desciende a través de otra vía del prosencéfalo. La amígdala ejerce control excitatorio sobre el hipotálamo y estimula el eje Hipófisis-Hipotálamo-Adrenal (HHA), lo cual incrementa los niveles de cortisol en forma de una retroalimentación positiva para volver a estimular finalmente la amígdala. El hipocampo ejerce un control inhibitorio sobre el eje HHA, por lo que la estimulación del cortisol en el hipocampo actúa en retroalimentación negativa para inhibir finalmente este eje. La vía de retroalimentación negativa sobre el eje HHA es también ejercida en la corteza dorsomedial prefrontal y en la corteza prelímbica, por lo que la activación de estas áreas por estímulos emocionales puede también mejorar el control sobre el eje HHA (60) (61).

Los estímulos estresantes pueden ser de tipo físico y psicológico; tanto el estrés físico como el estrés psicológico inducen respuestas equivalentes en el organismo y pueden presentarse de manera aguda o crónica.

Mediante este mecanismo, se puede explicar los efectos que se observan en el organismo cuando existe un factor estresante agudo. Se inicia una respuesta adaptativa consistente en la producción por las células del sistema inmunitario de citocinas proinflamatorias junto con la liberación de hormonas como el cortisol y la hormona liberadora de corticotropina, sustancias mediadoras de la inflamación, y una cascada de neurotransmisores que propician en conjunto alteraciones conductuales para poder enfrentar el estímulo estresante. Las citocinas tienen la función de modular la actividad celular en la respuesta inflamatoria, el efecto de las citocinas a nivel del sistema nervioso central depende de la concentración, siendo sus efectos sistémicos y conductuales al alcanzar una concentración de más de 10 nM interactuando con los receptores a nivel del sistema

nervioso central especialmente en el hipocampo e hipotálamo (regiones anatómicas de parte del sistema límbico) (60) (61).

Se han propuesto cuatro hipótesis de cómo es que las citocinas causan efectos sobre el cerebro: a) la primera habla de la difusión pasiva de las citocinas en los sitios circuloventriculares carentes de barrera hematoencefálica; b) la segunda hipótesis se refiere a la existencia de receptores específicos en la barrera hematoencefálica que al unirse con la citocina homóloga en el endotelio vascular cerebral inducen la generación de óxido nítrico y prostaglandinas que a su vez estimulan la secreción in situ de citocinas por los astrocitos y la microglía; c) otra hipótesis, menciona que existen transportadores para las citocinas que permiten el cruce de la barrera hematoencefálica y d) finalmente, que existen transportadores de citocinas a través de las terminaciones nerviosas aferentes vagales desde sus sitios de producción hasta el cerebro (60) (61).

Otros hallazgos para sustentar la teoría inflamatoria es que la exposición crónica de los glucocorticoides causa neurotoxicidad; algunos estudios preclínicos han mostrado que las células granulares del hipocampo son particularmente sensibles a estos efectos, lo que lleva a una pérdida inicial de los receptores de glucocorticoides en las células granulares del hipocampo con la consecuente desinhibición del eje HHA y un incremento en la estimulación de corticoides. Así, la exposición prolongada afectará la granulación de la función celular y una hiperestimulación a través de la activación de otros sistemas como los sistemas glutamatérgicos que se tornan severos: eso incluye una hiperactivación de enzimas dependientes de calcio llevando a una producción de neurotoxicidad a través de radicales libres; una disminución del transporte de glucosa a

la célula con la consecuente pérdida de la capacidad energética y una disminución en la producción del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) lo cual provee soporte trófico a la estructura y función celular. La combinación de los efectos anteriormente mencionados causa atrofia de las dendritas apicales y al final una muerte de células granulares. Así como de manera prolongada alteraciones funcionales en la memoria declarativa.

Se ha observado que altos niveles de glucocorticoides también promueven la liberación de citocinas proinflamatorias de macrófagos y células de la glía lo cual contribuye a la desensibilización de los receptores de las células granulares (60) (61).

Relación de los Trastornos Depresivos y Ansiosos con la Diabetes Mellitus tipo 2

El analizar los estudios neurobiológicos de los trastornos depresivos y ansiosos, nos permiten evaluar la estrecha relación que existen con las enfermedades crónicas y degenerativas como la diabetes. Esta relación ha llamado la atención de varios investigadores por lo que han reportado una serie de estudios que a continuación se mencionan.

La comorbilidad entre la Depresión y las enfermedades crónicas como la diabetes, se ha reconocido en países desarrollados, demostrando que hay un incremento en el riesgo de presentar Depresión mayor en personas con una o más enfermedades crónicas. Desafortunadamente en países en vías de desarrollo existen pocas investigaciones en donde se muestre esta relación; dado el incremento de las enfermedades crónicas y el alto riesgo de presentar Depresión, se requieren estudios que demuestren esta relación y que permitan un control óptimo en ambos casos.

Por lo menos 40% de las personas con diabetes presentan Depresión y/o Ansiedad en algún momento de su vida. Por tanto, estas enfermedades requieren de investigaciones que permitan una atención que incluya los aspectos de salud mental para implementar políticas de salud y tratamientos integrales para su detección y atención(62).

Varios autores(62) (63) (64) (65) señalan que la prevalencia de la Depresión en adultos con diabetes es casi tres veces más que en individuos sin diabetes (RM=2.9, 95% CI 1.6-5.5). La Depresión se ha asociado con cifras altas de hiperglicemia y sus complicaciones; asimismo, sugieren que la Depresión tiene un impacto negativo en el control glicémico.

En un Meta-análisis, reporta que la Depresión incrementa el riesgo de padecer diabetes tipo II en un 37%(5) y que existe una relación entre Depresión y pobre control de la glucosa(66) (67).

En la Encuesta Mundial de Salud (World Health Surveys) (68), representada por 60 países de todos los continentes, encontraron una prevalencia de 9% a 23% de sintomatología depresiva en personas que tenían entre una y dos enfermedades crónicas. Los pacientes con diabetes tuvieron una prevalencia de 9.3%, sin embargo, la discapacidad de las personas con Depresión y diabetes fue más alta, que la comorbilidad de Depresión con otras enfermedades crónicas. Los autores señalan la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento de la Depresión para disminuir la carga en salud que representa este trastorno, por lo que se requiere que los pacientes se diagnostiquen y se atiendan en el primer nivel de atención.

La presencia de enfermedades crónicas por sí solas generan una calidad de vida pobre en las personas que la padecen, y si estas se asocian a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, se incrementa la discapacidad así como la mala calidad de vida, sin contar con la baja productividad que presentan dichos pacientes(68).

Se ha demostrado que la Depresión es más frecuente en pacientes diabéticos, sin embargo, la ansiedad subclínica se reportó en 41.3%.

Respecto al género, se observaron altas prevalencias de Depresión y ansiedad en pacientes diabéticas mujeres(69). La Depresión se asocia con hiperglicemia y con complicaciones relacionadas con la diabetes, entre ellas la alta mortalidad. Las evidencias sugieren que hay un impacto negativo en el

control glicémico, los nativos americanos diabéticos, presentan 3 veces más posibilidades de tener Depresión(70).

En México, en un estudio realizado por Garduño y cols. (1998) (71), se encontró una prevalencia de Depresión del 46% en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, y fue más común en mujeres con una duración de Diabetes mayor a 3 años. Otro autor reportó que los individuos con Diabetes Mellitus con un mejor control glicémico tuvieron menos síntomas psicológicos, mejor estado de ánimo y mejor calidad de vida(72).

En un estudio de 450 pacientes mexicanos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, se encontró que el 63% presentaban Depresión(73), mientras que en otro estudio realizado en el primer nivel de atención, reportó 47% de Depresión y 51% de ansiedad(74).

Es importante identificar también, otros factores que influyen en el control de la diabetes ante la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en estos pacientes. El costo de la atención es mayor en los pacientes en donde los síntomas emocionales y la diabetes co-existen, por tanto es necesario reconocer que tanto la Depresión como la ansiedad, en pacientes diabéticos son factores de riesgo(5) (70).

Conclusiones parciales

Existe una evidencia importante de estudios que asocian la diabetes con los síntomas depresivos y ansiosos; efectivamente, no se puede saber cuál de ellos inició primero, o si uno desencadena la aparición del otro; pero esta relación, invita a la reflexión y a su estudio desde otras perspectivas.

Intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas en el primer nivel de atención

Tradicionalmente, el abordaje de los trastornos mentales tanto en el primer nivel de atención como en otros niveles ha sido farmacológico; sin embargo, en la atención primaria dicho abordaje ha tenido sus limitaciones por diversos factores, por lo que se ha sugerido la atención mediante tratamientos No farmacológicos como son las intervención psicoterapéuticas y psicosociales.

Desde hace siglos se ha reconocido el efecto que tiene la psicología sobre la Depresión; así, los médicos griegos utilizaban el "entrenamiento de la mente" como antídoto para la Depresión. A lo largo de los años, se han propuesto muchos tipos de intervenciones, pero es a partir de los 90's que se reportan ensayos clínicos controlados y aleatorizados para evaluar su eficacia(75). A continuación, se presentarán algunos de los enfoques terapéuticos más utilizados y con mayor evidencia dentro de la atención primaria.

Tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS)(76) como instituciones públicas y privadas(77)(78)(79)(75)(80)(81)(82) han propuesto una serie de intervenciones psicosociales y psicológicas comunitarias para el primer nivel de atención; sin embargo, la Terapia Cognitivo Conductual, la Terapia Interpersonal y la Terapia de Solución de Problemas, son los 3 tipos de intervenciones más estudiadas y con más altos niveles de evidencia.

Todas las psicoterapias tienen sus pros y contras, así como diversas variables que condicionarán el resultado:

VARIABLES DE TERAPEUTA. Los terapeutas tienen su propia personalidad, así como valores y creencias sobre la Depresión, esto puede afectar el resultado del tratamiento(75).

Factores de empatía. Se refiere al entendimiento de los roles de las alianzas y relaciones terapéuticas como el apoyo y la seguridad social las cuales tendrán un gran porcentaje en los resultados. Existen pocos ensayos clínicos respecto a las características de los terapeutas o de la capacidad de crear una buena relación terapéutica(75).

Variaciones en la forma de dar el tratamiento psicológico. Los tratamientos pueden variar considerablemente en el modo en que se dan; esto dependerá del individuo, su estado civil, familia y grupo al que pertenece(75).

Variaciones del trastorno. Habitualmente, el tratamiento se centra en el síntoma, pero éste dependerá del tipo de Depresión, de su severidad, cronicidad y resistencia al tratamiento(75).

Variaciones en la duración de la terapia. Decidir el número de sesiones que debe recibir un paciente es complicado. Barkham, reportó que dar 8 sesiones de terapia cognitivo conductual o interpersonal, genera mayores cambios que recibir 16 sesiones; sin embargo, los cambios dependerán del tipo de síntomas, por ejemplo, el distres contra el auto-criticismo parece tener diferente curso de tiempo(75).

Variaciones del paciente. Algunos pacientes presentan cambios rápidos mientras otros responden más lentamente. Las razones de esta diferencia van desde la personalidad del paciente hasta factores culturales(75).

Reclutamiento. El reclutamiento de los pacientes es diferente si se trata de un reclutamiento mediante medios de comunicación

o por la vía rutinaria de la referencia; ambos grupos pueden comportarse diferente debido a las expectativas generadas en la terapia(75).

Así pues, estos aspectos deben ser considerados al aplicar una intervención y ser mencionadas como ventajas o desventajas de la terapia.

A continuación se describirán las diversas intervenciones psicosociales y psicoterapéuticas, pero, se hará énfasis en la Terapia de Solución de Problemas debido a que es la intervención de interés para el presente proyecto. Al final de este capítulo se hará un breve análisis de todas las intervenciones y la justificación para aplicar la TSP en este proyecto de investigación.

Intervenciones psicosociales

1. Intervención Psicoeducativa

La CENETEC (2009), plantea a la psicoeducación como parte fundamental del tratamiento psicosocial. Consiste en proporcionar al paciente y sus familiares información específica acerca del trastorno, así como entrenamiento de técnicas de afrontamiento; sugiere que desde la primera intervención se debe brindar al paciente y sus familiares información sobre el trastorno, sus causas, pronóstico, tratamiento, metas, efectos colaterales y duración del tratamiento farmacológico(83).

2. Grupos de ayuda mutua

Otro tipo de intervenciones psicosociales, es la formación de grupos de ayuda mutua liderados por enfermeras, trabajadoras sociales u orientadores capacitados(83).

3. Terapia Cognitivo Conductual Computarizada

Se trata de la Terapia Cognitivo Conductual al cual, algunos pacientes, han encontrado útil recibirla mediante la computadora reportando mejoría clínica similar a la terapia cara a cara(75).

4. Guía de Autoayuda

Consiste en proporcionar material escrito apropiado y de apoyo por parte de los profesionales de la salud quienes introducen programas de autoayuda y revisan el progreso y los resultados. Se les hace llegar una serie de manuales realizados para tal efecto. Esta intervención puede durar de 6 a 10 semanas incluyendo el seguimiento(75).

La Guía de Autoayuda se define como una intervención auto-administrada diseñada para la Depresión, haciendo uso de libros o manuales de autoayuda basadas en la evidencia y diseñados específicamente para este propósito(75).

Existe evidencia clínica de su eficacia respecto a sujetos en lista de espera como controles para reducir los síntomas depresivos, pero no comparado con la Terapia Cognitivo Conductual(75).

5. Programas de actividad física

El efecto del ejercicio sobre la salud mental ha sido investigado desde hace varios años existiendo cada vez más grupos que evalúan su efecto para el manejo de la Depresión. Se ha propuesto muchos mecanismos por los cuales el ejercicio afecta positivamente a la Depresión. El practicar ejercicio de forma regular es visto como una virtud; el paciente deprimido que hace ejercicio regularmente puede, como resultado, obtener

una retroalimentación positiva de sentirse mejor en comparación a la gente que no lo hace, por lo que incrementa su sentido de autoestima. El ejercicio puede actuar como una diversión que aleja los pensamientos negativos, o bien, el contacto social, junto con la actividad física puede tener efectos fisiológicos sobre las concentraciones de endorfinas y monoaminas(75).

Los estudios clínicos de sujetos deprimidos que hacen y que no hacen ejercicio, es controversial, ya que algunos sugieren resultados favorables hacia el ejercicio, y otros no encuentran ninguna diferencia entre ambos grupos(75).

También se han reportado estudios entre sujetos que toman antidepresivos y realizan ejercicio, así como psicoterapia más ejercicio, y no existe evidencia de una mejora clínicamente significativa a favor de quienes hacen ejercicio(75).

Intervenciones psicoterapéuticas en atención primaria

Terapia Conductual (TC)

Introducción.

La Terapia Conductual (TC) de la Depresión evolucionó de la teoría del aprendizaje que considera 2 tipos: El aprendizaje instrumental u operante y el condicionamiento clásico. La primera se refiere a que el paciente deprimido adquiere conductas de daño y de reforzamiento de dicha conducta; esto resulta en pocas conductas positivas de recompensa empeorando los síntomas. Así la terapia se centra en la activación conductual, empoderando al paciente a desarrollar más conductas enfocadas en la recompensa. La terapia incluye enseñar a relajarse, resolver problemas y motivarlo a actividades placenteras. También implica ser tolerante y aceptar ciertos sentimientos y situaciones(75).

Definición.

La TC se define como una intervención psicológica estructurada, de tiempo limitado, derivado del modelo conductual de los trastornos afectivos donde el paciente y terapeuta trabajan conjuntamente para identificar los efectos de las conductas sobre los síntomas concurrentes, sobre las emociones y las áreas problemáticas. También busca reducir los síntomas y las conductas problemáticas a través de reforzamiento conductuales para reducir la evitación, la exposición, realizar actividades planeadas, activación conductual y el incremento de conductas positivas(75).

Nivel de evidencia.

Existe poca evidencia de que la TC sirva para el tratamiento de la Depresión en comparación a otras psicoterapias(75).

Consejería no directiva

Fue desarrollada por Carl Rogers quien pensaba que las personas podían curarse por sí mismos, resolver sus problemas y crecer si se creaban las condiciones adecuadas. Esto incluía tener un sentido positivo, autenticidad y empatía. A los consejeros se adiestra para que enseñen a los pacientes a escuchar y reflexionar sobre sus pensamientos y sentimientos(75).

La consejería se define como una intervención psicológica, discreta y de tiempo limitado en la cual el foco de atención se centra en la reestructuración de la relación terapéutica y en determinado tiempo(75).

En cuanto al nivel de evidencia, existen estudios que muestran cierta efectividad, pero con insuficiente evidencia en el seguimiento(75).

Psicoterapia psicodinámica breve

La Psicoterapia psicodinámica se deriva del psicoanálisis poniendo especial atención en las acciones de la dinámica; por ejemplo, qué lleva a una persona a la agresión(75).

Definición.

Es una intervención psicológica derivada del modelo psicodinámico/psicoanalítico en el que el terapeuta y el paciente exploran y hacen introspección (Insight) dentro de los conflictos y cómo estas están representadas en las relaciones y las situaciones cotidianas incluyendo la relación terapéutica (Transferencia y contra-transferencia). Esto lleva al paciente a explorar sus sentimientos y sus conflictos conscientes e inconscientes los cuales se interpreta y se trabaja con los conflictos del pensamiento. No es una terapia directiva ni se centra en las destrezas aprendidas(75).

Nivel de evidencia.

Existe insuficiente evidencia para determinar que la psicoterapia psicodinámica es clínicamente significativa en comparación con la Terapia Cognitivo Conductual y con los antidepresivos(75).

Terapia enfocada en la pareja

Los terapeutas notaron que una conducta crítica de la pareja puede desencadenar un episodio, mantenerlo o exacerbar la recaída a largo plazo. La terapia centrada en la pareja se centra en el malestar de las parejas y les enseña destrezas interpersonales y de comunicación para incrementar la satisfacción con la pareja. Ha sido utilizada en hombres y mujeres con dificultades en las relaciones íntimas, en personas

que sufrieron agresión física así como en predecir Depresión tanto en hombres como en mujeres(75).

La terapia centrada en la pareja se define como una intervención psicológica de tiempo limitado derivada del modelo de los procesos interaccionales de la relación de pareja en donde la intervención tiene el objetivo de ayudar a los participantes a entender los efectos de sus interacciones sobre el otro como factor del desarrollo y mantenimiento de los síntomas y los problemas(75).

El objetivo es cambiar la naturaleza de las interacciones de manera que puedan desarrollar mayor soporte y menos relaciones conflictuales(75).

En cuanto al nivel de evidencia, existe resultados favorables y clínicamente significativos para el control y reducción de los síntomas depresivos; sin embargo, no es mejor que la Terapia interpersonal o cognitivo conductual(75).

Terapia Cognitivo Conductual (TCC)

Introducción.

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para la Depresión, fue desarrollada por Beck en los 50's. Originalmente se centraba en los estilos conscientes del pensamiento y en el razonamiento de las personas deprimidas. Un aspecto importante de la TCC es que la persona deprimida aprende a reconocer sus patrones de pensamiento negativo y a re-evaluarlos. La técnica requiere que la persona re-evalúe su pensamiento y sus conductas; a esto se llama "trabajo en casa".

La terapia no se centra en los conflictos inconscientes, la transferencia ni la interpretación como lo hace la terapia

psicodinámica. La TCC no es estática y ha ido evolucionando y cambiando a lo largo de los años. Por ejemplo, las terapias cognitivas para la Depresión se centran actualmente en esquemas basados en enfoques. Así, la TCC tiene nuevos "ingredientes" como es la activación conductual, las destrezas para modificar los pensamientos automáticos, los cuales pueden ser efectivos para alterar los pensamientos negativos(75).

Definición.

LA TCC es definida como una intervención psicológica estructurada, discreta, de tiempo limitado, derivado del modelo cognitivo conductual de los trastornos afectivos en el que el paciente trabaja estrechamente con el terapeuta para identificar los tipos y efectos de los pensamientos, creencias e interpretaciones comunes de los síntomas, estados de bienestar y áreas problemáticas(75).

El paciente desarrolla destrezas para identificar, monitorear y luego atacar los pensamientos problemáticos, las creencias e interpretaciones relacionadas con los síntomas. También aprende un repertorio de habilidades apropiadas para los pensamientos, creencias y áreas problemáticas(75).

Niveles de evidencia.

Existen varios estudios y meta-análisis de la efectividad de la TCC para el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor colocándolo como el tratamiento psicoterapéutico de primera línea para el manejo de la Depresión leve, moderada y severa, así como tratamiento de mantenimiento. Existen estudios con antidepresivos mostrando adecuada efectividad, así como un menor riesgo de recaídas en comparación con el placebo(75).

También ha sido comparada con otras intervenciones terapéuticas, con resultados clínicamente significativos(75).

Su uso se ha extendido a otras patologías como los Trastornos de ansiedad, Trastorno por estrés post-traumático, enuresis en niños, y otros, con resultados satisfactorios a 21 semanas de tratamiento.

Nivel de atención en que se aplica.

Los estudios iniciales de la TCC fueron aplicados en centros de investigación. Actualmente, es una técnica muy difundida y que ha demostrado alta eficacia para ser aplicada en el primer nivel de atención.

Nivel de intensidad a la que pertenece.

La TCC es un tipo de intervención de alta intensidad; puede ser utilizada en depresiones leves, moderadas y severas (en ésta última acompañada de antidepresivos). El número de sesiones es variable pero va de 6-12 meses(79) (80).

Quienes pueden aplicar la TCC.

Para su aplicación, los profesionales interesados deben de recibir una capacitación formal mediante un curso o diplomado al respecto. El perfil de los terapeutas debe ser preferentemente de un profesional del área de la salud; sin embargo, existen sociólogos y antropólogos que recibieron dicha formación(79) (80) (75).

Ventajas y desventajas de la TCC.

Efectivamente, una de las grandes ventajas que tiene la TCC sobre el resto de las intervenciones terapéuticas es que existen muchos estudios de su aplicación y buena respuesta para el

manejo de la Depresión y de otros trastornos mentales; es una técnica que se ha utilizado desde los 50's y que se ha nutrido y modificado al pasar de los años de otras intervenciones, lo que ha generado que se extienda su uso. Al ser una técnica estructurada, es ideal para el tratamiento de la Depresión en el primer nivel de atención; asimismo, el hecho de que los terapeutas preferentemente deben de ser profesionales permite inferir (aunque no hay reportes respecto a las características de los terapeutas) que habrá una buena respuesta, así como mayor apego a la técnica.

Las desventajas, curiosamente, pueden ser las mismas que las ventajas. Al ser una técnica que requiere una formación formal (y esto no significa que el resto de las terapias no lo requieran), y por lo tanto limitada a personas con alguna profesión, no permite que se extienda y generalice su aplicación, especialmente en los centros del primer nivel de atención. Otra limitación para ser utilizado en la atención primaria, es el tiempo de trabajo terapéutico, el cual es de más de 6 meses para obtener algún resultado satisfactorio y de mantenimiento; se sugiere que una intervención, cualquiera que sea, debe ser lo más corto posible para obtener los mejores resultados(84). Finalmente, la TCC, no llega a ser costo efectiva a largo plazo lo que lo hace poco factible de ser utilizada en el primer nivel de atención(75).

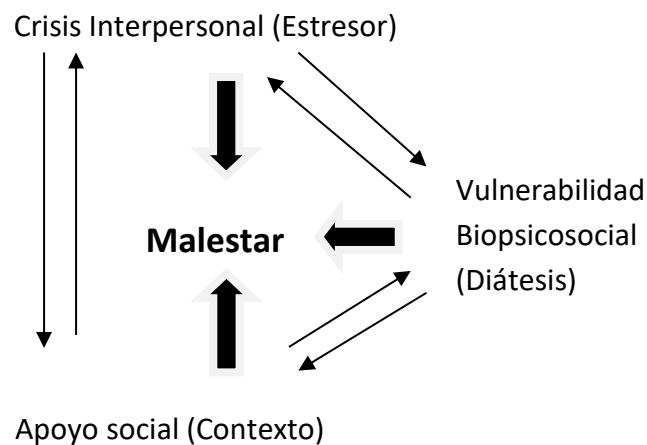
Terapia Interpersonal

Introducción.

La Terapia Interpersonal (TIP), es un tipo de psicoterapia breve que se desarrolló en los años 1970's para el tratamiento ambulatorio de pacientes con Trastorno Depresivo Mayor. La TIP se centra en las relaciones interpersonales que tiene el sujeto

con su medio social inmediato. El objetivo de la TIP es la resolución de síntomas, mejorar el funcionamiento interpersonal e incrementar el soporte social del sujeto(85).

La TIP se basa en el Modelo de Malestar Psicológico mediante la Triada Interpersonal: estresor, diátesis y contexto. La premisa de la TIP es que el malestar interpersonal está conectado con los síntomas psicológicos, por lo que un evento estresante agudo (llamado estresor), iniciará con este proceso; de forma simultánea, se activarán las vulnerabilidades biopsicosociales del paciente (vulnerabilidad genética para la enfermedad, temperamento, estilos de vida y personalidad) (llamada diátesis) que son las habilidades del paciente para manejar la crisis, los cuales la pueden modular o exacerbar la crisis. Tanto el estresor como la diátesis interactúan en un ambiente (denominado contexto) que es el apoyo social y las relaciones interpersonales significativas para el sujeto, lo que llevará a la persona a modificar sus habilidades para hacer frente a su malestar(85).



Definición.

La TIP se define como una intervención psicológica estructurada, que dura un tiempo limitado y que se centra en las relaciones

interpersonales. En esta terapia, se trabaja de forma conjunta entre el terapeuta y el paciente identificando las áreas problemáticas relacionadas con los conflictos interpersonales, las transiciones en los roles, los duelos y las pérdidas y sus efectos en los síntomas actuales; de esta forma apoya el terapeuta para que el paciente haga frente o resuelva sus problemas interpersonales(75) (80) (85).

Niveles de evidencia.

Existen varios reportes y meta-análisis de la efectividad del TIP en el tratamiento de la Depresión Mayor colocándolo como el tratamiento psicoterapéutico de primera línea para el manejo de la Depresión aguda y de mantenimiento. Asimismo, reportan su uso con antidepresivos tricíclicos mostrando adecuada efectividad, así como un menor riesgo de recaídas en comparación con el placebo(78) (10) (80).

La TIP ha sido inicialmente utilizada para el tratamiento de la Depresión Mayor, sin embargo, existen estudios de su utilidad en los Trastornos de ansiedad, en la fase depresiva del Trastorno Bipolar, en el Estrés Post-traumático y en el duelo(78) (80).

Nivel de atención en que se aplica la TIP.

Inicialmente, y como parte de su evaluación, la TIP se aplicó en centros especializados y por terapeutas altamente capacitados. Al comprobar su efectividad, se comenzó a difundir su uso en centros de atención primaria. Actualmente, se sugiere que la TIP puede ser aplicada en el primer nivel de atención por el personal de salud previamente capacitado en la técnica(79) (80). Aunque no existen reportes, se propone la

supervisión de la técnica y de los casos por personal del segundo o tercer nivel de atención.

Nivel de intensidad a la que pertenece.

La TIP pertenece a un tipo de intervención de alta intensidad; esto significa que puede ser utilizada en depresiones leves y moderadas de 16 a 20 sesiones durante 3-4 meses; aunque también ha sido reportada su uso en depresiones graves, pero con un número mayor de sesiones por semana (79) (80).

Descripción de la técnica (86).

La técnica de la TIP cuenta con 3 etapas importantes:

- a) La descripción de los síntomas. Durante la TIP, es importante identificar las características de los síntomas del paciente que pueden derivan de mecanismos psicobiológicos y/o psicodinámicos.
- b) Las relaciones sociales e interpersonales, que involucran interacciones de los roles sociales con otras personas y que deriva del aprendizaje basada en la experiencia de la infancia, del reforzamiento social concurrente y de la competencia personal.
- c) Finalmente, evalúa los problemas de carácter y de personalidad del sujeto. Esto involucra rasgos perdurables o continuos de expresiones inhibidas de enojo o culpa, pobre comunicación con personas cercanas al sujeto y problemas con su autoestima.

La técnica se basa en "el aquí y el ahora", trabajando predominantemente en los problemas cotidianos y en los niveles conscientes y preconscientes; aunque se reconocen los factores inconscientes, a estos no les prestan mayor atención la TIP. Las disputas actuales, las frustraciones, ansiedades y los

deseos son evaluados bajo un contexto interpersonal. Las experiencias de la infancia son importantes para la TIP, sin embargo, no se enfatizan en la terapia.

Otro aspecto que se trabaja en esta terapia es la identificación del mantenimiento y del desarrollo de nuevas relaciones las cuales estén disponibles en ese momento y que sean útiles a corto y mediano plazo.

Finalmente, trabajar sobre las reacciones que presenta el sujeto ante los eventos de la vida y la utilidad de los mismos hacia un tipo de crecimiento.

La terapia depende del establecimiento de una relación segura y de una posterior reevaluación del evento y de su significado. El terapeuta deberá ofrecer al paciente soporte terapéutico, evaluación de los eventos, medicación (si es necesario) y permiso para trabajar sobre las emociones y sentimientos del paciente. Este proceso puede durar aproximadamente 20 horas de trabajo terapéutico las cuales se dividen en 20 a 30 sesiones (45 a 60 minutos por sesión semanal). Sin embargo, dependiendo de la gravedad de la Depresión, las sesiones pueden llegar a ser de 2 a 3 veces por semana(86).

Quienes pueden aplicar la TIP.

La TIP requiere de un entrenamiento y certificación para su aplicación; ha sido diseñada para ser utilizada por diversas profesionales: psiquiatras, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales y enfermeras psiquiátricas(86).

Ventajas y desventajas de la TIP.

Cualquier tipo de intervención psicoterapéutica tiene sus pros y contras, sin embargo, la aplicación de una técnica terapéutica

en el primer nivel de atención hace más compleja evaluarlas ya que intervienen otros factores inherentes a la comunidad donde se brindará la atención como el nivel socioeconómico, la cultura, la educación y el personal capacitado para brindar dicha intervención. Sin embargo, los estudios mencionan que las ventajas y alcances que tiene la TIP es que es una intervención de alta intensidad; esto significa que el nivel de evidencia en estudios, principalmente en trastornos afectivos y ansiosos, es de alta efectividad; asimismo, es una de las terapias más estudiadas en el primer nivel de atención lo que le da mayor sustento para su aplicación. Pese a su alto impacto, la TIP tiene sus limitaciones que se refieren al tiempo de su aplicación, ya que la terapia dura de 3 a 4 meses, situación que condiciona a los sujetos a estar muy comprometidos con la terapia para no abandonarla durante los primeros meses. No se han encontrado estudios en Latinoamérica o en poblaciones marginadas en la que se haya utilizado la TIP, su apego al tratamiento y sus resultados, por lo que se desconoce su efectividad. Otra limitante, inherente a la terapia, es que quienes la aplican deben de ser profesionales capacitados durante al menos 6 meses; considerando que dicha intervención se utilizará en atención primaria, ¿quiénes serán los que se deben de capacitar para proporcionar la TIP?, ¿médicos generales, enfermeras, trabajadoras sociales o psicólogos? Considerando que en el primer nivel de atención existe escaso personal, la posibilidad de su aplicación se ve limitada.

Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Introducción.

Otra de las terapias que han sido reportadas en la literatura que se aplican en la atención primaria, es la TSP(87). La TSP

consiste en empoderar al paciente para resolver sus propios problemas cotidianos desde el punto de vista conductual más que cognitivo, lo que le permite trabajar activamente en ello.

Definición.

La TSP es una técnica psicoterapéutica breve y práctica derivada de la terapia cognitivo conductual que se puede llevar a cabo de manera individual o en grupo con técnicas dirigidas a desarrollar habilidades para la solución de problemas de una manera estructurada. Se trata de una intervención breve, cuya efectividad es mayor si el personal que aplica la técnica está bien capacitado. Está documentado que la TSP es una estrategia que puede reproducirse por profesionales en el primer nivel de atención(2) (3).

La TSP presupone que los síntomas disminuyen en la medida que el paciente toma control de sus problemas; realiza una asociación entre los síntomas físicos con los emocionales, por lo que resolviendo sus problemas emocionales, mejorarán los síntomas físicos(88).

Niveles de evidencia.

Diversos estudios han evaluado la eficacia de la TSP en pacientes deprimidos. Catalán y cols. (1991) (89) reportaron un estudio con pacientes deprimidos y ansiosos quienes fueron asignados aleatoriamente para recibir cuatro sesiones de TSP con un psiquiatra, y otro grupo recibió el tratamiento médico habitual. Al final del tratamiento y en el seguimiento de seis meses, los pacientes que recibieron la TSP mostraron una mejora significativa en sus síntomas y expresaron su satisfacción con este tratamiento. Otro estudio en el que la TSP fue aplicada por enfermeras, previamente capacitadas, no encontraron cambios

en sus mediciones clinimétricas a las 8 y 26 semanas de seguimiento; sin embargo, dichos pacientes tuvieron menos ausentismo laboral y solicitaron menos días de incapacidad.

Nivel de atención en que se aplica.

La TSP fue descrita desde los años setentas, basada en la terapia cognitivo conductual, bajo el nombre de *Terapia de solución de problemas* la cual contenía 5 estadios: la orientación del problema, la definición del problema, la generación de alternativas de solución, la toma de decisión y la implementación de la solución. Para los años noventa, lo retoma Mynors-Wallis con el nombre de *Tratamiento para la Solución de Problemas* como una técnica de intervención breve para ser aplicado en la atención primaria(90).

Mynors-Wallis y cols(3), en 1995 prueban la técnica en el primer nivel de atención en pacientes con Depresión grave; los sujetos fueron divididos en 3 grupos: a) pacientes que recibieron TSP, b) pacientes que recibieron amitriptilina y, c) pacientes que recibieron placebo. Los tratamientos se llevaron a cabo en seis sesiones durante 12 semanas. En las semanas 6 y 12 posteriores al tratamiento, la TSP demostró ser igual de eficaz que la amitriptilina, y considerablemente más eficaz que el tratamiento con placebo.

Nivel de intensidad a la que pertenece.

La TSP ha sido comparada con placebo demostrando ser más efectiva que éste a mediano plazo, mientras que los estudios confirmados con antidepresivos mostraron una eficacia similar; por tal motivo esta técnica se considera como de mediana intensidad(87).

Descripción de la técnica.

La TSP consta de 7 etapas las cuales se aplican durante 6-8 sesiones. Las sesiones pueden ser semanales o cada 15 días. La primera sesión dura aproximadamente una hora, mientras que las restantes son de 30 minutos.

Etapas 1. Explicación de la TSP y sus fundamentos.

Etapas 2. Clarificación y definición de los problemas.

Etapas 3. Establecimiento de metas (con la nemotecnia SMART).

Etapas 4. Generación de soluciones.

Etapas 5. Elección de la solución preferida.

Etapas 6. Puesta en práctica de la solución preferida.

Etapas 7. Evaluación de la TSP.

A continuación, se desarrolla cada una de las etapas:

Etapas 1. Explicación de la TSP y sus fundamentos.

El objetivo de esta etapa es de reconocer los síntomas emocionales y los problemas del paciente, estableciendo la relación entre éstos. Se hace la identificación tanto de los síntomas emocionales, como de los problemas del paciente; y se establece su relación; esto se realiza en tres pasos:

A. Reconocimiento de los síntomas emocionales

El primer paso es hacer un recuento de los síntomas emocionales (mentales) y físicos del paciente porque esto ayudará a que él o ella se sientan comprendidos. Esto es necesario para vincular los problemas con los síntomas.

El terapeuta pregunta sobre los síntomas que más le molestan y su rol es de un escucha activa constante, responde con empatía

y hace un resumen de lo que diga el paciente, cuando sea necesario. El paciente puede mencionar síntomas como: tristeza, preocupación, llanto, baja concentración, irritabilidad, desesperanza, insomnio, cansancio, dolor de cabeza, etc.

B. Identificación de los problemas.

Después de haber identificado los síntomas, el segundo paso consiste en establecer el contexto en el que se han desarrollado los síntomas del paciente. Esto puede hacerse, ayudando al paciente a generar una lista de sus problemas, la cual puede elaborarse, preguntando acerca de los problemas potenciales en las diferentes áreas de su vida: Relaciones interpersonales: familiares, pareja, hijos, amigos o compañeros. Problemas en el trabajo o de vivienda. Problemas de salud, consumo de alcohol o drogas, violencia; problemas económicos, legales o algún otro problema.

C. Establecimiento de la relación entre los síntomas emocionales y los problemas.

El tercer paso consiste en explicar al paciente la relación que existe entre sus síntomas y sus problemas, con el propósito de que él o ella puedan comprender que sus síntomas son una respuesta emocional a sus problemas.

El terapeuta procede a explicar al paciente que él o ella pueden enfrentar sus problemas durante el tratamiento y que, si logran esto, la solución de sus problemas ayudará a mejorar sus síntomas.

Una vez que el paciente ha aceptado esta relación y ha decidido trabajar en el problema, el profesional de la salud puede pasar a la segunda etapa. En este punto, es importante hacer énfasis

que el paciente tendrá un rol activo por lo que es importante motivar al paciente.

Etapa 2. Clarificación y definición de los problemas.

El objetivo es seleccionar un problema específico que sea importante para el paciente y que su solución se considera factible.

Después de que el paciente elaboró una lista de los problemas, la siguiente etapa consiste en seleccionar un problema específico que sea importante para el paciente, que el terapeuta y éste consideren que tiene una solución factible, esto ayuda a que sea más fácil pensar en soluciones potenciales.

La definición del problema debe hacerse en la forma más clara, exacta y específica posible, para ello, se aconseja al paciente evitar suposiciones. El terapeuta puede apoyar al paciente haciendo algunas preguntas como. ¿Cuál es el problema?, ¿porqué es un problema?, ¿Cómo se presenta?, ¿Quién está haciendo para que esto será un problema?, ¿Para quién esto es un problema?, ¿Cuándo es más probable que se suscite el problema?, et. La idea es focalizar el trabajo que se va a hacer con el paciente y ayudarlo a clarificar este.

Es importante dividir los problemas grandes en partes más pequeñas y manejables; generalmente el paciente manifiesta diversos problemas relacionados. El terapeuta y el paciente deben examinar estos problemas cuidadosamente y elegir uno o dos de ellos para empezar. La selección de un problema en particular debe regirse por lo siguiente:

a) Que sea importante para el paciente y,

b) Que se puedan establecer metas factibles de alcanzar para resolver dicho problema.

Etapa 3. Establecimiento de metas (SMART).

El objetivo es establecer metas inmediatas y factibles de resolver los problemas; es decir, metas que sean específicas, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos específicos (corto, mediano o largo plazo); para ello se creó la nemotecnia SMART (eSpecífica, Medible, Alcanzable, Relevante y en un determinado T tiempo).

Las metas son frecuentemente más alcanzables si el paciente puede lograrlas solo, sin depender de otras personas. Para determinar las metas que pretende lograr en relación con su problema, es importante que él o ella y el terapeuta exploren suficientemente el problema para asegurarse que lo entienden, el paciente puede utilizar las siguientes preguntas para especificar el problema:

¿Qué quiero hacer acerca del problema?

¿Qué quiero cambiar?

¿En qué quiero ser diferente?, etc.

En esta etapa, también el terapeuta puede apoyarse en la técnica de la Pregunta Milagro, para ayudar al paciente a identificar qué quiere lograr en relación con su problema.

La "Pregunta milagro" consiste en que el terapeuta pregunta al paciente: "Supongamos que esta noche mientras usted se duerme, sucede un "milagro" y los problemas que lo han traído aquí, se resuelven de repente de forma milagrosa. Como usted está durmiendo, no se da cuenta de que sucedió ese milagro. Al despertarse ¿Qué esperaría que sucediera? ¿Qué cosas van a ser

diferentes que lo ayuden a darse cuenta de que ese milagro ha sucedido?".

También es importante que el paciente disfrute de una sensación de logro, casi al principio de la terapia, por ello, es importante identificar las metas que pueden alcanzarse a corto plazo (antes de la siguiente sesión) o a mediano plazo (durante la terapia).

En cuanto a la factibilidad de las metas, es importante tomar en cuenta el grado de control que el paciente puede ejercer sobre el problema. El terapeuta puede apoyar al paciente en reconocer sus recursos: fortalezas, recursos sociales y económicos, apoyo de otras personas como pareja, familiares, amigos, orientador, trabajador social, un sacerdote, etc., grupos de ayuda mutua, etc.

Una vez que se han determinado las metas, pueden pasar a la siguiente etapa.

Etapa 4. Generación de soluciones.

El objetivo de esta etapa es el de identificar posibles soluciones para un problema.

Una vez que se han establecido metas alcanzables, el terapeuta pide al paciente elegir uno de los problemas definidos y generar todas las soluciones posibles, a través de una "lluvia de ideas", bajo las siguientes dos premisas:

- a) Disponer de la mayor cantidad de alternativas de acción, aumenta las oportunidades de identificar soluciones efectivas.
- b) El pensar en múltiples soluciones ayuda al paciente a ser más flexible en su perspectiva sobre la solución de problemas.

En esta etapa, el terapeuta puede explicar al paciente:

1. Que puede generar más soluciones potenciales para obtener mayores oportunidades para identificar mejores soluciones para el problema.
2. Que puede combinar o modificar libremente sus ideas para generar nuevas soluciones posibles.
3. Que, en este momento, no puede juzgar o evaluar las ideas, hasta que el proceso de "lluvia de ideas" haya terminado porque podría descartar anticipadamente soluciones nuevas o buenas.

Por otra parte, si el paciente tiene dificultad para generar posibles soluciones, el terapeuta puede motivar y estimular el pensamiento creativo del paciente, preguntándole ¿cómo considera que otra persona podría responder ante ese problema?, esto ayudará al paciente inhibido a reducir su preocupación respecto a generar ideas que puede creer que no son buenas.

La técnica de "lluvia de ideas" consiste en estimular al paciente en verbalizar todo tipo de ideas que le vengan a la cabeza; es recomendable escribirlas y que, el paciente y/o terapeuta, no hagan un juicio de valor de ninguna de ellas; esta técnica permite al paciente considerar que, para la resolución de un problema, existen varias alternativas, que a veces, no son excluyentes, y que una puede ser mejor que la otra.

Etapa 5. Elección de la solución preferida.

El objetivo es elegir la solución que tiene más ventajas y menos desventajas para el paciente.

Una vez que se tiene una lista de posibles soluciones, el terapeuta anima al paciente a:

1. Revisar las alternativas potenciales para solucionar el problema.
2. Elaborar una lista de los pros y contras de cada una de las opciones o posibles soluciones. En este proceso, puede combinar ideas para crear nuevas soluciones.
3. Examinar si las opciones pueden ser útiles o eficaces, tomando en cuenta que tengan un impacto significativo en el problema; o que tienen ventajas que desventajas en términos de tiempo, esfuerzo, dinero o con problemas emocionales; o que existen más efectos positivos que negativos para él/ella o para otras personas (familia o amigos); que es factible de ponerse en práctica satisfactoriamente; o que son posibles de lograrse las metas a corto o largo plazo.
4. Elegir la solución de su preferencia, siempre que comprenda que es la solución que mejor se adapta a las metas establecidas, tiene más ventajas y beneficios personales o tiene menos obstáculos y desventajas o menos efectos negativos, en relación con otras propuestas.

Para algunos pacientes, esta parte de la terapia es la más difícil de lograr solos, debido a que estos pacientes pueden pensar mucho tiempo sobre las posibles soluciones y no ser capaces de elegir alguna ya sea porque no están seguros o porque sienten que pueden fracasar.

Etapa 6. Puesta en práctica de la solución preferida.

El objetivo es elaborar un plan de acción para implementar la solución elegida. Para ello se debe de planear su implementación para asegurar que las buenas intenciones sean trasladadas a la acción.

Si el paciente está dispuesto, el terapeuta puede ayudarlo a elaborar un plan de acción, dividiendo el proceso en una serie de pasos sencillos y específicos para lograr el objetivo. Para facilitar la elaboración del plan pueden usarse las preguntas siguientes: ¿Qué necesita hacerse?, ¿Dónde hacerse?, ¿Cuándo hacerse?, ¿Cómo se hará?

En el plan de acción para poner en práctica la solución, el paciente puede identificar las tareas que puede o no realizar y el terapeuta puede ayudarlo a practicar o ensayar alguna de las tareas (entrevista, confrontación, etc.).

El paciente debe contar con una lista precisa de las tareas que debe realizar en casa, el terapeuta debe asegurarse que esas tareas sean las que requiere la implementación de la solución. Al finalizar esta etapa, el paciente debe tener un conjunto de tareas (de preferencia escritas), asignadas para completar las sesiones de la terapia.

En la siguiente sesión, el terapeuta debe revisar la puesta en práctica con el paciente para reforzar este paso.

Etapa 7. Evaluación de la TSP.

El objetivo de esta última etapa es evaluar si la solución aplicada resolvió el problema y si se lograron las metas planteadas.

En esta etapa, el paciente y el terapeuta evalúan el resultado de la solución para el problema elegido, inmediatamente después de haberla puesto en práctica. El proceso de evaluación implica lo siguiente:

Verificar la realización de las tareas asignadas para implementar la solución.

En caso de que las tareas no se hayan cumplido satisfactoriamente, es importante identificar las causas, por ejemplo:

- Falta de comprensión del paciente en la tarea específica.
- Falta de motivación del paciente para realizar las tareas.
- Falta de compromiso del paciente para trabajar en el problema.
- La solución del problema elegido no es factible de resolverse en ese momento, etc.

Verificar el logro de metas a corto plazo.

Verificar si se lograron las metas, en caso contrario, reflexionar si las metas fueron poco realistas e identificar qué obstáculos se encontraron.

Verificar el resultado de la solución elegida y puesta en marcha.

Si la solución funcionó o tuvo un resultado positivo, el terapeuta le pide al paciente reflexionar sobre aquellos factores que influyeron para que el resultado fuera exitoso y lograr la meta deseada. También le sugiere tomar en cuenta cuándo puede usar nuevamente dicha solución.

Si la solución no funcionó, el terapeuta le pide al paciente reflexionar en los factores que influyeron para que no funcionara la solución y utilizar esa información para redefinir el problema.

Verificar por qué la solución elegida No fue puesta en práctica.

El terapeuta debe preguntar al paciente por qué no fue posible implementar la solución, después decidirán juntos si el problema necesita ser redefinido, considerando los obstáculos para la puesta en práctica de ciertos tipos de soluciones.

Reconocer los obstáculos enfrentados.

El terapeuta pregunta al paciente qué obstáculos o problemas no previstos surgieron durante la implementación de la solución.

Vincular las tareas realizadas con la reducción de síntomas.

El terapeuta pregunta al paciente cómo se siente, después de participar activamente en todas las etapas de la Terapia de Solución de Problemas.

En esta etapa, el terapeuta puede utilizar la Escala de Avances, para verificar si la intervención avanzó en la dirección correcta. El terapeuta pregunta al paciente: "En una escala de 0 a 10, en dónde 0 sería el momento en que iniciamos la terapia y 10 sería el momento al que queremos llegar ¿En qué número se encuentra en este momento?"

Independientemente del resultado, el paciente debe recompensarse con alguna actividad o regalo, por haber propuesto, seleccionado e implementado una solución a uno de sus problemas que le preocupaban. Asimismo, se le anima a poner en práctica esta técnica en otros problemas que tiene o tendrá futuro.

Ventajas y desventajas de la TSP.

Así como las anteriores terapias reportadas, la TSP tiene sus ventajas y desventajas inherentes a la técnica. Sin embargo, la TSP se distingue del resto en ser una intervención de muy corta duración, empoderando al paciente para resolver sus propios

problemas. Así como la TCC y TIP, actúa en "el aquí y el ahora" pero directa y específica sobre un solo problema, de manera que capacita al paciente para afrontar de forma positiva los sucesos de la vida diaria; el paciente es un ente activo en el tratamiento y que toma las riendas de su vida. Las limitaciones de la TSP es que es una intervención de baja intensidad y con pobre evidencia de sus resultados a largo plazo, poco estudiada y con pocos estudios de seguimiento de su persistencia en el tiempo.

Resumen de las intervenciones psicosociales

Tipo de intervención psicológica	Definición	Duración y nivel de intensidad
Terapia Cognitivo Conductual (TCC) (75) (79) (80)	Parte del principio de que los síntomas son distorsiones cognitivas y conductuales que se desarrollan por creencias de los sujetos que la padecen	6-12 meses. Alta intensidad
Terapia Interpersonal (TIP) (75) (79) (80)	Se centra en las relaciones interpersonales bajo una intervención psicológica breve de tiempo limitado	16-20 sesiones semanales. Alta intensidad
Terapia de Solución de Problemas (TSP) (87) (88) (90)	Hace la relación entre síntomas y problemas del paciente, por lo que en la medida que los problemas se mejoren, los síntomas disminuirán	6-8 sesiones semanales. Mediana intensidad

Justificación de la utilización de la TSP

Una vez que se revisaron todas las técnicas psicoterapéuticas que se utilizan en la atención primaria, se puede observar que

la TCC y la TIP son las más utilizadas, las que presentan mayores estudios y evidencia, y las que muestran los más altos niveles de intensidad. Ante estos resultados, ¿por qué utilizar la TSP? Existen algunos puntos muy importantes y relevantes para considerar a la TSP como una técnica psicoterapéutica adecuada para ser utilizada en el primer nivel de atención: 1. La TSP no requiere una larga capacitación que dure varios meses, situación que es evidente ventaja con las otras técnicas; el tiempo promedio de entrenamiento es de una a dos semanas. 2. Los profesionales de la salud que fungen como terapeutas o facilitadores u orientadores, puede ser cualquier tipo de personal; la TSP no exige un terapeuta con nivel de licenciatura o con formación en psicología clínica, o con varios años de experiencia en el manejo de grupos o de pacientes en la atención primaria, solicita compromiso e interés para "ayudar al otro", ser empático y sensible a las necesidades del paciente; las características del terapeuta de TSP son similares al de un psicólogo clínico o psiquiatra, pero sin su alta especialización, es decir, contar con ciertas habilidades de comunicación y tener interés; al igual que en cualquier técnica psicoterapéutica, el terapeuta de TSP deberá aplicar adecuadamente la técnica siguiendo los pasos que la compete. 3. Otro aspecto relevante y que diferencia la TSP del resto de las psicoterapias, es la duración; la TSP dura 6-8 sesiones las cuales se llevan a cabo en 2 meses, esto lo hace dinámico y propicia que se consigan cambios a corto plazo. 4. La TSP trabaja con objetivos específicos y concretos lo que genera que el paciente debe trabajar activamente para resolver sus problemas y mejorar sus síntomas. 5. Si bien no existen estudios de costo-efectividad, la TSP es una técnica breve que ha demostrado efectividad en cierto tipo de depresiones en la atención primaria.

La TSP es una psicoterapia más dentro del amplio espectro de las terapias, pero es una muy buena alternativa para los países que cuentan con pocos recursos y con altas necesidades debido a su fácil aplicación. El presente estudio, también permitirá evaluar los alcances y limitaciones de esta técnica en la población mexicana.

¿Por qué trabajar con la TSP en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2?

Como se ha señalado previamente, la diabetes mellitus es un problema de salud pública por lo que su tratamiento no sólo debe enfocarse al farmacológico, sino también al nutricional, actividad física y cambios en los estilos de vida. Los pacientes diabéticos consumen, en promedio, 3-4 medicamentos por su enfermedad de base, por lo que muchos de ellos rechazan tomar otros medicamentos como es el caso de un antidepresivo (91) (92); en virtud de esto se han propuesto diferentes intervenciones psicológicas con resultados exitosos, principalmente aquellas en las que permiten que las personas se empoderen y puedan resolver sus problemas, para tener el control y conseguir sus metas por sí mismas. Las intervenciones que se proponen en el primer nivel de atención deben ser breves, efectivas y focalizadas. Los tratamientos conductuales representan un buen modelo para este tipo de tratamientos, ya que han mostrado que son intervenciones con resultados satisfactorios (79) (80).

En las Guías Clínicas (NICE) para Depresión en personas con enfermedades crónicas, se propone la utilización de intervenciones psicosociales, con la indicación de que el personal de salud puede aplicarlas con la capacitación y supervisión debida. Existen evidencias de la implementación de este tipo de terapias para la disminución de síntomas depresivos

y ansiosos, por el personal de salud comunitaria con resultados exitosos lo que abre la oportunidad para que en nuestro país se pueda implementar esta técnica y evaluar sus resultados(63) (62) (62) .

El objetivo de la TSP es empoderar al paciente y, de esta forma, mejorar el apego al tratamiento, así como disminuir los síntomas depresivos y de ansiedad, lo que repercutirá en la estabilización de las variables fisiológicas de la diabetes.

Existen diferentes evidencias acerca de la efectividad de la TSP: un estudio en el que incluyeron a 126 pacientes no insulino dependientes, se les aplicó una Entrevista de Solución de Problemas para Diabetes (DPSI, Diabetes Problem Solving Interview); esta entrevista coloca al paciente en determinadas situaciones donde el entrevistador evalúa las estrategias para resolver problemas que podrían interferir en la dieta, ejercicio y en mantener los niveles de glucosa adecuados. Dichas entrevistas se grabaron para evaluar las destrezas y el uso de diferentes estrategias para resolver problemas que utilizan los pacientes. Los investigadores encontraron que la TSP a corto plazo disminuía pobremente la resolución de los problemas, pero en el seguimiento a 6 meses la solución de los problemas fue significativamente mejor siendo un predictor independiente para cuidar la dieta y hacer ejercicio(93) .

Otro artículo(94) hace una revisión de la literatura sobre el automanejo de la diabetes mencionando que los pacientes no sólo requieren adquirir destrezas para el manejo de su diabetes, sino también que sepan la manera de resolver sus problemas cotidianos que influyen en la adherencia terapéutica y en el autocuidado. El modelo de solución de problemas para el autocuidado de enfermedades crónicas propuesto por Hill sugiere

4 aspectos: a) Destrezas para solucionar problemas; b) orientación para la solución de problemas; c) conocimiento específico de la enfermedad y; d) transferir la experiencia del pasado. Este modelo sugiere que la efectividad de la TSP en pacientes diabéticos reporta resultados favorables en sus niveles de glucosa y en la disminución de los síntomas depresivos, sin embargo, aún existen limitaciones metodológicas que hacen necesario mayores estudios de esta técnica.

Otros estudios señalan que la aplicación de cualquier técnica psicoterapéutica para el manejo de la Depresión en pacientes diabéticos adultos, ayuda al mejor control de la diabetes y a disminuir la mortalidad por secuelas de la enfermedad(95) (96).

En general, se puede concluir que la TSP es una técnica útil para disminuir los síntomas depresivos y para el control metabólico de los pacientes diabéticos, así como para el manejo de otras enfermedades crónicas. Las Guías para el manejo de la Depresión proponen a la TSP como una estrategia para mejorar la sintomatología depresiva y ansiosa(1) (97). Así mismo, las guías internacionales para la atención de enfermedades crónicas también incluyen dentro de sus medidas el uso de algún tipo de terapia(98) (99).

¿Quiénes pueden aplicar la TSP?

Inicialmente, la TSP fue aplicada por psiquiatras, sin embargo, en estudios posteriores, la técnica fue utilizada por médicos generales, enfermeras, médicos residentes de medicina familiar y psicólogos(88,100) (101). La técnica no requiere un tiempo prolongado de capacitación, por lo que la habilidad para su utilización puede adquirirse en pocas semanas. En el presente proyecto, los terapeutas fueron estudiantes del último año de la carrera de medicina quienes estaban realizando su servicio

social dentro de la Ciudad de México. El motivo de elegir a dicho personal se debió a que en estudios previos se observaron varias barreras para la atención dentro del primer nivel, como la falta de personal de salud, saturación de los servicios, pobre o nula capacitación en intervenciones psicoterapéuticas breves, pobre interés en aprender nuevas intervenciones en el primer nivel de atención, falta de insumos (medicamentos antidepresivos), y otros(102)(91)(92). En la revisión que se realizó no se encontró reportes de la aplicación de la TSP por estudiantes de medicina por lo que la experiencia con este personal fue nueva e interesante de evaluar. Una ventaja de capacitar a este personal es que no se requiere un tiempo prolongado para la adquisición de habilidades; esto es muy importante ya que los pasantes de medicina realizan su servicio social durante un año por lo que deben de aprender rápidamente la técnica para ponerla en práctica y dar seguimiento a los casos. Por tales motivos, se decidió capacitar a los pasantes de medicina y "acompañarlos" durante todo un año en sus prácticas clínicas. Asimismo, dicho personal, se mostró interesado y receptivo en aprender nuevas formas de atención de los pacientes dentro de la atención primaria.

Los pasantes de medicina

Características generales de los pasantes de medicina

En México, a partir del año 1936, se lanzó el programa de servicio social de pasantes para la escuela de Medicina, éste es un antecedente de la atención primaria en salud como política y práctica(103).

Los pasantes de medicina son estudiantes del último año de la carrera de medicina que pueden realizar su servicio social en un área rural o urbana. De forma técnica, se puede decir que los pasantes de medicina aún no son médicos, pero que esta última parte de su formación les dará las herramientas finales para ser considerados como tal. Asimismo, es una actividad obligatoria para obtener el título de médico general y la cédula profesional con la cual podrán ejercer la profesión en cualquier parte de la república mexicana. Los pasantes pueden elegir realizar su servicio social en las siguientes áreas: a) en un hospital, b) en un centro de salud, c) en la UNAM o, d) en alguna institución dedicada a la investigación(103).

Se realizó un convenio de trabajo con el área de Servicio Social de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) para capacitar a todos los pasantes de medicina que realizaron su servicio social en la Ciudad de México.

Para el año 2014, el total de estudiantes que iniciaron su servicio social fueron de 120 aproximadamente. Para este grupo se estructuró un curso de 2 días de duración, de 9:00 a 14:00 horas, dentro de las instalaciones de la Unidad de Posgrado de la UNAM los días miércoles 29 y jueves 30 de enero de 2014.

En dicho curso, se proporcionaron las herramientas necesarias para que el pasante de medicina conozca la TSP y la aplique

durante el año que dura su servicio social. Al inicio y al final del curso, se aplicó un cuestionario de conocimientos sobre el tema (TSP) donde se midieron las habilidades y las competencias adquiridas. Asimismo, se les explicó el proyecto de investigación y sus alcances, y la importancia de su participación. Considerando que debe haber un interés genuino para aplicar la TSP dentro del primer nivel de atención, NO se obligó a los pasantes a utilizar la técnica en sus áreas asignadas, sino que se les hizo una invitación abierta a participar en el proyecto.

Como parte del convenio de trabajo se obtuvieron 5 pasantes de medicina a quienes se les capacitó durante una semana. Los temas de la capacitación fueron:

- Epidemiología.
- Diagnóstico y tratamiento de los trastornos depresivos y ansiosos.
- Técnicas de la entrevista clínica.
- Características y alcances de la TSP.
- Role playing sobre la técnica.
- Características del protocolo de investigación y actividades.

Posterior a la capacitación, iniciaron su trabajo en la Clínica de Enfermedades Crónicas (CEC) de 5 centros de salud de la Ciudad de México.

En Julio de 2014 se incorporaron 2 pasantes más; en febrero de 2015 fueron 6 pasantes; en febrero de 2016 fueron 4 y en febrero de 2017 4 pasantes de medicina. El proceso de capacitación y entrenamiento de la técnica fue la misma que en el primer grupo;

aunque el tiempo de capacitación era diferente para cada grupo debido a las características de este.

Desarrollo de competencias

El área médica, es una de las profesiones que exige una formación amplia y sistematizada la cual se pone en práctica durante el desarrollo de la profesión. Este proceso formativo se centra en la adquisición de habilidades y competencias que se adquieren a través de la práctica(104).

La palabra "competencias", se puede definir desde el punto de vista profesional, personal, de un organismo o institución. Para nuestro interés, se define las competencias desde un punto de vista médico: "un profesional competente es el que utiliza los conocimientos, habilidades, actitudes y buen juicio asociados a su profesión para resolver adecuadamente las situaciones de su ejercicio"(105) (106).

El desarrollo de competencias en este proyecto se está evaluando mediante reuniones semanales donde se supervisan los casos atendidos en los centros de salud. Esta actividad permitirá que los pasantes de medicina se sintieran más seguros y "acompañados" durante todo el tiempo que dura el servicio social.

Evaluación y homogenización para la aplicación correcta de la Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Debido a que la TSP es una técnica psicoterapéutica nueva para los pasantes de medicina, es necesario evaluar la aplicación correcta de la técnica durante las sesiones que dure la TSP. Para homogenizar al grupo y evitar sesgos en la aplicación de la terapia, se solicitó a los estudiantes la audio grabación de las sesiones con un paciente; para tal efecto se solicitó el

consentimiento del paciente donde se le explicaba el motivo de dicha grabación y la confidencialidad del mismo. Las audio grabaciones fueron evaluadas por los investigadores del proyecto y, mediante un cuestionario tipo checklist (ver Descripción de escalas e instrumentos de evaluación), se dictaminó si el terapeuta cumplió (3 puntos), cumplió parcialmente (2 puntos) o no cumplió (1 punto) con los objetivos de cada sesión. Se consideró como punto de corte el 80% de la actividad realizada. Con este proceso, se evaluó el desarrollo de competencias de la técnica, la aplicación adecuada de la TSP y la homogenización del equipo de trabajo (ver comentarios y conclusiones).

Características generales de los centros de salud de la Ciudad de México

Debido a que el trabajo de campo se llevó a cabo en centros de salud de la Jurisdicción de Tlalpan de la Ciudad de México, a continuación, se describen las características de los mismos.

La Delegación de Tlalpan, según el INEGI (2010) cuenta con una población de 650,567 habitantes, de los cuales 338,428 son mujeres y 312,139 hombres. La atención de salud está brindada por varias instituciones tanto públicas como privadas debido a que en dicha demarcación se encuentra la zona de hospitales constituida por hospitales generales de alta especialidad e institutos de salud, así como hospitales privados.

Dentro de los servicios de salud públicos, la Delegación cuenta con la Jurisdicción Sanitaria que pertenece al Gobierno de la Ciudad de México, el cual está constituido por 21 unidades que brindan atención a 291,543 habitantes (149,264 mujeres y 142,279 hombres).

Los centros de salud están clasificados en T-I, T-II y T-III según al tipo y número de personal que cuentan en dichos centros, a su equipamiento y área geográfica que atiende. Los T-I cuentan con un médico general y una enfermera y que tienen un sólo consultorio, un área de enfermería y una sala de espera con capacidad para 10 personas aproximadamente. Los centros de salud T-II, de 3 a 5 médicos generales, de 6-8 enfermeras, 3 a 4 trabajadoras sociales, un administrador del centro de salud, archivo clínico y un encargado de farmacia. Su infraestructura está acondicionada para dicho personal, aunque existen espacios compartidos como es la sala de usos múltiples o alguno de los consultorios. Los T-III, tienen de 6-8 médicos generales y algunos especialistas de ciertas áreas (especialmente

psiquiatras, epidemiólogos o dermatólogos), las áreas de enfermería y trabajo social son las que tienen mayor personal, cuentan con laboratorio para estudios generales de sangre y orina, un servicio de odontología con 2 a 3 odontólogos; a veces se incluye otro tipo de personal como nutrióloga, psicólogo y optometrista. Tanto los T-II como los T-III llegan a recibir pasantes de diversas áreas, especialmente de medicina (Documento interno de la Jurisdicción de Tlalpan).

A lo largo de proyecto se trabajó con las Clínicas de Enfermedades Crónicas (CEC) de 8 centros de salud: 4 T-III: Castro Villagrana, David Fragoso, Pedregal de las Águilas y Varela; y 4 T-II: Totoltepec, Ampliación Hidalgo, Cultura Maya y Hortensia.

También se trabajó con la Unidad de Especialidades Médicas (UNEME) de enfermedades crónico-degenerativas el cual es una clínica de atención exclusiva a este tipo de pacientes y que pertenece al CS David Fragoso.

En total se trabajó con 9 CEC.

JUSTIFICACIÓN

Ante la creciente necesidad de atención de los problemas de salud mental más frecuentes en el primer nivel de atención, se considera a la Terapia de Solución de Problemas como una técnica fácil de aplicar, breve en tiempo y con alta eficacia(1)(107). De acuerdo a la revisión de la literatura, que asocian la Depresión y ansiedad con la diabetes, estos muestran una alta prevalencia y la poca atención que se le ha brindado para mejorar ambas condiciones(5)(66)(73)(74).

Existe una creciente necesidad de implementar estrategias de tratamientos complementarias a las farmacológicas para mejorar la calidad de vida de esta población(3).

El presente proyecto de investigación pretende aplicar la TSP en los pacientes diabéticos que manifiestan síntomas ansiosos y depresivos y evaluar los cambios de dichos síntomas posterior a la intervención. De forma paralela se evaluará el impacto que tiene en las variables metabólicas y en el apego al tratamiento.

Definición de impacto

En general, su conceptualización depende mucho del paradigma teórico, por lo que la definición de evaluación de impacto, en general, aparece como poco desarrollada o simplemente confusa por lo que las conceptualizaciones existentes son contradictorias y en algunos casos, precarias y con cierta anarquía epistemológica por la inexistencia de modelos teóricos y metodológicos que sean asumidos y compartidos por los especialistas en el tema. No obstante, existe cierto consenso dentro de los especialistas en cuanto a que la evaluación de impacto es un tipo especial de evaluación, en la medida que dicha evaluación representa un salto en el nivel de medición,

es decir, mientras la evaluación ex - post es de nivel ordinal, la evaluación de impacto es de nivel intervalar ya que para constatar el impacto de un proyecto son necesarias a lo menos dos mediciones que permitan comparar ambas mediciones. Otro consenso relativamente aceptado dice que la evaluación de impacto busca la medición o cuantificación de los cambios/efectos observados en la aplicación de una intervención social cualquiera. Este es un aspecto que presenta serias dificultades operacionales, en tanto, resulta sumamente difícil captar diferencias en aspectos en los cuales la intervención social tiene incidencia indirecta, tales como variables psicosociales o psicológicas(108).

Para el presente proyecto el impacto de la intervención se evaluó mediante la magnitud del cambio o cambio clínico significativo (Effect size), midiendo los cambios en la hemoglobina glucosilada y el K-10 antes y después de la TSP, y en el seguimiento a los 4 meses (ver análisis estadístico).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los estudios epidemiológicos internacionales mencionan que la prevalencia de los trastornos mentales en la atención primaria está entre el 25% y 40%, incrementándose a 70% en pacientes que acuden más frecuentemente por algún padecimiento psiquiátrico (crisis de angustia, síndromes dolorosos sin causa médica, etc.). Se calcula, a nivel mundial, que existe 25% de probabilidad de padecer un trastorno mental a lo largo de la vida y el 13% de ellos serán altamente discapacitantes(107).

Otro dato importante es que los médicos generales y de otras especialidades (internistas, ginecólogos, pediatras, etc.) que trabajan en centros de atención primaria, llegan a prescribir psicofármacos con cierta frecuencia y muchas de las personas con patología mental que acuden a consulta por primera vez, lo realiza en este nivel de atención(109) (110).

En muchos países, los recursos de atención más utilizados son los médicos generales seguidos por los profesionales de la salud mental y en tercer lugar los psiquiatras (Araya, 2003). En México, a diferencia de lo que ocurre en otros países, una proporción mayor de personas reciben atención en unidades especializadas cuando se les compara con aquellas atendidas en unidades de Atención Primaria de Salud (APS); por cada persona que es atendida en este nivel, 1.7 recibe atención en unidades especializadas(111) (112) lo que sugiere que las personas que llegan a tratamiento, lo hacen en un estado avanzado de la enfermedad por lo que requieren de atención especializada(113).

Se observó que la mitad de la población enferma (57%) había recibido un tratamiento mínimamente adecuado durante los últimos doce meses, es decir: al menos cuatro sesiones de

psicoterapia o, cuando se trataba de farmacoterapia, al menos dos visitas y tratamiento con fármacos(109).

Sin embargo, aún existe una proporción importante de personas con Depresión que recibieron benzodiacepinas en lugar de antidepresivos, aun cuando habían consultado a un especialista(114).

Respecto a los recursos especializados, México tiene una mediana de 1 a 5 psiquiatras por 100,000 habitantes, muy inferior a la observada en Europa (9/100,000 habitantes) o Canadá y los Estados Unidos (10/100'000 habitantes); otro estudio reporta que las tasas de psiquiatras, médicos, enfermeras y psicólogos por cada 100,000 habitantes fue de 1,6, 1,3, 3,4 y 1,5 respectivamente(111) (113).

La Asociación Psiquiátrica Mexicana reporta que, del total de psiquiatras, 1,692 están afiliados a esta asociación; esta misma asociación considera que el 40% a 50% de dichos especialistas no lo están, por lo que el número estimado puede ascender a 2'453 (+/- 10%, 245 psiquiatras) aproximadamente. De estos, 1'431 están certificados (datos actualizados hasta Diciembre de 2007) (115). Heinze y cols. reportan para 2012 un número de psiquiatras de 3,823 con una tasa de 3.47 por cada 100 000 habitantes(116).

En cuanto al costo y a la efectividad del tratamiento de la Depresión en sujetos mexicanos, se demostró que las intervenciones en APS son las más costo-efectivas(110), lo que coincide con otros estudios(112) (113).

Problemas mentales tan frecuentes como la Depresión, que impactan de manera sustantiva en la calidad de vida de la población, se asocia con pérdida de la productividad y

discapacidad; es la enfermedad que con más frecuencia se ve en APS. Este y otro tipo de problemas pueden ser tratados exclusivamente por el personal de salud que trabaja en APS o en colaboración con especialistas que trabajan en niveles más especializados. Sin embargo, esto no siempre ocurre así debido a un reconocimiento inapropiado, la poca prioridad que se da a los trastornos mentales y la falta de recursos disponibles para atender los problemas de salud mental más comunes.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿La Terapia de Solución de Problemas (TSP) disminuirá los síntomas depresivos y ansiosos en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2?

¿La Terapia de Solución de Problemas (TSP) tendrá algún impacto en la estabilización de las variables metabólicas y en el apego al tratamiento farmacológico en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2?

HIPÓTESIS

1. La Terapia de Solución de Problemas disminuirá los síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

2. La Terapia de Solución de Problemas secundariamente se asociará a la estabilización de las variables metabólicas y promoverá el apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

OBJETIVOS**Objetivo general**

Aplicar la Terapia de Solución de Problemas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 para determinar si disminuyen sus síntomas depresivos y ansiosos, así como evaluar su impacto en la estabilización de las variables metabólicas (Hemoglobina glucosilada, glucosa en ayuno, colesterol total, triglicéridos, LDL y HDL) y en el apego al tratamiento médico.

Objetivos específicos

1. Evaluar y comparar los cambios del K-10 en el grupo experimental y control.

2. Evaluar los síntomas depresivos y ansiosos, según el K-10, de los pacientes diabéticos que acuden a la CEC de los centros de salud de la Jurisdicción de Tlalpan de la Ciudad de México.
3. Determinar los cambios de los síntomas depresivos y ansiosos antes y después de la TSP y a los 4 meses de seguimiento.
4. Comparar los cambios metabólicos antes y después de la TSP y a los 4 meses de seguimiento de: glucosa, peso, presión arterial, Índice de Masa Corporal, colesterol y triglicéridos.
5. Determinar el apego al tratamiento a los hipoglucemiantes al inicio de la TSP, a los 2 y 4 meses de seguimiento.
6. Comparar los resultados de los pacientes que recibieron TSP con el grupo control al inicio, a los 2 y 4 meses de seguimiento.

MÉTODO

El estudio se dividió en una fase piloto y en la fase experimental. El motivo de incluir una fase piloto en el presente proyecto se debió a que, si bien, existe evidencia de la efectividad de la TSP, no se sabía el comportamiento que tendría en esta población, su aceptabilidad y replicabilidad, así como su sentir en general ante un médico mucho más joven que él/ella. Asimismo, la población de estudio presenta algunas características individuales como su nivel educativo y que viven en lugares alejados de los centros de salud, pero dentro de los márgenes de la Ciudad de México, lo que planteó las interrogantes: ¿Aceptarán la TSP?, ¿podrán hacer cambios en sus estilos de vida y podrán trabajar en la resolución de sus problemas cotidianos?

Otro aspecto que llamó la atención de los investigadores fue que quienes aplicaron la TSP fueron los estudiantes de Medicina, quienes son jóvenes que inician su trabajo como médicos y que no tienen ningún conocimiento de la técnica terapéutica, ¿qué tanto podrán aprender y serán capaces de aplicarlo adecuadamente?

Finalmente, los investigadores se cuestionaron cuál sería el diseño metodológico más adecuado para aplicar la TSP en este tipo de población y si era posible hacer un seguimiento de los casos en estos.

Método de la Fase piloto

Diseño del estudio.

Para la fase piloto se consideró un diseño cuasiexperimental y longitudinal de mayo de 2014 a enero de 2015.

El diseño cuasiexperimental se refiere a estudios experimentales donde no existe una aleatorización de la muestra, por lo que la maniobra se ofrece a un solo grupo y existe un grupo control con el cual contrastar los resultados. Es un diseño de investigación que comparte gran parte de las características de un diseño experimental, pero las comparaciones en la respuesta de los sujetos se realizan entre grupos "no equivalentes", es decir, grupos que se pueden diferenciar en muchos otros aspectos además de la "exposición". La principal dificultad fue llegar a diferenciar los efectos específicos del tratamiento ("exposición") de aquellos efectos inespecíficos que se derivan de la falta de comparabilidad de los grupos al inicio y durante el estudio, lo que compromete la validez interna del estudio. En el caso de no existir un grupo control, no se podría asegurar que los cambios ocurridos fueron debidos a la propia intervención, o a otras intervenciones o factores no controlados como son:

- a) Efecto Hawthorne: respuesta inducida por el conocimiento de los participantes de que se les está estudiando; también se le conoce como efecto de "deseabilidad social".
- b) Efecto placebo: la respuesta que se produce en una persona enferma como consecuencia de la administración de un tratamiento, pero que no puede considerarse como un efecto específico del mismo.
- c) Regresión a la media: la tendencia de los individuos que tienen un valor muy elevado de una variable a obtener

valores más cercanos a la media de la distribución cuando la misma variable se mide por segunda vez o de forma repetida en el tiempo.

- d) Evolución natural: cuando el curso habitual de una enfermedad tiende hacia su resolución, los esfuerzos terapéuticos pueden coincidir con la mejoría observada, pero no ser su causa.

Los diseños longitudinales son aquellos en los cuales se hace un seguimiento en el tiempo; implican la existencia de medidas repetidas (dos o más) a lo largo de un seguimiento. Sería un subtipo de estudio de cohortes que, a diferencia de los de tipo tabla de vida, permite hacer inferencias a nivel individual y analizar cambios en diferentes variables (exposiciones y efectos) y transiciones entre diferentes estados de salud. Es importante prestar atención especial al control de calidad durante su ejecución, a los abandonos durante el seguimiento, y a los datos perdidos en algunas de las mediciones.

Población.

La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 de 5 centros de salud de la Jurisdicción de Tlalpan de la Ciudad de México (Castro Villagrana, Totoltepec, UNEME del CS David Frago, Varela y Hortensia). El diagnóstico de diabetes mellitus fue clínico y corroborado mediante los resultados de laboratorio.

Escenario.

Cada centro de salud cuenta con un servicio denominado Clínica de Enfermedades Crónicas (CEC) el cual atiende exclusivamente a pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y obesidad. La clínica está compuesta por un equipo de trabajo de

un médico general, una enfermera y/o trabajadora social quienes reciben capacitación constante sobre el manejo de dichas patologías por parte de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de México; algunas unidades también cuentan con una nutrióloga y un psicólogo. Dicho personal tiende a ser el mismo y se evita, en lo posible, cambios con el objetivo de dar continuidad al trabajo y evitar, continuamente, capacitar a personal nuevo.

Criterios de inclusión.

1. Personas de 35 a 70 años de edad
2. Ambos sexos
3. Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II
4. Puntaje del K-10 \geq 21 puntos
5. Inventario de Depresión de Beck (IDB) \leq 28 puntos
6. Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) \leq 25 puntos
7. Acepte y firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Pacientes con Depresión severa o con ideación suicida
2. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo II médicamente descontrolados (Ej.: cetoacidosis diabética)
3. Paciente con alguna comorbilidad médica que le impida asistir a las sesiones semanales de TSP (Ej.: desequilibrio hidroelectrolítico, cáncer, etc.)
4. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios y escalas incompletos
2. Que asista a menos de 4 sesiones de TSP

Procedimiento fase piloto.

Capacitación y supervisión de los pasantes de Medicina.

Los estudiantes de servicio social recibieron una capacitación de 5 días la cual incluyó evaluación y diagnóstico de los trastornos depresivos y ansiosos, características de la TSP y su aplicación, filmación de role playing de los alumnos y retroalimentación. Finalmente se explicó el llenado de las bases de datos. Durante los 3 primeros meses, tuvieron una fase de ambientación en los centros de salud: forma de trabajo de las unidades, características de la población, aplicación de instrumentos de tamizaje y consolidación de conocimientos de la TSP. Para la homogenización de los conocimientos y de la aplicación de la TSP, los viernes se aclaraban dudas y se repasaban los pasos de la técnica dando ejemplos y formas de abordar determinados problemas.

Durante todo el año, la actividad en los centros de salud fue de lunes a jueves; mientras que los viernes fueron reuniones de supervisión y evaluación de los casos, problemas administrativos y del proyecto durante el trabajo de campo, evaluación de lugares cercanos para la referencia de casos (DIF, centros de salud con psiquiatra, centros para la atención de violencia familiar, etc.); dicha actividad se llevó a cabo dentro del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz y fue supervisada por los investigadores a cargo de la investigación.

Selección de la muestra y procedimiento.

Los pacientes diabéticos formaban parte de las CEC de los centros de salud, a quienes, como parte de su evaluación médica, se les aplicó el instrumento de tamizaje K-10; los pacientes que puntuaron ≥ 21 , se les explicó las características de la TSP y se les invitó a participar del proyecto. En caso de aceptar,

firmaban la carta de consentimiento informado y completaron las escalas del Inventario de Depresión de Beck (IDB) y el Inventario de Ansiedad de Beck (IAB) las cuales son autoaplicables. Los pacientes que no aceptaron participar continuaron con su atención habitual. Una copia del K-10 se guardó en el expediente del paciente y la otra se resguardó con el investigador junto con el IDB, IAB y carta de consentimiento informado. Durante la primera entrevista, se obtuvo información de los niveles metabólicos (glucosa y perfil lipídico) el cual está contenido en la "Tarjeta de registro y control de enfermedades crónicas" o dentro del expediente clínico. Cabe señalar que los pacientes antes de acudir a su cita mensual, se les realizaron los estudios de laboratorio (glucosa y perfil lipídico) siendo éste un procedimiento que se presenta en todas las unidades.

Los pacientes que recibieron la terapia, acudieron semanalmente al CS durante 6-8 semanas (2 meses aproximadamente); al final, completaron nuevamente los mismos instrumentos clinimétricos que al inicio de la terapia y se recabaron los estudios de laboratorio. A los 4 meses, se citó nuevamente al paciente, completaron los instrumentos clinimétricos autoaplicables y se obtuvieron los resultados de los estudios de laboratorio.

La fase piloto inició en mayo de 2014 y terminó en enero de 2015.

Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

- Escala de malestar psicológico de Kessler (K-10)

La escala de malestar psicológico de Kessler (K-10) (117) (118) es una escala breve y autoaplicable que cuenta con 10 preguntas que evalúa el malestar que presenta el sujeto en los últimos 30

días. Está en un formato tipo Likert: siempre = 5; casi siempre = 4; a veces = 3; casi nunca = 2; nunca = 1; el puntaje máximo es de 50 puntos y el mínimo de 10 puntos. Ha sido utilizada en diferentes estudios internacionales tanto clínicos como epidemiológicos mostrando buena precisión en el rango percentil de 90-99, con un error estándar de 0.20-0.25. La escala también cuenta con algunas preguntas sobre la Evaluación del Funcionamiento Global (Global Assessment Functioning, GAF) siendo fuertemente discriminante entre los casos y no casos según el DSM-IV/SCID con un área bajo la curva ROC de 0.87-0.88 para los puntajes del GAF de 0-70 y, de 0.95-0.96 en los puntajes del GAF de 0-50. También ha sido utilizada en encuestas de Estados Unidos y Canadá, así como por la Organización Mundial de la Salud y el Gobierno de Australia(119)(120). En México, el K-10 fue validado en 280 sujetos que acudían a la consulta externa de 2 centros de salud; se utilizaron los criterios diagnósticos del DSM-IV para la confirmación del diagnóstico de Depresión y ansiedad mediante la Mini Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica (Mini International Neuropsychiatric Interview, MINI); el instrumento demostró una alta sensibilidad para Depresión de 87% y de ansiedad de 82.4%. Los puntos de corte para considerar a un probable caso de Depresión fue de 21 puntos y para ansiedad de 22 puntos(121).

- Inventario de Depresión de Beck (IDB)

El Inventario de Depresión de Beck es un cuestionario de 21 preguntas que lo aplica el clínico y que determina la severidad de la Depresión en una escala tipo Likert que va de 0 a 4 puntos; su puntuación mínima es de 0 y la máxima de 63 puntos: 0-13 = mínima Depresión; 14-19 = Depresión leve; 20-28 = Depresión moderada y; 29-63 = Depresión grave.

Este instrumento ha sido utilizado en varios estudios internacionales y en México mostrando validez y confiabilidad(122) (123) (124) (125).

- Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)

El Inventario de Ansiedad de Beck es un cuestionario semiestructurado, que lo aplica el clínico según la valoración que tiene del paciente. Consta de 21 preguntas tipo Likert de 0 a 4 puntos que valora la severidad de la ansiedad: 0 a 7 = mínima ansiedad; 8 a 15 = ansiedad leve; 16 a 25 = ansiedad moderada y; 26 a 63 = ansiedad severa. El cuestionario se ha utilizado en escenarios clínicos y no clínicos tanto en México como en otros países(126) (127) (128) (129).

- Formato de Tarjeta de "Registro y Control de Enfermedades Crónicas"

El formato de Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas, es un documento en forma de tarjeta estructurado por la Secretaría de Salud del Ciudad de México para ser utilizado dentro de la Clínica de Enfermedades Crónicas el cual cuenta con los datos generales del paciente y que debe ser llenado cada vez que acude a consulta el paciente. Proporciona de manera rápida una visión de la situación médica del paciente y permite dar seguimiento del caso. En cada visita, se evalúa las siguientes variables: el peso, el Índice de Masa Corporal (IMC), la Tensión arterial, la Glucemia, la Hemoglobina glicosilada (HbA1c%), el Colesterol, los Triglicéridos, el Tratamiento hipoglucemiante y si el paciente se encuentra controlado o no al momento de su consulta.

- Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Guía de Intervención Breve

Es un manual construido ex profeso para la capacitación del personal de salud. Contiene toda la información de la TSP, los estudios internacionales realizados en diversas poblaciones y los pasos de la técnica. Asimismo, cuenta con un cuestionario de autoevaluación y viñetas de casos clínicos. La construcción de este manual se basó en "Un manual de entrenamiento para la prevención de enfermedades mentales: manejo de síntomas y problemas emocionales en la atención primaria" preparado por la Comisión Europea, el Ministerio de Salud de Holanda y el Departamento Central y de Investigación Nacional para el Bienestar y la Salud de Finlandia(130). Sin embargo, así como comentan los autores, se realizó modificaciones y adecuaciones para la población mexicana(87).

- Guía del paciente

Es una guía en forma de bitácora que se estructuró para ayudar al paciente a llevar un seguimiento de sus avances. La guía se estructuró ex profeso y basado en la Guía de Intervención Breve.

- Tríptico para terapeutas y pacientes

Son 2 trípticos, uno para el terapeuta y otro para el paciente. Consiste en una información general de la TSP en el que se encuentran las etapas de la terapia y sus objetivos. El tríptico para el paciente fue estructurado para dar una información rápida al paciente sobre la TSP y para estimular la participación del mismo en la terapia.

- Tarjeta "filtro"

Como parte del trabajo realizado en centros de salud y en proyectos de investigación previos, se estructuró un documento breve y de bolsillo el cual contiene síntomas claves para evaluar y llegar a un probable diagnóstico de Trastorno depresivo y ansioso. El documento se estructuró en formato de checklist y se le denominó tarjeta "filtro". El objetivo por el cual se ideó esta tarjeta fue para que los médicos de primer contacto de los centros de salud cuenten con una herramienta de tamizaje fácil y rápida de usar. Las dimensiones de la tarjeta (12x9 cm) permite caber en el bolsillo de la bata del médico para que esté a la mano del clínico para apoyarse en realizar un diagnóstico presuntivo de trastorno depresivo o ansioso. La tarjeta "filtro" mostró interés por los médicos generales, aunque su uso no es rutinario debido a la pobre atención que le brindan a los trastornos mentales. Sin embargo, es una herramienta útil y de fácil utilización por lo que se decidió su uso para este proyecto. La tarjeta filtro se basó en la Guía de Intervención del Programa de Acción para las Brechas de la salud mental (MhGAP Intervention Guide) de la Organización Mundial de la Salud(76) y se modificó según las necesidades del proyecto.

- Cuestionario de Evaluación para la aplicación correcta de la Terapia de Solución de Problemas (TSP)

Este es un cuestionario realizado ex profeso para evaluar las actividades que debe de realizar el terapeuta en cada sesión. La evaluación está en formato de respuesta tipo Likert: si el terapeuta cumplió (3 puntos), cumplió parcialmente (2 puntos) o no cumplió (1 punto) con los objetivos de cada sesión. Se considera que el terapeuta cumplió con la actividad cuando

reunió el 80% del listado. La evaluación del mismo fue realizada por los investigadores del proyecto.

Sesión # 1. Etapa 1. Explicación de la TSP y sus fundamentos

Actividad	1	2	3
Solicita al paciente firmar el consentimiento informado			
Explica al paciente los fundamentos y los principios de la TSP			
Describe las etapas de la terapia			
Identifica los síntomas emocionales y físicos del paciente			
Identifica los problemas del paciente			
Establece el contexto de los síntomas en relación con los problemas			
Hace un recuento de los síntomas emocionales y físicos del paciente			
Establece la relación entre los síntomas y los problemas del paciente			
Motiva al paciente para aceptar y seguir la terapia			
Escucha activamente al paciente			
Mira a los ojos al paciente			
No confronta ni regaña al paciente			
Muestra empatía con el paciente			
Verifica que se haya obtenido la muestra de sangre del paciente			
Verifica que se haya aplicado todas las encuestas			

Sesión # 2. Evaluación etapa 2. Clarificación y definición de los problemas

Actividad	1	2	3
Hace un recuento breve de la primera sesión			
Hace un recuento de los síntomas emocionales y físicos del paciente			
Realiza un listado de los problemas			
Estimula al paciente a que seleccione un problema específico para trabajar en la TSP cuya solución se considere factible			

Ayuda al paciente a clarificar y definir el problema mediante la guía de preguntas	
Se asegura de dividir un problema grande en partes pequeñas para una mejor comprensión por parte del paciente	
Concientiza al paciente sobre si la solución del problema, ayudará a disminuir los síntomas emocionales y físicos	
Motiva al paciente para seguir la terapia	
Escucha activamente al paciente	
Mira a los ojos al paciente	
No confronta ni regaña al paciente	
Muestra empatía con el paciente	

Sesión # 3. Evaluación de la etapa 3. Se establecen metas (SMART)

Actividad	1	2	3
Hace un recuento de la primera y segunda sesión			
Hace un recordatorio del problema a solucionar			
Se establece metas que se pretenden lograr respecto al problema (Guía de preguntas)			
Se realiza la pregunta milagro			
Evalúa el grado de control de los problemas por parte del paciente			
Se hace un balance de los recursos del paciente			
Motiva al paciente para seguir la terapia			
Escucha activamente al paciente			
Mira a los ojos al paciente			
No confronta ni regaña al paciente			
Muestra empatía con el paciente			

Sesión # 4. Evaluación etapa 4 y 5. Generación de soluciones y elección de la solución preferida.

Actividad	1	2	3
Hace un recuento de la primera, segunda y tercera sesión			
Hace un recordatorio del problema seleccionado y las metas alcanzables			

Estimula el pensamiento creativo del paciente para generar soluciones por su cuenta	
Se realiza la generación de todas las posibles soluciones a su problema mediante la "lluvia de ideas"	
Se examinan las posibles soluciones identificando los pros y los contras de cada una de ellas.	
Se estimula al paciente a elegir la solución de su preferencia	
Motiva al paciente para seguir la terapia	
Escucha activamente al paciente	
Mira a los ojos al paciente	
No confronta ni regaña al paciente	
Muestra empatía con el paciente	

Sesión # 5. Evaluación etapa 6. Poner en práctica la solución preferida

Actividad	1	2	3
Hace un recuento de la segunda, tercera y cuarta sesión.			
Hace un recordatorio del problema seleccionado y la solución elegida.			
Estimula a realizar un plan de acción para poner en práctica la solución elegida mediante la guía de preguntas.			
Ayuda a identificar las tareas que puede o no realizar el paciente			
Estimula a realizar una lista de tareas asignadas para implementar la solución			
Motiva al paciente para seguir la terapia			
Escucha activamente al paciente			
Mira a los ojos al paciente			
No confronta ni regaña al paciente			
Muestra empatía con el paciente			

Sesión # 6,7 y 8. Evaluación etapa 7. Evaluación de la TSP.

Actividad	1	2	3
Hace un recuento de la anterior sesión			
Verifica la realización de las tareas asignadas			

Verifica el logro de las metas a corto y mediano plazo	
Evalúa el resultado de la solución elegida y estimula al paciente a reconocer los obstáculos enfrentados	
En caso de no funcionar la solución elegida, estimula al paciente a redefinir el problema y la solución	
Reconoce los esfuerzos y logros del paciente, además lo estimula a recompensarse con alguna actividad o regalo	
Evalúa la satisfacción del paciente en la TSP mediante la escala de avances	
Establece la relación entre las tareas realizadas con la reducción de los síntomas del paciente	
Escucha activamente al paciente	
Mira a los ojos al paciente	
No confronta ni regaña al paciente	
Muestra empatía con el paciente	
Cierre de la TSP	
Verifica que se haya obtenido la muestra de sangre del paciente	
Verifica que se haya aplicado todas las encuestas	

Análisis Estadístico de la fase piloto.

Se utilizaron prevalencias y medias para las variables socio-demográficas, así como ANOVA univariado para las mediciones basales de las variables clinimétricas y metabólicas; ANOVA y MANOVA de medidas repetidas intra e intersujetos para las variables dependientes.

Consideraciones Éticas

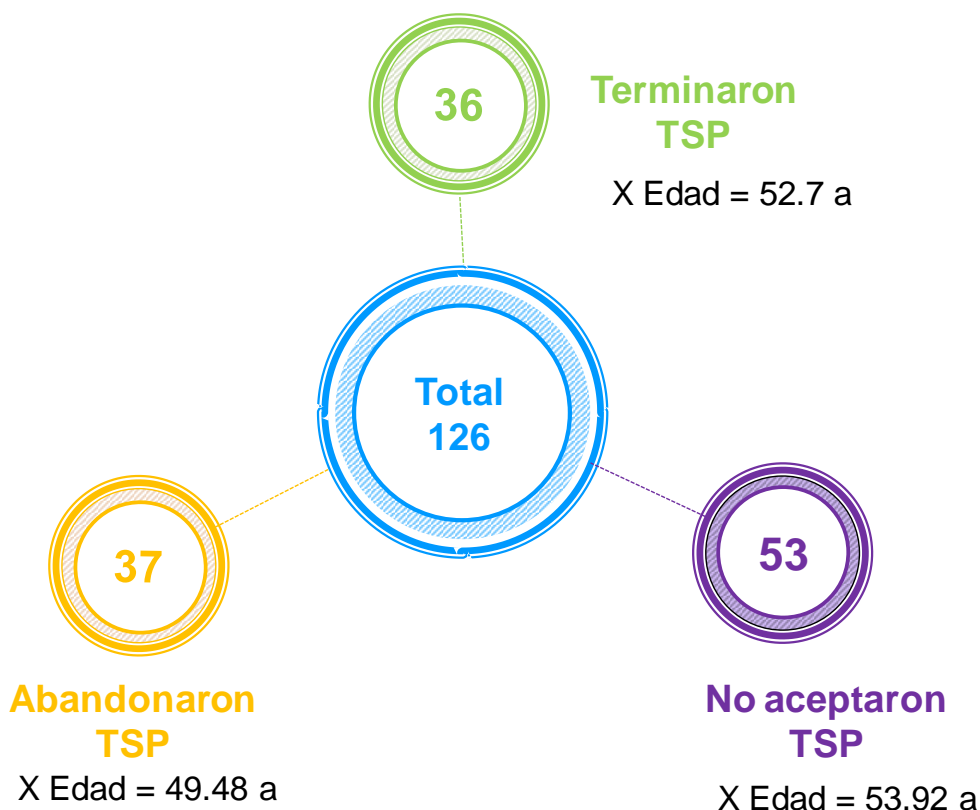
El protocolo de investigación está alineado a la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se aplicó el Consentimiento informado a todos los pacientes que participaron en el estudio donde se les explicó la confidencialidad de los datos, las características de la TSP y su duración; asimismo,

se hizo del conocimiento del paciente que, en caso de no participar en este estudio, esto no afectaría su atención.

Resultados de la fase piloto.

Ingresaron al proyecto 126 pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II; de éstos 36 terminaron la TSP y se dio su seguimiento a 4 meses; 37 abandonaron y 53 no aceptaron la TSP (Figura 1). El promedio de edad y la escolaridad en la medición basal de los 3 grupos fueron similares y no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Figura 1.



En la tabla 1 se muestran las características de los grupos por centro de salud; en el CS Castro Villagrana no aceptaron 24, mientras que en la UNEME todos aceptaron la TSP.

Tabla 1.

Centro de salud Pacientes	Castro Villagrana	Hortensia	Totoltepec	Varela	UNEME	Total
Terminaron	14	3	4	4	11	36
Abandonaron	13	4	3	8	9	37
No aceptaron	24	5	14	10	0	53
Total	51	12	21	22	20	126

Se compararon los 3 grupos en sus mediciones basales (los que terminaron, abandonaron y no aceptaron) y se observó que los 3 grupos no presentaban diferencias significativas (Tabla 2).

Tabla 2.

Grupo	Variable	Media	D.E.
Terminaron el estudio (36 sujetos)	K-10	27.11	6.19
	IDB	24.22	8.29
	IAB	18.72	10.60
	HbA1c	8.23	2.42
	Glucosa	162.36	67.05
	Colesterol total	200.15	42.62
	LDL	117.27	34.61
	HDL	50.54	11.90
	Triglicéridos	165.44	87.47
	TA sistólica	116.39	11.50
	TA diastólica	74.03	9.77
	Abandonaron el estudio (37 sujetos)	K-10	27.70
IDB		26.82	12.00
IAB		20.37	15.49
HbA1c		8.14	2.63
Glucosa		170.59	84.62
Colesterol total		195.22	37.89
LDL		109.23	32.61
HDL		45.83	12.86
Triglicéridos		233.41	164.16
TA sistólica		116.78	17.03
TA diastólica		72.51	9.39
No aceptaron participar (53 sujetos)		K-10	26.89
	IDB	19.80	13.20
	IAB	13.95	9.97
	HbA1c	7.12	2.27
	Glucosa	139.32	55.71
	Colesterol total	191.47	46.44
	LDL	109.01	49.43
	HDL	51.00	13.66
	Triglicéridos	169.85	110.34
	TA sistólica	119.67	15.08
	TA diastólica	74.26	9.19

Se realizaron pruebas de igualdad de medias con ANOVA univariado tanto de las variables clinimétricas como metabólicas de las mediciones basales de los 3 grupos (los que terminaron, abandonaron y no aceptaron) sin mostrar diferencias estadísticamente significativas (Tabla 3 y 4).

Tabla 3.

Pruebas de igualdad de las medias de los grupos

	Lambda de Wilks	F	gl1	Sig.
K10_INI	.995	.191	2	.827
IDB_INI	.941	2.623	2	.079
IAB_INI	.964	1.570	2	.214

Tabla 4.

Pruebas de igualdad de las medias de los grupos

	Lambda de Wilks	F	gl1	Sig.
HbA1c_ITSP	.985	.502	2	.608
GLUCE_INI	.993	.225	2	.799
COL_TOTAL_INI	.986	.490	2	.615
LDL_INI	.960	1.421	2	.248
HDL_INI	.959	1.437	2	.245
TRIG_INI	.978	.774	2	.465
TA_INI	.997	.110	2	.896
TA_b_INI	.960	1.426	2	.247

ANOVA univariado con >0.05

Posteriormente, se analizó el grupo que terminó todas las sesiones y que tuvo seguimiento a 4 meses (36 sujetos):

Inicialmente, se aplicó la prueba de ANOVA de medidas repetidas para cada una de las variables, observando los siguientes

resultados: Los resultados de las variables clinimétricas de K-10, Beck de Depresión y de ansiedad fueron estadísticamente significativas ($p < 0.001$) (Figura 2, 3 y 4).

Figura 2.

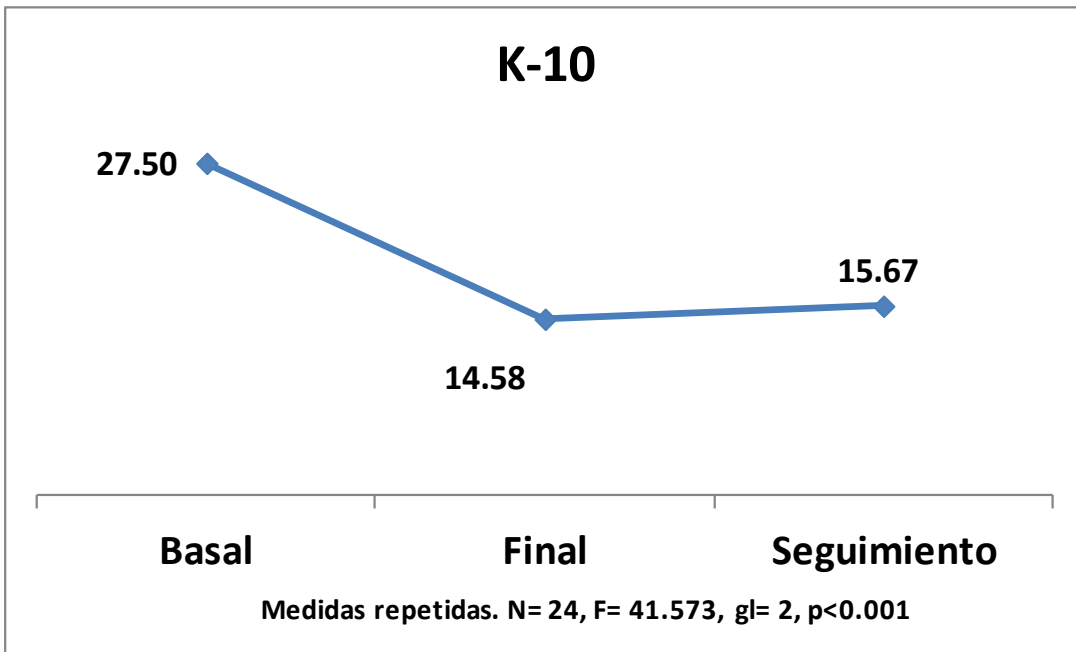


Figura 3.

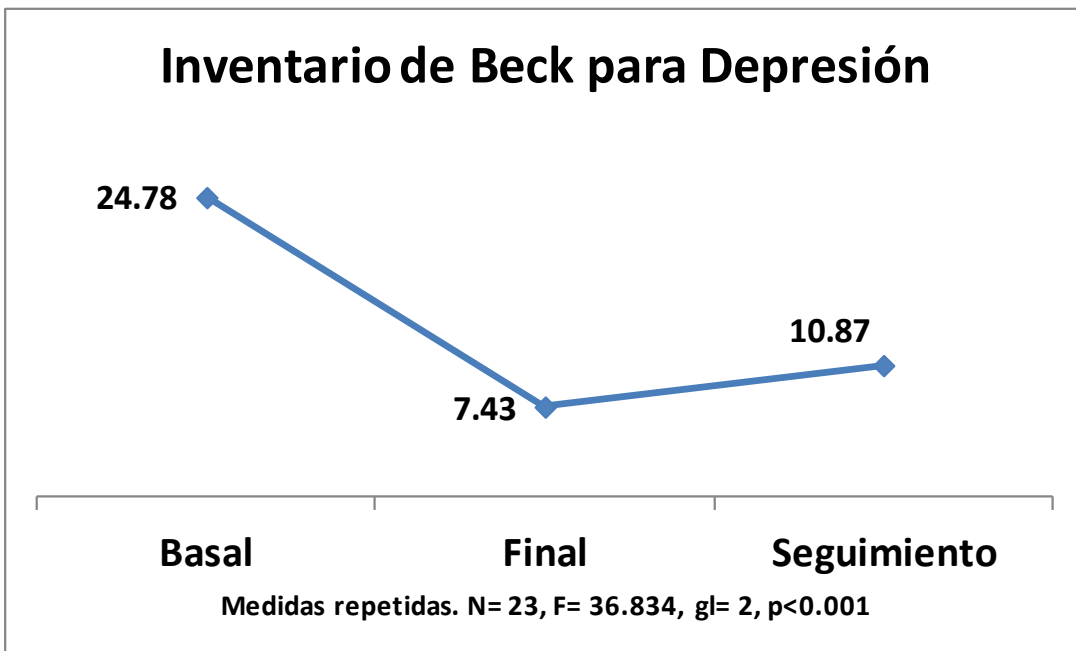
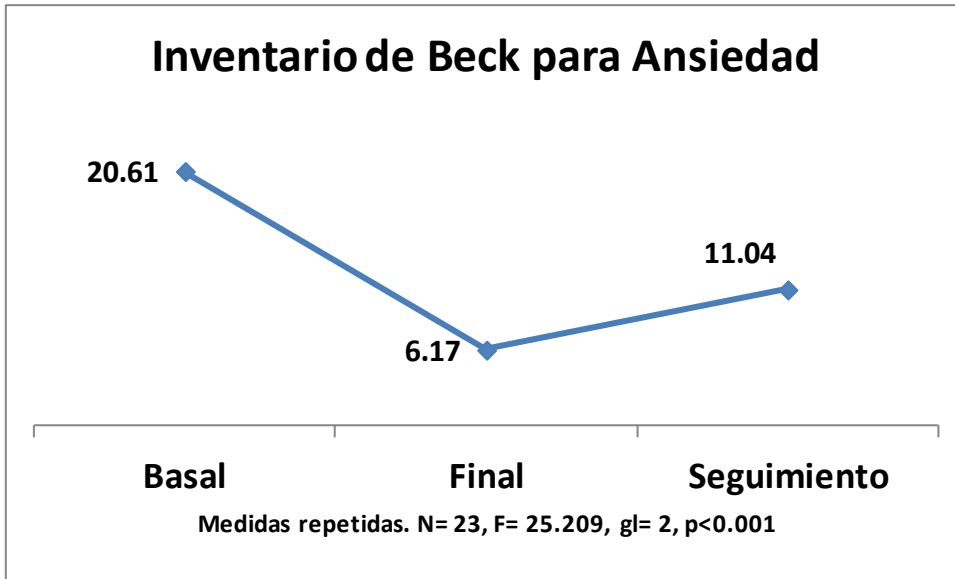


Figura 4.



De la misma forma se utilizó el ANOVA de una vía para las variables metabólicas. Los resultados de las variables estadísticamente significativas ($p < 0.05$) fueron colesterol, LDL y Triglicéridos (Figura 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11):

Figura 5.

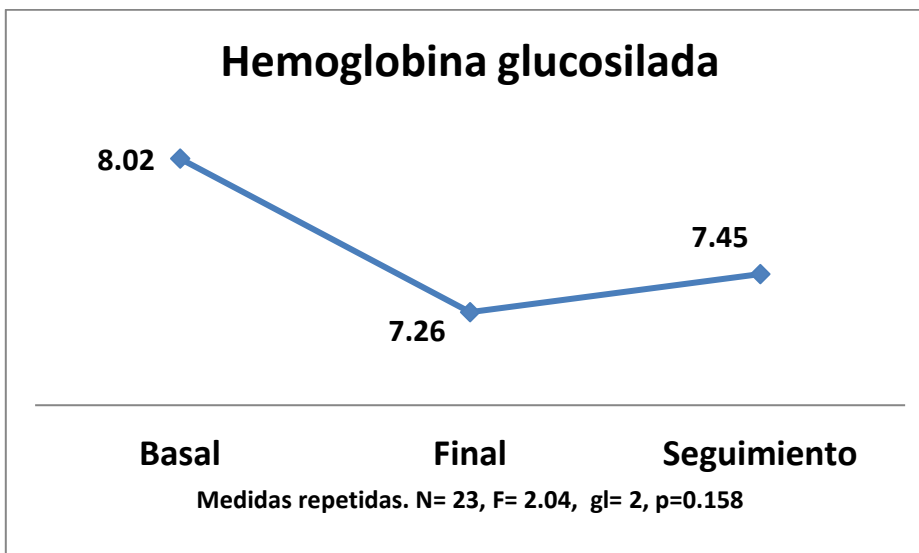


Figura 6.

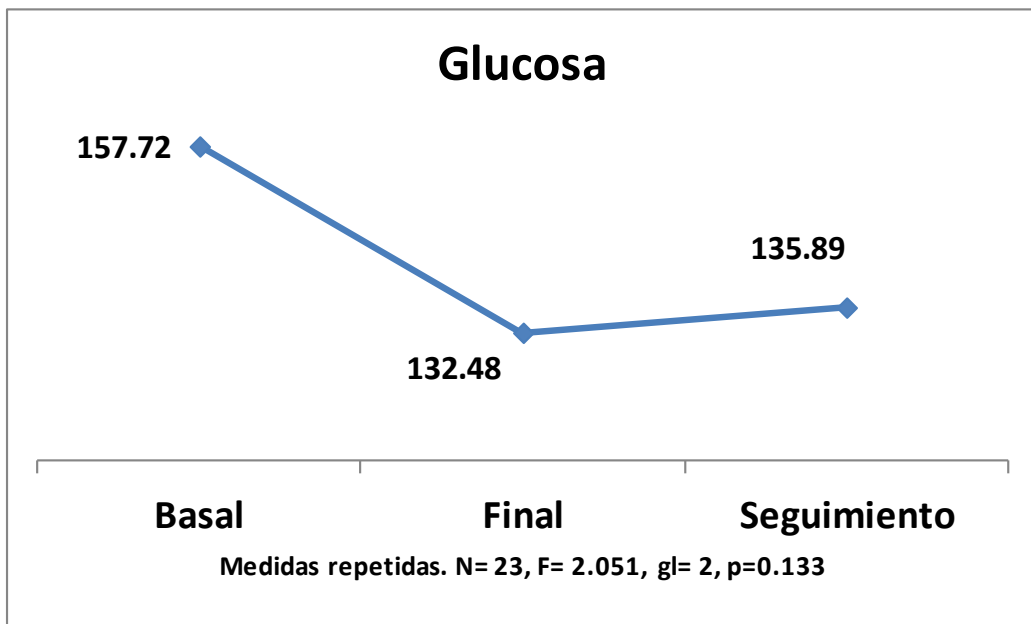


Figura 7.

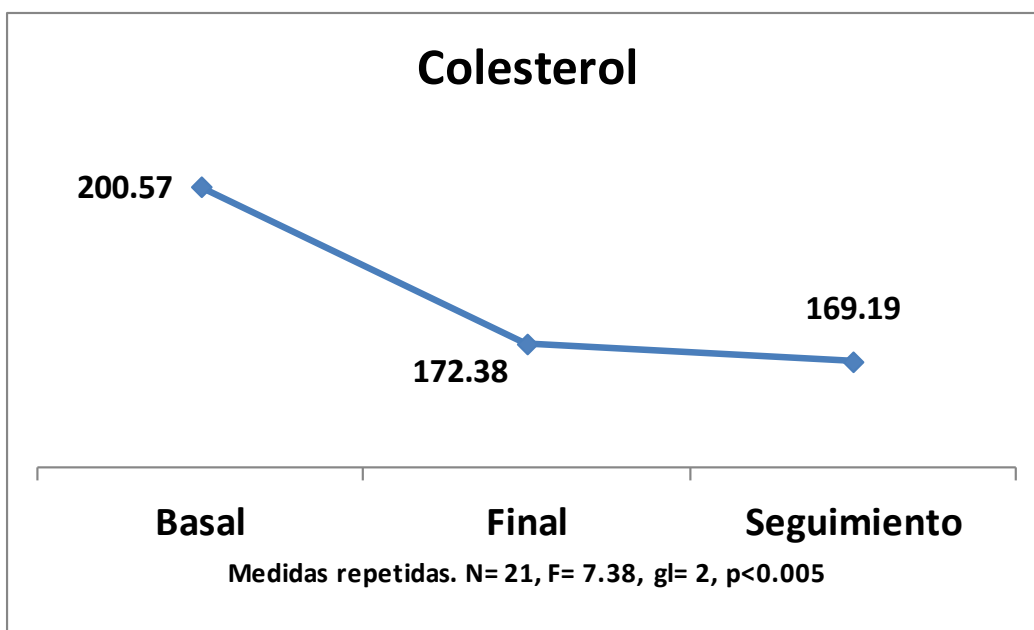


Figura 9.

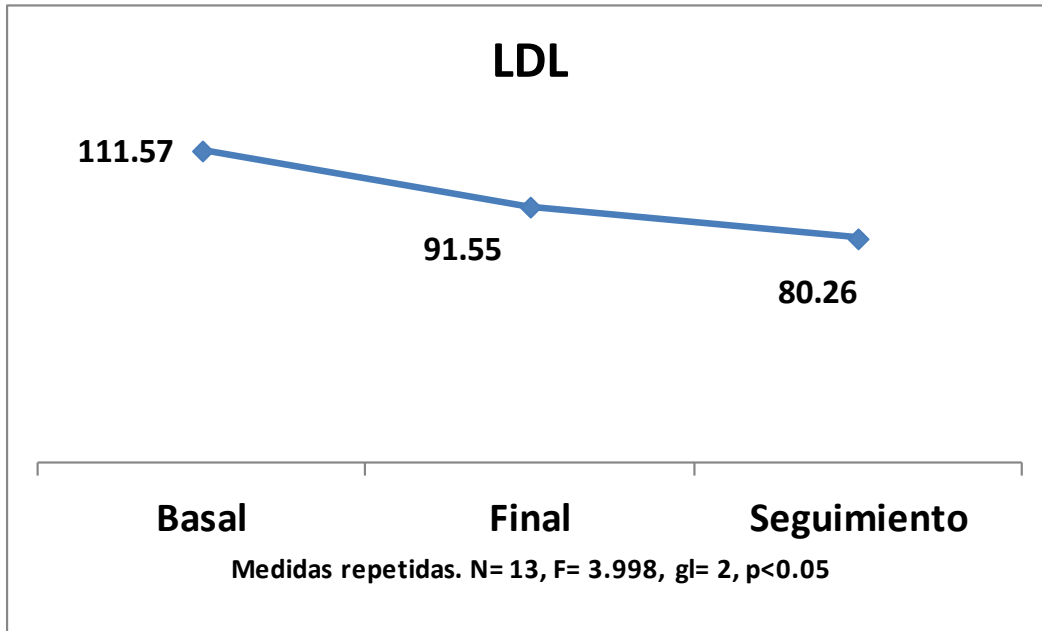


Figura 10.

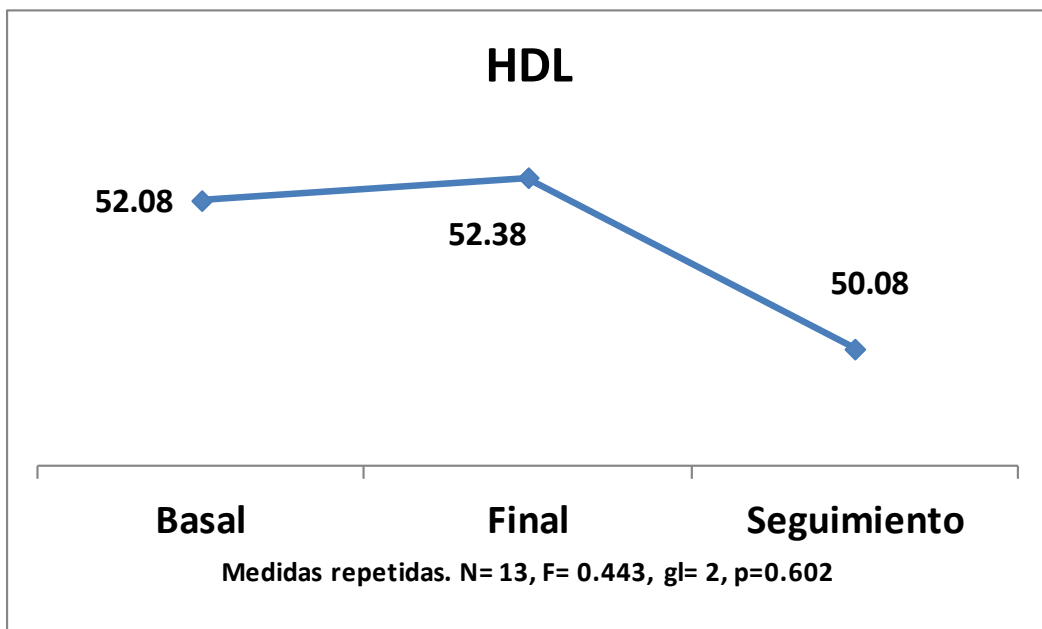
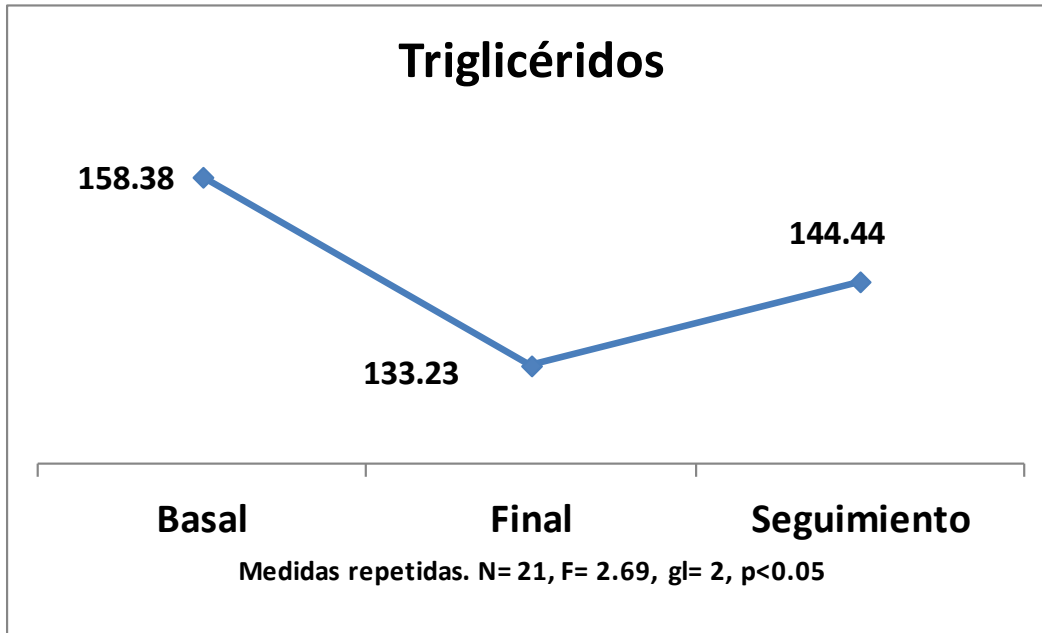


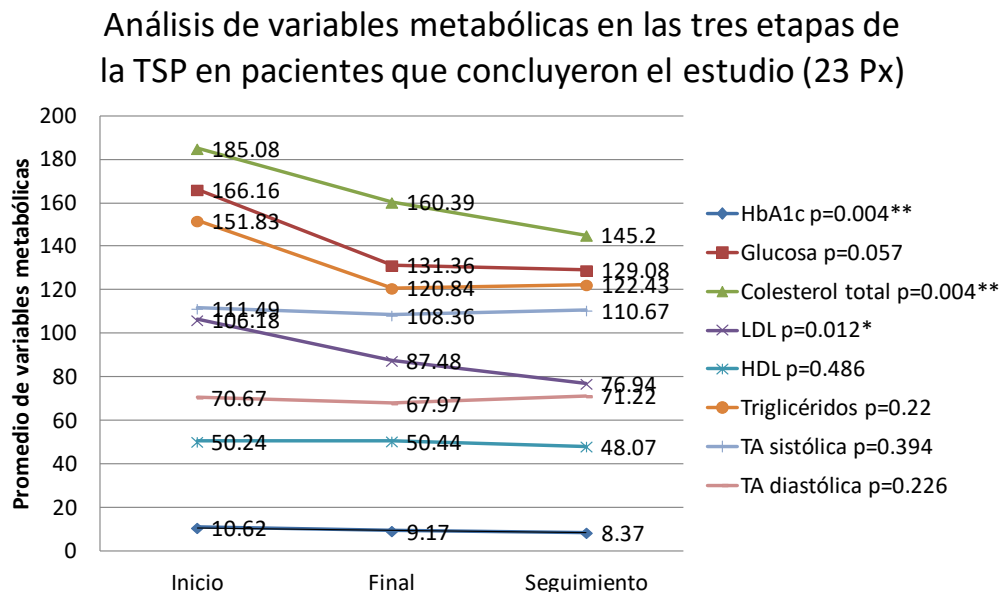
Figura 11.



Se realizó un segundo análisis con los 36 sujetos que terminaron el estudio con MANOVA de medidas repetidas tanto para las variables psicométricas y como metabólicas; se procedió a este análisis estadístico para evaluar las variables en conjunto (variables psicométricas y metabólicas); se observó que todos los resultados de las variables psicométricas fueron estadísticamente significativos ($p < 0.001$). Es importante notar que, para este análisis, de los 36 sujetos que terminaron la TSP, sólo 23 tenían todas las mediciones.

En las variables metabólicas la hemoglobina glucosilada y colesterol mostraron diferencias estadísticamente significativas a $p < 0.001$, mientras que las LDL fueron estadísticamente significativa a $p < 0.05$.

Figura 12.



Estadístico exacto de contrastes multivariados $F=207.11$, $p<0.001$; pruebas de efectos intra-sujetos multivariante $F=8.621$, $p<0.001$.

Conclusiones de la fase piloto

El objetivo de iniciar de este proyecto con la fase piloto fue para evaluar varios aspectos:

¿Existen beneficios directos de la TSP en los pacientes diabéticos para la estabilización de sus niveles metabólicos?

¿Qué relación existe entre DM, Depresión y ansiedad y puede ser medida?

¿Es útil la TSP y se puede utilizar en la atención primaria?

¿El trabajo colaborativo entre los médicos de servicio social y los investigadores ayuda a mejorar la atención de la salud mental en el primer nivel?

Efectivamente, los pacientes diabéticos pueden beneficiarse de la TSP disminuyendo sus síntomas depresivos y ansiosos y estabilizando sus niveles de glucosa y perfil de lípidos.

Los resultados muestran disminución de todas las variables psicométricas y de algunas metabólicas; sin embargo, es importante tomar en cuenta que muchos de los pacientes no tuvieron todas sus mediciones metabólicas; el motivo se debe a aspectos propios de trabajar en centros de salud marginados ya que no cuentan con un laboratorio, o éste no cuenta con los reactivos suficientes para hacer todos los estudios, entre otras. Asimismo, existen motivos propios del paciente: muchos de ellos no cuentan con los recursos económicos suficientes para su transporte para acudir a sus centros de salud para hacerse los estudios, pese a que estos son mayormente gratuitos; o bien, son referidos a otro centro de salud con laboratorio más lejano de su casa, pero no asisten por su situación económica. Otros problemas detectados es que a algunos pacientes se les olvida realizarse sus estudios o no les prestan la atención por considerarlos poco importantes. Finalmente, se agrega el aspecto laboral, ya que deben de faltar a su trabajo para hacerse los estudios, por lo que algunos "prefieren" mantener su fuente de ingreso en vez de realizarse sus estudios. Sin embargo, pese a los obstáculos mencionados, todas las variables sufrieron un cambio positivo, es decir, llegaron a estabilizarse, principalmente, al terminar la TSP, aunque llegaron a incrementarse ligeramente algunas de ellas a los 4 meses de seguimiento.

De estos resultados, se sugirió utilizar un instrumento para evaluar el apego al tratamiento para obtener información más fidedigna de éste.

En cuanto a los pacientes que abandonaron la TSP o que no aceptaron participar en el estudio, algunos de ellos fueron entrevistados durante su consulta subsecuente. Las respuestas fueron variadas: "no tengo tiempo", "vivo lejos", "me cambié de casa", "tengo que cuidar a un familiar enfermo", etc. Dichas limitaciones se presentan en cualquier estudio de seguimiento por lo que hay que considerarlo para mayor concientización de la población de estudio, o bien, que los terapeutas identifiquen dichas variables antes de incluir a un paciente a este tipo de intervención, o que se considere al momento de aumentar el tiempo de seguimiento de cualquier estudio en este tipo de población ya que es muy probable que no asista (a mayor tiempo de seguimiento, mayor probabilidad de deserción del estudio).

La fase piloto, permitió realizar un acercamiento al problema de la DM y de los síntomas depresivos y ansiosos en el primer nivel de atención, sin embargo, se requiere hacer mayores estudios al respecto para evaluar la persistencia de los cambios a lo largo del tiempo y en diversas poblaciones.

Muchos estudios, mencionan la relación de la DM con síntomas depresivos y ansiosos, siendo ésta frecuente y alta, lo que genera que los pacientes tiendan a permanecer mayor tiempo descompensados debido al estrés que sufren al saber que padecen una enfermedad "crónica" y que puede generar complicaciones a mediano y largo plazo si no reciben una atención debida y continua.

El presente estudio revela que la TSP es útil y práctica para la disminución de síntomas depresivos y ansiosos, ayuda a que exista mayor apego al tratamiento médico y que asistan más frecuentemente a sus consultas.

Otro aspecto importante de la fase piloto fue evaluar el apego a la técnica psicoterapéutica (TSP) aplicada por los estudiantes de medicina así como el modelo de intervención en el primer nivel de atención denominada Trabajo colaborativo (131,132) (133) (91,92,102,134) (135).

Los resultados y las conclusiones a las que se llegaron fue que los pasantes de medicina deben de tener una supervisión continua para aplicar cualquier técnica psicoterapéutica; ésta supervisión, para este proyecto, se realizó mediante el Trabajo colaborativo el cual fue muy útil ya que semanalmente se evaluaban los casos y se supervisaba la aplicación correcta de la técnica; esto motivó a que los pasantes se sintieran "acompañados" y más seguros para atender los problemas de salud mental que identificaron en los centros de salud.

El Trabajo colaborativo es muy importante con el personal del primer nivel de atención y en especial con los pasantes de medicina para que no se sientan "solos" y en desventaja en la atención de los problemas de salud mental más frecuentes. Así, la supervisión semanal de los estudiantes de medicina mostró un impacto positivo a corto y mediano plazo.

Un aspecto que preocupó a los investigadores fue la homogenización de los pasantes de medicina al aplicar la terapia; si bien, los estudiantes fueron supervisados semanalmente y cuestionados en dichas sesiones, se necesitaba obtener información más clara y objetiva de la forma en que los pasantes aplicaron la terapia; por tal motivo, para estudios posteriores, se sugirió que se audio grabaran algunas sesiones y que estas fueran evaluadas por los investigadores.

A lo largo del estudio, existieron algunos pacientes que puntuaron en el IDB ≥ 29 puntos o en el IAB ≥ 26 puntos lo que

significaba que sus síntomas eran los suficientemente intensos que debían ser derivados con un psiquiatra por lo que fueron excluidos del estudio; sin embargo, dichos pacientes no aceptaron ser referidos y solicitaron recibir la TSP. Ante la negativa de ser referidos y la necesidad de atención, se decidió que los pasantes otorgaran la terapia bajo la supervisión semanal de los investigadores. Al final de la TSP, los pacientes disminuyeron importantemente sus síntomas y se sintieron muy satisfechos con la terapia. Estas observaciones generaron que no se tomen en cuenta el puntaje máximo del IDB y el IAB para ser incluidos en el estudio, y que se profundice más en la valoración clínica para descartar pensamientos o ideación suicidas antes de ser incluidos en el estudio.

A partir de estos resultados, se inició un ensayo clínico con 4 meses de seguimiento; se incluyeron más centros de salud y el protocolo fue evaluado por el ClinicalTrial.gov Protocol Registration (ID: NCT02889172) para que los resultados estén a disposición de otros investigadores; asimismo, se apegó a los ensayos clínicos del CONSORT para generar resultados extrapolables.

Método de la fase experimental

Diseño del estudio

El tipo de estudio es un ensayo clínico, aleatorizado y multicéntrico.

En los ensayos clínicos, el investigador evalúa los efectos del tratamiento en un grupo selecto de sujetos. Una de las características importantes de los ensayos clínicos es que la muestra es aleatorizada en 2 grupos denominados grupo experimental y grupo control; el grupo experimental es quien recibe la intervención farmacológica y/o psicoterapéutica, mientras que el grupo control está exenta de esta maniobra y sirve como observador de los cambios que pueda o no presentar el grupo experimental. La aleatorización es un proceso que se realiza al azar ya sea mediante una moneda o por un proceso estadístico. Esta aleatorización permite que los sujetos del estudio tengan la misma probabilidad de pertenecer a uno y otro grupo, siendo una muestra homogénea por lo que los investigadores pueden llegar a las conclusiones que las diferencias entre los grupos están relacionadas o no al tratamiento. Los tipos de tratamiento del grupo de control puede ser el uso de un placebo, de un tratamiento activo, algún dispositivo de uso continuo, una atención habitual o estándar, ningún tratamiento o la administración de diferentes dosis de un mismo medicamento. La ventaja que tienen los ensayos clínicos es que ambos grupos son similares en sus características por lo que se puede comparar sus resultados. La desventaja que tiene es que es importante que todos los sujetos tengan las mismas evaluaciones y en los mismos tiempos, por lo que el seguimiento de los casos llega a ser un reto para el investigador(136)(137). Para el presente estudio el grupo experimental recibió la TSP

acompañado de la atención habitual, mientras que el grupo control sólo recibió la atención habitual.

Declaración CONSORT

Para llevar a cabo un análisis de la calidad de los ensayos clínicos, se utiliza la declaración Consort, acrónimo que significa: CON; Consolidated (consolidado); S: Standard (normalidad); O: Of (de los...); R: Reporting (informes); y T: Trial (estudios clínicos). Esta declaración consta de 21 reactivos.

Título	Subapartado	Descripción
Título		1. Identificar el estudio como un ensayo clínico aleatorizado
Resumen		2. Utilizar un formato estructurado
Introducción		3. Presentar las hipótesis definidas, los objetivos clínicos, el subgrupo planificado o los análisis covariados
Métodos	Protocolo	Describir
		4. La población de estudio, junto con los criterios de inclusión o exclusión 5. Las intervenciones planificadas con sus fechas 6. Mediciones primarias y secundarias de resultados y las diferencias mínimas más importantes; e indicar cómo se ha calculado el tamaño de la muestra 7. Exposición y métodos de los análisis estadísticos, detallando los principales análisis comparativos y si fueron completados con "intención a tratar" 8. Reglas de detención definidas prospectivamente
	Asignación	Describir
		9. La unidad de aleatorización (p. ej., individual, grupo geográfico) 10. Método utilizado para generar el programa de asignación 11. Método de ocultación de asignación y coordinación de asignaciones 12. Método para separar el generador del gestor de asignaciones
	Cegamiento	13. Descripción del mecanismo (p. ej.; cápsulas, tabletas); similitud en las características de tratamiento (p. ej.;

		aspecto, sabor); control del programa de asignaciones (posición del código durante el ensayo y cuando se rompe); evidencia de ocultamiento con éxito entre los participantes, la persona que se encarga de la intervención, evaluadores de resultados y analistas de datos
Resultados	Flujo y seguimiento de participantes	14. Proporcionar un algoritmo (figura) resumiendo el flujo de participantes, el número y programa de asignación de aleatorización, intervenciones y medidas para cada uno de los grupos aleatorizados
	Análisis	15. Especificar el efecto estimado de la intervención sobre las medidas primarias y secundarias, incluyendo una estimación de puntos y una medida de precisión (intervalo de confianza) 16. Especificar los resultados en números absolutos, cuando sea factible (NNT, RRA) 17. Presentar un resumen de datos y una descripción adecuada y las estadísticas inferenciales detalladas para permitir un análisis alternativo y la reproducción del ensayo 18. Describir las variables de pronóstico por grupo de tratamiento y cualquier método de ajuste 19. Describir las desviaciones del protocolo, según se haya planificado, junto con las causas por las que se han producido
Discusión		20. Facilitar interpretación específica de los datos del estudio, incluyendo origen de los sesgos y de imprecisión (validez interna) y discusión de la validez externa, incluyendo, si es posible, las medidas de tipo cuantitativo 21. Ofrecer una interpretación de tipo general de los datos, a la luz de la totalidad de la evidencia disponible

El presente proyecto se basó en dicha declaración(138) (139).

Población

La población de estudio fueron todos los pacientes que acudieron a la Clínica de Enfermedades Crónicas (CEC) de diversos centros de salud de la Jurisdicción de Tlalpan (Varela; Hortensia; Totoltepec; Castro Villagrana; Ampliación Hidalgo; Cultura Maya; David fragoso y Pedregal de las Águilas) y la UNEME

(Unidades de Especialidades Médicas, el cual es una clínica de atención exclusiva de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas que se encuentra al lado del CS David Fragoso); a la UNEME son referidos todos los pacientes de la Jurisdicción de Tlalpan cuando se encuentran descompensados en su diabetes y/o Hipertensión arterial; una vez estabilizados, retornan a su CS de origen para continuar con su tratamiento.

Tamaño de la muestra

Para el cálculo de la muestra se utilizó el Análisis de varianza de medidas repetidas con 2 grupos y 3 medidas repetidas para una potencia del 90% y confiabilidad del 95%; con estas características se requiere al menos 35 sujetos por grupo, tanto para el grupo experimental como para el control lo que proporcionará una magnitud del efecto $f = 0.15$ (efecto pequeño o sutil) (137).

Aleatorización

Para la aleatorización de los pacientes para el grupo control y experimental, la asignación a cada grupo se realizó por generación de números aleatorios mediante el programa de Excel. (ver anexo 1)

Criterios de inclusión

1. De 35 a 70 años de edad
2. Ambos sexos
3. Paciente con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2
4. Puntaje del K-10 ≥ 21 puntos
5. Acepte y firme el consentimiento informado

Criterios de exclusión

1. Pacientes con Depresión severa, con ideación suicida o con síntomas psicóticos
2. Pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 médicamente descontrolados (Ej.: cetoacidosis diabética)
3. Paciente con alguna comorbilidad médica que le impida asistir a las sesiones semanales de TSP (Ej.: desequilibrio hidroelectrolítico, cáncer, etc.)
4. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1

Criterios de eliminación

1. Cuestionarios y escalas incompletas
2. Que asista a menos de 4 sesiones de TSP

Procedimiento para la capacitación de los pasantes

Se realizó el mismo procedimiento de capacitación de la fase piloto, agregando la audiograbación de las sesiones con los pacientes, previo consentimiento informado, para que fueran evaluadas por los investigadores para evaluar el apego a la psicoterapia.

Procedimiento para la inclusión de pacientes

Una vez realizada la aleatorización, se hizo llegar a cada terapeuta, que en este caso fueron los pasantes de medicina, la lista de los pacientes para ser incluidos en el grupo experimental o control (ver Anexos).

Grupo experimental.

Una vez que el paciente llegó a la Clínica de Enfermedades Crónicas (CEC) de algún centro de salud de la Ciudad de México, se llenó la Tarjeta de "Registro y Control de Enfermedades

Crónicas" y se aplicó la Escala de Malestar Emocional (K-10); si el paciente puntuó igual o más de 21, se le explicó que algunos de sus síntomas pueden ser tratados con la TSP y se le invitó a participar en el proyecto. Los sujetos que aceptaron firmaron la carta de Consentimiento informado y se les aplicaron las escalas del Inventario de Depresión y de Ansiedad de Beck y, el SMAQ; también, se le programó al paciente un día y un horario para iniciar con las sesiones individuales.

Durante la TSP, los pasantes de medicina observaron el llenado de la "Guía del paciente" por el paciente. Al final de la terapia, los pacientes llenaron nuevamente las diversas escalas clinimétricas y los pasantes de medicina solicitaron los estudios de los perfiles metabólicos.

Al término de la TSP, se dio seguimiento de los casos a los 4 meses evaluando por tercera ocasión el K-10, el Inventario de Beck y la Tarjeta de Registro y Control de Enfermedades Crónicas.

Grupo control.

En este grupo se realizó el mismo proceso, sin embargo, no se le aplicó la TSP; en su caso se proporcionó un tríptico con información sobre lo que son los Trastornos Depresivos y Ansiosos. Las mediciones clinimétricas y metabólicas se realizaron en los mismos tiempos que el grupo experimental: Tiempo cero, que se refiere al momento que el paciente ingresó al estudio; a los 2 meses, que coincide con el tiempo en que el grupo experimental terminó la TSP y; a los 4 meses para el seguimiento.

Como parte del Trabajo Colaborativo, se programaron reuniones semanales con todos los pasantes para evaluar los avances y el llenado de las bases de datos.

Los pacientes que puntuaron ≥ 21 en el K-10, pero que no aceptaron participar en el proyecto, se les proporcionó la atención médica habitual.

Descripción de las escalas e instrumentos de evaluación

En esta fase se utilizaron los mismos instrumentos clinimétricos de la fase piloto; debido a la experiencia y a la necesidad de evaluar el apego al tratamiento, se agregó el Cuestionario de Adherencia terapéutica (Simplified Medication Adherence Questionnaire, SMAQ).

- Cuestionario de Adherencia terapéutica (SMAQ) (Simplified Medication Adherence Questionnaire)

Es un cuestionario para evaluar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico que tienen los pacientes. Inicialmente se utilizó para los pacientes con trasplante renal. Consta de 6 preguntas autoaplicables que investigan distintas facetas del fenómeno: a) olvidos; b) horarios; c) efectos adversos; d) omisión del fin de semana; e) cuantificación en la última semana, y f) cuantificación en el último trimestre. El cuestionario mostró un coeficiente kappa interobservadores de 0,821 ($p < 0,001$) y la validez convergente fue 0,516 ($p < 0,001$) (140) (141). Se califica de forma dicotómica cada ítem, si cumple o no con el tratamiento.

Análisis Estadístico.

Se utilizaron medidas de resumen para datos cualitativos, tales como porcentajes. Para los datos cuantitativos como la edad,

peso, glicemia, Colesterol, Triglicéridos, etc., se utilizaron promedios y desviación estándar.

Para el cruce de variables se utilizó la Chi cuadrada, la t para muestras independientes (diferencias entre grupos) y análisis de varianza de medidas repetidas para las variables metabólicas y clinimétricas. Para evaluar los cambios de las variables clinimétricas y metabólicas se utilizó la regresión logística.

Para estimar las diferencias en el efecto del cambio clínico, se utilizó la fórmula de Cohen:

$$d = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{S}$$

Donde \bar{X}_1 y \bar{X}_2 son las medias de ingreso y final o de seguimiento de los dos grupos de estudio, y S es la suma de las dos desviaciones estándar

El efecto del cambio clínico es considerado como: pequeño = 0.25-0.49; mediano = 0.50-1.00 y grande >1.00 (142).

Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico Stata versión 15.1 (143).

Consideraciones Éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se aplicó el Consentimiento informado tanto al grupo experimental como al control; en cada uno de ellos se explica la confidencialidad de los datos, así como las características de la TSP y su duración; asimismo, se hizo del conocimiento del

paciente que, en caso de rechazar participar en este estudio, esto no afectará su atención.

Para realizar las grabaciones, se realizó otro consentimiento informado donde se les explicó que eran con fines educativos y que sólo tendrían acceso los investigadores para evaluar el proceso de la terapia.

Por motivos éticos, se les informó a los pacientes del grupo control que, si deseaban recibir la TPS, ésta se les proporcionaría al final de su tercera medición (6 meses), o antes si decidían no concluir el proyecto. También se les comunicó que dichos resultados no serían utilizados en este estudio.

Definición conceptual y operacional de las principales variables del estudio

Socio-demográficas de los pacientes			
variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Edad	Número de años cumplidos al momento de la aplicación del instrumento o de la consulta	Cuantitativa discreta	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos
sexo	Características fenotípicas de los pacientes que asistan a consulta	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Estado Civil	Situación legal de las personas físicas, determinada por sus relaciones de familia	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Unión libre • viudo

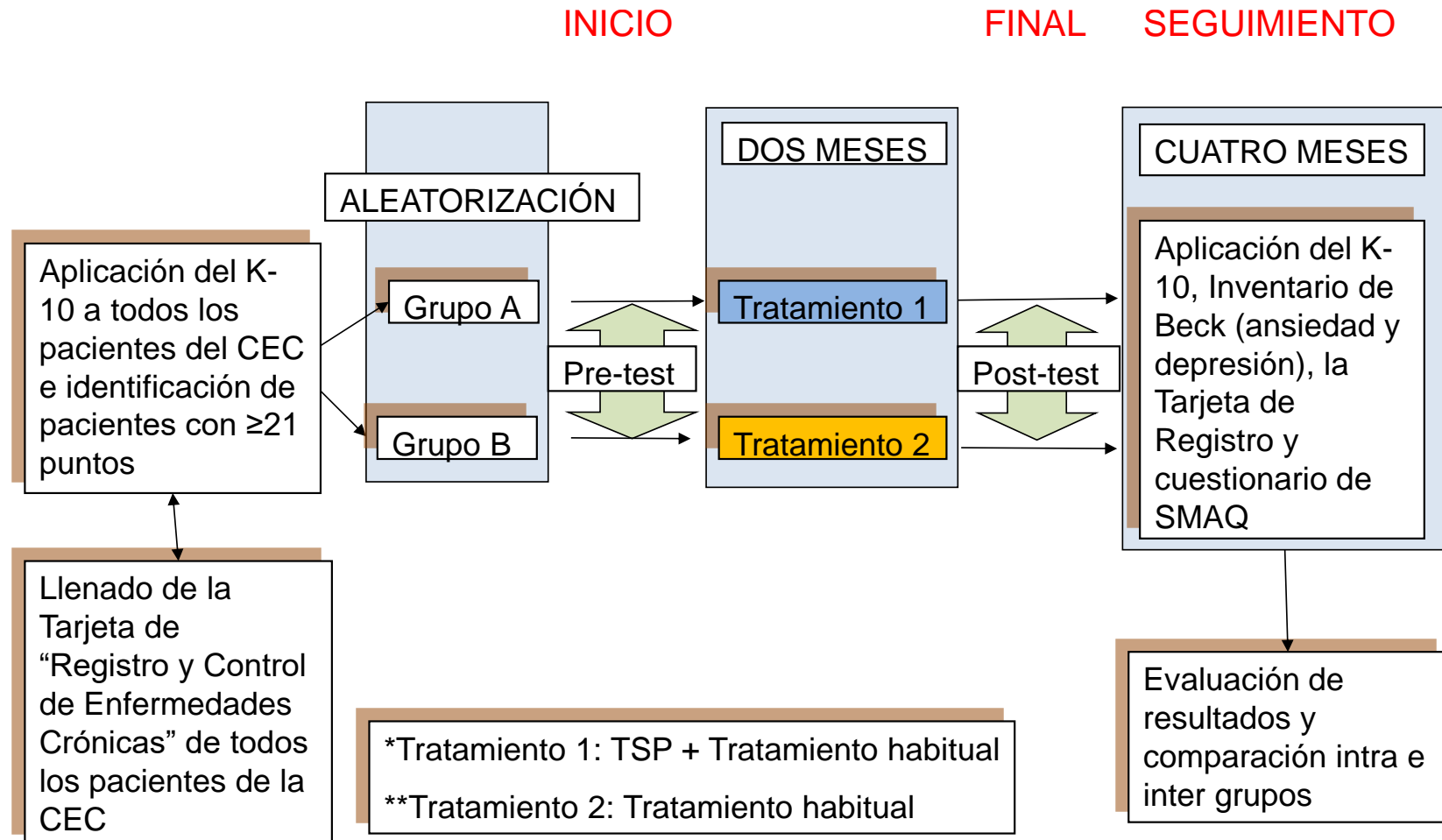
Ocupación	Tarea o función que desempeña	Cualitativa nominal	La que mencione el paciente
Escolaridad	Nivel educativo de los pacientes en años	Cualitativa ordinal	La que mencione el paciente

Variables clínicas y de seguimiento			
variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
K-10	Aplicación de la escala de malestar emocional K-10 para evaluar caso o No caso	Cuantitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 20 o menos = No caso • 21 o más = Probable caso
Inventario de Depresión de Beck	Aplicación del Inventario de Beck para Depresión para evaluar severidad de los síntomas	Cuantitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0-13 = Depresión mínima; • 14-19 = Depresión leve; • 20-28 = Depresión moderada; • 29-63 = Depresión grave
Inventario de Ansiedad de Beck	Aplicación del Inventario de Beck para Ansiedad para evaluar severidad de los síntomas	Cuantitativo ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • 0 a 7 = ansiedad mínima; • 8 a 15 = ansiedad leve; • 16 a 25 = ansiedad moderada; • 26 a 63 = ansiedad severa
Adherencia Terapéutica	Aplicación del SMAQ para evaluar apego al tratamiento	Cuantitativo Dicotómico y Dimensional	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No • Veces que deja de tomar durante la semana
Tarjeta de "Registro y Control de Enfermedades Crónicas"	Llenado de la Tarjeta de "Registro y Control de Enfermedades Crónicas" el cual	Depende del tipo de variable	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • IMC • Tensión arterial • Glucemia

	contiene varias categorías		<ul style="list-style-type: none"> • HbA1c% • Colesterol • Triglicéridos • Tratamientos
Guía del paciente	Llenado de la guía por el paciente antes de cada sesión	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Lo que indique el paciente

Capacitación del pasante de medicina			
Variable	Definición operativa	Escala de medición	Categorías
Cuestionario de conocimientos	Aplicación de un Cuestionario de conocimientos para determinar las habilidades y competencias adquiridas para aplicar la TSP	Cuantitativa continua	La calificación que obtenga el pasante de medicina

Flujograma

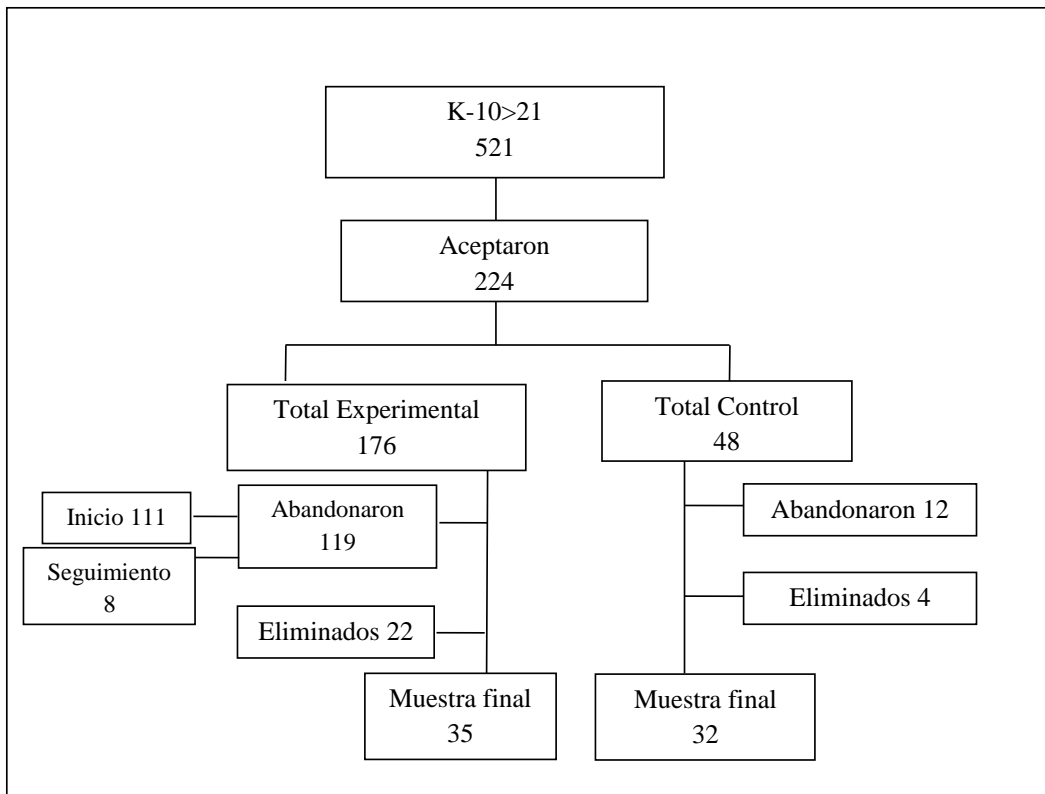


RESULTADOS

De abril de 2015 a febrero de 2018, se aplicaron 1,079 K-10, 48.3% (521 sujetos) fueron probables casos, 224 aceptaron participar en la terapia; 176 fueron sujetos experimentales de los cuales, terminaron las 3 evaluaciones 35 sujetos (totas fueron mujeres).

El grupo control estuvo compuesto por 48 sujetos, de los cuales 35 tenían el diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2 y todas eran de sexo femenino (Gráfica 1).

Gráfica 1.



En la tabla 1.1, se presentan los resultados de las variables sociodemográficas que son categóricas. El nivel educativo predominante en ambos grupos fue la primaria. En el estado civil, tanto el grupo experimental como control presentaron más sujetos sin pareja (19 sujetos en ambos grupos) que con pareja (16 y 13 sujetos respectivamente). En el empleo existieron más personas que trabajaban sin ninguna remuneración económica tanto en el grupo experimental como en el control (65.71% y 71.87% respectivamente).

Tabla 1.1. Características sociodemográficas. Variables categóricas

Grupo	Experimental n=35 (52.2%)	Control n=32 (47.8%)	Total n=67 (100%)	P
Nivel educativo n(%)				
Sin escolaridad	1 (2.9%)	6 (18.8%)	7 (10.4%)	<0.0001
Primaria	16 (45.7%)	17 (53.1%)	33 (49.3%)	
Secundaria	11 (31.4%)	8 (25.0%)	19 (28.4%)	
Preparatoria	7 (20.0%)	1 (3.1%)	8 (11.9%)	
Universitaria				
Estado civil n (%)				
• Con pareja	16 (45.7%)	13 (40.6%)	29 (43.2%)	0.432
• Sin pareja	19 (54.3%)	19 (59.4%)	38 (56.8%)	
Empleo n (%)				
• Trabajo sin paga	23 (65.71%)	23 (71.87%)	46 (68.65%)	<0.0001
• Trabajo con paga	12 (34.28%)	9 (28.12%)	21 (31.34%)	

Primaria= Escuela primaria (primaria completa o incompleta; hasta 6 años), Secundaria= Escuela secundaria (Secundaria completa o incompleta; de 7 a 9 años de estudio), Preparatoria= Escuela preparatoria y técnico medio (de 10 a 12 años de estudio); Universidad (Estudios universitarios completo o incompleto); Trabajo sin paga (incluye estudiantes y actividades del hogar); Trabajo con paga (incluye trabajo con remuneración económica); Desempleado (Persona que no trabaja o que estudia, incluye a los jubilados).

El promedio de edad del grupo experimental fue de 54.5 años (DE= 7.6; valor min= 41; valor max= 70) y del control fue de 56.9 años (DE= 10.3; valor min= 35; valor max= 70). El número de años que estuvieron con el diagnóstico de diabetes mellitus para el grupo experimental fue de 9.6 años (DE= 8.9; valor min= 1; valor max= 31) y del control fue de 8 años (DE= 6.7; valor min= 1; valor max= 30) (RM= 0.84). El promedio de años de escolaridad del grupo experimental fue de 7.2 (DE= 3.4; valor min= 0; valor max= 12), y del control fue de 5.2 (DE= 3.2; valor min= 0; valor max= 11) (RM= 0.72).

Tabla 1.2. Características sociodemográficas. Variables

continuas

Grupo	Grupo Experimental n=35	Grupo Control n= 32	p
Edad – M (DE) (Min-Max)	54.5 (7.6) (41-70)	56.9 (10.3) (35-70)	0.013
Años con DM – M (DE) (Min-Max)	9.6 (8.9) (1-31)*	8.0 (6.7) (1-30)	0.057
Años Escol – M (DE) (Min-Max)	7.2 (3.4) (0-12)	5.2 (3.2) (0-11)	0.101

n= Número de pacientes; M= Media; DE; Desviación estándar; Min= Valor mínimo; Max= Valor máximo; Edad= Medida en años; Años con DM= años con diagnóstico de Diabetes mellitus; Años Escol= Número de años de escolaridad.

*El número de sujetos que mencionaron sus años de diagnóstico con la enfermedad fueron 34.

En la tabla 2, se muestran los valores del peso, la talla, la circunferencia abdominal y el índice de masa corporal, sin encontrar diferencias importantes en la razón de momios entre ambos grupos.

Tabla 2. Variables antropométricas

Grupo	Grupo Experimental n=35	Grupo Control n= 32	p
Peso – M (DE) (Min-Max)	70.3 (10.7) (52-93.8)	67.3 (12.7) (47.8-99)	
Talla – M (DE) (Min-Max)	1.5 (0.1) (1.38-1.67)	1.5 (0.1) (1.4-1.62)	
C.A. – M (DE) (Min-Max)	96.4 (10.2) (82-125.5)	96.0 (10.2) (79-129)	
IMC – M (DE) (Min-Max)	30.5 (4.3) (22.6-40.4)	29.4 (4.7) (21.9-41.7)	

n= Número de pacientes; M= Media; DE; Desviación estándar; Min= Valor mínimo; Max= Valor máximo; Edad= Medida en años; Peso= Medida en Kilogramos; Talla= Media en metros; C.A.= Circunferencia abdominal; IMC= Índice de masa corporal

El hipoglucemiante más utilizado en ambos grupos fue la metformina seguido de la insulina (Tabla 3).

Tabla 3. Tipo de tratamiento para la diabetes estadística?

Grupo	Grupo Experimental n= 35	Grupo Control n= 32	Total n= 83	p
Tratamiento n (%)				
• Insulina	15 (42.85%)	11 (34.37%)	26 (38.80%)	
• Glibenclamida	5 (14.28%)	3 (9.3%)	8 (11.94%)	
• Metformina	31 (88.57%)	29 (90.62%)	60 (89.55%)	
• Otros medicamentos	53 (151.42%)	31 (96.87%)	84 (125.37%)	

n= Número de pacientes; M= Media; DE= Desviación Estándar; Otros medicamentos = Bezafibrato, sitagliptina, pravastatina, telmisartan, otros antihipertensivos e hipolipemiantes.

El promedio del k-10 de las 3 mediciones de ambos grupos se muestra en la tabla 4. En la evaluación inicial, el grupo experimental mostró promedios más altos en las preguntas **a** y **g**; en la evaluación final fueron las preguntas **a** y **b**; y en el seguimiento fueron las preguntas **a**, **b** y **g**. En el grupo control los promedios más altos, en la medición inicial, fueron en las preguntas **b** y **g**; en la final, las preguntas **a**, **b** y **g**; y en el seguimiento, las preguntas **a** y **g**. El grupo experimental, mostró

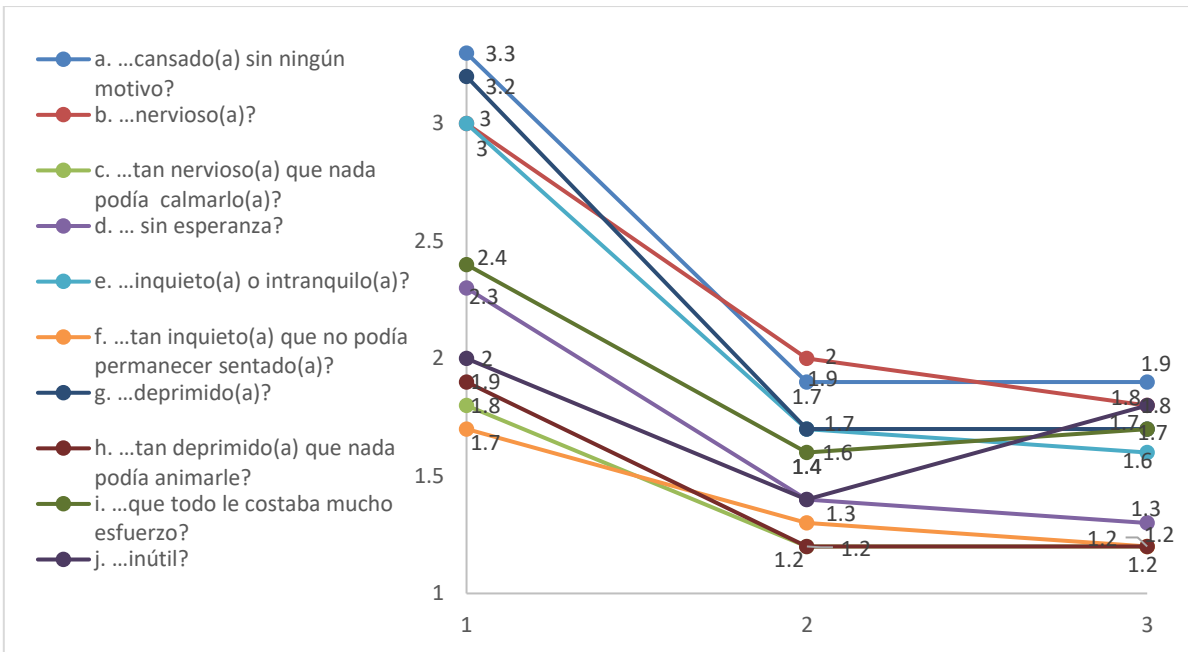
disminución de cada una de las preguntas en cada evaluación; mientras que el grupo control, los cambios fueron variables y sin ningún patrón específico en todas las preguntas.

Tabla 4. Resultados del promedio de puntajes del K-10

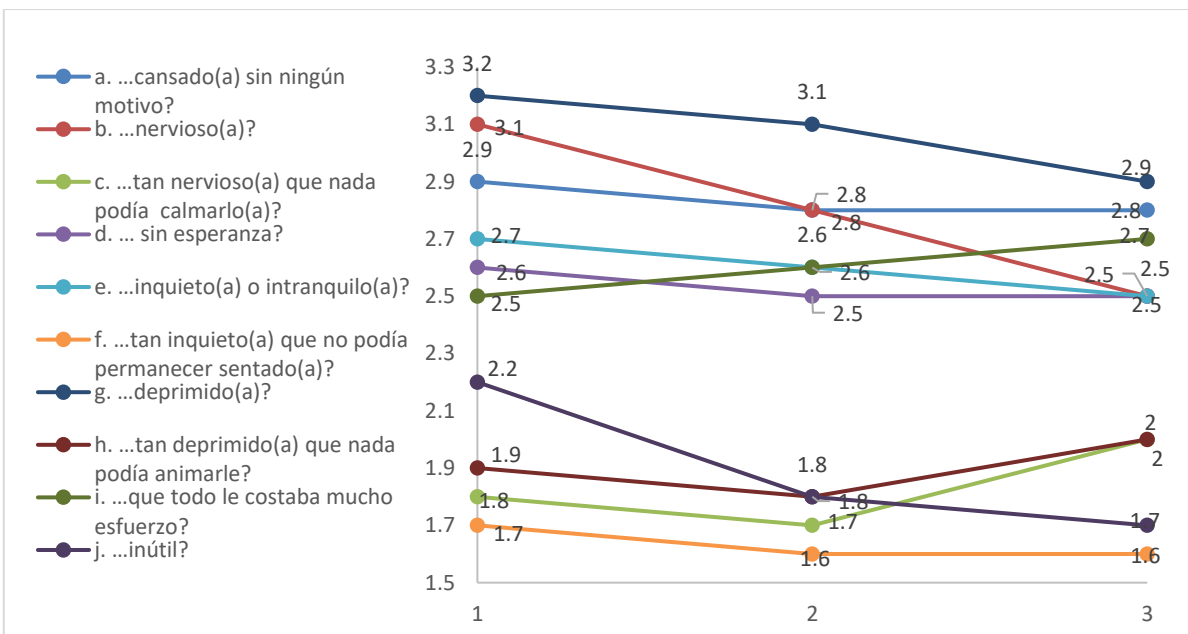
Pregunta	Inicial		Final		Seguimiento	
	Exp	Control	Exp	Control	Exp	Control
Q1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
a. ...cansado(a) sin ningún motivo?	3.3	2.9	1.9	2.8	1.9	2.8
b. ...nervioso(a)?	3.0	3.1	2.0	2.8	1.8	2.5
c. ...tan nervioso(a) que nada podía calmarlo(a)?	1.8	1.8	1.2	1.7	1.2	2.0
d. ... sin esperanza?	2.3	2.6	1.4	2.5	1.3	2.5
e. ...inquieto(a) o intranquilo(a)?	3.0	2.7	1.7	2.6	1.6	2.5
f. ...tan inquieto(a) que no podía permanecer sentado(a)?	1.7	1.7	1.3	1.6	1.2	1.6
g. ...deprimido(a)?	3.2	3.2	1.7	3.1	1.7	2.9
h. ...tan deprimido(a) que nada podía animarle?	1.9	1.9	1.2	1.8	1.2	2.0
i. ...que todo le costaba mucho esfuerzo?	2.4	2.5	1.6	2.6	1.7	2.7
j. ...inútil?	2.0	2.2	1.4	1.8	1.8	1.7

Las gráficas 2 y 3 son los resultados de la tabla 4 que muestran de forma esquemática los cambios a lo largo de las 3 mediciones del grupo experimental y del control.

Gráfica 2. Promedio de puntajes K-10. Experimentales



Gráfica 3. Promedio de puntajes K-10. Controles



En la tabla 5 se observan los porcentajes de cambio de las escalas clinimétricas, de la adherencia terapéutica y de la Hemoglobina glucosilada con la variable grupo como único predictor (sin ajuste), así como utilizando diversos predictores distribuidos desigualmente entre los grupos al inicio del estudio (con ajuste). En el K-10, sin ajuste entre los grupos, el 80% de los sujetos experimentales mostraron mejoría de síntomas depresivos al final del seguimiento; mientras que en el grupo control mejoraron sus síntomas en el 40.6%; la reducción de síntomas del grupo experimental comparado con el control fue del 66.3%.

Al realizar el ajuste con la basal, los sujetos experimentales aumentaron su mejoría hasta el 89.9%, mientras que el grupo control disminuyó su mejoría en 28.5%; por lo tanto, el porcentaje de cambio del experimental al control aumentó a 85.9% (de 66.3% (sin ajuste) a 85.9% (con ajuste)).

Similares cambios se observaron en el Inventario de Beck de Depresión y de ansiedad y, en la hemoglobina glucosilada: IDB 61.3% (sin ajuste) y 83.2% (con ajuste); IAB 19.5% (sin ajuste) y 29.5% (con ajuste); HbA1 25.8% (sin ajuste) y 50.2% (con ajuste).

En la adherencia terapéutica, el grupo experimental presentó mayor adherencia que el control con un porcentaje de cambio de 36.8% (sin ajuste) y aumentando a 40.8% (con ajuste).

Tabla 5. Porcentaje de cambio en la prevalencia en una serie de resultados clínicos.

	Sin ajuste por diferencias basales entre los grupos ¹			Con ajuste por diferencias basales entre los grupos ²		
	Grupo		% de cambio en el grupo experimental (IC al 95%)	Grupo		% de cambio en el grupo experimental (IC al 95%)
	Control (n=32)	Experimental (n=35)		Control (n=32)	Experimental (n=35)	
% con algún grado de depresión al final del seguimiento, según la escala K-10 (puntaje de 21 o más) ³	59.4	20.0	-66.3 (-51.3,-76.5)	71.5	10.1	-85.9 (-65.5,-94.2)
% con algún grado de depresión al final del seguimiento, según el Inventario de Depresión de Beck (puntaje de 14 o más) ⁴	81.3	31.4	-61.3 (-47.1,-71.4)	90.1	15.1	-83.2 (-61.7,-92.7)
% con algún grado de ansiedad depresión al final del seguimiento, según el Inventario de Ansiedad de Beck (puntaje de 8 o más) ⁵	78.1	62.9	-19.5 (-13.6,-24.2)	85.4	60.2	-29.5 (-18.9,-39.2)
% con mala adherencia a hipoglucemiantes al final del seguimiento, según el SMAQ (n=65) ⁶	71.9	45.5	-36.8 (-26.4,-45.4)	77.9	46.1	-40.8 (-26.6,-53.0)
% con mal control de la glucemia, según el porcentaje de hemoglobina glucosilada al final del seguimiento (valor mayor o igual a 7%) ⁷	53.1	39.4	-25.8 (-18.4,-32.4)	72.0	35.9	-50.2 (-32.3,-63.1)

¹ Porcentajes estimados empleando modelos de regresión logística con la variable grupo como único predictor.

² Porcentajes estimados empleando modelos de regresión logística que incluyeron la variable grupo, así como diversos predictores distribuidos desigualmente entre los grupos al inicio del estudio

³ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en el puntaje de la escala K 10.

⁴ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en: el Inventario de Depresión de Beck, el Inventario de Ansiedad de Beck y otras comorbilidades distintas al sobrepeso, obesidad, dislipidemia y síndrome metabólico.

⁵ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en el puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck.

⁶ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en la presencia de mala adherencia a hipoglucemiantes. En este caso hubo disponibles para el análisis 32 sujetos en el grupo control y 33 sujetos en el experimental

⁷ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en el valor de la hemoglobina glucosilada.

Para resaltar los cambios, se realizaron figuras de Trayectorias para cada una de las variables. En las Trayectorias, cada línea es un sujeto y muestra el comportamiento que presentó a lo largo del estudio. En cada una de ellas se observan mayores cambios en los sujetos experimentales que en los controles.

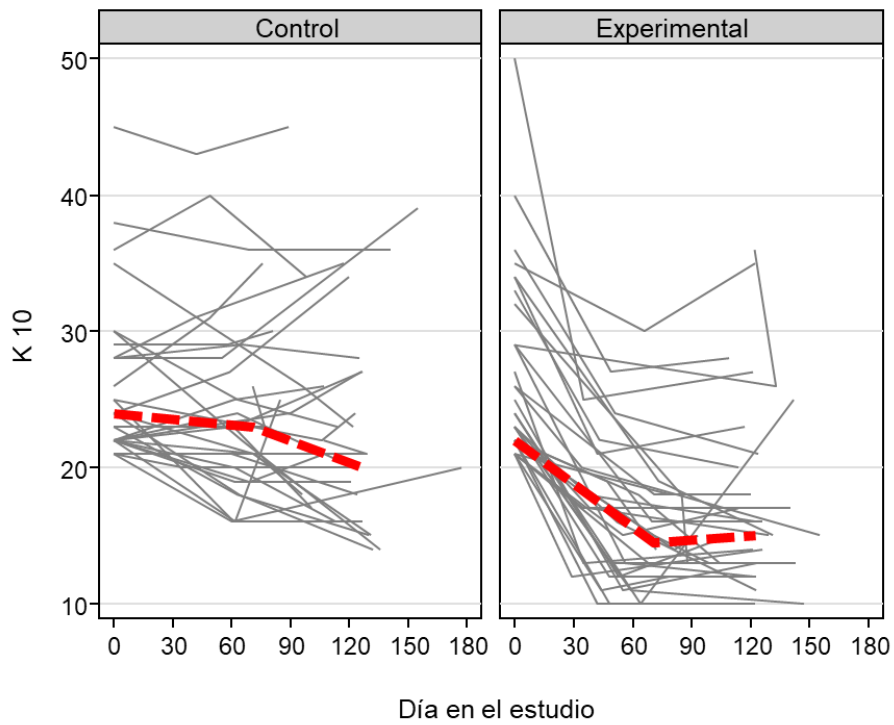
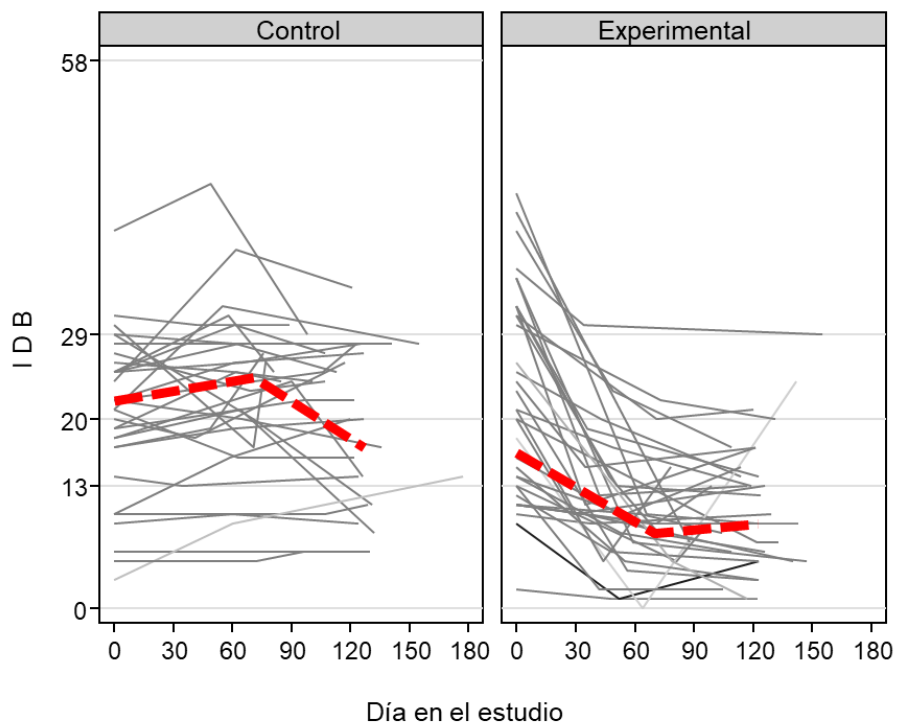
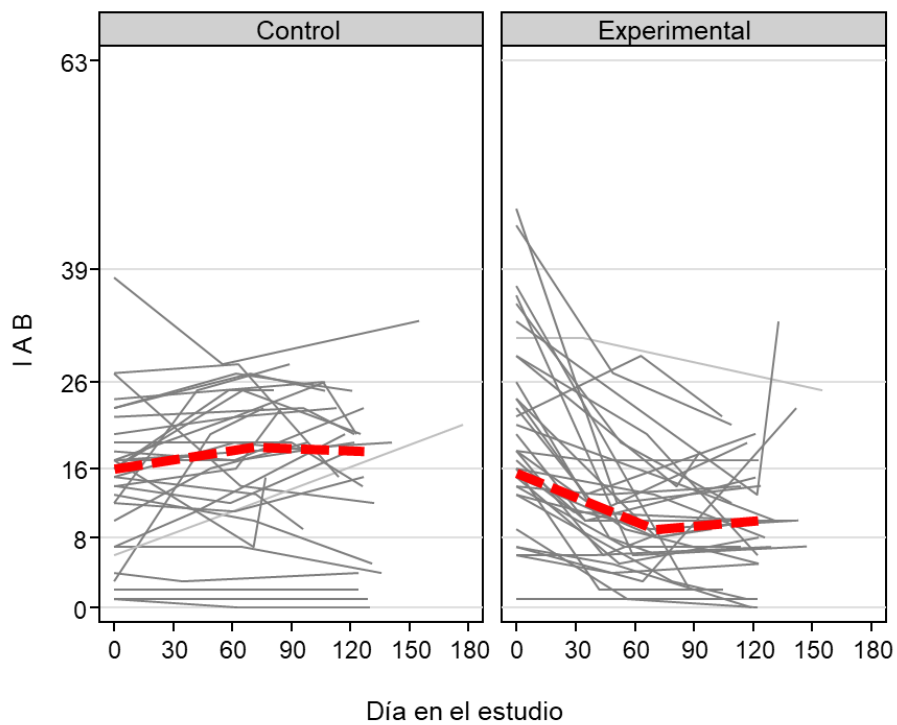
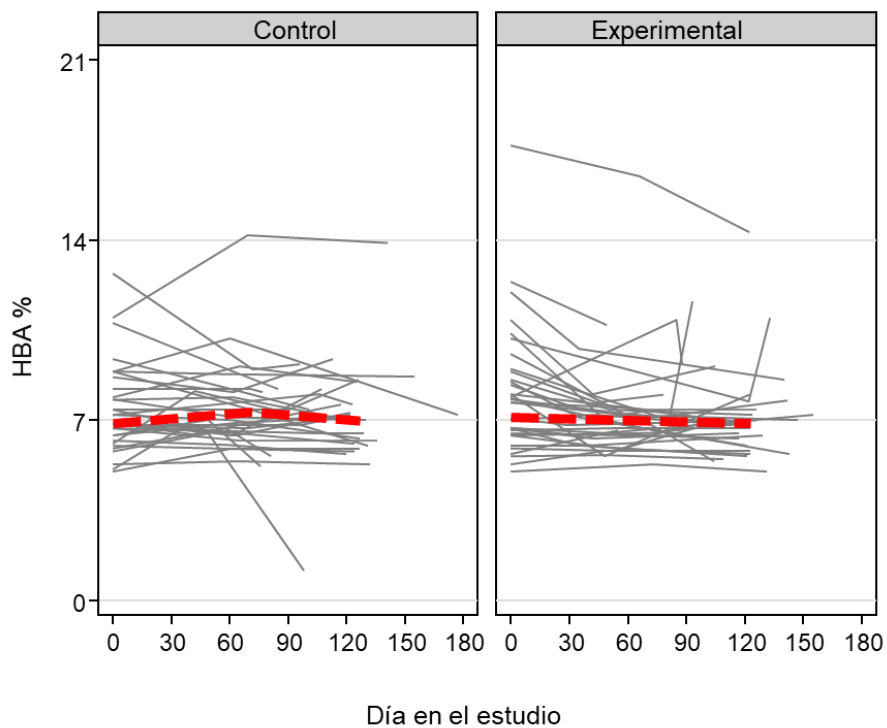
Figura 1. Trayectorias del K-10**Figura 2. Trayectorias del Inventario de Depresión de Beck**

Figura 3. Trayectorias del Inventario de Ansiedad de Beck**Figura 4. Trayectorias de la Hemoglobina glucosilada**

En la tabla 6 se muestran los resultados de las prevalencias del perfil lipídico. En esta tabla existen valores diferentes en el número de sujetos en cada variable; eso se debe a que no estuvieron disponibles algunos de los resultados de dichas variables por motivos que se expondrán más ampliamente en los comentarios. El colesterol total mostró en el análisis por diferencia de grupos sin ajuste que el 75.9% de los sujetos experimentales presentaron disminución del colesterol en comparación con el 71.0% del grupo control. En el análisis con ajuste del grupo, el 83.9% de los experimentales disminuyeron su colesterol, mientras que sólo el 69% del control. El porcentaje de mejoría del grupo experimental en comparación con el grupo control fue de 16.9% (sin ajuste) y aumentó a 48.2% (con ajuste). El resto de las variables mostraron cambios "negativos", es decir, aumentaron cuando se esperaba que disminuyeran, o disminuyeron como es el caso de la HDL en vez de aumentar.

Tabla 6. Porcentaje de cambio en la prevalencia en una serie de resultados clínicos (Perfil lipídico)

	Sin ajuste por diferencias basales entre los grupos ¹					Con ajuste por diferencias basales entre los grupos ²				
	n		%		% de cambio en el grupo experimental (IC 95%)	n		%		% de cambio en el grupo experimental (IC 95%)
	Control	Experimental	Control	Experimental		Control	Experimental	Control	Experimental	
% con colesterol alto al final del seguimiento (mayor a 200 mg/dl) ³	31	29	29.0	24.1	-16.9 (-9.3,-24.5)	31	27	31.0	16.1	-48.2 (-29.8,-62)
% con HDL bajo al final del seguimiento (40 o menos mg/dl) ⁴	31	29	28.0	40.0	42.9 (23.9-64.9)	31	29	28.6	32.5	13.5 (9.1-16.7)
% con LDL alto al final del seguimiento (160 o más mg/dl) ⁵	25	25	29.0	34.5	18.8 (12.9-24)	25	25	20.1	38.5	91.2 (46.8-147.4)
% con triglicéridos altos al final del seguimiento (150 o más mg/dl) ⁶	31	28	48.4	57.1	18.1 (12.7-22.1)	31	28	48.3	52.7	9.2 (7.6-7.6)

¹ Porcentajes estimados empleando modelos de regresión logística con la variable grupo como único predictor.

² Porcentajes estimados empleando modelos de regresión logística que incluyeron la variable grupo, así como diversos predictores distribuidos desigualmente entre los grupos al inicio del estudio

³ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales en los niveles de colesterol.

⁴ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en la distribución de los años de escolaridad.

⁵ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en la distribución por edad y en la presencia de hipertensión arterial.

⁶ Los resultados ajustados eliminan las diferencias basales entre los grupos en el puntaje del Inventario de Ansiedad de Beck y la presencia de otras comorbilidades.

De igual forma que en la tabla anterior, se presentan las figuras de las Trayectorias de todas las variables para visualizar los cambios.

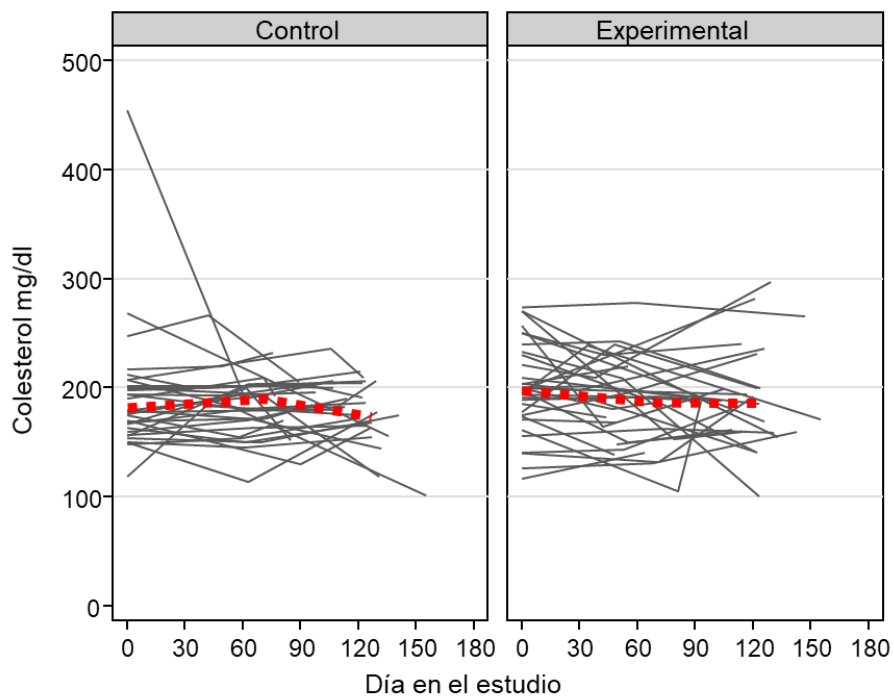
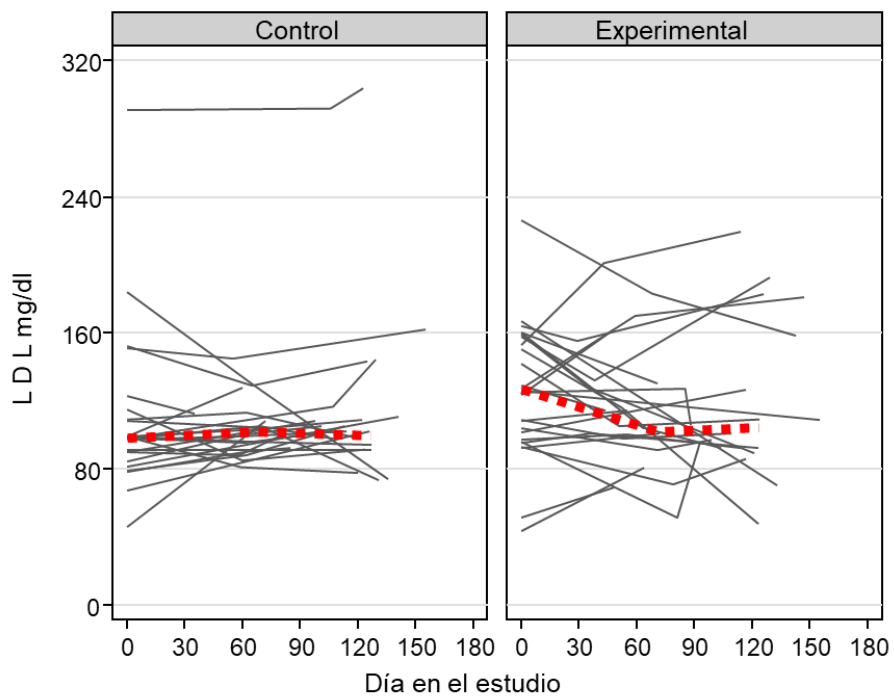
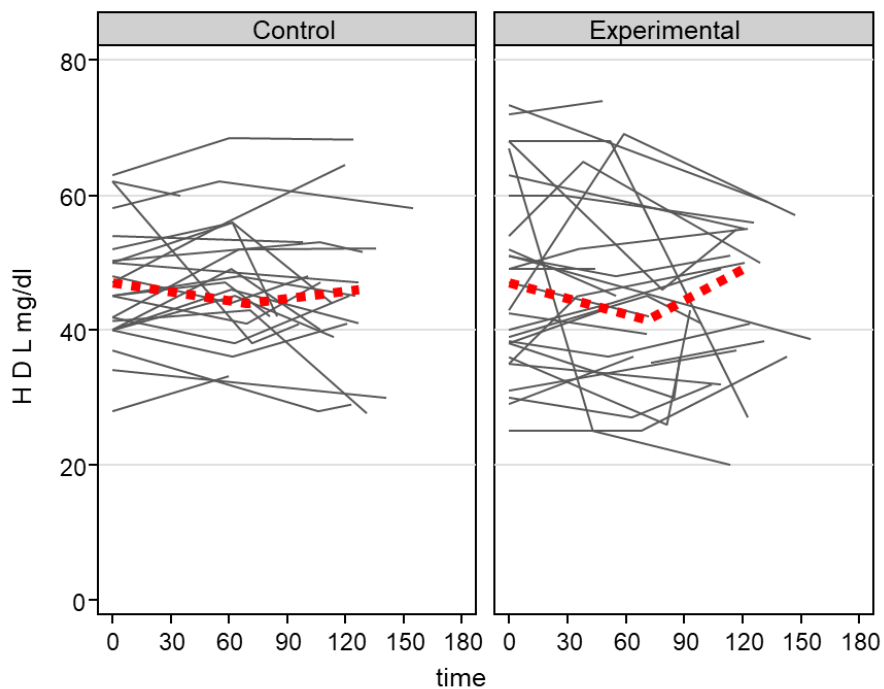
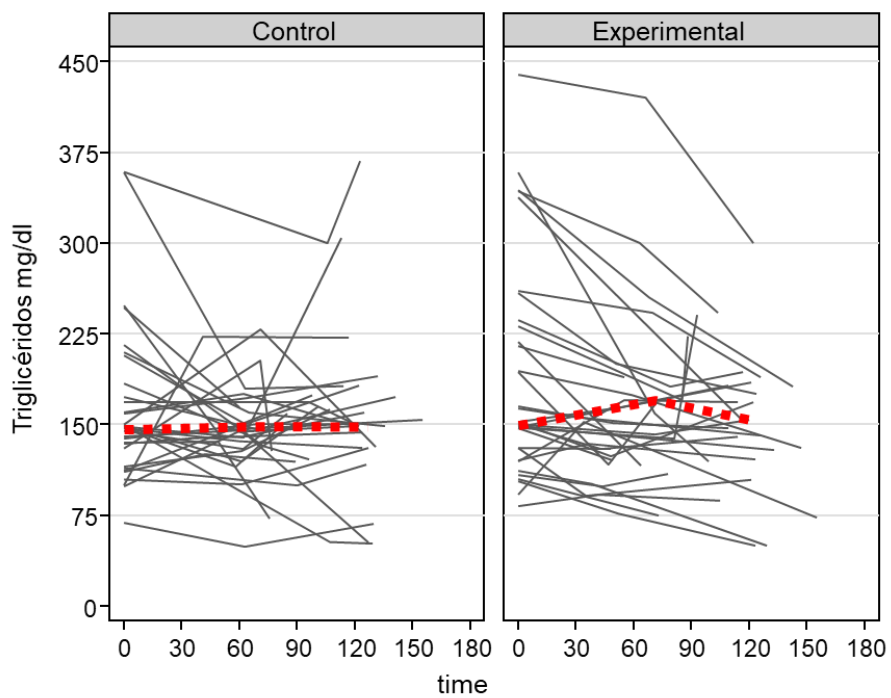
Figura 5. Trayectorias del Colesterol total**Figura 6. Trayectorias de la LDL**

Figura 7. Trayectorias de la HDL**Figura 8. Trayectorias de los Triglicéridos**

En la tabla 7 se muestra el efecto del cambio clínico del grupo experimental contra el control comparando el inicio con el final (I-F), el inicio con el seguimiento (I-S) y el final con el seguimiento (F-S) tanto del K-10 como de la hemoglobina glucosilada. El K-10 mostró un efecto grande en la comparación I-F e I-S del experimental en contra del control. El resto de las comparaciones, tanto del K-10 como de la hemoglobina glucosilada, mostraron cambios pequeños (pequeño = 0.25-0.49; mediano = 0.50-1.00 y grande >1.00).

Tabla 7. Efecto del cambio clínico entre los grupos Experimental y Control

Variable	K-10			HbA1c		
	I-F	I-S	F-S	I-F	I-S	F-S
Experimental	1.7	1.5	0.0	0.3	0.4	0.1
Control	0.2	0.2	0.0	0.0	0.2	0.2

K-10= Cuestionario de malestar emocional; HbA1c= Hemoglobina glucosilada; I-F= Comparación entre Inicio y Final; I-S= Comparación entre Inicio y Seguimiento; F-S= Comparación entre Final y Seguimiento.

Se realizó un análisis descriptivo de los principales problemas que presentaron los pacientes que recibieron la TSP. Se clasificó en 13 tipos de problema: Relación con la pareja, Relación con los hijos, Relaciones con otras personas, Hijos con enfermedades, Problemas familiares, Problemas económicos, Vida personal, Duelo, Problemas legales, Problemas de salud, Problemas laborales, Familiares con consumo de sustancias y

Violencia. El tipo de problema más frecuentemente reportado fue el de "Vida personal" con el 30.86%. Algunos de los ejemplos de los tipos de problemas están reportados en la tabla 7. El número mínimo de problemas por persona reportado por los pacientes fue de 1, y el máximo de 16.

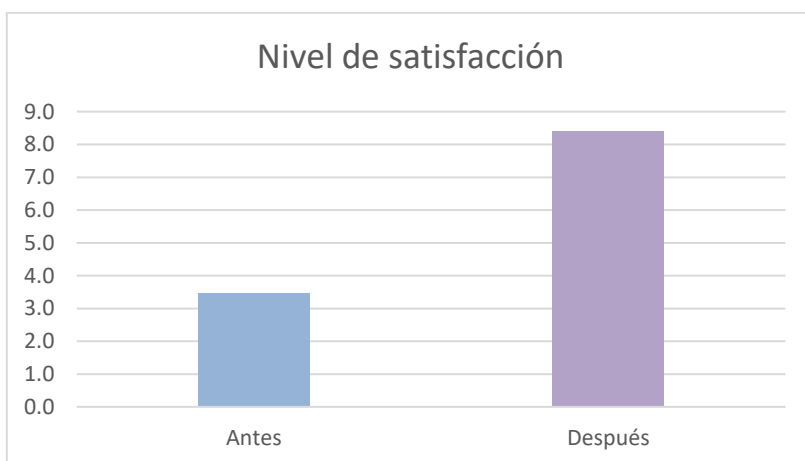
Tabla 8. Problemas más frecuentemente descritos

Tipo de problema	Breve descripción	Número de problemas
Relación con la pareja	Problemas de adicción de la pareja, algún tipo de violencia de la pareja, infidelidades, mala comunicación, etc.	31/9.20%
Relación con los hijos	Preocupación por problemas de los hijos, mala comunicación y pobres límites con los hijos, ejercicio de violencia de los hijos hacia el paciente, abuso de sustancias de los hijos, etc.	43/12.76%
Relaciones con otras personas	Mala convivencia con vecinos, maltrato y abuso de vecinos, etc.	10/2.97%
Hijos con enfermedades	Hijo con parálisis cerebral.	1/0.30%
Problemas familiares	Mala relación con hermanos, padres, yernos, etc. Cuidado de algún familiar enfermo como padres, hermanos o tíos, cuidado de nietos, etc.	48/13.95%
Problemas económicos	Desempleo, pocos ingresos económicos, los hijos se gastan o roban su dinero, etc.	27/8.01%
Vida personal	Se preocupa por sus hijos, distanciamiento con hermanos le genera desánimo, desapego con seres queridos; violencia física y psicológica le genera tristeza, preocupación por ser una carga para la familia, miedo a ser lastimada, Depresión, ansiedad y síntomas psicosomáticos, incapacidad para establecer límites dentro de su familia, inseguridad sobre sí misma, sentirse sola, no disfruta de actividades, etc.	104/30.86%
Duelo	Muerte de padres, hermanos, hijos y pareja.	11/3.26%
Problemas legales	No tiene escrituras de su casa, sin apoyo legal para divorciarse, problemas legales con vecinos.	3/0.89%
Problemas de salud	Pérdida de la vista, pie diabético, nefropatías, neuropatías, descuido general de la salud física, diabetes o hipertensión descontroladas.	36/10.68%
Problemas laborales	Inactividad laboral, desempleo; imposibilidad de trabajar debido a dolores, etc.	9/2.67%

Familiares con consumo de sustancias	Pareja, hijos con adicciones.	4/1.19%
Violencia	Críticas destructivas, menosprecio de parejas, hijos, padres, etc.	11/3.26%

Finalmente se aplicó una escala análogo visual sobre la percepción que tenían los pacientes sobre sus problemas al inicio de la terapia y al final de la misma; el promedio de satisfacción al inicio fue de 3.5 y al final de la terapia de 8.4 (a mayor puntaje, mayor satisfacción).

Gráfica 4. Nivel de satisfacción a la TSP



COMENTARIO, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

El objetivo principal que planteó este proyecto de investigación fue determinar si la TSP tenía algún efecto positivo en la disminución o nivelación de los síntomas depresivos/ansiosos y perfiles metabólicos en los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en dos grupos de estudio: experimental y control; para esto se estructuró un proyecto de investigación de 3 años de duración para obtener la muestra deseada (35 sujetos experimentales y 35 controles). Los resultados muestran que, efectivamente, los pacientes del grupo experimental, en comparación con el grupo control, disminuyeron o mejoraron notablemente en todas sus mediciones tanto clinimétricas como metabólicas y que los cambios se mantuvieron al menos durante 4 meses.

Varios estudios previos concuerdan en la alta asociación entre Diabetes y Depresión/Ansiedad(144) (145) (146) (62); dicha asociación se relaciona con incremento de la glucosa, mal apego al tratamiento hipoglucemiante, pobre asistencia a su atención médica, entre otros(66) (147) (148) (149); también se ha descrito que algún tipo de intervención psicoterapéutica o de orientación ayuda a estabilizar los síntomas depresivos/ansiosos y a mejorar, indirectamente, los niveles de glucosa(35,150) (151) (152). Estos resultados han sido

corroborados con el presente proyecto de investigación el cual tiene el mérito de haberse llevado a cabo con población mexicana que asiste a centros de atención primaria en la Ciudad de México. Es importante señalar que los centros de primer nivel de atención es el lugar donde se concentra la mayor cantidad de la población que recibe atención, el cual se ha ido fortaleciendo gradualmente a lo largo de estos años(153); también es un lugar donde hay que prestarle mayor atención para el desarrollo de programas de prevención y atención primaria.

Los resultados de la presente tesis forman parte de un estudio más grande que abarca pacientes diabéticos, hipertensos y obesos, por lo que la recolección de la muestra no se limitó a pacientes con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2; en tal sentido se hará una breve reflexión y comentario sobre la obtención de la muestra:

a) Como se observa en la gráfica 1, se aplicó un total de 1,079 cuestionarios de K-10, de los cuales 521 (48.28%) obtuvieron más de 21 puntos, es decir 48.28% de los sujetos evaluados fueron probables casos; similares datos fueron encontrados en estudios previos por este mismo equipo de investigación en los cuales muestra que el K-10 es un instrumento bastante sensible para identificar probables casos de algún trastorno mental, principalmente Depresión y Ansiedad; la probabilidad de

encontrar algún trastorno mental en todos estos estudios fue de más del 45% (87,134,154,155).

b) Del total de los probables casos (521 sujetos), 224 aceptaron participar en el estudio (42.99%). Ciento setenta y seis fueron experimentales y 48 controles.

c) De los 176 sujetos experimentales, 111 abandonaron en la primera o segunda sesión de la TSP, 8 no se logró dar seguimiento a los 4 meses (total de abandono de 119 sujetos) y 22 fueron eliminados del análisis estadístico por no contar con resultados de algunas variables. Del grupo control, de los 48 sujetos, abandonaron 12 y se eliminaron 4. ¿Por qué abandonaron tantos sujetos experimentales del estudio? No hay una respuesta clara; las hipótesis que se plantearon los investigadores es que algunos pacientes deseaban una recuperación pronta; no estaban convencidos en recibir la terapia; no estaban interesados en trabajar sus problemas, ya sea por miedo a enfrentarlos o por vergüenza a que alguien se entere de ellos; probablemente tenían expectativas muy altas de la TSP que no se cumplieron en las primeras sesiones; en fin, toda técnica terapéutica tiene sus limitaciones y hay pacientes que no aceptan ningún tipo de intervención psicoterapéutica, sin embargo, es necesario profundizar en futuros estudios sobre el motivo de la deserción de la TSP.

Algunos artículos reportan que existen varios motivos del abandono al tratamiento o la participación en investigaciones clínicas; estas barreras se pueden clasificar en: propias del sujeto, como la falta de motivación o la falta de tiempo; barreras interpersonales, como la falta de soporte familiar y social; de logística, como la falta de transporte o la lejanía del hospital; barreras propias del programa como la falta de servicios ofertados o del número de sesiones programadas; barreras de los sistemas de salud, como el costo de la atención o de experiencias previas negativas en la atención; también mencionan que algunos pacientes acuden a terapia siempre y cuando reciban tratamiento farmacológico porque sienten que eso les ayuda más. Todos los autores concluyen que es necesario profundizar en el tema y hacer investigaciones en dicho campo(156-158). Algunas de estas barreras han sido reportadas por este mismo grupo de investigadores y comentadas en el estudio piloto (ver comentarios de la fase piloto).

d) La muestra final estuvo conformada por 35 experimentales y 32 controles.

Es importante notar que en este estudio prácticamente participaron sólo mujeres, ya que la cantidad de sujetos masculinos fue muy baja (sólo 4 en el grupo experimental y ninguno en el grupo control). Esto nos invita a otra reflexión

sobre la inasistencia de hombres a las consultas médicas y a participar en los estudios de investigación. Tanto hombres como mujeres tienen la misma susceptibilidad a enfermarse, aunque con diferentes factores de riesgo para padecer diabetes o sufrir síntomas depresivos y ansiosos. Algunos estudios han reportado que los hombres no buscan la atención por falta de tiempo, porque no les dan permiso en el trabajo, falta de interés hacia su salud o que no conocen las consecuencias de la diabetes, etc.(148)(135), por lo que es conveniente utilizar otras estrategias para proporcionar atención a estas personas como la atención dentro del mismo lugar de trabajo o que les otorguen permiso para asistir a sus consultas previamente programadas. En otras palabras, su inasistencia no es porque no tienen la enfermedad, sino por los motivos previamente expuestos.

Los resultados de las características sociodemográficas muestran que el nivel educativo que predominó en ambos grupos fue la primaria (7.2 años en el experimental y 5.2 años en el control). Es relevante este resultado ya que algunos sujetos sólo sabían leer y escribir, y muy pocos tenían un nivel educativo "alto" (preparatoria o técnico). En el estudio piloto(135) se observaron los mismos datos lo que sugiere 2 cosas: Primero, que se está trabajando con personas de bajos recursos económicos (el 100% de los participantes tenían nivel socioeconómico A) y segundo, que es una población marginada.

Ambos aspectos son altamente relevantes y deben de tomarse en cuenta ya que, "pese" a su nivel educativo, aceptan la terapia y hacen cambios en su vida cotidiana; y que es una población que merece una alternativa de tratamiento coadyuvante, en este caso psicoterapéutico, acompañado de su tratamiento farmacológico.

El promedio de edad fue similar en ambos grupos, así como los años con diagnóstico de Diabetes mellitus tipo 2, aunque el grupo experimental fue mayor (9.6 años) que el grupo control (8.0 años).

En el estado civil, fueron más los sujetos sin pareja que con pareja al momento del estudio (56.8% y 43.2% respectivamente). Finalmente, en el empleo, participaron más estudiantes, amas de casa y desempleados (Trabajo sin paga) (68.65%). En los resultados de la fase piloto se observó que los pacientes que no tenían un ingreso económico formal, fueron los que cumplieron con las 3 evaluaciones (basal, final y de seguimiento), mientras que los que trabajaban o tenían un ingreso económico, fueron los que más abandonaron el estudio(135). Si bien en este estudio no se comparó dichos grupos (los que terminaron vs. los que abandonaron), se puede hipotetizar la misma causa por la que participaron más sujetos sin empleo o sin ingreso económico estable. Entonces, en las investigaciones ¿participan más los

sujetos sin ingresos económicos porque tienen más tiempo?, o porque ¿les interesa más su salud? También es otra reflexión que deja el presente trabajo de investigación.

En las variables antropométricas: peso, talla, circunferencia abdominal e Índice de masa corporal, no existieron diferencias entre los grupos, por lo que ambos grupos se comportaron de similar forma a lo largo del estudio.

Respecto al tratamiento hipoglucemiante, el más frecuentemente usado por los grupos fue la metformina; aunque lo habitual era la utilización de 2 ó 3 fármacos diferentes (Ejemplo: un hipoglucemiante con un antihipertensivo y un antilipemiante). Muchos de los sujetos cuentan con 2 o más diagnósticos médicos, por lo que la polifarmacia es una consecuencia del mismo. En estos casos, es importante evaluar la utilización una técnica psicoterapéutica en pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. La justificación principal para utilizar una técnica psicoterapéutica, y no un antidepresivo, en este tipo de pacientes fue que en un estudio previo, los sujetos con Depresión y Ansiedad no aceptaban agregar un tratamiento más a su tratamiento usual(134,135). El hecho de tomar 2 a 3 medicamentos impedía el inicio de uno nuevo (el antidepresivo); es decir, la polifarmacia fue un factor para la NO aceptación de un antidepresivo; indudablemente a este se agregan la falta

de medicamentos antidepresivos en los centros de salud, el estigma y temor hacia estos, el costo económico y muchos otros más motivos o limitaciones que se comentaron en el estudio piloto(135).

Otro resultado que llamó la atención fue el comportamiento de las preguntas del K-10. En la tabla 4 (y gráficas 2 y 3) se observan los promedios de los puntajes más altos y más bajos del grupo control y del experimental, así como su modificación a lo largo de las 3 mediciones. En el grupo experimental, la primera pregunta que dice "En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió cansado sin ningún motivo?", fue la que obtuvo mayor promedio (3.3) en la primera medición (o medición basal) y fue la que disminuyó sustancialmente en las siguientes mediciones a 1.9. La otra pregunta que presentó similar comportamiento fue la séptima (pregunta **g**): "En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió deprimido?", con un puntaje promedio inicial de 3.2 y que bajó en las siguientes mediciones a 1.7; parece que ambas preguntas son bastantes sensibles especialmente para identificar síntomas depresivos, y que estos tienden a disminuir al aplicar la TSP.

En general, el grupo experimental disminuyó en todas las preguntas, comparando los puntajes basales con los finales y con el seguimiento, y dicha disminución se mantuvo a lo largo

del estudio. En cambio, el grupo control, no mostró ningún patrón específico en ninguna de las preguntas ni a lo largo de las 3 mediciones. Se puede concluir que el K-10 es un instrumento muy sensible y adecuado para identificar y para dar seguimiento, principalmente, a los síntomas depresivos que ansiosos.

Una parte relevante de este proyecto de investigación se muestran en las tablas 5 y 6 en las cuales se utilizó los modelos de regresión logística para comparar el grupo experimental con el control a lo largo del estudio. Muy importante observar las diferencias entre el grupo experimental y control y los cambios entre el análisis sin ajuste y con ajuste de la muestra. La marcada disminución en los síntomas depresivos y ansiosos, en el grupo experimental, evaluados por el K-10 y los inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck muestran el efecto positivo que tuvo la TSP en ese grupo; y que dicho efecto aumenta cuando se ajusta la muestra. Mismos resultados fueron reportados en el estudio piloto donde se puntualiza la importancia de recibir un tratamiento psicoterapéutico en dicha población.

En las variables metabólicas, el efecto positivo de la TSP se presentó en la Hemoglobina glucosilada y en el colesterol total. Considerando que la estabilidad en los pacientes diabéticos se

evalúa con la disminución de la glucosa, se puede concluir que la TSP tuvo un alto impacto en su disminución, por lo que, una vez más, el recibir un tratamiento coadyuvante al tratamiento habitual en los pacientes diabéticos, es de gran utilidad.

En cuanto a la adherencia al tratamiento evaluada por el SMAQ, también se observó el mismo comportamiento; los pacientes que recibieron la TSP presentaron mayor adherencia al tratamiento que el grupo control.

Respecto a las otras variables metabólicas (LHL, HDL y triglicéridos), no existieron cambios, pero hay que considerar que el número de sujetos fueron menores por lo que se hipotetiza que éste es el motivo por cual no se presentaron cambios significativos (ver tabla 6).

Al evaluar el efecto del cambio clínico con la fórmula de Cohen también se observó la diferencia entre el grupo experimental (que recibió la TSP) contra el grupo control, por lo que se puede concluir que los pacientes que reciben algún tipo de intervención psicológica o psicosocial en su tratamiento habitual mejoran significativamente en sus variables cliniméticas, pero en sus variables metabólicas el cambio es pequeño.

Hay otros resultados "menores" que comentar, sin embargo, hay que flexionar principalmente sobre los principales, replicarlos y sustentarlos con mayor veracidad.

También se centró el interés en conocer los problemas que manifestaban más frecuentemente los pacientes y los cuales se trabajaron en la terapia. En la tabla 7, se desglosa los problemas más frecuentes los cuales se dividieron en 13 tipos de problemas. El más frecuente reportado por los pacientes fue el de "Vida personal" en el cual se mencionan problemas de la vida cotidiana. Es interesante desmenuzar y analizar dicha problemática porque no se trata de problemas graves de salud, o problemas fuertes de inseguridad social, sino, se refiere a problemas que, con una breve orientación y asesoría, se pueden resolver en corto tiempo. Prueba de ello es que todos los pacientes que recibieron la terapia reportaron al final de ella haber resuelto su principal problema, sentirse de mejor estado de ánimo y, por lo tanto, satisfechos por la terapia (gráfica 4). Este resultado permite considerar a la TSP como efectiva y que ayuda al paciente a empoderarse y actuar sobre el problema que aqueja su vida el cual le generaba síntomas depresivos y ansiosos y pobre control de su enfermedad de base.

Otras de las observaciones realizadas desde el inicio de la investigación fue la participación de los pasantes de medicina

como terapeutas. Recordar que son estudiantes que realizaron su servicio social, que son jóvenes (23 a 25 años) y que fue su primer acercamiento a la TSP. Por tal motivo, tuvieron un proceso de capacitación y "aclimatación" a la terapia durante 2 meses (ver página 94). Cuando los pasantes aplicaron la terapia a los pacientes, una vez más, no fue una variable importante para el impedimento de que estos estudiantes sean los terapeutas. Al contrario, mostró un efecto positivo el cual fue medido cualitativamente ya que los pasantes de medicina reportaron que los pacientes se sentían muy cómodos en la terapia y "acompañados" en su proceso tanto médico como terapéutico. También comentaron que la supervisión semanal recibidas por los investigadores (Trabajo Colaborativo), ayudó a sentirse seguros durante toda la terapia (91,92,102,134) (131,132) (133) (134,135). Finalmente comentaron que muchos de los pacientes nunca habían hablado de sus problemas con otro profesional de la salud o pasantes de medicina y que dicha intervención les ayudó a superar algunos de sus problemas.

Este es el primer estudio donde se reporta la aplicación de la TSP por estudiantes del último año de medicina mostrando resultados alentadores para futuras investigaciones o para proponerlo como una alternativa de tratamiento dentro de la práctica médica general; para ello es necesario capacitarlos y

monitorearlos mediante el Trabajo Colaborativo. Otras investigaciones internacionales utilizaron psiquiatras, médicos generales, residentes de medicina familiar, enfermeras y psicólogos con similares resultados al de la presente investigación(88,100)(101).

El número total de pasantes que participaron a lo largo de estos 4 años fueron 20, de estos 8 decidieron hacer la especialidad en psiquiatría, una en medicina interna y 3 hacer una maestría; el resto desea continuar su capacitación en algún área de la salud.

¿Por qué no utilizar profesionales de los centros de salud en vez de pasantes de medicina? Ha sido un cuestionamiento mencionado desde el principio del proyecto de investigación; si bien se comentó en los antecedentes (página 91), es conveniente recalcar que los trabajadores de los centros de salud no cuentan con el personal suficiente, ni el tiempo suficiente, ni el interés en aplicar y aprender una técnica terapéutica; situación diferente al de los pasantes de medicina quienes están ávidos de conocimientos y abiertos a aplicar nuevos tratamientos como son las intervenciones psicosociales. Una barrera administrativa importante de los centros de salud es la falta de personal y su pobre capacitación en intervenciones psicoterapéuticas; este proyecto de investigación aportó con

disminuir esta barrera y, por lo tanto, esta brecha de la atención de los problemas de salud mental. El Trabajo Colaborativo, como modelo de atención de la salud mental comunitaria, permitió un mayor acercamiento de los profesionales de la salud mental (en este caso tercer nivel de atención) con el primer nivel de atención. El Trabajo Colaborativo es un modelo que acerca el tercer con el primer nivel de atención, es útil y ha demostrado consistencia en la práctica (91, 92) (134) (131) (159, 160).

Conviene hacer una observación sobre las audio grabaciones; como se comentó en la metodología, el objetivo de grabar las sesiones fue para obtener información "dura" del proceso de aplicación de la TSP y su homogenización por los pasantes de medicina. Dicho objetivo se cumplió parcialmente debido a que muchos de los pacientes rechazaron ser audio grabados; por tal motivo, los investigadores se apoyaron mucho más en la supervisión semanal bajo el Modelo de Trabajo Colaborativo que previamente se explicó.

Finalmente, las barreras para recibir una adecuada atención médica y psicológica en los centros de salud son las mismas a las reportadas en el estudio piloto, en estudios nacionales e internacionales, es decir, problemas económicos de los pacientes, no considerar la atención médica de su enfermedad

como importante, falta de reactivos en los centros de salud, pobre acceso a la atención médica por la lejanía del centro de salud, y un largo etcétera (109) (111) (112) (113) (134) (135) (148).

Como conclusión general, se puede decir que proporcionar cualquier tipo de apoyo o intervención coadyuvante a los pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa, puede ayudar a mejorar su calidad de vida en cuanto a la enfermedad de base (en este caso Diabetes mellitus). No es suficiente proporcionar un tratamiento farmacológico; los hallazgos de este proyecto de investigación apuntan de que "dar algo más" que un tratamiento farmacológico, ayuda importantemente a los pacientes. En este caso la TSP ayudó al grupo experimental a mejorar sus síntomas afectivos y ansiosos y a estabilizarse metabólicamente, por lo que es mejor recibir un tratamiento coadyuvante como la TSP a no recibir nada. En este caso existió la posibilidad de probar una técnica terapéutica y de tener personal capacitado que lo aplicara; sin embargo, también puede ayudar la escucha activa de los pacientes, de sus necesidades, de sus problemas cotidianos, de sus aventuras y desventuras; esta escucha no requiere tiempos prolongados y lo puede proporcionar el médico, la enfermera o la trabajadora social. Para ello no se necesita una "capacitación formal", se necesita interés, compromiso y cierto grado de empatía (154).

Los estudiantes de medicina, con su juventud y poca experiencia médica y psicoterapéutica lograron dicho acercamiento. Las historias relatadas de los pacientes en las sesiones de todos los viernes estaban matizadas de tristeza, alegría, melancolía, esperanza, temor, angustia; en fin, una serie de emociones, que hacían dichas sesiones parecer una terapia de grupo donde uno aprende del otro, y todos nos apoyamos como amigos de este camino pedregoso. No se puede negar que existieron momentos de flaqueza, de frustración y enojo, pero, hablando porcentualmente, existieron más momentos gratos y de compañerismo que de quejas y malestar.

Si bien el presente proyecto de investigación terminó y cumplió con su objetivo principal, sin embargo, abrió nuevas interrogantes que pueden ser el inicio de muchas otras investigaciones a futuro.

El trabajo comunitario es una de las actividades más satisfactorias que se puede encontrar dentro de la investigación, por lo que no hay que temerle, al contrario, hay que acercarse a ella porque es la única manera de entender cómo se desarrolla e incuba la enfermedad dentro de la sociedad, a este proceso se la llamará la "patología social" que no es más que la enfermedad dentro de un contexto médico, psicológico y social matizada por la violencia (social y familiar), la

pobreza, la falta de empleo, el estigma hacia la salud mental, entre otros.

Un gran agradecimiento a estos luchadores que se llaman "pacientes", "usuarios", "clientes", "receptores de atención" u otro nombre más que se inventará en el futuro.

Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. MhGAP Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales , neurológicos y por abuso de sustancias. Ginebra; 2008. 48 p.
2. Löwe B, Schulz U, Gräfe K, Wilke S. Medical Patients' Attitudes Toward Emotional Problems and Their Treatment. What Do They Really Want? *J Gen Intern Med.* 2006;21:39-45.
3. Mynors-Wallis LM, Gath DH L-TA, Tomlinson D. Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *Gen Pract.* 1995;310:441-5.
4. Aguilar-Salinas C, Velázquez-Monroy O, Gómez-Pérez F. Characteristics of Patients With Type 2 Diabetes Mexico. *Diabetes Care.* 2003;26(7):2021-6.
5. Knol MJ, Twisk JWR, Beekman ATF, Heine RJ, Snoek FJ, Pouwer F. Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia [Internet].* 2006 May [cited 2013 Nov 7];49(5):837-45. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16520921>
6. Longo D, Fauci AL, Kasper D. Diabetes Mellitus. In: *Medicina interna.* 18th ed. Mc Graw Hill; 2013. p. 1137-1144.
7. Robbins y Cotran. *Patología estructural y funcional.* 8th ed. 2010. 1449 p.
8. Federación Mexicana de Diabetes A. C. [Internet]. [cited 2015 Jun 3]. Available from: www.fmdiabetes.org/fmd/pag/diabetes.php
9. Múnera-Jaramillo M, Restrepo-Lozada M, Gómez-Bahamón L, Mesa-Suarez D, Ramirez-Puerta B. Hemoglobina glicosilada Alc vs. glucemia plasmática en ayunas de pacientes ambulatorios de un laboratorio médico. *Rev Salud Pública.* 2011;13(6):980-9.
10. Alleyne G. La diabetes: una declaración para las Américas. *Boletín la Of Sanit Panam [Internet].* 1996;121(5):461-6. Available from: <http://hist.library.paho.org/Spanish/BOL/v121n5p461.pdf>
11. American Diabetes Association [Internet]. [cited 2015 Jun 3]. Available from: <http://www.diabetes.org/es/?loc=util->

header_es

12. Álvarez-Seijas E, González-Calero T, Cabrera-Rode E, Conesa-González AI, Parlá-Sardiñas J, González-Polanco EA. Algunos aspectos de actualidad sobre la hemoglobina glucosilada y sus aplicaciones. *Rev Cuba Endocrinol.* 2009;20(3):141-51.
13. Alfaro J, Simal A, Botella F. Tratamiento de la diabetes mellitus. *Sist Nac Salud [Internet]*. 2000;24(2):33-43. Available from: <http://www.msc.es/farmacia/infmedic>
14. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de Practica Clínica GPC Diagnóstico y Tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo 2 [Internet]. Instituto Mexicano del Seguro Social, editor. México DF.; 2012 [cited 2015 Jun 11]. p. 169. Available from: http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/000GER_DiabetesMellitus.pdf
15. Mediavilla-Bravo JJ. Guías en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *Semergen [Internet]*. 2014;12(40):11-8. Available from: www.elsevier.es/semergen
16. Castro-Sansores C, Cimé-Aké O, Pérez-Herrera S, González-Losa M. Características clínico-epidemiológicas de las complicaciones agudas de la diabetes mellitus. *Med Interna Mex.* 2005;21(4):259-65.
17. Medina-Mora ME, Borges G, Lara-Muñoz C, Benjet C, Blanco J. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. *Salud Ment.* 2003;26:1-16.
18. Chávez E, Madrigal E, Ontiveros M. La psicopatología y su tratamiento por el especialista. México DF: Asociación Psiquiátrica Mexicana; 2013. 15-24 p.
19. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas K, et al. The Epidemiology of Major Depressive Disorder. *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
20. Richards D. Prevalence and clinical course of depression: A review. *Clin Psychol Rev [Internet]*. 2011;31(7):1117-25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.004>
21. Medina-Mora M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in Mexico: results from the Mexican National Comorbidity Survey. *Psychol Med.* 2005;35:1773-83.
22. Medina-Mora M, Borges G, Benjet C, Lara C, Berglund P. Psychiatric Disorders in Mexico: Lifetime prevalence in a

- nationally representative sample. *Br J Psychiatr.* 2007;190:521-8.
23. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Estadística de los casos de suicidios en los Estados Unidos Mexicanos [Internet]. Vol. 1. México DF; 2010. Available from: www.inegi.com.mx
 24. Benjet C, Borges G, Medina-Mora M, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican adolescent mental health survey. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2009;50(4):386-95.
 25. Rot M, Mathew S, Charney D. Neurobiological mechanisms in major depressive disorder. *Cmaj* [Internet]. 2009;180(3):305-13. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19188629>
 26. Kaplan, Sadock V, Sadock B. Sinopsis de Psiquiatría. Décima. Madrid: Lippincott Williams and Wilkins; 2009. 527-552 p.
 27. Ramos-Linares V, Rivero-Burón R, Piqueras Rodríguez JA, García-López LJ, Oblitas-Guadalupe LA. Psiconeuroinmunología: conexiones entre sistema nervioso y sistema inmune. *Suma Psicológica Bogotá Suma Psicológica.* 2008;15(15):115-42.
 28. Kupfer D, Frank E, Phillips M. Major depressive disorder: New clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet* [Internet]. 2012;379(9820):1045-55. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60602-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60602-8)
 29. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet.* 2007;370:851-8.
 30. Gastó C, Navarro V, Serra M. Valor pronóstico de las técnicas de neuroimagen en la depresión [Internet]. Vol. 184, *Informaciones Psiquiátricas.* 2006. Available from: http://www.revistahospitalarias.org/info_2006/02_184_07.htm
 31. Navarro V, Baeza I, Gastó C, Lomeña F, Torres X, Mateos J, et al. Neuroimagen funcional frontal como factor pronóstico de la depresión mayor de inicio tardío. *Rev Psiquiatr Fac Médica Barna.* 2003;30(6):332-8.
 32. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.) [Internet]. 5ta. *American Journal of Psychiatry.*

Washington DC; 2013. 991 p. Available from:
<http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=158714%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-5#0>

33. Bohórquez A, García J, Rodríguez M, Arenas A, Castro S, de la Hoz A, et al. Guía de atención integral para la detección temprana y diagnóstico del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41(4):740-73.
34. Paddock S, Laje G, Charney D, Rush AJ, Wilson AF, Sorant AJM, et al. Association of GRIK4 with outcome of antidepressant treatment in the STAR*D cohort. *Am J Psychiatry.* 2007;164(8):1181-8.
35. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):909-22.
36. Sartorius N. The economic and social burden of depression. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(c):8-11.
37. Siris SG. Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of " Atypical " Antipsychotic Agents. *A J Psychiatry.* 2000;157(September):1379-89.
38. Swainson R, Hodges J, Galto C, Semple J, Michael A, Dunn B, et al. Early Detection and Differential Diagnosis of Alzheimer ' s Disease and Depression with. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2001;12:265-80.
39. Martin P. The epidemiology of anxiety disorders: A review. *Dialogues Clin Neurosci.* 2003;5(3):281-98.
40. Remes O, Brayne C, Lafortune L. The prevalence of anxiety disorders across the life course: a systematic review of reviews. *Lancet [Internet].* 2014;384, Suppl(0):S66. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673614621929>
41. Mclean C, Asnaani A, Litz B, Hofmann S. Gender Differences in Anxiety Disorders: Prevalence, Course of Illness, Comorbidity and Burden of Illness. *J Psychiatr Res.* 2011;45(8):1027-35.
42. Kessler RCP, Chiu WT a M, Jin RM a, Ruscio AMP, Shear KMD, Walters EEMS. The Epidemiology of Panic Attacks, Panic Disorder, and Agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(4):415-24.

43. Blanco C, Rubio J, Wall M, Wang S, Jiu CJ, Kendler KS. Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a national sample. *Depress Anxiety*. 2014;31(9):756-64.
44. Mathew SJ, Coplan JD, Gorman JM. Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1558-67.
45. Martin EI, Ressler KJ, Binder E, Nemeroff CB. The Neurobiology of Anxiety Disorders: Brain Imaging, Genetics, and Psychoneuroendocrinology. *Psychiatr Clin North Am*. 2009;32(3):549-75.
46. Martínez-Barroso S, Saiz P, Morales B, García-Portilla M, Coto E, Álvarez V, et al. Polimorfismos serotoninérgicos en pacientes con trastorno de angustia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005;33(4):210-6.
47. Hetttema JM, Prescott CA, Myers JM, Neale MC, Kendler KS. The structure of genetic and environmental risk factors for anxiety disorders in men and women. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2005;62(2):182-9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15699295>
48. Holzsneider K, Mulert C. Neuroimaging in anxiety disorders. *Dialogues Clin neurosci*. 2011;13:453-61.
49. Tiihonen J, Kuikka J, Bergström K, Lepola U, Koponen H, Leinonen E. Dopamine reuptake site densities in patients with social phobia. *Am J Psychiatry*. 1997;154(2):239-42.
50. Cervera-Enguix S, Schlatter J. Aspectos etiopatogénicos actuales en la fobia social. *Psiqu Biol*. 2003;10(2):43-52.
51. Tortella-Feliu M. Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Cuad Med Psicosomática y Psiquiatr enlace Rev Iberoam Psicosomática*. 2014;110:62-9.
52. Smith J, Book S. Anxiety and substance use disorders: A review. *Psychiatr Times* [Internet]. 2008;25(10):19-23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2904966/>
53. Hofmeijer-Sevink M, Batelaan N, Van Megen H, Penninx B, Cath D, Van den Hout M, et al. Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *J Affect Disord* [Internet]. 2012;137(1-3):106-12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.008>
54. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders:

- Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* [Internet]. 2013;382(9904):1575-86. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61611-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6)
55. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4120194/>
 56. Koen N, Stein DJ. Pharmacotherapy of anxiety disorders: A critical review. *Dialogues Clin Neurosci*. 2011;13(4):423-37.
 57. Markowitz JC, Lipsitz J, Milrod BL. Critical review of outcome research on interpersonal psychotherapy for anxiety disorders. *Depress Anxiety* [Internet]. 2014;31(4):316-25. Available from: <http://www.interscience.wiley.com/jpages/1091-4269>
 58. Poves-Oñate S, Romero-Gamero R, Vucínovich N. Experiencia grupal breve para pacientes con trastornos de ansiedad en un Centro de Salud Mental. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría* [Internet]. 2010;30(107):409-18. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3267529&orden=264554&info=link%5Cnhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3267529>
 59. Balbuena Teruel S, Rueda Lozano I, López Herrero P. Estudio de un caso de mutismo selectivo: evaluación y selección en el contexto escolar. *Análisis y Modif Conduct* [Internet]. 2012;38(157):71-88. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4252106&info=resumen&idioma=ENG>
 60. Krishnadas R, Cavanagh J. Depression: an inflammatory illness? *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [Internet]. 2012 May [cited 2014 May 27];83(5):495-502. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22423117>
 61. Felger JC, Lotrich FE. Inflammatory cytokines in depression: Neurobiological mechanisms and therapeutic implications. *Neuroscience* [Internet]. 2013;246:199-229. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroscience.2013.04.060>
 62. Icks A, Kruse J, Dragano N, Broecker-Preuss M, Slomiany U, Mann K, et al. Are symptoms of depression more common in diabetes? Results from the Heinz Nixdorf Recall study. *Diabet Med*. 2008;25(11):1330-6.

63. Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustman P. The Prevalence of Comorbid Depression. *Diabetes Care*. 2001;24(6):1069-78.
64. Barnard K, Skinner T, Peveler R. The prevalence of co-morbid depression in adults with Type 1 diabetes: systematic literature review. *Diabetes Metab Res Rev*. 2006;23:445-8.
65. Asghar S, Hussain A, Ali SM, Khan A, Magnusson A. Prevalence of depression and diabetes: A population-based study from rural Bangladesh. *Diabet Med*. 2007;24(8):872-7.
66. Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, de Groot M, Carney RM, Clouse RE. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* [Internet]. 2000 Jul;23(7):934-42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10895843>
67. Castro-Aké A, Tovar-Espinosa J, Mendoza-Cruz U. Trastorno depresivo y control glucémico en el paciente con diabetes mellitus 2. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2009;47(4):377-82.
68. Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression , chronic diseases , and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370:851-8.
69. Shaban M, Fosbury J, Kerr D, Cavan D. The prevalence of depression and anxiety in adults with Type 1 diabetes. *Diabet Med a J Br Diabet Assoc* [Internet]. 2006;23(12):1381-4. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med5&NEWS=N&AN=17116192>
70. Gross R, Olfson M, Gameraoff M, Carasquillo O, Shea S, Feder A, et al. Depression and glycemic control in hispanic primary care patients with diabetes. *J Gen Intern Med*. 2005;20(5):460-6.
71. Garduño Espinoza J, Téllez Zenteno J, Hernández Ronquillo L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin*. 1998;50(4):287-91.
72. Fabián San Miguel M, García Sancho M, Cobo Abreu C. Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades. *Med Interna México* [Internet]. 2010;26(2):100-8. Available from: http://www.cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido02_05.

pdf

73. Colunga-Rodríguez C, García de Alba J, Salazar-Estrada J, Ángel-González M. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. Rev salud pública. 2008;10(1):137-49.
74. Rivas-Acuña V, García-Barjau H, Cruz-León A, Morales-Ramón F, Enríquez-Martínez R, Román-Alvarez J. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. Salud en Tabasco. 2011;17(1 y 2):30-5.
75. National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute of Health & Clinical Excellence. Depression: Management of depression in primary and secondary care - National Clinical Practice Guideline Number 23. Depression. NICE; 2004. 1-363 p.
76. World Health Organization. MhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings. Geneva; 2010.
77. Erazo R. USO DE GUÍAS CLINICAS EN EL MANEJO DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS: UN APOORTE A LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS HABITUALES. REV MED CLIN CONDES. 2012;23(5):593-9.
78. Kennedy SH, Lam RW, Parikh S V., Patten SB, Ravindran A V. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. J Affect Disord [Internet]. 2009;117(SUPPL. 1):S1-2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.043>
79. Secretaría de Salud. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo. Guía CENETEC. GPC Evidencias y Recomendaciones [Internet]. 2009. 59 p. Available from: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
80. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: The Nice Guideline on the Treatment and Management of Depression in Adults. Economist. 2010.
81. García-Herrera B, Pérez J, Noguerras-Morilas E, Muñoz-Cobos F. Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de la depresión en Atención Primaria. 2011. 179 p.
82. Heinze Martin G, Camacho Segura P. Guía clínica para el manejo de la depresión. 1st ed. México D.F.; 2010. 44 p.
83. Secretaría de Salud. Guía Práctica y Clínica (GPC). Diagnóstico y Tratamiento del TRASTORNO DEPRESIVO [Internet]. Guia de Práctica Clínica. 2009. 59 p.

- Available from:
www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html
84. Organización Mundial de la Salud. Intervención breve vinculada a ASSIST [Internet]. Washington DC; 2010. Available from: www.paho.org
 85. International Society for Interpersonal Psychotherapy. <http://interpersonalpsychotherapy.org/about-ipt/> [Internet]. 2015 [cited 2015 Feb 17]. p. 2015. Available from: <http://interpersonalpsychotherapy.org/about-ipt/>
 86. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ CE. Psychotherapy of Depression: A Brief, Focused, Specific Strategy [Internet]. Oxford, UK.: Rowman and Littlefield Publishers Inc.; 1984. 51085 p. Available from: [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZxuqnPWGcW8C&oi=fnd&pg=PP2&dq=+Klerman+and+Weissman+IPT&ots=51085bYPuP&sig=El-mUCB-hhNkrQLNAeMm91cZdPU#v=onepage&q=Klerman and Weissman IPT&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZxuqnPWGcW8C&oi=fnd&pg=PP2&dq=+Klerman+and+Weissman+IPT&ots=51085bYPuP&sig=El-mUCB-hhNkrQLNAeMm91cZdPU#v=onepage&q=Klerman+and+Weissman+IPT&f=false)
 87. Vargas-Terrez BE, Villamil-Salcedo V. Terapia de Solución de Problemas para el Cuidado de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención - Guía de Intervención Breve - México. Primera Ed. Ciudad de México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; 2013. 72 p.
 88. Hassink-Franke LJA. Problem-solving treatment during general practice residency. Feasibility, and effectiveness for patients with emotional symptoms in primary care [Internet]. Nijmegen: Gildeprint Drukkerijen; 2013. 1-176 p. Available from: <http://hdl.handle.net/2066/82618>
 89. Catalan, J., Gath, D., Anastasiades, P., Bond, S., Day, A., & Hall L. Evaluation of a brief psychological treatment for emotional disorders in primary care. *Psychol Med.* 1991;21(4):1013-8.
 90. Weel-Baumgarten E Van, Mynors-Wallis L, Jané-Llopis E, Anderson P. A TRAINING MANUAL FOR PREVENTION OF MENTAL ILLNESS: MANAGING EMOTIONAL SYMPTOMS AND PROBLEMS IN PRIMARY CARE. Materials for training of primary health care professionals [Internet]. 2005. 151 p. Available from: <http://www.imhpa.net>
 91. Vargas-Terrez B, Villamil-Salcedo V, Pérez-Romero J. Los modelos de atención primaria en salud mental: el caso de México. *Aten Primaria* [Internet]. 2012 Jul [cited 2014 Feb 28];44(7):441-2. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656711005075>

92. Vargas-Terrez B, Villamil-Salcedo V. La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Ment.* 2016;29(1):3-9.
93. Toobert DJ, Glasgow RE. Problem solving and diabetes self-care. *J Behav Med.* 1991;14(1):71-86.
94. Hill-Briggs F. Problem Solving in Diabetes Self-Management: A Model of Chronic Illness Self-Management Behavior. *Ann Behav Med.* 2003;25(3):182-93.
95. Lin E, Katon W, Rutter C, Simon G, Ludman E, Von Korff M, et al. Effects of enhanced depression treatment on diabetes self-care. *Ann Fam Med.* 2006;4(1):46-53.
96. Williams J, Katon W, EHB L, PH N, Worchel J, Cornell J, et al. The effectiveness of depression care management on diabetes-related outcomes in older patients. *Ann Intern Med [Internet].* 2004;140(12):1015-151 11p. Available from:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=106779786&site=ehost-live>
97. Organización Mundial de la Salud. Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas: un informe de la Organización Mundial de la Salud Dept. de Salud Mental y Abuso de Sustancias, en colaboración con el Centro de Investigación de Prevención de Nijmegen. Ginebra; 2004. 67 p.
98. Vilaça Mendes E. Las condiciones crónicas en la atención primaria de la salud: la necesidad imperiosa de consolidar la estrategia de salud de la familia [Internet]. Brasilia-DF; 2014. 506 p. Available from:
<http://www.paho.org/bra/apsredes>
99. National Institute of Health for Care Excellence (NICE). Depression in adults with chronic physical health problem: recognition and management [Internet]. 2009. Available from: nice.org.uk/guidance/cg91
100. Hassink-Franke LJ, Olde Hartman TC, Beek MM, van Weel C, Lucassen PL, van Weel-Baumgarten EM. Problem-solving treatment in general practice residency: A focus group study of registrars' views. *Patient Educ Couns [Internet].* 2011;85(1):106-12. Available from:
<http://ezproxy.lib.ucalgary.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2011261053&site=ehost-live>
101. Bosmans J, Schreuders B, van Marwijk H, Smit J, van Oppen P, van Tulder M. Cost-effectiveness of problem-solving treatment in comparison with usual care for

- primary care patients with mental health problems: a randomized trial. BMC Fam Pract [Internet]. 2012 Jan [cited 2013 Feb 16];13(1):98. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/13/98>
102. Vargas Terrez B, Villamil Salcedo V. Modelo de atención colaborativa en salud mental. In: Trimboli A, Christodoulou G, Wan D, Grande E, Raggi S, Fastin JC, et al., editors. Salud mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención. Primera ed. Buenos Aires: Serie Conexiones; 2013. p. 1038.
 103. Urbina F, Miguel A, Muñiz M SU. La experiencia mexicana en salud pública, oportunidad y rumbo para el tercer milenio. México D.F.: Editorial Fondo de Cultura Económica; 2006. 580-598 p.
 104. Ros-Martrat E. Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. Educ Médica. 2004;7(4):125-31.
 105. Sellarès-Sallas J, Bosch-Gras C, Florensa-Claramunt E, De-Serdio E, Gorroñoigoitia A, Medina-Ferrer E, et al. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA. RETO O NECESIDAD [Internet]. 2005. Available from: <http://www.semfyec.es/es/actividades/publicaciones/documentos-semfyec/docum018.html>
 106. Grupo de Trabajo Portfolio semFYC. Mapa de Competencias para evaluación de competencias en la práctica clínica (Portfolio semFYC) [Internet]. 2005. Available from: http://www.um.es/c/document_library/get_file?uuid=2415cbae-66ce-499b-84aa-e8da3fc0e131&groupId=115466
 107. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra; 2004.
 108. Valdes M. La evaluación de impacto de proyectos sociales: Definiciones y conceptos [Internet]. 2008. p. 14. Available from: [http://www.colegiodrriodelaloza.edu.mx/trabajosocial/septimo/Evaluacion de proyectos sociales/Evaluacion_impacto_de_proyectos_sociales.pdf](http://www.colegiodrriodelaloza.edu.mx/trabajosocial/septimo/Evaluacion_de_proyectos_sociales/Evaluacion_impacto_de_proyectos_sociales.pdf)
 109. Borges G, Wang P, Medina-Mora M, Lara C, Chiu W. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. Am J Public Health [Internet]. 2007 Sep [cited 2013 Dec 5];97(9):1638-43. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1963297&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

110. Lara M, Medina-Mora M, Borges G, Mora J. Social cost of mental disorders: Disability and work days lost. Results from the Mexican Survey of Psychiatric Epidemiology. *Salud Ment.* 2007;30(5):4-11.
111. Borges G, Medina-Mora M, Wang P, Lara C, Berglund P, Walters E. Treatment and adequacy of treatment of mental disorders among respondents to the Mexico National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry.* 2006;163(8):1371-8.
112. Wang P, Angermeyer M, Borges G, Bruffaerts R, Chiu W, de Girolamo G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's. *World Psychiatry.* 2007;6(12):177-85.
113. Berenzon Gorn S, Saavedra Solano N, Medina-Mora Icaza M, Aparicio Basaurí V, Galván Reyes J. Evaluación del sistema de salud mental en México: ¿hacia dónde encaminar la atención? *Rev Panam Salud Ment [Internet].* 2013;33(4):252-8. Available from: <http://ezproxy.net.ucf.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ssf&AN=87528351&site=eds-live&scope=site>
114. Ruiz Flores L, Colín Piana R, Corlay Noriega I, Lara Muñoz M, Dueñas Tentor H. Trastorno depresivo mayor en México: la relación entre la intensidad de la depresión, los síntomas físicos dolorosos y la calidad de vida. *Salud Ment.* 2007;30(2):25-32.
115. Villamil-Salcedo Valerio. Prevención y manejo comunitario de los Trastornos Mentales. In: *En Sentíes Castellá: Psiquiatría para médicos no psiquiatras.* México DF.: Editorial Médica Panamericana; 2011. p. 81-292.
116. Heinze G, Chapa C, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación. *Salud Ment.* 2012;35(4):279-85.
117. Kessler R, ANDREWS G, COLPE LJ, HIRIPI E, MROCZEK DK, NORMAND S-LT, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002;32:959-76.
118. Kessler R, Andrews G, Colpe L, Hiripi E, Mroczek D, Normand S, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med [Internet].* 2002 Aug;32(6):959-76. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12214795>

119. Australian Bureau of Statistics. Information Paper: Use of the Kessler Psychological Distress Scale in ABS Health Surveys [Internet]. Australia; 2001. Available from:
<http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/ProductsbyReleaseDate/4D5BD324FE8B415FCA2579D500161D57?OpenDocument>
120. Kessler R, McGonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Psychol Med.* 1994;51:8-19.
121. Vargas-Terrez B, Villamil-Salcedo V, Rodríguez-Estrada C, Pérez-Romero J, Cortés-Sotres J. Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. *Propiedades psicométricas. Salud Ment.* 2011;34(4):323-31.
122. Beck AT, Steer RA, Carbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev [Internet].* 1988;8(1):77-100. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0272735888900505>
123. Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad , validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema [Internet].* 1998;10(2):303-18. Available from:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2013628>
124. Sanz J, Perdigón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud [Internet].* 2003;14(3):249-80. Available from:
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=180617972001>
125. Jurado S, Villegas ME, Méndez L, Rodríguez F, Loperena V, Varela R. La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Ment.* 1998;21(3):26-31.
126. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord.* 2006;20(4):444-58.
127. Ulusoy M, Sahin N, Erkmen H. Turkish version of the Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother [Internet].* 1998;12(2):163-72. Available from:
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Turkish+Version+of+the+Beck+Anxiety+Inventory++Psychometric+Properties#0%5Cnhttp://scholar.google.com/schola>

r?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Turkish+version+of+the+Beck
+Anxiety+Inventory:+psychomet

128. dos Reis Quintão S. Tesis Doctoral. Validación de la versión portuguesa de la Escala de Ansiedad de Beck - BAI. Universidad de Salamanca; 2010.
129. Kabacoff RI, Segal DL, Hersen M, Van Hasselt VB. Psychometric properties and diagnostic utility of the Beck Anxiety Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory with older adult psychiatric outpatients. *J Anxiety Disord.* 1997;11(1):33-47.
130. Weel-Baumgarten E van, Mynors-Wallis L, Jané-Llopis E, Anderson P. A TRAINING MANUAL FOR PREVENTION OF MENTAL ILLNESS: MANAGING EMOTIONAL SYMPTOMS AND PROBLEMS IN PRIMARY CARE. Materials for training of primary health care professionals [Internet]. Nijmegen; 2005. Available from: <http://www.imhpa.net>
131. Bower P, Gilbody S. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base. *Br Med J.* 2005;330(9):839-42.
132. Bowie P, Skinner J, de Wet C. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2013 Jan [cited 2013 Feb 28];13(1):50. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3574857&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
133. Gask L, Sibbald B, Creed F. Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care. *Br J Psychiatry.* 1997;170(JAN.):6-11.
134. Villamil-Salcedo V, Vargas-Terrez BE, Díaz-Anzaldúa A. Collaborative Care model in mental health. Scope and experiences after three years of activity in Mexico City. *Prim Health Care Res Dev* [Internet]. 2017 Feb 21;1-8. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/div-class-title-collaborative-care-model-in-mental-health-scope-and-experiences-after-three-years-of-activity-in-mexico-city-div/1AC8F1EDFD21C01B53804DFA3119F480>
135. Villamil-Salcedo V, Vargas-Terrez BE, Caraveo-Anduaga J, González-Olvera J, Díaz-Anzaldúa A, Cortés-Sotres J, et al. Glucose and cholesterol stabilization in patients with type 2 diabetes mellitus with depressive and anxiety symptoms by problem-solving therapy in primary care centers in Mexico City. *Prim Heal Care Res Dev.* 2018;19(1):33-41.

136. Liu MB, Davis K. A Clinical Trials Manual from the Duke Clinical Second Edition. Second. Oxford, UK.: Wiley-Blackwell; 2010.
137. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: Academic Press; 1977.
138. Dennis R. Guías mínimas para reportar estudios aleatorizados (CONSORT) y revisiones sistemáticas y metaanálisis (PRISMA). *acta médica Colomb.* 2015;2:16-20.
139. Arceo Díaz J, Ornelas Aguirre J, Domínguez Salcido S. Manual de medicina basada en evidencias. Primera. Vol. 53, *Journal of Chemical Information and Modeling.* México DF.: Manulal Moderno; 2010. 190 p.
140. Rodríguez Chamorro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, José Faus M. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Atención Primaria [Internet].* 2008;40(8):413-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1157/13125407>
141. Ortega Suárez FJ, Sánchez Plumed J, Pérez Valentín MA, Pereira Palomo P, Muñoz Cepeda MA, Lorenzo Aguiar D, et al. Validación del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) en pacientes con trasplante renal en terapia con tacrolimus. *Nefrología.* 2011;31(6):690-6.
142. Becker LA. *EffectSizeBecker.* 2000.
143. *STATA 15.1.pdf.* 2014.
144. Lustman PJ, Griffith LS, Gavard JA CR. Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care.* 1992;15:1631-9.
145. Salinero-Fort MA, Gómez-Campelo P, San Andrés-Rebollo FJ, Cárdenas-Valladolid J, Abánades-Herranz JC, Carrillo de Santa Pau E, et al. Prevalence of depression in patients with type 2 diabetes mellitus in Spain (the DIADEMA Study): results from the MADIABETES cohort. *BMJ Open.* 2018;8(9):e020768.
146. Kampling H, Mittag O, Herpertz S, Baumeister H, Kulzer B, Petrak F. Can trajectories of glycemic control be predicted by depression, anxiety, or diabetes-related distress in a prospective cohort of adults with newly diagnosed type 1 diabetes? Results of a five-year follow-up from the German multicenter diabetes cohort stu. *Diabetes Res Clin Pract [Internet].* 2018;141:106-17. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.04.017>

147. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care* [Internet]. 2008;31(12):2398-403. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/doi/10.2337/dc08-1341>
148. Sina M, Graffy J, Simmons D. Associations between barriers to self-care and diabetes complications among patients with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2018;141:126-31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2018.04.031>
149. Nawas A, Mane A, Ramakrishna M. Diabetes and depression: Impact of depression on self-care among patients with type 2 diabetes. *Int J Med Sci Public Heal*. 2015;4(7):901-5.
150. Cuijpers P, de Wit L, Kleiboer A, Karyotaki E, Ebert DD. Problem-solving therapy for adult depression: An updated meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2018;48:27-37.
151. Beaudreau SA, Gould CE, Mashal NM, Terri Huh JW, Kaci Fairchild J. Application of Problem Solving Therapy for Late-Life Anxiety. *Cogn Behav Pract* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2018.05.003>
152. Lin K, Park C, Li M, Wang X, Li X, Li W, et al. Effects of depression, diabetes distress, diabetes self-efficacy, and diabetes self-management on glycemic control among Chinese population with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Res Clin Pract* [Internet]. 2017;131(38):179-86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2017.03.013>
153. Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: World health Report; 2008.
154. Villamil-Salcedo V, Estrada JL, Lucatero-Mora D, López-Favela M, Viveros M, Maldonado-Mora J, et al. Experiencia de un modelo de atención primaria en salud mental (Fase piloto). *Rev Psiquiatr*. 2006;22(1):7-12.
155. Villamil-Salcedo V, Molina-López A. Medidas generales de evacuación de enfermos mentales hospitalizados en situaciones de desastres. Revisión de la bibliografía y sugerencias. *Salud Ment*. 2014;37(5):365-71.
156. Resurrección D, Motrico E, Rigabert A, Rubio-Valera M, Conejo-Cerón S, Luis Pastor A, et al. Barriers for

- Nonparticipation and Dropout of Women in Cardiac Rehabilitation Programs: A Systematic Review. *J Women's Heal.* 2017;26(8):849-59.
157. Lopes RT, Gonc MM, Sinai D, Machado PPP. Predictors of dropout in a controlled clinical trial of psychotherapy for moderate depression. *Int J Clin Heal Psychol.* 2015;15:76-80.
158. Close C, Sinclair M, Mccullough JEM, Liddle SD, Hughes CM. Factors Affecting Recruitment and Attrition in Randomised Controlled Trials of Complementary and Alternative Medicine for Pregnancy-Related Issues. *Evidence-Based Complement Altern Med.* 2016;2016.
159. MacDonald W, Rogers A, Blakeman T, Bower P. Practice nurses and the facilitation of self-management in primary care. *J Adv Nurs.* 2008;62(2):191-9.
160. Richards DA, Bower P, Pagel C, Weaver A, Utley M, Cape J, et al. Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice. *Implement Sci [Internet].* 2012 Jan [cited 2013 Apr 26];7(1):3. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3283464&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

ANEXOS .

Ejemplo de Lista de aleatorización de pacientes.

Nombre del CS:

Nombre del Pasante de medicina:

ALEATORIZACIÓN	EXP	NOMBRE	TSP_INI	TSP_FIN	TSP_SEG
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
CONTROL					
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
EXPERIMENTAL					
CONTROL					
EXPERIMENTAL					
CONTROL					
CONTROL					
CONTROL					

Carta de Consentimiento informado (Experimentales)



Carta de consentimiento informado para pacientes (experimental)
Intervención breve para la disminución de síntomas depresivos y ansiosos y su impacto en el control de variables metabólicas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y Obesidad

Código para el estudio: SC-14-2411

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas, no dude en preguntar.

Objetivo del estudio:

El objetivo es aplicar una Intervención Breve (TSP) en pacientes Diabéticos y Obesos para mejorar sus síntomas depresivos y ansiosos, y evaluar su impacto en el apego al tratamiento, y en la estabilización de las variables fisiológicas como: glucosa, peso, presión arterial, Índice de Masa Corporal, colesterol total, triglicéridos y circunferencia de cintura. Dichas variables fisiológicas, se encuentran reportadas en su expediente clínico como parte de su seguimiento médico en éste centro de salud, por lo que no tienen ningún costo para usted.

El estudio durará 3 años y se llevará a cabo por medio de la aplicación de instrumentos clinimétricos para detectar síntomas depresivos y/o ansiosos, así como también se le entregará una Guía de Terapia Breve para que vaya registrando los avances de sus diferentes estados de ánimo.

Nos interesa conocer la utilidad de este tipo de tratamiento que consiste en enseñarle a los pacientes a solucionar sus problemas, lo que les permitirá tener menos síntomas de ansiedad y de depresión y les ayudará al control de su diabetes y a tener mejor apego a su tratamiento médico.

La participación en este proyecto no tiene costo alguno para **usted** siendo los gastos de aplicación de las escalas proporcionado por los investigadores.

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta participar en este estudio, será entrevistado por un médico pasante, quién le aplicará dos cuestionarios al inicio de la terapia, que tiene una duración de 5 a 7 minutos. Se le programará un día y un horario semanal para que asista a la terapia, así como una guía para que vaya registrando los avances en su terapia. A los 4 meses, será contactado nuevamente por su médico pasante para que conteste nuevamente los cuestionarios.

Consignas a seguir:

- a) Se pedirá su cooperación como participante paciente
- b) La aplicación de los cuestionarios y las sesiones de terapia serán sin costo económico alguno.
- c) En caso de cambiar de opinión o decidir, por cualquier motivo, no colaborar en el estudio, puede retirarse de él en cualquier momento en que usted lo decida; en tal caso, le solicitamos nos lo informe.
- d) Si usted manifiesta síntomas severos de ansiedad o depresión, deseos de morir (ideación suicida) o pensamiento extraños en su pensamiento (síntomas psicóticos), se le derivará al centro de salud Gustavo A. Roviroso o Instituto Nacional de Psiquiatría para su valoración psiquiátrica, sin embargo, el costo de dicha atención deberá correr por su cuenta.

Ventajas:

- a) Las valoraciones que se realizarán a lo largo del estudio permitirán conocer la evolución de su estado de ánimo y su peso.
- b) Usted de manera indirecta, ayudará a otros pacientes para que esta intervención psicológica breve se aplique en otras personas que presenten síntomas emocionales y que los puedan controlar, sin requerir medicamento adicional; esto no significa que la Terapia de Solución de Problemas sea igual de útil para todos los pacientes por lo que no le brindaremos expectativas falsas en caso de que la terapia breve no sea adecuada para usted; en tal caso, su médico tratante le hará saber su evolución y respuesta a esta técnica.
- c) Beneficios. Usted se sentirá con mayor ánimo, y le enseñará a resolver sus problemas que le están provocando síntomas como tristeza, dolores de cabeza, aumento o pérdida del apetito, falta de concentración, etc.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante. Se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Valerio Villamil Salcedo del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Edificio de Imágenes Cerebrales Primer piso, de 08:00 a 15:00 horas o al teléfono 41605247.

Estaría usted de acuerdo en que consultemos su expediente para recabar información sobre su peso, estatura, tensión arterial y circunferencia abdominal, así como de sus niveles metabólicos de glucosa, colesterol y triglicéridos?

Sí No

Estaría usted de acuerdo en que la información obtenida sea compartida con su médico tratante, con el fin de mejorar sus niveles metabólicos?

Sí

No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Valerio Villamil Salcedo, quién está a cargo del servicio de Psiquiatría Comunitaria, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan. Edificio de Imágenes Cerebrales Primer piso, de 08:00 a 15:00 horas o al teléfono 41605247.

Nombre del participante (paciente, familiar, etc.)	Firma	Fecha
--	-------	-------

Valerio Villamil Salcedo		
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha
----------------------	---------------------	-------

Carta de Consentimiento informado (Controles)



Carta de consentimiento informado para pacientes (controles)

Intervención breve para la disminución de síntomas depresivos y ansiosos y su impacto en el control de variables metabólicas en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II y Obesidad

Código para el estudio: SC-14-2411

Se le invita a participar en un estudio de investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Esto requiere de su consentimiento voluntario. Lea con cuidado la siguiente información, todas sus preguntas serán contestadas por su médico tratante por lo que no dude en hacerlas.

Objetivo del estudio:

El objetivo de esta investigación es aplicar una Intervención Breve (TSP) en pacientes Diabéticos y Obesos para mejorar sus síntomas depresivos y ansiosos, y evaluar su impacto en el apego al tratamiento, y en la estabilización de las variables fisiológicas como: glucosa, peso, presión arterial, Índice de Masa Corporal, colesterol total, triglicéridos y circunferencia de cintura. El estudio durará 3 años y para llevarlo a cabo necesitamos de un grupo que acepte y participe en la investigación, y otro grupo que NO acepte participar en éste (grupo control).

Nos interesa conocer la utilidad o NO de este tipo de tratamiento por lo que solicitamos su consentimiento para aplicarle 3 tipos de escalas (K-10 y los Inventario de Ansiedad y Depresión de Beck) así como recabar información de algunos estudios que le hayan realizado en la Clínica de Enfermedades Crónicas como glucosa, colesterol y triglicéridos; así como su peso, talla, circunferencia abdominal y presión arterial. Estos resultados serán comparados con los pacientes que aceptaron participar en el estudio y de esta manera, conoceremos la utilidad o no de esta intervención psicológica.

Es posible que de su participación en este estudio no obtenga un beneficio directo. Sin embargo, los resultados de las pruebas clinimétricas y de laboratorio, nos permitirán conocer la efectividad de esta intervención psicológica breve.

En caso de no aceptar que se utilicen sus resultados asentados en su expediente, usted puede continuar con sus citas habituales por lo que esto no interferirá en su tratamiento ni seguimiento.

La participación en este proyecto no tendrá costo alguno para usted o sus familiares siendo los gastos de aplicación de las escalas proporcionado por los investigadores.

Procedimiento del estudio:

Si usted acepta que se le apliquen estos instrumentos clinimétricos y se utilicen sus datos asentados en su expediente clínico, será entrevistado por un médico pasante para recabar dicha información. A los 2 y 6 meses, será contactado nuevamente por su médico pasante para que conteste nuevamente los cuestionarios.

Confidencialidad:

Los datos obtenidos durante el estudio son completamente confidenciales. No se utilizará el nombre de ningún participante y se le asignará un código numérico para su identificación. Su nombre no aparecerá en ningún reporte o publicación.

Si requiere información adicional o cualquier duda al respecto del estudio, puede comunicarse con el Dr. Valerio Villamil Salcedo del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz", ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la delegación Tlalpan. Edificio de Imágenes Cerebrales Primer piso, de 08:00 a 15:00 horas o al teléfono 41605247.

Estaría usted de acuerdo en que consultemos su expediente para recabar información sobre su peso, estatura, tensión arterial y circunferencia abdominal, así como de sus niveles metabólicos de glucosa, colesterol y triglicéridos?

Sí No

Estaría usted de acuerdo en que la información obtenida sea compartida con su médico tratante, con el fin de mejorar sus niveles metabólicos?

Sí No

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído la carta de consentimiento informado y entiendo de qué se trata el estudio. He hablado directamente con el responsable del estudio y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender. Puedo hacer cualquier pregunta en cualquier momento de la investigación.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Entiendo que puedo suspender mi participación en el estudio en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi relación con la institución. Mi identidad no será revelada en ninguna referencia del estudio o sus resultados. Además, recibí una copia de la carta de consentimiento.

Si tengo dudas o requiero información adicional respecto al estudio, puedo comunicarme con el Dr. Valerio Villamil Salcedo, quién está a cargo del servicio de Psiquiatría Comunitaria, en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, ubicado en la calzada México-Xochimilco No. 101, colonia San Lorenzo Huipulco, en la Delegación Tlalpan. Edificio de Imágenes Cerebrales Primer piso, de 08:00 a 15:00 horas o al teléfono 41605247.

			Nombre
del participante (paciente, familiar, etc.)	Firma	Fecha	

Valerio Villamil Salcedo			
Nombre del Investigador	Firma del Investigador	Fecha	

Nombre del Testigo 1	Firma del Testigo 1	Fecha	

Nombre del Testigo 2	Firma del Testigo 2	Fecha	

Carta de Consentimiento informado (Audiograbación)



CARTA DE CONSENTIMIENTO

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente
Terapia de Solución de Problemas
Proyecto núm. SC-14-2411

Lo estamos invitando a participar de un proyecto de investigación con motivos didácticos el cual requiere de su consentimiento voluntario.

El objetivo del estudio es que usted participe en una evaluación clínica dentro del Centro de Salud al que pertenece. La evaluación consiste en audiograbar todas las sesiones terapéuticas que usted está recibiendo. Dicha grabación nos servirá para evaluar y homogenizar la aplicación de la Terapia de Solución de Problemas entre todos los terapeutas que participan en el estudio por lo que el contenido de la misma sólo será escuchado por los investigadores principales manteniendo en todo momento su anonimato. El tiempo de duración de la grabación será de 30 a 45 minutos.

Dicho material estará protegido por los investigadores principales del estudio y sólo se utilizará con fines didácticos. Se protegerá su nombre y los datos personales que usted mencione durante la entrevista.

En caso de no aceptar participar en dicha grabación, esta decisión no afectará sus sesiones de Terapia de Solución de Problemas, ni la atención que usted recibe dentro de nuestro servicio y se le seguirá otorgando la misma calidad de atención.

He leído junto con mis familiares la hoja de información y entiendo de qué se trata el proyecto. He hablado directamente con el médico tratante y ha contestado todas mis preguntas en términos que he podido entender.

Basado sobre esta información, acepto voluntariamente participar en este proyecto.

Entiendo que puedo suspender mi participación en el proyecto en cualquier momento sin que esto tenga consecuencias en mi cuidado médico.

Firma del paciente

Fecha

Firma del familiar o representante legal

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Firma del investigador

Fecha

Escala de evaluación de malestar emocional Kessler (K-10)

KESSLER 10 (K-10)

FOLIO: _____

R: _____

Fecha ____/____/2018

 Nombre _____ Edad _____ Sexo: F ____ M ____
 Domicilio _____

Marque con una cruz las opciones que correspondan

Motivo de consulta _____

Escolaridad

completa incompleta

 Analfabeta ()
 Preescolar ()
 Primaria () ()
 Secundaria () ()
 Preparatoria () ()
 Carrera técnica () ()
 Licenciatura () ()
Estado civil
 () Soltero () Divorciado () Viudo/a
 () Casado () Separado () Unión libre
Ocupación ()
 1 Ama de casa 2 Estudiante
 3 Subempleado/eventual 4 Comerciante
 5 Empleado 6 Profesionista (por su cuenta)
 7 Jubilado 8 Desempleado
 9 Otro _____
Religión

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido en los **últimos 30 días**. Para cada pregunta, por favor encierre con un círculo el número que describa mejor con qué frecuencia ha tenido estos sentimientos.

Q1. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se sintió...	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
a. ...cansado(a) sin ningún motivo?	5	4	3	2	1
b. ...nervioso(a)?	5	4	3	2	1
c. ...tan nervioso(a) que nada podía calmarlo(a)?	5	4	3	2	1
d. ... sin esperanza?	5	4	3	2	1
e. ...inquieto(a) o intranquilo(a)?	5	4	3	2	1
f. ...tan inquieto(a) que no podía permanecer sentado(a)?	5	4	3	2	1
g. ...deprimido(a)?	5	4	3	2	1
h. ...tan deprimido(a) que nada podía animarle?	5	4	3	2	1
i. ...que todo le costaba mucho esfuerzo?	5	4	3	2	1
j. ...inútil?	5	4	3	2	1

Por favor continúe en el reverso de la página.

Q2. Las preguntas anteriores se referían a sentimientos que pudo haber tenido en los últimos 30 días. Tomándolos todos en cuenta, en los últimos 30 días ¿estos sentimientos fueron más frecuentes que lo que es habitual en usted, fueron casi igual de frecuentes que lo habitual, o fueron menos frecuentes que lo habitual? (Si nunca ha tenido alguno de estos sentimientos, encierre con un círculo la opción “4”)

Más frecuentes que lo habitual			Casi igual de frecuentes que lo habitual	Menos frecuentes que lo habitual		
Mucho	Algo	Poco		Poco	Algo	Mucho
7	6	5	4	3	2	1

Las siguientes preguntas se refieren a cómo estos sentimientos le han afectado en los últimos 30 días. No es necesario contestar estas preguntas si contestó “Nunca” a **todas y cada una** de las diez preguntas anteriores sobre sus sentimientos.

Q3. En los últimos 30 días, ¿cuántos días fue totalmente incapaz de trabajar o realizar sus actividades habituales debido a estos sentimientos?
_____ (Número de días)

Q4. Descontando los días que apuntó en la pregunta Q3, ¿cuántos días, de los últimos 30, pudo hacer sólo la mitad o menos de lo que normalmente podría haber hecho debido a estos sentimientos?
_____ (Número de días)

Q5. En los últimos 30 días, ¿cuántas veces visitó a un médico u otro profesional de la salud debido a estos sentimientos?
_____ (Número de veces)

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Q6. En los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia los problemas de salud física fueron la causa principal de estos sentimientos?	5	4	3	2	1

Muchas gracias...

Inventario de Depresión de Beck (IDB)**Inventario de Depresión de Beck**

Fecha: _____

Puntaje: _____

Nombre: _____

Sexo: Masculino () Femenino () Edad: _____ Escolaridad (en años): _____

Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Viudo ()

Instrucciones: A continuación se presentan una serie de oraciones. Por favor lea cuidadosamente y escoja una oración de cada grupo que mejor describa la manera en que usted se sintió durante la semana pasada e incluso el día de hoy. Se le recomienda leer todas las oraciones en cada grupo antes de hacer una elección. (MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA)

1. () 0. Yo no me siento triste
() 1. Me siento triste
() 2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo
() 3. Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo
2. () 0. En general no me siento descorazonado(a) por el futuro
() 1. Me siento descorazonado(a) por el futuro
() 2. Siento que no tengo nada que esperar del futuro
() 3. Siento que el futuro no tiene esperanza y que las cosas no pueden mejorar
3. () 0. Yo no me siento como un fracasado(a)
() 1. Siento que he fracasado más que las personas en general
() 2. Al repasar lo que he vivido todo lo que veo son muchos fracasos
() 3. Siento que soy un completo fracaso como persona
4. () 0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía hacerlo
() 1. Yo no disfruto de las cosas de la manera como solía hacerlo
() 2. Ya no obtengo verdadera satisfacción de nada
() 3. Estoy insatisfecho o aburrido con todo
5. () 0. En realidad yo no me siento culpable
() 1. Me siento culpable una gran parte del tiempo
() 2. Me siento culpable la mayor parte del tiempo
() 3. Me siento culpable todo el tiempo
6. () 0. Yo no siento que este siendo castigado(a)
() 1. Siento que podría ser castigado(a)
() 2. Espero ser castigado(a)
() 3. Siento que he sido castigado(a)
7. () 0. Yo no me siento desilusionado(a) de mi mismo(a)
() 1. Estoy desilusionado(a) de mi mismo(a)
() 2. Estoy disgustado conmigo mismo(a)
() 3. Me odio
8. () 0. Yo no siento que sea peor que otras personas
() 1. Me critico a mi mismo(a) por mis debilidades o errores
() 2. Me culpo todo el tiempo por mis fallas
() 3. Me culpo por todo lo malo que sucede
9. () 0. Yo no tengo pensamientos suicidas
() 1. Tengo pensamientos suicidas pero no los llevaría a cabo
() 2. Me gustaría suicidarme
() 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. () 0. Yo no lloro más de lo usual
() 1. Llora mas ahora de lo que solía hacerlo
() 2. Actualmente lloro todo el tiempo
() 3. Antes podía llorar pero ahora no lo puedo hacer a pesar de que lo deseo

11. () 0. Yo no estoy más irritable de lo que solía estar
 () 1. Me enoja o irrito más fácilmente que antes
 () 2. Me siento irritado todo el tiempo
 () 3. Ya no me irrito por las cosas por las que solía hacerlo
12. () 0. Yo no he perdido el interés en la gente
 () 1. Estoy menos interesado en la gente de lo que solía estarlo
 () 2. He perdido en gran medida el interés en la gente
 () 3. He perdido todo el interés en la gente
13. () 0. Tomo decisiones tan bien como siempre lo he hecho
 () 1. Pospongo tomar decisiones más que antes
 () 2. Tengo más dificultad en tomar decisiones que antes
 () 3. Ya no puedo tomar decisiones
14. () 0. Yo no siento que me vea peor de cómo me veía
 () 1. Estoy preocupado de verme viejo o poco atractivo
 () 2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver poco atractivo
 () 3. Creo que me veo feo
15. () 0. Puedo trabajar tan bien como antes
 () 1. Requero de mas esfuerzo para iniciar algo
 () 2. Tengo que obligarme para hacer algo
 () 3. Yo no puedo hacer ningún trabajo
16. () 0. Puedo dormir tan bien como antes
 () 1. Ya no duermo tan bien como solía hacerlo
 () 2. Me despierto 1 o 2 hrs más temprano y me cuesta trabajo volverme a dormir
 () 3. Me despierto muchas hrs antes de lo normal y no puedo volver a dormir
17. () 0. Yo no me canso más de lo habitual
 () 1. Me canso mas fácilmente de lo que solía hacerlo
 () 2. Con cualquier cosa que hago que canso
 () 3. Estoy muy cansado para hacer cualquier cosa
18. () 0. Mi apetito no es peor de lo habitual
 () 1. Mi apetito no es tan bueno como solía hacerlo
 () 2. Mi apetito está muy mal ahora
 () 3. No tengo apetito de nada
19. () 0. Yo no he perdido mucho peso últimamente
 () 1. He perdido más de dos kilos
 () 2. He perdido más de cinco kilos
 () 3. He perdido más de ocho kilos a propósito, estoy tratando de perder peso comiendo menos
20. () 0. Yo no estoy más preocupado de mi salud que antes
 () 1. Estoy preocupado acerca de problemas físicos: dolores, malestar estomacal, etc.
 () 2. Estoy muy preocupado por problemas físicos y es difícil pensar en algo más
 () 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en otra cosa
21. () 0. Yo no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 () 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que estaba
 () 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora
 () 3. He perdido completamente el interés por el sexo

0-13	Depresión mínima
14-19	Depresión leve
20-28	Depresión moderada
29-63	Depresión grave

Inventario de Ansiedad de Beck (IAB)**Inventario de Ansiedad de Beck**

Fecha: _____

Puntaje: _____

Nombre: _____

Sexo: Masculino () Femenino ()
años): _____

Edad: _____ Escolaridad (en

Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Viudo ()

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada información e indique cuanto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, incluyendo el día de hoy. (MARQUE CON UNA X)

	Poco o nada (0)	Más o menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1. Entumecimiento u hormigueo				
2. Sentir oleadas de calor o bochorno (no debido al calor)				
3. Debilitamiento de las piernas				
4. Dificultad para relajarse				
5. Miedo a que pase lo peor				
6. Sensación de mareo				
7. Opresión en el pecho o latidos acelerados				
8. Inseguridad				
9. Terror				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de ahogo				

12. Manos temblorosas				
13. Cuerpo tembloroso				
14. Miedo a perder el control				
15. Dificultad para respirar				
16. Miedo a morir				
17. Asustado				
18. Indigestión o malestar estomacal				
19. Debilidad muscular o sensación de desmayo				
20. Ruborizarse, sonrojarse				
21. Sudoración (no debida al calor)				

0 a 7	Ansiedad mínima
8 a 15	Ansiedad leve
16 a 25	Ansiedad moderada
26 a 63	Ansiedad severa

Cuestionario de Adherencia Terapéutica (SMAQ)

Fecha:_____

Puntaje:_____

Nombre:_____

Sexo: Masculino () Femenino () Edad:_____ Escolaridad (en años):_____

Estado civil: Soltero () Casado () Unión Libre () Separado () Viudo ()

Tipo de fármacos			
1. Hipoglucemiantes	2. Antihipertensivos	3. Hipolipemiantes	4. Antidepresivos

Instrucciones: A continuación se presenta una lista de preguntas sobre su adherencia al tratamiento médico en los últimos 3 meses. Tomando en cuenta el tipo de fármaco que está tomando, coloque el número del medicamento al lado de la respuesta posible.

Cuestionario de Adherencia Terapéutica SMAQ	Respuesta Posible
1. ¿Alguna vez ha olvidado tomar alguna dosis de su medicación?	• Sí • No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada?	• Sí • No
3. ¿Alguna vez ha dejado de tomar sus medicamentos si se siente mal?	• Sí • No
4. ¿Alguna vez olvidó tomar la medicación durante el fin de semana?	• Sí • No
5. En la última semana ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?	A: ninguna B: 1-2 C: 3-5 D: 6-10 E: más de 10
6. En los últimos 3 meses ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	Días:_____

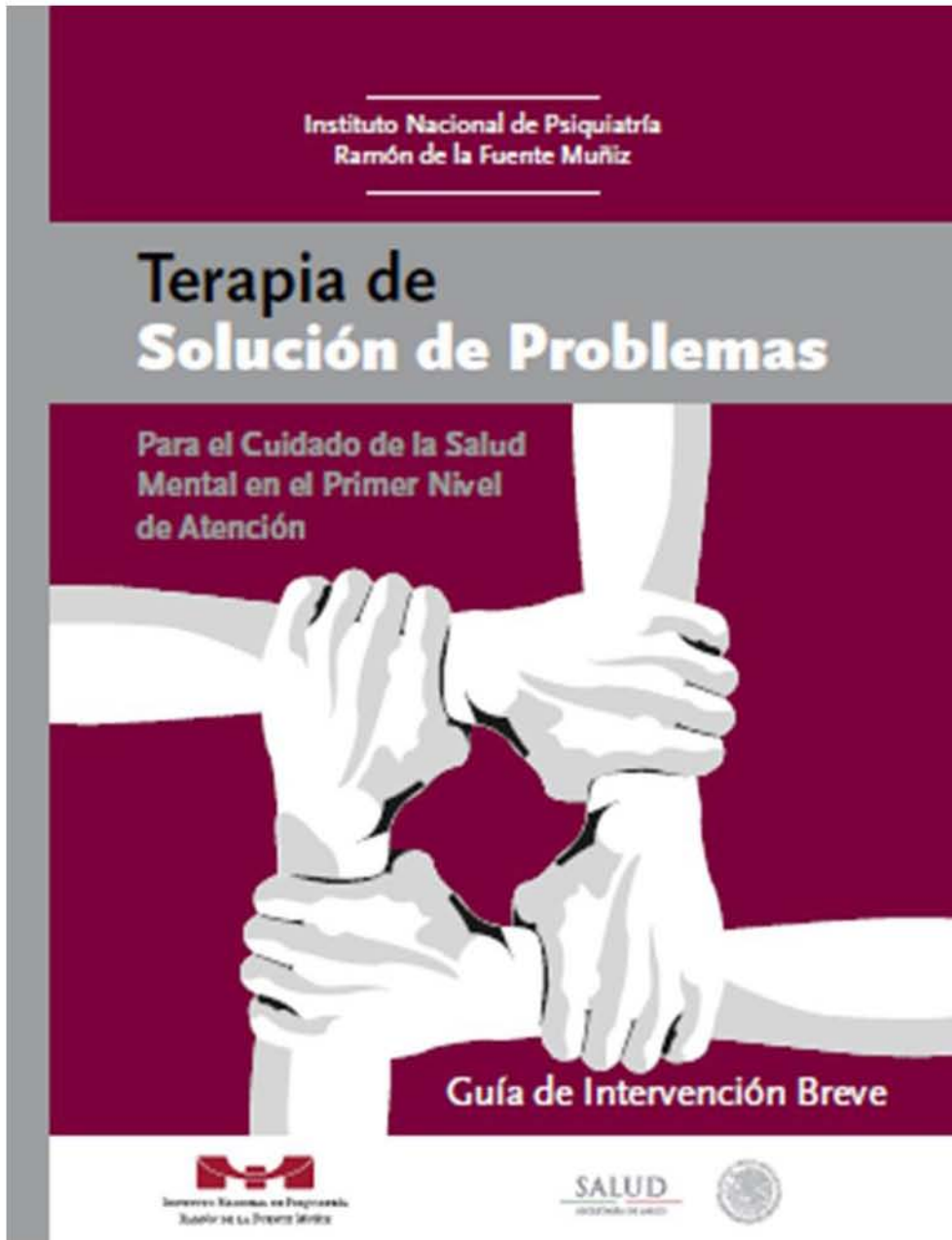
El cuestionario es dicotómico.

≤1 respuesta positiva = Buen apego al tratamiento (B)

2-3 respuestas positivas = Regular apego al tratamiento (R)

≥4 respuestas positivas = Mal apego al tratamiento (M)

Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. Guía de Intervención Breve



Guía del paciente

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Servicio de Psiquiatría Comunitaria

CENTRO DE SALUD T-III
DAVID FRAGOSO LIZALDE
Calle Dr. David Fragoso Lizalde
esq. Cedral s/n
Col. Ejidos de San Pedro Mártir
CP. 14640
Teléfono: 5655-0811

CENTRO DE SALUD T-III
AMPLIACIÓN HIDALGO
Calle Francisco Madero s/n
Col. Ampliación Hidalgo
Teléfono: 5038-1700 ext. 7610-15

UNFMF
Calle Dr. David Fragoso Lizalde
esq. Cedral s/n
Col. Ejidos de San Pedro Mártir
CP. 14640
Teléfono: 5655-0811

CENTRO DE SALUD T-II
HORTENSIA
Calle Sacalum Mz. 9 Lt. 3
Col. Lomas de Padierna
Teléfono: 5038-1700

Terapia de Solución de Problemas

para el cuidado de la salud mental
en el primer nivel de atención

Guía de Intervención breve



SAUD
SERVICIOS DE SALUD



SECRETARÍA DE SALUD
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Tríptico para terapeutas

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

5. ELECCIÓN DE UNA SOLUCIÓN.

Estas se pueden identificar al analizar los pros (ventajas y beneficios) y contras (obstáculos y desventajas) de cada una de ellas.

6. FORMULAR UN PLAN DE ACCIÓN Y LA PUESTA EN PRÁCTICA DE LA SOLUCIÓN.

Elaborar un plan de acción para implementar la solución elegida, contestando las siguientes preguntas:

- ¿Qué necesita hacerse?
- ¿Dónde hacerse?
- ¿Cuándo hacerse?
- ¿Cómo se hará?

7. EVALUACIÓN.

Al final se evalúa si la solución aplicada resolvió el problema y si se lograron los objetivos; en caso contrario se identifican los obstáculos para replantear la secuencia.

Para mayor información o atención para esta intervención, acudir a:

- ◆ CENTRO DE SALUD MARGARITA CHORNE Y SALAZAR
División del Norte #2986, Col. Atlántida, Coyoacán
- ◆ CENTRO DE SALUD GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ
San Gabriel #517, Col. Santa Ursula Coapa, Coyoacán
- ◆ CENTRO DE SALUD NAYARITAS
Huitzilopochtli esq. Nayaritas
Col. Ampliación Ajusco
- ◆ CENTRO DE SALUD T-II AJUSCO
Tepalcatzin esq. Mixtecas, Col. Ajusco, Coyoacán
- ◆ CENTRO DE SALUD T-II SANTA ÚRSULA COAPA
San Jorge esq. San Pascasio s/n
Col. Santa Ursula Coapa, Coyoacán
- ◆ CLÍNICA DE SUBESPECIALIDADES, INPRFM
Tel. 4160-5433
correo electrónico: terapiabrevetsp@imp.edu.mx



Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz
Calz. México-Xochimilco #101
Col. San Lorenzo Huipulco
Tlalpan - México D.F. 14370
www.inprf.org.mx

L.G. & Sonría Sanjofiles
Diseño Gráfico

Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la salud mental en el primer nivel de atención

TERAPEUTAS



Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la salud mental en el primer nivel de atención



Si has observado en tus pacientes tristeza, llanto fácil, pérdida de apetito, múltiples quejas físicas, insomnio... es muy probable que estos síntomas se deban a sus problemas no resueltos...

Es por eso que te damos a conocer una intervención de **siete** pasos que si se llevan correctamente pueden mejorar la calidad de vida de tus pacientes:

1. **EXPLICACIÓN AL PACIENTE ACERCA DE LO QUE ES LA TERAPIA Y COMO AYUDARÁ A MEJORAR SUS SÍNTOMAS.**
2. **CLARIFICACIÓN Y DEFINICIÓN DE LOS PROBLEMAS.**
Seleccionar un problema específico y que su solución se considera alcanzable.
3. **ESTABLECER METAS FACTIBLES Y ALCANZABLES (SMART)**
eEspecíficas
Medibles
Alcanzables
Relevantes
Tiempo (corto, mediano y largo)
4. **GENERANDO SOLUCIONES**
Identificar posibles soluciones para un problema esto a través de una "lluvia de ideas".

¿Qué busca la Terapia de Solución de Problemas (TSP)?

Busca que se reconozca la relación entre los síntomas y los problemas.

Que se logre desarrollar la capacidad de definir los problemas actuales.

Que se pueda aprender una técnica estructurada para la solución de sus problemas.

Que se viva una experiencia positiva en la solución de los problemas actuales.



Tríptico para pacientes



Revisa tus metas

Intenta si la solución aplicada resolvió el problema y si logras los objetivos, en caso contrario identificar qué obstáculos se te presentaron.



Para mayor información o atención para esta intervención, acudir a:

- CENTRO DE SALUD MARGARITA URBINO Y SALAZAR
Elevación del Norte, #2980 Col. Reforma, Cuernavaca
- CENTRO DE SALUD GUSTAVO A. ROVIROSA PÉREZ
San Gabriel #617, Col. Santa Úrsula, Coapa, Texcoco
- CENTRO DE SALUD NAYANTLAS
Juchitlpochtla esq. Nepeñas Col. Amaliation, Ayuso
- CENTRO DE SALUD TETLAHUICOTL
Tepetitlan esq. Misiones, Col. Ajusco, Cuernavaca
- CENTRO DE SALUD TETLAHUICOTL SANTA LUIS LA UOAPA
San Jeronimo, San Francisco de Asís Col. Santa Úrsula Coapa, Cuernavaca
- CLÍNICA DE SUBESPECIALIDADES, INP-REM
Tel. 4139-3433
carretera-kilómetro 102 a la salida de Texcoco a Cuernavaca



Instituto Nacional de Psiquiatría
Humberto Cruz y García Márquez
Carretera México-Toluca km 4101
Col. San Jerónimo Cuernavaca
Tlaxcala - México, D.F. 14870
www.inmexfap.mx

C.A. San José de los Ríos
México

Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la salud mental en el primer nivel de atención

PACIENTES







Terapia de Solución de Problemas para el cuidado de la salud mental en el primer nivel de atención



Si te sientes triste, lloras todo el día, no tiene hambre, no duermes bien y te sientes agotado, es muy probable que estos síntomas se deben a los problemas a los que te enfrentas diariamente...

Es por eso que te damos a conocer cinco pasos que, si los llevas al cabo correctamente, pueden mejorar tu calidad de vida.



1. DEFINICIÓN Y CLARIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS

Selecciona un problema específico y que su solución te consideras alcanzable.

2. ESTABLECER METAS FACTIBLES Y ALCANZABLES

Contesta lo siguiente:

Si yo esta noche duermiera y llegaré mañana y le pido a un mago para resolver mi problema, ¿Qué esperaré que suceda al despertar? ¿Qué será diferente?

3. SOLUCIONES GENERADAS

Identifica posibles soluciones para un problema, esto a través de una "lluvia de ideas".

4. SELECCIÓN DE LA SOLUCIÓN PREFERIDA

Estas las preguntas identificar al analizar los pros (ventajas y beneficios) y contras (desventajas y desventajas) de cada una de ellas.

5. ELABORACIÓN DE LA SOLUCIÓN PREFERIDA

Elabora un plan de acción para implementar la solución elegida, contesta las siguientes preguntas:

- ¿Qué necesita hacerse? *
- ¿Dónde hacerse? *
- ¿Cuándo hacerse? *
- ¿Cómo se hará? *

¿Qué busca la Terapia de Solución de Problemas (TSP)?

Busca que mejorases la relación entre tus síntomas y tus problemas.

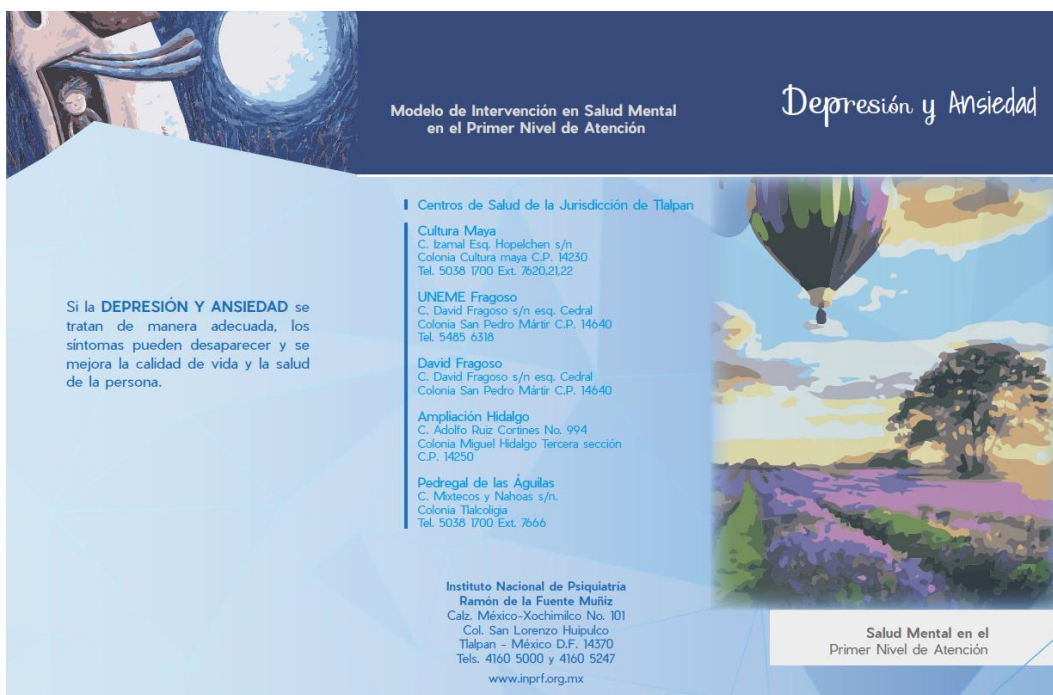
Que logres desarrollar la capacidad de definir tus problemas actuales.

Que puedas aprender una técnica estructurada para la solución de tus problemas.

Que vivas una experiencia positiva en la solución de tus problemas actuales.



Tríptico de Depresión y Ansiedad para pacientes



Modelo de Intervención en Salud Mental en el Primer Nivel de Atención

Depresión y Ansiedad

Si la **DEPRESIÓN Y ANSIEDAD** se tratan de manera adecuada, los síntomas pueden desaparecer y se mejora la calidad de vida y la salud de la persona.

Centros de Salud de la Jurisdicción de Tlalpan

Cultura Maya
C. Izamal Esq. Hopelchen s/n
Colonia Cultura maya C.P. 14250
Tel. 5038 1700 Ext. 7620,2122

UNEME Fragoso
C. David Fragoso s/n esq. Cedral
Colonia San Pedro Mártir C.P. 14640
Tel. 5485 6318

David Fragoso
C. David Fragoso s/n esq. Cedral
Colonia San Pedro Mártir C.P. 14640

Ampliación Hidalgo
C. Adolfo Ruiz Cortines No. 994
Colonia Miguel Hidalgo Tercera sección
C.P. 14250

Pedregal de las Águilas
C. Moxecos y Nahoas s/n.
Colonia Tlalcololga
Tel. 5038 1700 Ext. 7666

**Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz**
Calz. México-Xochimilco No. 101
Col. San Lorenzo Huipulco
Tlalpan - México D.F. 14370
Tels. 4160 5000 y 4160 5247
www.inprf.org.mx

**Salud Mental en el
Primer Nivel de Atención**

Diseño
Claudia Cullarido Sánchez

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSYQUIATRIA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



¿Qué es la DEPRESIÓN?

La Depresión es un trastorno mental que se caracteriza por presentar síntomas como ánimo triste, poca esperanza en el futuro, baja autoestima, cansancio, insomnio, sueño excesivo durante el día, cambios en el apetito y una importante pérdida del "gusto por la vida".

¿Cuáles son los síntomas principales de la DEPRESIÓN?

Es probable que presente **depresión** si cursa con 5 o más de los siguientes síntomas los cuales deben estar presentes por **14 días o más**, y deben de ser **constantes** a lo largo de este periodo de tiempo:

- Ánimo bajo
- Pérdida del gusto por la mayoría de sus actividades
- Insomnio o sueño excesivo
- Cambios en el apetito
- Falta de energía
- Torpeza en sus movimientos o sensación de sentirse en "cámara lenta"
- Dificultad para concentrarse
- Baja autoestima o
- Pérdida del gusto por la vida

¿Qué es la ANSIEDAD?

Es un sentimiento continuo de preocupación, miedo y angustia.

La persona puede experimentar algunos síntomas psicológicos y otros físicos como:

- Miedo a que algo malo suceda
- Preocupación excesiva ante diversas situaciones
- Tensión muscular
- Palpitaciones, opresión torácica, sensación de ahogo, sudoración y temblor
- Intranquilidad
- Ganas de echarse a correr
- Dificultad para dormir
- Dificultad para relajarse y concentrarse
- Irritabilidad, entre otros

La ansiedad se puede presentar cuando tenemos situaciones conflictivas o difíciles, usualmente al resolver estas situaciones desaparecen los síntomas; sin embargo, si son persistentes y causan un malestar significativo e interfieren en la realización de las actividades diarias de la persona, es **importante acudir a valoración médica** ya que existen diferentes trastornos de ansiedad que comparten estos síntomas.

¿Qué ocasiona la depresión y la ansiedad?

Su origen es "multifactorial", es decir, que intervienen cosas del cuerpo, la mente y el ambiente en el que se encuentra cada individuo.

¿Qué hago si creo que estoy deprimido y ansioso?

- Pregunta o busca información acerca de la depresión y ansiedad.
- Comunica y describe tus síntomas a tus familiares o amigos más cercanos.
- Acude con un médico general de tu centro de salud.
- No te auto-mediques.

Tarjeta "filtro"

