



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR CON URGENCIAS #61

SAN BARTOLO NAUCALPAN ESTADO DE MEXICO



**"RELACION ENTRE DEPRESION Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS
MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF N.66 IMSS"**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. LISETH MONREAL CASTAÑEDA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES CON SEDE UMF #61

Registro de Autorización

R-2017-1503-94

Naucalpan Estado De México

2020

ASESORA:

DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR





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.

**"RELACION ENTRE DEPRESION Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS
MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF N.66 IMSS"**

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. LISETH MONREAL CASTAÑEDA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES CON SEDE UMF #61

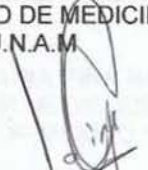
AUTORIZACIONES:



DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO



DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

"RELACION ENTRE DEPRESION Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF N.66 IMSS"

TRABAJO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. LISETH MONREAL CASTAÑEDA

RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES CON SEDE UMF #61

AUTORIZACIONES:

DRA. MAYRA ADORAIM AGUILAR GONZALEZ
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN
UMF CON URGENCIAS #61

DRA. ELVIRA EVELYN ROBLES RENTERIA
ASESOR DE TESIS Y
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

DR. MAURICIO ESPINOSA LUGO
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD EN
UMF CON URGENCIAS #61

DRA. ROSA MARIA PIÑA NAVA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE EDUCACION
DELEGACION ESTADO DE MEXICO 16 PONIENTE

DR. JESUS MARCO ANTONIO JUAREZ ROMERO
COORDINADOR DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL
DELEGACION ESTADO DE MEXICO DELEGACION PONIENTE


Naucalpan Estado de México

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR


IMSS
DELEGACIÓN ESTADO DE
MÉXICO PONIENTE
COORDINACIÓN DE
EDUCACIÓN EN SALUD

2020

INDICE GENERAL

RESUMEN..... 5

INTRODUCCION..... 6

ANTECEDENTES..... 7

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... 18

JUSTIFICACION..... 19

OBJETIVOS..... 20

HIPOTESIS..... 21

METODOLOGIA..... 22

RECURSOS ETICOS..... 29

RESULTADOS..... 31

TABLAS Y GRAFICAS..... 32

DISCUSION..... 38

CONCLUSIONES..... 39

BIBLIOGRAFIA..... 41

ANEXOS..... 45

RESUMEN

RELACION ENTRE DEPRESION Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA UMF N.66 IMSS

Autores: Monreal CL*, Robles RE**

INTRODUCCION: Diabetes Mellitus enfermedad crónica no transmisible, se caracteriza por la perturbación del metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas, siendo un problema de salud pública a nivel mundial¹ La Depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se considera un problema de salud pública.¹¹ Adherencia al tratamiento grado de comportamiento de una persona-tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida.²³ El deterioro cognitivo se asocia a una peor adherencia al tratamiento.^{9, 3} **OBJETIVO:** Identificar la relación entre depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus en la UMF N.66. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio Descriptivo, Observacional, Transversal, Prospectivo y Abierto, calculando un tamaño de muestra de 316 adultos mayores con Diabetes tipo2. Se les aplico la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, así como el Test de Morisky-Green para evaluar la adherencia al tratamiento ,para comprobar hipótesis se realiza chi cuadrada, siendo positivo con un valor de 0.05 **RESULTADOS:** De los 316 pacientes la edad promedio fue de 60-75años, predominando el sexo femenino (55.06%), Estado civil casado (59.8%),de los cuales (34.60%) son analfabetas, dedicándose a las labores del hogar (36.39%), un (52.22%) de estos pacientes tienen relación entre la presencia de Depresión Leve y poca adherencia al tratamiento. **CONCLUSIONES:** Los pacientes adultos mayores con Diabetes y Depresión leve de la UMF #66 no cuentan con una adecuada adherencia al tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Diabetes, Depresión, Adultos mayores, Adherencia al tratamiento.

*Médico Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar

**Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud UMF N. 63 IMSS

INTRODUCCION

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica no transmisible, se caracteriza por la perturbación del metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas, siendo un problema de salud pública a nivel mundial. La Depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se considera un problema de salud pública. Adherencia al tratamiento grado de comportamiento de una persona-tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida. El deterioro cognitivo se asocia a una peor adherencia al tratamiento. La OMS encontró que la depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo. Se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes y se ha convertido en un objetivo primario de atención en todo el mundo. Los sistemas de salud necesitan emplear estrategias creativas que permitan atender la demanda, frente a los enormes retos de atención y la eminente escasez de recursos. Las intervenciones disponibles para el tratamiento de la depresión en el primer nivel de atención evitarían un número considerable de AVISA (Años de vida ajustados por discapacidad) a cualquier persona mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 debe realizarse una valoración geriátrica global, detectar los trastornos depresivos en cada uno de los paciente geriátricos el conocer la relación entre los paciente con depresión y su adherencia al tratamiento nos permitirá enfocar estrategias adecuadas para una mejor calidad de vida y evitar las comorbilidades agudas y crónicas de la diabetes así como la tasa de suicidios por depresión. Para lo cual esta investigación fue de gran utilidad para coadyuvar a la detección y enfoque a este grupo etario, y vulnerable.

ANTECEDENTES

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza fundamentalmente por la perturbación del metabolismo de la glucosa, pero también de los lípidos y las proteínas, siendo un problema de salud pública a nivel mundial, ocasionando no solo daño a la salud física, sino también afectaciones a la salud mental de quien la padece¹ Se caracteriza por hiperglucemia crónica debida a la resistencia a la insulina y deficiencia en la producción o acción de esta, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas² La Diabetes ha sido catalogada como una de las muchas nuevas epidemia del siglo XXI, tanto por su creciente magnitud como por su impacto negativo en la salud³ Puede iniciar a cualquier edad de la vida, pero su mayor frecuencia aumenta con la edad de las personas, con un predominio en la sexta y séptima décadas de la vida (60 a 70 años) y que la Diabetes Mellitus tipo 2 es la forma más común de diabetes, la gran mayoría de los ancianos diabéticos presentan este tipo. Algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad.^{1, 4} Es un problema de salud a nivel mundial, las poblaciones latinas son las más susceptibles, especialmente los mexicanos. Se estima que para el 2030 supere la cifra de 345 millones y más importante aún es que se ha convertido en un problema de desarrollo, amenaza el bienestar de las poblaciones y la prosperidad económica de los países. En nuestro país la prevalencia de DM alcanza cifras de 7.5% en la población general. Se ha referido que la prevalencia es más alta conforme avanza la edad; así en los mayores de 60 años se sitúa entre el 20 y 22.4% con una elevación importante entre los 64 y los 75 años. Se notifica como la primera causa de muerte en nuestro país.^{5,6} En México las estimaciones existentes son muy variables con cálculos de costos de atención por paciente que van desde 700 hasta 3200 dólares anuales, lo que se traduce en 5 a 14% del gasto en salud destinada a la atención de esta enfermedad y sus complicaciones, inversión que de acuerdo con la Federación Internacional de Diabetes se relaciona con la tasa de mortalidad por esta causa.⁷ La presencia de cualquiera de los siguientes factores debe ser motivo para realizar el escrutinio en un paciente que busca atención médica por cualquier causa: antecedente familiar de diabetes, obesidad, hipertensión arterial, concentraciones altas de triglicéridos o bajas de

colesterol HDL , glucosa en ayuno alterada (>100mg/dl) y antecedente de diabetes gestacional.⁸ La DM se ha asociado en los ancianos con un mayor deterioro funcional y cognitivo, un incremento del número de las caídas, malnutrición y otros síndromes geriátricos, y con la progresión del deterioro cognitivo a demencia, es importante evitar las hipoglucemias.³ Los beneficios de la evaluación geriátrica integral en el contexto de la diabetes son múltiples:

- 1) Valora la capacidad del paciente para cumplir los objetivos del tratamiento y seguir las recomendaciones higienico-dietéticas
- 2) Estima la capacidad para el autocuidado y el tratamiento de la diabetes
- 3) Evalúa el impacto de las complicaciones vasculares meta diabéticas (enfermedad vascular periférica, retinopatía, neuropatía, nefropatía)
- 4) Valora la probabilidad de beneficiarse de intervenciones educativas
- 5) Evalúa la necesidad de soporte o apoyo
- 6) Identifica aspectos de la calidad de vida relacionados con la enfermedad o su tratamiento
- 7) Es una herramienta útil que disminuye la mortalidad, reduce la institucionalización y los ingresos hospitalarios, y mejora el estado cognitivo y funcional de los pacientes ancianos

La diabetes se asocia a un incremento significativo del riesgo de deterioro cognitivo y demencia. *El deterioro cognitivo se asocia a una peor adherencia al tratamiento.* La presencia de depresión se ha asociado con un empeoramiento en el control glucémico. Es importante reconocer y diagnosticar la depresión en el paciente anciano, ya que se trata de una enfermedad crónica, incapacitante y con un significativo impacto sobre la calidad de vida. Es básico que a cualquier persona mayor con DM2 se le realice una valoración geriátrica global y ya en un marco ideal será importante evaluar también su fragilidad.^{9, 3} Las recomendaciones para la prevención de la Diabetes son reforzar el monitoreo y la evaluación de los programas de prevención en el primer nivel de atención, relacionados con enfermedades crónicas. Las acciones preventivas contra la diabetes son la suma de un estilo de vida saludable, un programa estructurado de alimentación, así como actividad física y perder al menos 10% del peso corporal.⁸ Los objetivos en el control de la Diabetes son: Tener en cuenta la comorbilidad individual, estado cognitivo y funcional para así determinar cuáles son los objetivos en el control glucémico y ser acordados al paciente o cuidador.

Las metas terapéuticas son: 1. HbA1c <7.5%, 2. Glucemia en ayuno o preprandial 90-130mg/dl, 3. Presión Arterial <140/80mmHg.

Tratamiento farmacológico: Metformina primera línea de tratamiento en adultos mayores con diabetes tipo 2. Así como un adyuvante a la terapia de insulina en aquellos que requieren una terapia combinada.

En pacientes que no alcanzan metas con cambios dietéticos se agregaran dosis bajas de sulfonilurea con incrementos graduales, en combinación con uso de Metformina. Tratamiento con insulina: Es el medicamento más eficaz para disminuir la glicemia. Cuando los fármacos orales no alcanzan la meta de glucemia se recomienda administrar insulina como monoterapia o en combinación con Metformina.¹⁰

La Depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años y del sexo femenino, se manifiesta predominantemente como tristeza, llanto fácil, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional y lo más grave agitación e ideación suicida.

Se considera un problema de salud pública, con graves implicaciones en la discapacidad, la morbilidad, la mortalidad, así como la calidad de vida de los ancianos que la padecen.¹¹ La depresión como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, hereditarios, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales. Por ende, su estudio requiere de múltiples aproximaciones. En la población Mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico; c) estar desempleado; d) aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, h) migración.¹¹

El estudio de la OMS, comparativo entre países encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que la de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países.¹¹ La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, es una de las principales causas de discapacidad y se estima que afecta a 350 millones de personas en el mundo, con prevalencias que oscilan entre 3.3 y

21.4%. Se encuentra entre los primeros lugares de la lista de enfermedades incapacitantes y se ha convertido en un objetivo primario de atención en todo el mundo.¹²

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el Composite International Diagnostic Interview Schedule (CIDI), estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el último año.¹³ Se afirma que la depresión es un problema psicológico de gran impacto y complejidad en la etapa de vida del adulto mayor, lo que ha motivado su estudio como lo muestran algunos resultados de investigaciones realizadas en México que reportan la prevalencia de depresión en los adultos mayores, que oscila entre 29 y el 66%, y se ha encontrado que la depresión es más común en mujeres, de mayor edad, con deterioro cognitivo, comorbilidad, discapacidad, bajo nivel socioeconómico y múltiples hospitalizaciones.¹⁴

Se considera que la depresión es una de las principales causas de enfermedad en términos de años de vida ajustados por discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) prevé que en el año 2020 sea la segunda causa de discapacidad en el mundo. En México, es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres. Entre quienes tienen más de 65 años, la prevalencia de depresión se encuentra arriba de 20% y es más frecuente entre los desempleados, los viudos y los solteros. En esta población los problemas mentales son una de las cinco principales causas de discapacidad. En México, la transición hacia una población con mayor número de ancianos es una realidad. De acuerdo con la OMS, dentro de 25 años la población mayor de 60 años que vive en América Latina y el Caribe pasará de 40 millones a más de 97 millones. Resulta necesario pensar en estrategias que permitan enfrentar los trastornos mentales propios de este grupo etario.¹² Cabe mencionar que un estudio que incluyó a personas con Diabetes en México encontró una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa. Más aun, otro estudio encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la Diabetes que pacientes sin depresión. Sin embargo, algunos autores como Fisher et al. Llama la atención en el sentido

de considerar la problemática psicosocial en su conjunto y no solamente enfocar la atención en su tratamiento de la depresión, ignorando los otros problemas¹³

Es una patología que se diagnostica poco en los ancianos y con frecuencia tanto el diagnóstico como el tratamiento se realizan de manera inadecuada, al analizar la depresión por lugares de residencia, se ha demostrado que hay una mayor prevalencia en el medio rural en ancianos, que además cuentan con alguna otra enfermedad y deterioro cognitivo o discapacidad.

El origen de la sintomatología depresiva puede derivar de la deficiencia de neurotransmisores, factores biológicos perdidos en general (cónyuge, amistades, trabajo) o por el tipo de personalidad. Existe la **Depresión mayor** que se caracteriza por una alteración del estado de ánimo, disminución del interés, pérdida de placer en todas las actividades que realizan. Cambios en la pérdida o ganancia del peso corporal, movimientos lentos o bien una mayor agitación, insomnio, pérdida de la energía, así como una disminución de la concentración y pensamientos recurrentes de muerte. **Depresión menor** en esta se presentan de dos a cinco de los síntomas presentes en la depresión mayor, el adulto generalmente refiere ansiedad, desesperación, llanto fácil, irritabilidad, frustración, aislamiento, inclusive mencionan que han tenido pensamientos de muerte, sus actividades cotidianas tales como alimentación, sueño, autocuidado y hasta la sexualidad se encuentran negativamente afectadas. La presencia de estos síntomas comúnmente se atribuye al propio envejecimiento y los estilos de vida, sin considerar que es una enfermedad que acompaña a los principales problemas de morbilidad y mortalidad.¹⁵

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, es uno de los instrumentos de elección en la exploración para valorar la depresión en paciente ancianos y se enfoca antes que en malestares físicos, al estado de ánimo.

Su versión abreviada consta de 15 preguntas que se responden de manera afirmativa o negativa y se puede realizar en 5 minutos se interpreta de la siguiente manera: 0 – 5 puntos= Normal, 6 – 9= Depresión leve, 10 o más= Depresión Severa.¹⁶ La Organización Mundial de la Salud menciona que la depresión en ancianos no se diagnostica en fases tempranas, y por lo tanto, eso favorece una mayor discapacidad.

Los adultos mayores que diversifican sus relaciones entre familiares y amigos mantienen un mejor nivel de bienestar que aquellas personas que únicamente tienen un vínculo afectivo. Los trastornos mentales inciden de manera importante en el bienestar de los adultos mayores ya

que modifican sus relaciones interpersonales, la capacidad de autocuidado y una vida plena con la familia y la sociedad. Personas con mayor deterioro cognitivo y una dependencia física significativa presentan niveles más altos de depresión.¹⁵ La familia es considerada como uno de los más importantes sistemas que favorecen la salud y facilitan el mejoramiento de la calidad de vida. Sin embargo es frecuente en la consulta médica encontrar personas con un problema psicosocial donde está implicada la familia. La estructura familiar está sometida a proceso dinámico que cambia según la etapa del ciclo vital en que se encuentre o por la influencia de los llamados acontecimientos vitales estresantes. Soriano-Fuentes y col, encontraron que los trastornos mentales más frecuentes eran depresión, distimia, trastorno por ansiedad generalizada, agorafobia y fobia social, las mujeres eran las más afectadas por cuadros depresivos y de ansiedad. Más que la estructura familiar es el funcionamiento familiar el que tendría alguna relación con la aparición de ansiedad y depresión en los miembros de la familia.

Hay que tener en cuenta que las causas de ansiedad y depresión, tanto como síntomas como trastornos, son multifactoriales.

Los factores relacionados con la familia podrían actuar como factores causales en el caso de síntomas reactivos, pero con factores desencadenantes o mantenedores en el caso de los trastornos ansiosos y depresivos.

El impacto en cada familia puede ser diferente y estar asociado con otros factores psicosociales.¹⁷ La depresión es un problema importante de salud pública en México y el mundo.

Su solución requiere de la mejor labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud, capaces de integrar la participación de la comunidad y, en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos. Los sistemas de salud necesitaran emplear estrategias creativas que permitan atender la demanda, muy insatisfecha, frente a los enormes retos de atención y la eminente escasez de recursos, no cabe duda que la mejoría en la atención de la depresión solo puede provenir de una utilización más racional de los recursos y del desarrollo de recursos humanos con capacidad de ofrecer intervenciones adecuadas sin costo adicional.

El tratamiento de los trastornos depresivos en el nivel primario de atención a la salud es posible y conveniente. La evaluación de diversas intervenciones muestra que estas son efectivas para disminuir la depresión y la discapacidad asociada a ella, así como un relativo bajo costo. La

clave del éxito está en la integración de servicios con colaboración multidisciplinaria, combinado con recursos de acuerdo con las necesidades y preferencias de cada paciente.¹³

Es claro que en México las intervenciones disponibles para el tratamiento de la depresión en el primer nivel de atención evitarían un número considerable de AVISA (Daylis, Disability Adjusted Life Years). Años de vida ajustados por discapacidad.¹²

El tratamiento de la fase inicial debe ser encaminado a inducir la remisión del episodio depresivo y llevar al paciente a un completo nivel de funcionalidad basal.

La depresión es tratable en el 65 a 75% de los casos. El manejo efectivo requiere abordaje biopsicosocial combinando farmacoterapia y psicoterapia. La terapia mejora la calidad de vida y la capacidad funcional, así como la longevidad y disminución en los costos de servicio de salud.

La mejora de los síntomas debe ser evidente a las 2 semanas después de haber iniciado la terapia antidepresiva. La colaboración interdisciplinaria debe ser establecida en el primer nivel de atención. Los aspectos que propician que los ancianos deprimidos descontinúen el tratamiento antidepresivo son ideas de que existe poca durabilidad de la depresión y de experiencias y expectativas negativas de la vejez. La psicoterapia aunada a la farmacoterapia debe ser usada como tratamiento inicial. El tratamiento psicológico debe abarcar de 16 a 20 sesiones en un periodo de 6 a 9 meses. El uso de antidepresivos debe ser recomendado en:

1. Depresión de reciente diagnóstico
2. Depresión persistente a pesar de otras intervenciones
3. Asociación a problemas psicosociales o médicos

El inicio del tratamiento antidepresivo en el anciano debe ser gradual, iniciar con la mitad de la dosis mínima recomendada durante 1 semana, de acuerdo con la respuesta incrementar gradualmente hasta alcanzar la dosis óptima.

Los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) son medicamentos de elección en la mayoría de los tipos de depresión del adulto mayor.

Dosis al inicio del tratamiento:

1. Paroxetina 10mg cada 24hrs
2. Sertralina 25mg cada 24hrs
3. Fluoxetina 20mg cada 24hrs
4. Venlafaxina 75mg cada 24hrs
5. Citalopram 10mg cada 24hrs

La tasa de repuesta de los ISRS es del 55 al 70% con un retraso en el inicio de su efecto de 10 a 20 días.¹⁸

El envejecimiento poblacional es en la actualidad uno de los fenómenos demográficos de mayor trascendencia a nivel mundial, el 11.5% de la población tiene 60 o más años de edad considerándose que el año 2050 alcanzara en 22%, la Organización Mundial de la Salud estima que la población de adultos mayores continuara creciendo hasta alcanzar los dos mil millones de adultos mayores el año 2050. El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable y está relacionado con el estado de salud por la transición epidemiológica de las enfermedades, con aumento de las Enfermedades crónicas no transmisibles, ello provoca que los adultos mayores hagan mayor uso de servicios sociales y de salud y generen mayores gastos con el empleo de más recursos. El bienestar de los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, y funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico.

La salud en el adulto mayor se considera como sinónimo de capacidad funcional para el desenvolvimiento de esas personas en su medio familiar y social y la realización de las actividades del diario vivir, y no como la presencia de las enfermedades que puedan presentar. La evaluación geriátrica integral (EGI) se define como la valoración y detección de carácter multidisciplinario e interdisciplinario del déficit y problemas en las esferas clínico-médicas, funcionales, mentales y sociales. Es considerada la herramienta o metodología fundamental de diagnóstico en la que se basa la clínica geriátrica en todos los niveles asistenciales.

El EGI es el método básico para medir la capacidad funcional como expresión de salud en los ancianos, es multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria, garantiza una precisión diagnóstica con mejor utilización de los recursos, reduce la estancia hospitalaria y la mortalidad, con mejoría del estado funcional, afectivo y cognitivo del anciano y disminución de los

medicamentos prescritos. Está compuesta por cinco componentes o dominios EVALUACION BIOMEDICA, EVALUACION PSICOLOGICA, EVALUACION SOCIAL, EVALUACION FUNCIONAL.^{19, 6}

Diversos estudios demuestran que la percepción de los ancianos sobre su salud influye en su calidad de vida y por tanto en su estado de salud, para sentirse feliz y satisfecho el individuo debe ser activo y considerarse útil; la vejez va acompañada, de inevitablemente pérdidas físicas y mentales, así como de auto insuficiencias económicas, afectivas y de compañía, lo cual influye en la calidad de vida del adulto mayor. Es primordial que los adultos mayores conozcan las características del proceso de envejecimiento, los cambios que aparecen en esta etapa, los declives y pérdidas.²⁰

El envejecimiento es el resultado de una compleja asociación de interacciones de entre lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco.

Los factores intrínsecos obedecen al proceder de causas genéticas, y ejercen influencias en los procesos que determinan la duración de la vida. Los factores extrínsecos actúan desde las edades más tempranas de la vida, como las agresiones de la vida moderna, el estrés, la dieta, el sedentarismo y el consumo de tabaco que inicien con la aparición de enfermedades cardiovasculares. El envejecimiento es un fenómeno universal progresivo, y este proceso se evidencia en la esfera biológica, psicológica, intelectual social.

En los ancianos son frecuentes estados de ánimo particulares de irritabilidad indiferencia, inestabilidad y pesimismo. Las modificaciones psicoafectivas y hacen de anciano más expuesto del riesgo de padecer de alteraciones psíquicas.

Los factores biopsicosociales inciden negativamente en la salud de los adultos mayores, causando diversos trastorno psicoemocionales, las alteraciones psicoafectivas más frecuentes en los ancianos mayores de 65 años tiene alguna alteración psíquica en la que predominan la ansiedad y la depresión.²¹ Los motivos de consulta a los médicos de familia demuestran en buena medida la aplicación la aplicación de la medicina preventiva.²²

La OMS define la adherencia terapéutica como:

“El grado de comportamiento de una persona-tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida,- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.”

La adherencia terapéutica incluye con igualdad de importancia el seguimiento de los tratamientos farmacológicos, como el de las recomendaciones higiénico-dietéticas. Para que se produzca la adherencia es necesario considerar:

- a. Aceptación convenida del tratamiento entre el paciente y su médico, con vistas a elaborar la estrategia comportamental que garantiza el cumplimiento y la aceptación de estas por ambos.
- b. Cumplimiento del tratamiento como la medida en que la persona ejecuta todas las prescripciones médicas indicadas.
- c. Participación activa en el cumplimiento, grado de participación del paciente en la búsqueda de estrategias para garantizar el cumplimiento
- d. Carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento

La adherencia terapéutica es multidireccional y está determinado por la acción recíproca de un conjunto de factores que pueden agruparse en 5 grupos: *factores socioeconómicos, los relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria, con la enfermedad, con el tratamiento y con el paciente*. Según la OMS en los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la formación general es de alrededor de 50% y mucho menor en los países en desarrollo y añade: *La repercusión de la adherencia terapéutica deficiente crece a medida que se incrementa la carga de la enfermedad crónica en el mundo.*

Como estrategias de intervención la OMS supone que, aumentar la efectividad de las intervenciones que abordan la adherencia terapéutica pueden tener una repercusión mucho mayor sobre la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos. Cada paciente debe compartir la responsabilidad y participar activamente en el régimen del tratamiento²³

Test de Morisky-Green Este método, que está validado para diversas enfermedades crónicas, fue desarrollado originalmente por Morisky Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que el test fue introducido se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica sí/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Se pretenden valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento. Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? 3. Cuando se encuentra bien ¿deja de tomar la medicación? 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir, No/Sí/No/No. Existe otra variante, en la cual se modifica la segunda pregunta para permitir que la respuesta correcta sea «no», y de esta forma se consigue que para ser cumplidor haya que responder a las 4 preguntas de la misma forma: No/No/No/ No. La pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indica?.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad crónica caracterizada por la perturbación del metabolismo de la glucosa, lípidos y proteínas, siendo un problema de salud pública a nivel mundial, ocasionando no solo daño a la salud física, sino también afectaciones a la salud mental de quien la padece¹ En la población derechohabiente del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) la prevalencia de Diabetes ha sido de 10.5% , en la consulta de medicina familiar ha ocupado el segundo lugar de demanda, en especialidades en quinto lugar, y en la consulta de urgencias y con motivo de egreso hospitalario, el octavo.

Es la primera causa de muerte nacional y la tasa de mortalidad crece 3% cada año. Los criterios de confirmación diagnóstica son: Hemoglobina glucosilada >6.5%, glucosa en ayunas >126mg/dl, glucosa en plasma a las 2 horas>200mg/dl.²⁵ Una revisión sistemática del efecto de intervenciones estructuradas de ejercicio de estudios clínicos refirió que la HbA1C fue significativamente más baja en los grupos con realización de ejercicio y no se presentaron diferencias entre el peso corporal.²⁶ El European Diabetes Working Party for Older People, aconseja un objetivo de HbA1c del 7-7.5% para pacientes ancianos sin complicaciones y del 7.6-8.5% para pacientes frágiles. La ADA/European Association for the study of diabetes (EASD) recomienda en ancianos una HbA1c entre el 7.5%, que tengan buena situación funcional y cognitiva y con buena disponibilidad de asumir el tratamiento.²⁷*El deterioro cognitivo se asocia a una peor adherencia al tratamiento.* La presencia de depresión se ha asociado con un empeoramiento en el control glucémico³

Se ha observado que en la UMF N. 66 IMSS muchos pacientes adultos mayores con estados depresivos y portadores de Diabetes Mellitus tipo 2, no cumplen con una adecuada adherencia al tratamiento, sin embargo no existen estudios previos en esta unidad que avalen esta hipótesis. Fue conveniente realizar este estudio para detectar a pacientes diabéticos con depresión y así poder implementar medidas para tener una mejor adherencia al tratamiento, mejor control glucémico, y evitar comorbilidades, las cuales significan un alto costo a las institución es de salud. En base a esto se formula la siguiente pregunta:

¿EXISTE RELACION ENTRE DEPRESION Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES MELLITUS EN LA UMF N.66 IMSS?

JUSTIFICACION

En México se encontró una tasa alta de comorbilidad de pacientes diabéticos con depresión del 39%, con mayor prevalencia en mujeres, y quienes tenían niveles más altos de glucosa. En otro estudio se encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la Diabetes que pacientes sin depresión. La DM se ha asociado en los ancianos con un mayor deterioro funcional y cognitivo. La presencia de depresión se ha asociado con un empeoramiento en el control glucémico. Es bien sabido que la depresión es una patología que se diagnostica poco en los ancianos y con frecuencia tanto el diagnóstico como el tratamiento se realizan de manera inadecuada. Su solución requiere de la mejor labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud, capaces de integrar la participación de la comunidad y, en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos. Los sistemas de salud necesitan emplear estrategias creativas que permitan atender la demanda, frente a los enormes retos de atención y la eminente escasez de recursos. Las intervenciones disponibles para el tratamiento de la depresión en el primer nivel de atención evitarían un número considerable de AVISA (Años de vida ajustados por discapacidad) a cualquier persona mayor con Diabetes Mellitus tipo 2 debe realizarse una valoración geriátrica global, detectar los trastornos depresivos en cada uno de los paciente geriátricos el conocer la relación entre los paciente con depresión y su adherencia al tratamiento nos permitirá enfocar estrategias adecuadas para una mejor calidad de vida y evitar las comorbilidades agudas y crónicas de la diabetes así como la tasa de suicidios por depresión. Para lo cual esta investigación fue de gran utilidad para coadyuvar a la detección y enfoque a este grupo etario, y vulnerable.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar la relación entre depresión y la adherencia al tratamiento en adultos con Diabetes Mellitus en la UMF N. 66

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Identificar los grados de depresión en adultos mayores con diabetes mellitus en la UMF no 66
2. Identificar la adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus en la UMF 66.
3. Correlacionar el grado de depresión con la adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF No. 66.
4. Identificar variables sociodemográficas con depresión en adultos con Diabetes Mellitus tipo 2 en la UMF 66.

HIPOTESIS

H1: Existe relación entre Depresión y la Adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes

H0: No existe relación entre Depresión y la Adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes

METODOLOGIA

Se realizó un estudio Descriptivo, Observacional, Transversal, Prospectivo y Abierto, se incluyeron en el estudio pacientes de 60-85 años de edad afiliados a la UMF No.66 Progreso Industrial ambos turnos, ambos géneros y quienes cuentan con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2. Calculando un tamaño de muestra de 316 adultos mayores con Diabetes tipo2, ambos géneros, escolaridad mínima primaria y/o que sepan leer y escribir, a quienes previo consentimiento informado se les aplicó una encuesta de depresión geriátrica (Yesavage) la cual consta de 15 ítems, con la cual se detectaron datos de depresión, así como el Test de Morisky-Green con el cual se comprobó la adherencia al tratamiento, dicho test consta de 4 preguntas. Así pudimos detectar a pacientes con Depresión y su adherencia al tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No.66 del IMSS Progreso Industrial, es una unidad de Primer Nivel de atención la cual pertenece a la Delegación Poniente Estado de México, se encuentra ubicada en Calle Corregidora N.1 Colonia Progreso Industrial Nicolás Romero. Su infraestructura está constituida por: Dirección, Administración, Jefatura de Departamento Clínico, Trabajo Social, Medicina Preventiva, Estomatología ambos turnos, Archivo Clínico, Almacén, Servicios Básicos, Atención Médica Continua, comedor, 05 Consultorios de Medicina Familiar ambos turnos, Farmacia, Módulo de Orientación y Quejas.

Progreso Industrial cuenta con las siguientes delimitaciones, colina al Norte con Villa del Carbón y Tepetzotlán al sur con Atizapán de Zaragoza, e Isidro Fabela, al este con Cuautitlán Izcalli y al oeste con Jiquipilco y Temoaya. Incluye en su territorio un total de 43 localidades las principales son: Villa Nicolás Romero, Veintidós de febrero, Progreso Industrial, Quinto barrio (Ejido Cahuacan), Santa María Magdalena Cahuacan, San José el Vidrio, San Francisco Magu, San Miguel Hila, Transfiguración, Loma larga, Puerto Magu, Colonia Morelos, Loma de San José, El esclavo, Caja de agua, Loma del Rio, Loma de Guadalupe (la biznaga), San José, Colonia el Mirador.

El total de los pacientes adultos mayores de 60-85 años, que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 66, IMSS, Progreso Industrial, Estado de México en ambos turnos que corresponde a 1763 pacientes. Por lo que se calculó el tamaño de la muestra para estimar la proporción poblacional.

La fórmula que nos permitió determinar el tamaño de la muestra es la siguiente:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

za/2: z corresponde al nivel de confianza elegido (1.96).

P: Proporciona una categoría de variable (0.50).

e: Error máximo (0.02).

N: Tamaño de la población.

$$n = \frac{1963 \cdot 1.96^2 \cdot 0.50 (1-0.50)}{(1763-1) \cdot 0.02^2 + 1.96^2 \cdot 0.50 (1-0.50)} = 316$$

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.-Adultos derechohabientes de 65 a 85 años de edad con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
- 2.- Ambos géneros,
- 3.- Autorizaron por medio de consentimiento informado para participar en el estudio
- 4.- Escolaridad mínima primaria y/o que sabían leer y escribir.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- Pacientes de 60 a 85 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 con complicaciones crónicas macro y micro vasculares.
- 2.- Pacientes con discapacidad mental.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.-Pacientes que no completaron el cuestionario.
- 2.-Pacientes que aun habiendo firmado el consentimiento informado decidieron retirarse del estudio.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Diabetes mellitus Tipo 2.

VARIABLE DEPENDIENTE: Depresión, y Adherencia al Tratamiento.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE MEDICION	INDICADORES
EDAD	Tiempo de existencia de alguna persona, desde su creación hasta la actualidad	Lo referido por el paciente	Cuantitativa ordinal	60 a 85 años
GENERO	Rasgos psicológicos y culturales que la sociedad atribuye a lo que se considera "Masculino" o "Femenino".	Lo referido por el paciente	Cualitativo nominal	1. Hombre 2. Mujer
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo durante el que se asiste a un centro de enseñanza de cualquier grado para realizar estudios	Lo referido por el paciente	Cualitativa ordinal	1.Sabe leer y escribir 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Licenciatura
OCUPACION	Hace referencia a lo que una	Lo referido por el paciente	Cualitativo nominal	1.-Labores del hogar

	persona se dedica; empleo, actividad o profesión, lo que demanda cierto tiempo.			2.-Labores fuera del domicilio
ESTADO CIVIL	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto.	Lo referido por el paciente	Cualitativa nominal	1.Casado 2.Unión Libre 3.Soltero 4.Viudo 5.Divorciado
DIABETES	Enfermedad crónica no transmisible que se caracteriza por la perturbación del metabolismo	Lo referido por el paciente, si la padece o no y su adherencia al tratamiento	Cualitativa nominal	1.Si 2.No

	de la glucosa, lípidos, proteínas e hiperglucemia debida a la resistencia a la insulina y deficiencia en la producción o acción de esta			
DEPRESION	Trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se manifiesta como tristeza, aislamiento, falta de concentración, trastornos del sueño, labilidad emocional.	Se determinara a cada paciente por medio de la escala de depresión geriátrica de Yesavage la cual consta de 15 ítems.	Cualitativa nominal	1. 0-5 pts. Normal 2. 6-9 pts. Depresión leve 3. 10 o más pts. Depresión severa
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	El grado de comportamiento de una persona-tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios	Se determinara a cada paciente por medio del Test de Morisky-Green, el cual consta de 4 preguntas	Cualitativa nominal	El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir:

	del modo de vida,- se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria.”			No/Sí/No/No.
--	---	--	--	---------------------

Para el análisis estadístico se procedió de la manera siguiente:

Posterior a la aplicación el Test de Depresión (Yesavage) y test Morisky-Green a los participantes, se analizaron con estadística descriptiva: para variables cuantitativas y para variables cualitativas frecuencia y porcentaje, a través de χ^2 para pruebas no paramétricas con valor de p de 0.05; determinándose así la relación de Depresión con adherencia al tratamiento. Para llevar a cabo la tabulación de la información se utilizó el programa de Windows Excel y para procesar los datos para obtención de los resultados con el programa SPSS versión 21.

Los resultados se presentan en cuadros y gráficas de barras.

RECURSOS ETICOS

El presente trabajo de investigación se realizó bajo las siguientes leyes:

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:

Este ordenamiento tiene por objeto proveer, en la esfera administrativa, al cumplimiento de la Ley General de Salud en lo referente a la investigación para la salud en el sector, publico, social y privado. Artículo 3o La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos, al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, a la prevención y control de los problemas de salud, al conocimiento y evaluación de los efectos nocivos del ambiente en la salud, al estudio de las técnicas y métodos que se recomiendan o empleen para la prestación de servicios de salud y a la producción de insumos para la salud. Titulo Segundo, Capítulo I, Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

NOM-012-SSA3-2012

Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Esta norma establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en correspondencia con la Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación, para el empleo en seres humanos de medicamentos o materiales, respecto de los cuales aún no se tenga evidencia científica suficiente de su eficacia terapéutica o rehabilitatoria o se pretenda la modificación de las indicaciones terapéuticas de producto ya conocidos, así como para la ejecución y seguimiento de dichos proyectos.

DECLARACION DE HELSINKI DE LA ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL

Documento que autorregula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación. El principio básico es el respeto por el individuo, su derecho a la autodeterminación y derecho a tomar decisiones una vez que se le ha informado claramente los pros y contra, riesgos y beneficios de su participación o no en un estudio de investigación médica.

RESULTADOS

Se incluyeron 316 pacientes adultos mayores con Diabetes a quienes se les aplicó el instrumento de depresión Geriátrica de Yesavage, así como el Test de Morisky-Green para evaluar la adherencia al tratamiento

De acuerdo con la distribución de género se dio de la siguiente forma, de los 316 pacientes con Diabetes 174 (55.06%) son del género femenino y 142 (44.94%) son del género masculino. (Tabla y Grafico 1)

La distribución de Escolaridad se dio de la siguiente forma, de los 316 pacientes con Diabetes 110 (34.60%) son analfabetas, 93 (29.52%) cuentan con primaria, 89 (28.25%) saben leer y escribir, 19 (6.03%) tienen secundaria, 4 (1.27%) cuentan con preparatoria, 1(0.32%) tiene licenciatura. (Tabla y Grafico 2)

De acuerdo a la distribución por Edad se dio de la siguiente forma, de los 316 pacientes con Diabetes 245 (77.53%) son de 60 a 75 años de edad y 71 (22.47%) de 76 a 85 años de edad. (Tabla y Grafico 3)

La distribución de acuerdo a la Ocupación se dio de la siguiente forma, de los 316 pacientes con Diabetes 115 (36.39%) realizan labores dentro del hogar, 108 (34.18%) no tienen ninguna ocupación y 93 (29.43%) realizan labores fuera del domicilio. (Tabla y Grafico 4)

La distribución de Estado Civil se dio de la siguiente forma, de los 316 pacientes con Diabetes 187 (59.18%) son casados (as), 59 (18.67%) viven en unión libre, 48 (15.19%) son viudos (as), 16 (5.06%) son divorciados (as) y 6 (1.90%) son solteros (as). (Tabla y Grafico 5)

La distribución de pacientes Diabéticos con Depresión y sin depresión y su relación con la adherencia al tratamiento se dio de la siguiente forma, de los 316 pacientes con Diabetes y Depresión Leve 56 (17.72%) tienen una adecuada adherencia al tratamiento, 109 (34.49%) no tienen adherencia al tratamiento, en pacientes con Diabetes y Depresión severa, 42 (13.29%) no tienen adherencia al tratamiento, 2 (0.63%) si tienen adherencia al tratamiento, y pacientes Diabéticos sin depresión, 72 (22.78%) si tienen adherencia al tratamiento y 35 (13.29%) no tienen adherencia al tratamiento. (Tabla y Grafico 6)

TABLA 1

GENERO

Distribución por género del total que participaron en el estudio adscritos en la UMF #66 Progreso del IMSS.

GENERO	PORCENTAJE
HOMBRE	44.94%
MUJER	55.06%
Total general	100.00%

Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

GRAFICA 1

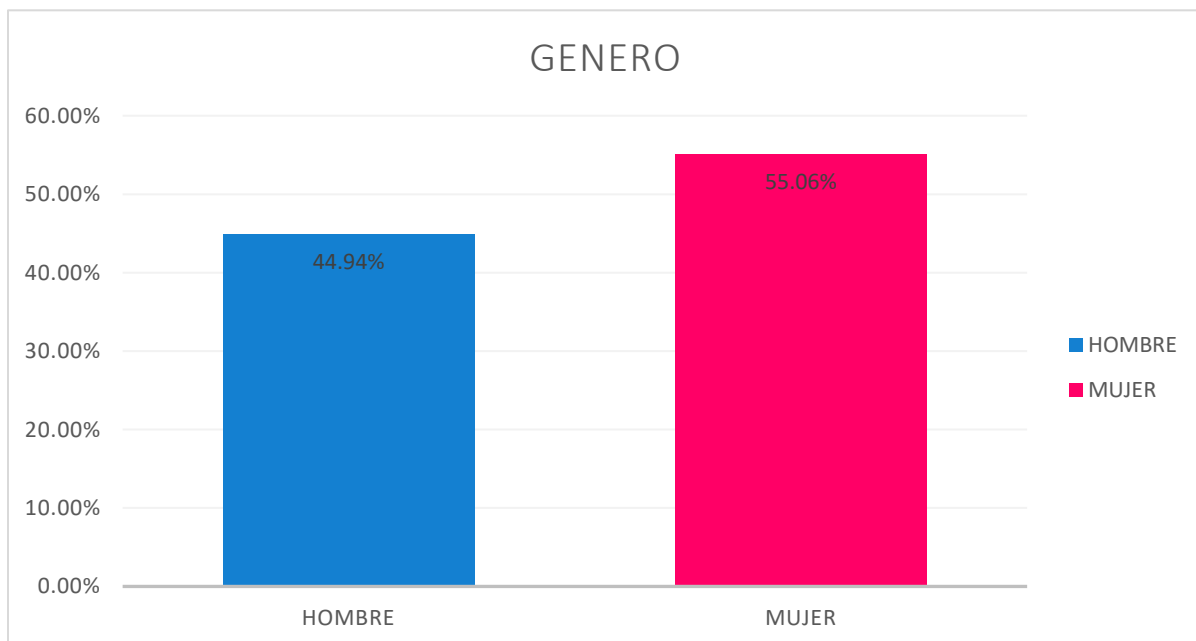


TABLA 2

ESCOLARIDAD

Distribución por escolaridad del total que participaron en el estudio adscritos en la UMF #66 Progreso del IMSS

Etiquetas de fila	Cuenta de ESCOLARIDAD
ANALFABETA	34.60%
LICENCIATURA	0.32%
PREPARATORIA	1.27%
PRIMARIA	29.52%
SABE LEER Y ESCRIBIR	28.25%
SECUNDARIA	6.03%
Total general	100.00%

Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

GRAFICA 2

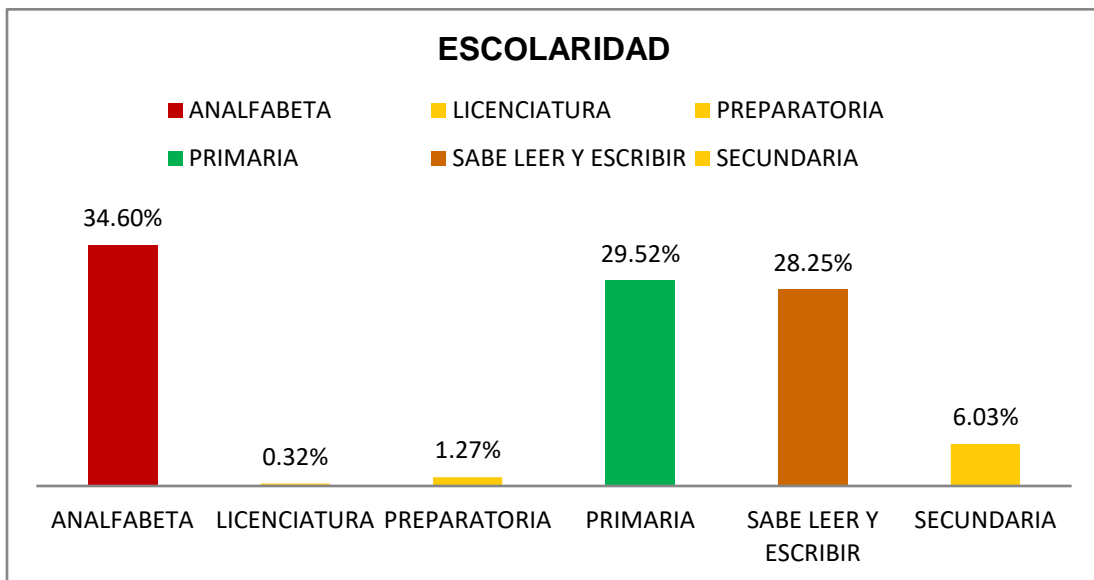


TABLA 3

EDAD

Distribución por edad del total que participaron en el estudio adscritos en la UMF #66 Progreso del IMSS

Etiquetas de fila	Recuento de EDAD
60 a 75	77.53%
76 a 85	22.47%
Total general	100.00%

Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

GRAFICA 3

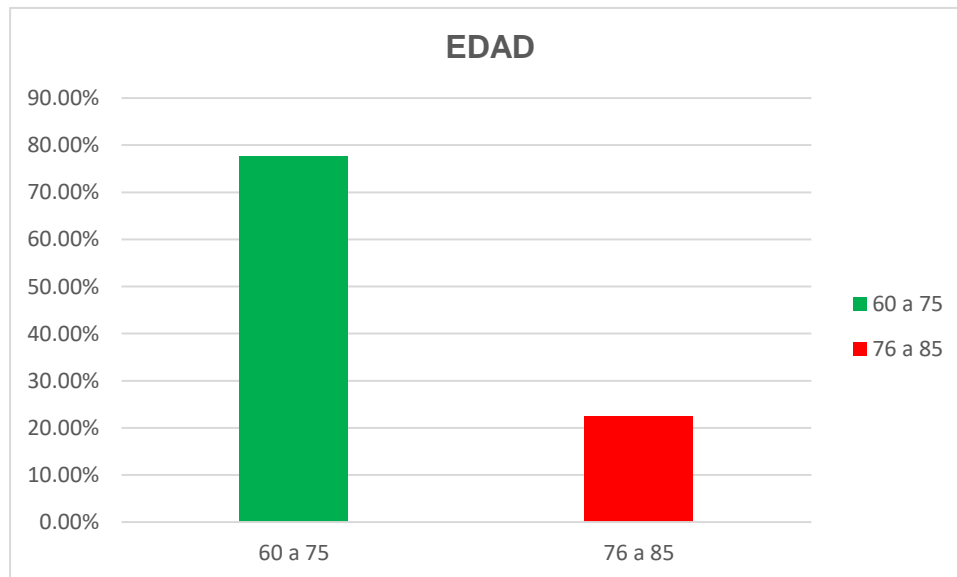


TABLA 4

OCUPACION

Distribución por ocupación del total que participaron en el estudio adscritos en la UMF #66 Progreso del IMSS

Etiquetas de fila	Recuento de OCUPACION
LABORES DEL HOGAR	36.39%
LABORES FUERA DEL DOMICILIO	29.43%
NINGUNA	34.18%
Total general	100.00%

Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

GRAFICA 4

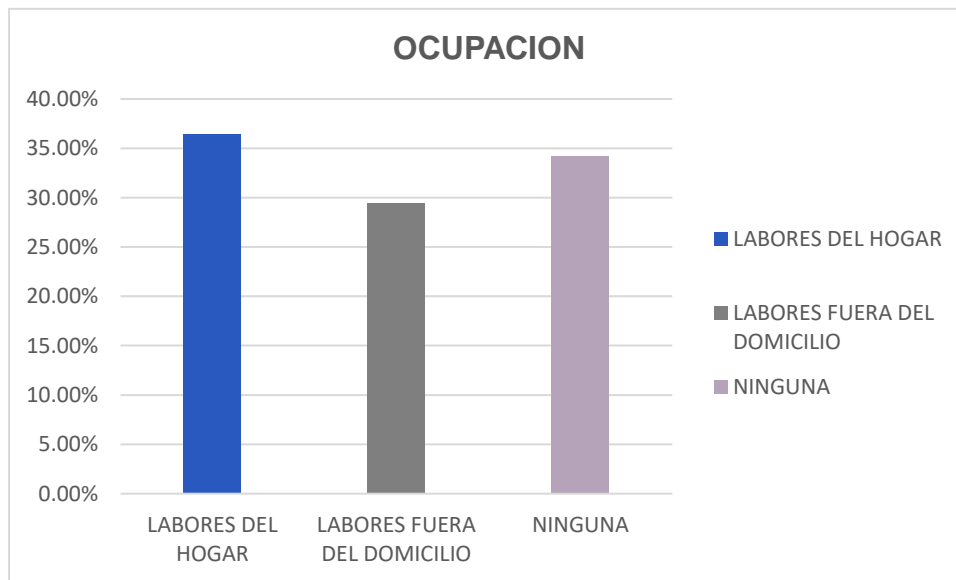


TABLA 5

ESTADO CIVIL

Distribución de estado civil del total que participaron en el estudio adscritos en la UMF #66 Progreso del IMSS

Etiquetas de fila	Recuento de ESTADO CIVIL
CASADA/O	59.18%
DIVORCIADA/O	5.06%
SOLTERA/O	1.90%
UNION LIBRE	18.67%
VIUDO/A	15.19%
Total general	100.00%

Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

GRAFICA 5

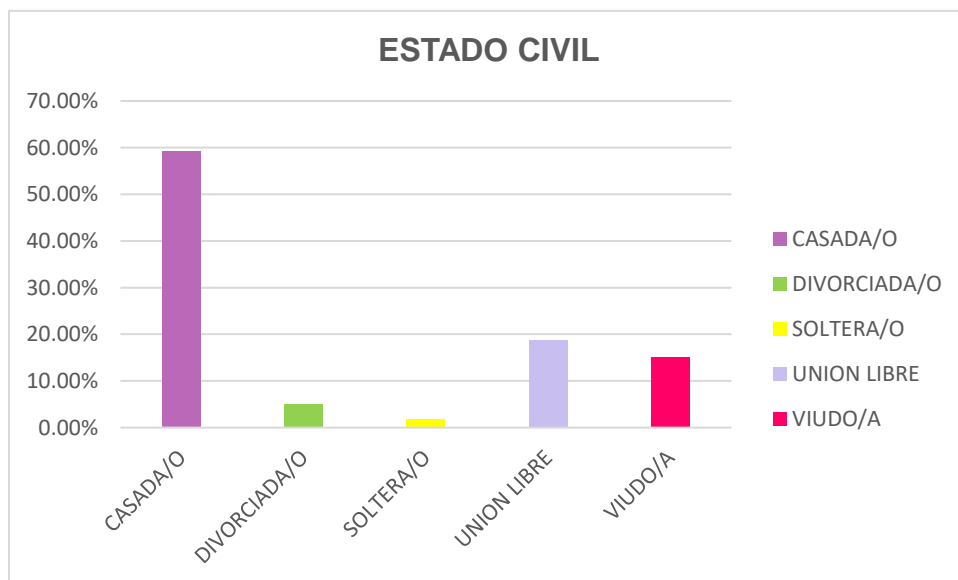


TABLA 6

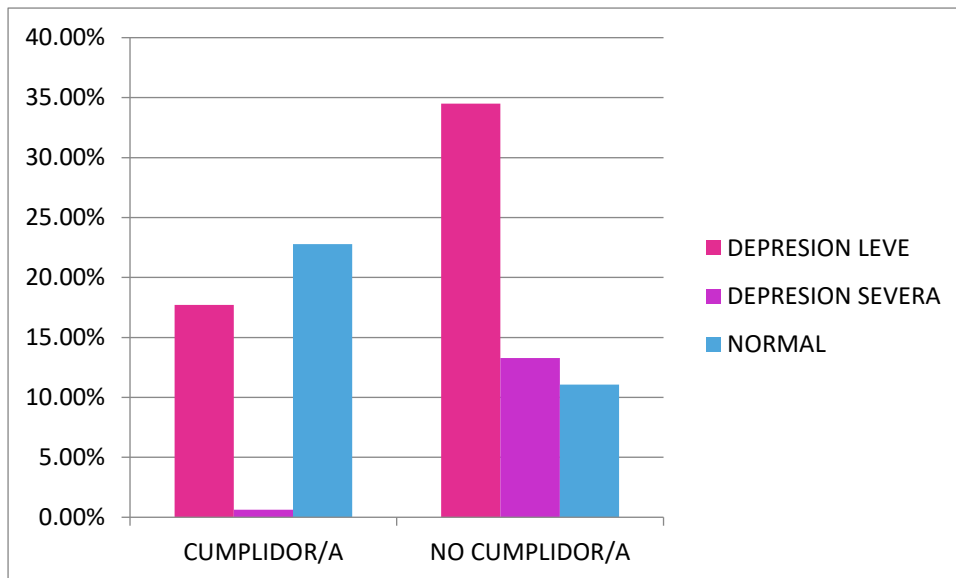
RELACION DEPRESION Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Distribución de la relación entre depresión y adherencia al tratamiento del total que participaron en el estudio adscritos en la UMF #66 Progreso del IMSS

Cuenta de DEPRESION	Etiquetas de columna			Total
Etiquetas de fila	DEPRESION LEVE	DEPRESION SEVERA	NORMAL	general
CUMPLIDOR/A	17.72%	0.63%	22.78%	41.14%
NO CUMPLIDOR/A	34.49%	13.29%	11.08%	58.86%
Total general	52.22%	13.92%	33.86%	100.00%

Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

GRAFICA 6



Fuente: Cuestionario de relación Depresión y Adherencia al tratamiento en adultos mayores de la UMF #66

Nivel de confianza 95.21, con un grado de libertad de 6, y nivel de confianza de .000

DISCUSIÓN

En el presente estudio se valoró la relación entre Depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, se aplicó la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, así como el Test de Morisky-Green para detectar la relación entre Depresión y la Adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes. Se incluyeron 316 pacientes adultos mayores con Diabetes, de 60 a 85 años de edad. En cuanto a la relación de depresión y adherencia al tratamiento la mayor referencia fue 109 con un porcentaje de 52.22% para depresión leve en no cumplidores, seguida de 72 con un porcentaje de 22.78% en pacientes sin depresión con adherencia al tratamiento, 56 con un porcentaje de 17.2% en pacientes con depresión leve y con adherencia al tratamiento, 42 con un porcentaje 13.29% para depresión severa sin adherencia al tratamiento, 35 con un porcentaje de 11.08% en pacientes sin depresión sin adherencia al tratamiento, y por ultimo 2 con un porcentaje 0.63% para pacientes con depresión severa sin adherencia al tratamiento. Podemos observar que los pacientes del sexo femenino con una edad de 60-75 años, con depresión leve no tienen una adecuada adherencia al tratamiento. Correspondiente a estudios previos realizados en los cuales se menciona El deterioro cognitivo se asocia a una peor adherencia al tratamiento. La presencia de depresión se ha asociado con un empeoramiento en el control glucémico, un estudio que incluyo a personas con Diabetes en México encontró una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa. Más aun, otro estudio encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la Diabetes que pacientes sin depresión.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se valoró la relación entre Depresión y la adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, se aplicó la Escala de depresión Geriátrica de Yesavage, así como el Test de Morisky-Green para detectar la relación entre Depresión y la Adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes. Se incluyeron 316 pacientes adultos mayores con Diabetes, de 60 a 85 años de edad, los resultados de este trabajo en el grupo de edad la mayor frecuencia fue de 245 con un porcentaje de 77.53%, en Género la mayor frecuencia fue de 174 con un porcentaje de 55.06% para el sexo femenino, Escolaridad la mayor frecuencia fue 110 con un porcentaje de 34.60% para analfabetas, ocupación la mayor frecuencia fue 115 con un porcentaje de 36.39% en labores dentro del hogar, para estado civil la mayor frecuencia fue 187 con un porcentaje de 59.18% para los casados (as), en cuanto a la relación de depresión y adherencia al tratamiento la mayor referencia fue 109 con un porcentaje de 52.22% para depresión leve en no cumplidores. Obteniendo un nivel de confianza de .000. La Depresión es el trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, se considera un problema de salud pública. El deterioro cognitivo se asocia a una peor adherencia al tratamiento. La presencia de depresión se ha asociado con un empeoramiento en el control glucémico, un estudio que incluyó a personas con Diabetes en México encontró una tasa alta de comorbilidad con depresión (39%), con mayor prevalencia en mujeres, las personas viudas o divorciadas y quienes tenían niveles más altos de glucosa. Más aun, otro estudio encontró que los pacientes con depresión tenían dos veces menos adherencia al tratamiento de la Diabetes que pacientes sin depresión. Sin embargo, algunos autores como Fisher et al. Llama la atención en el sentido de considerar la problemática psicosocial en su conjunto y no solamente enfocar la atención en su tratamiento de la depresión, ignorando los otros problemas. Por lo cual debemos realizar una valoración geriátrica global, detectar los trastornos depresivos en cada uno de los pacientes geriátricos, el conocer la relación entre los pacientes con depresión y su adherencia al tratamiento nos permitirá enfocar estrategias adecuadas para una mejor calidad de vida y evitar las comorbilidades agudas y crónicas de la diabetes así como la tasa de suicidios por depresión. Para lo cual esta investigación fue de gran utilidad para coadyuvar a la detección y enfoque a este grupo etario, y vulnerable, dentro del IMSS y

primordialmente en la UMF # 66 en la cual no se había realizado algún tipo de estudio relacionado a este tema y con el cual podemos observar la problemática para que de ahora en adelante pongamos manos a la obra y poder llegar a un control emocional con estos pacientes y consigo un control metabólico para que a su vez evitemos complicaciones referentes a esta patología.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández EY, Valdez VM, García JR, Contreras TC. Diabetes Mellitus y depresión en el adulto mayor. Revista Hospital Psiquiátrico de la Habana. 2012; vol.9 (3); 1-8.
2. Ledesma DM, Oros EE, Ávila SG, Ruvalcaba PG. Respuestas emocionales de las mujeres que viven con Diabetes Mellitus tipo 2. Rev. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2014; vol.22 (2); 85-92.
3. Formiga F, Rodríguez ML. Paciente anciano con diabetes mellitus y fragilidad ¿Asociación siempre presente? Revista Española de Geriátria y Gerontología. 2014; vol.49 (6); 253-254.
4. Serrano BC, Zamora HK, Navarro RM, Villareal RE. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. Medicina Interna de México. 2012; vol.28 (4); 325-328.
5. Gutiérrez HH, Díaz GE, Pérez CP, Cobos AH, Gutiérrez HV. Et al. Prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 y factores asociados en la población geriátrica en un hospital general del norte de México. Gaceta Médica de México. 2012; vol. 148; 14-18.
6. Rodríguez RJ, Zas TV, Silva JH, Sanchoyerto LR, Cervantes RM. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panorama Cuba y Salud. 2014. vol.9 (1); 35-41.
7. Hernández AM, Gutiérrez P, Reynoso NN. Diabetes Mellitus en México. El estado de la epidemia. Scielo Salud Pública de México. 2013; vol. 55; 1-8

8. Jiménez CA, Aguilar SC, Rojas MR, Hernández AM. Diabetes Mellitus tipo2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. Scielo Salud Pública de México. 2013; vol.55; 1-6.
9. Gómez HR, Díez EJ, Formiga F, Lafita TJ, Rodríguez ML. Et al. Tratamiento de la Diabetes tipo 2 en el paciente anciano. Medicina Clínica. 2013; vol.140 (3); 134-145.
10. Medina CJ, Díaz GE, Troncoso GG, Cedillo RJ, Moncada TE, et al. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de Diabetes Mellitus en el Adulto Mayor. 2013; IMSS-657-13.
11. Sotelo AI, Rojas SJ, Sánchez AC, Irigoyen CA. La depresión en el adulto mayor: una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en Medicina Familiar.2012; vol.14 (1); 5-13
12. Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina MM. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas y planes de acción en México. Scielo Salud Pública de México. 2013; vol. 55; 3-9.
13. Wagner FA, González FC, Sánchez GS, García PC, Gallo JJ. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Scielo Salud Mental. 2012; vol.35;1-12
14. Duran BT, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. Scielo Enfermería Universitaria. 2013; vol.10; 1-7.
15. Ruiz RD, Zegbe AJ, Sánchez MF, Castañeda IM. Depresión en adultos mayores atendidos en instituciones públicas de salud en Zacatecas. Revista de Educación y Desarrollo.2014; 73-78

16. Nava PM. La escala de depresión Geriátrica de Yesavage. 2012. (Disponible en electrónico en: <https://psicologiaensalud.wordpress.com>)
17. Vargas MH. Tipo de familia y ansiedad y depresión. Scielo Revista Médica Herediana 2014; vol.25; 1-4.
18. Cantú CY, Rivera DM, Belio CJ, Pere RF. Guía de práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención. 2011; IMSS-194-10.
19. Bastidas BH. Enfermedades médicas y depresión en el adulto mayor: características comunes y relación etiológica. Scielo Revista de Psicología. 2014; vol.32(2); 1-12
20. Rosales RR, García DR, Quiñones ME. Estilo de vida y autopercepción sobre salud mental en el adulto mayor. Medisan. 2014; vol.18 (1); 1-7.
21. Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; vol.28 (2); 1-7.
22. Brito SG, Iraizoz BA. Valoración psicosocial del adulto mayor desde un enfoque bioético en una población cubana. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2012; vol.28; 1-13.
23. Ramos ML. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascul. 2015; vol.16 (2); 175-189.
24. Villa M. Test de Morisky – Green. 2013. (Disponible en electrónico www.ayudasdinamicas.com)
25. Gil VL, Sil AM, Domínguez SE, Torés AL, Medina CJ. Guía de Práctica clínica. Diagnóstico y tratamiento de la Diabetes Mellitus tipo2. 2013; vol.51 (1); 104-119.

26. Arabia JM, Suarez GR, Trocha JM. El ejercicio en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. 2012; vol.48; 203-212.
27. González SE, Menéndez E, Sagros J. Tratamiento de la diabetes tipo2 en el paciente anciano. Medicina Clínica. 2012; 2-12.
28. Concepto de edad-Definición. (Disponible en electrónico: <http://deconceptos.com>)
29. Concepto de género-Definición (Disponible en electrónico: <http://deconceptos.com>)
30. Definición de escolaridad. (Disponible en electrónico: <http://universojus.com/definicion>)
31. Concepto de Oupacion-definicion (Disponible en electrónico: <http://deconceptos.com>)
32. Concepto de estado civil-definición (disponible en electrónico: <http://deconceptos.com>)
33. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (disponible en electrónico: <http://salud.gob.mx>)
34. Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012. Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
35. Rodríguez AF, Fernández CJ. Aspectos éticos y legales de la investigación en salud pública. (Disponible en electrónico: www.bioética.web.com)

ANEXOS



**INSTITUTO MEXICANO DEL SGURO SOCIAL
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
DELEGACION ESTADO DE MEXICO PONIENTE
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN
SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66**



CUESTIONARIO

RELACION DE DEPRESION Y LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADULTOS MAYORES CON DIABETES.

NOMBRE: _____

EDAD: _____ **SEXO:** _____ **ESCOLARIDAD:**

OCUPACION: _____ **ESTADO CIVIL:** _____

INSTRUCCIONES: Marque con una **X** la opción que usted considere se asemeje más a su situación actual ya sea **SI** o **NO**.

I. ¿Es usted Diabético (a)?

A) SI

B) NO

II.

	SI	NO
1. ¿ESTA SATISFECHO CON SU VIDA?	0	1
2. ¿HA ABANDONADO MUCHAS DE SUS ACTIVIDADES E INTERESES?	1	0
3. ¿CREE QUE SU VIDA ESTA VACIA?	1	0
4. ¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO?	1	0
5. ¿LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO ESTA DE BUEN HUMOR?	0	1
6. ¿TIENE MIEDO DE QUE LA PASE ALGO MALO?	1	0
7. ¿SE SIENTE FELIZ LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO?	0	1
8. ¿A MENUDO SE SIENTE ABANDONADO (A)?	1	0
9. ¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA EN LUGAR DE SALIR Y HACER COSAS?	1	0
10. ¿CREE QUE TIENE MAS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORIA DE LA GENTE?	1	0
11. ¿CREE QUE VIVIR E MARAVILLOSO?	0	1
12. ¿LE ES DIFICIL PONER EN MARCHA PROYECTOS NUEVOS?	1	0
13. ¿ SE ENCUNTRA LLENO DE ENERGIA	0	1
14. ¿CREE QUE SU SITUACION ES DESESPERADA?	1	0
15. ¿CREE QUE LOS OTROS ESTAN MEJOR QUE USTED?	1	0

INTERPRETACION: 0-5 PUNTOS= NORMAL

6-9 PUNTOS= DEPRESION LEVE

10 O MAS PUNTOS= DEPRESION SEVERA

III.

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	SI	NO
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	SI	NO
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	SI	NO
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	SI	NO

Paciente cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas:

No/Sí/No/No



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Relación entre Depresión y adherencia al tratamiento en adultos mayores con Diabetes mellitus tipo 2 en la UMF N. 66 IMSS
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	UMF N. 66 IMSS
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Se realiza esta investigación con fines académicos y para beneficios de la unidad
Procedimientos:	Se realizaran cuestionarios en la unidad a pacientes de 60-85 años de edad con Diabetes Mellitus Tipo2
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Brindar información y asesoría acerca de la Depresión y estrategias para su prevención, así como su influencia en la adherencia al tratamiento
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán expuestos mediante representaciones gráficas, y las de más importancia serán dadas a conocer al personal de salud
Participación o retiro:	Voluntario
Privacidad y confidencialidad:	Los dato recopilados serán conocidos por el investigador principal y los colaboradores

En caso de colección de material biológico (si aplica): No se aplica

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No se aplica

Beneficios al término del estudio: Implementar estrategias para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes Diabeticos con Depresion

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Liseth Monreal Castañeda

Colaboradores: Dra. Elvira Evelyn Robles Rentería, Dr. Mauricio Espinosa Lugo

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

