



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
REYNOSA, TAMAULIPAS**

**FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS ASOCIADOS A DEPRESIÓN
EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES MELLITUS 2 EN LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 18 DE VALLE
HERMOSO, TAMAULIPAS**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. MARINA MARTÍNEZ ORTEGA

REYNOSA, TAMAULIPAS

2012



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:

CAPITULOS	PÁGINAS
I.-ANTECEDENTES	5
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	25
3.-JUSTIFICACION	29
4.-OBJETIVOS	30
5.-MATERIAL Y METODOS	31
6.-DEFINICION DE VARIABLES	32
7.-CRONOGRAMA	34
8.-PRESUPUESTO	35
9.-RECURSOS HUMANOS	36
10.-CONSIDERACIONES ETICAS	37
11.-TECNICAS DE RECOLECCIÓN Y ANALISIS DE LA INFORMACION	38
12.-RESULTADOS	39
13.-DISCUSIONES	59
14.-CONCLUSIONES	61
15.-BIBLIOGRAFIA	63
16.-ANEXOS	67

Título del Proyecto:

Factores sociodemográficos asociados a depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus 2 en la Unidad de Medicina Familiar Numero 18 de Valle Hermoso, Tamaulipas.

Unidades y departamentos donde se realizará el proyecto:

Unidad de Medicina Familiar número 18

Investigador principal:

Dra. Marina Martínez Ortega adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 18 ubicada en Juárez y tercera numero 204 Valle Hermoso Tamaulipas
Teléfono 894- 84-2-5156

Asesor de Tesis:

Dr. Víctor Hugo Vázquez Martínez, adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 ubicada en Avenida Zertuche Numero 1000 Colonia del Valle
Teléfono: 899-9 24-14-96

TITULO

Factores sociodemográficos asociados a depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus 2 en la Unidad de Medicina Familiar Número 18 de Valle Hermoso, Tamaulipas.

ANTECEDENTES

La depresión fue descrita por Hipócrates desde el siglo IV a.C. como melancolía, es un trastorno afectivo que provoca pérdida de vitalidad general, interés y energía que hace sufrir tanto al enfermo como a su familia¹. Los patrones definitorios de depresión consisten en una variedad de signos que suelen agruparse en cuatro tipos: síntomas afectivos (humor bajo, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja auto-estima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, reducción de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de «energía», así como otras molestias). En consecuencia, la depresión vendría dada por diferentes manifestaciones, de modo que una persona podría estar deprimida diferentemente de otra, según la preponderancia de uno u otro patrón. En todo caso, serán los modelos clínicos los que, en definitiva, van a ponderar la sospecha de acuerdo con su lógica.

En la actualidad se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población de diversos países, con prevalencia de 5.8 a 10% como sucede en México.^{1,2} La depresión existe desde la antigüedad, puesto que pueden encontrarse descripciones sobre ella en textos muy antiguos. Esta constituye uno de los trastornos psiquiátricos más comunes que afectan a la población en todo el mundo.

En el servicio de Medicina Familiar ocupa el 40% de las consultas. La depresión es uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en

adultos mayores y, de acuerdo al enfoque sistémico para el estudio de la familia, la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia pudiera asociarse con un inadecuado funcionamiento familiar que se ha prolongado³. La prevalencia de depresión en hombres es 79/185 (42,7%) y en mujeres 108/208 (51,9%); la prevalencia global, considerando ambos géneros, es 187/393 (47,6%). Entre los adultos mayores en los que no se hizo diagnóstico de depresión por la encuesta de Yesavage, 65,4% vivían en familias funcionales: 27,2% vivían en familias ligeramente disfuncionales: 3% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 4,4% en familias altamente disfuncionales. De los adultos mayores con depresión diagnosticada con la encuesta de Yesavage, 9,3% vivían en familias funcionales: 12,3% vivían en familias ligeramente disfuncionales: 22,7% vivían en familias moderadamente disfuncionales y 55,7% vivían en familias altamente disfuncionales.⁴

La enfermedad es percibida por los cuidadores como una limitación profunda en la calidad de vida del paciente deprimido se hacen extensivos a los cuidadores quienes también corren el riesgo de deprimirse. Las responsabilidades propias del cuidado también generan en los cuidadores sentimientos de culpa lo cual los expone a un mayor grado de sufrimiento. Los familiares reconocen las formas de inicio de la enfermedad, sus atributos, las formas de tratamiento, y el estigma social asociado a la enfermedad mental y su rol fundamental de apoyo y cuidado en la recuperación.⁵

La depresión puede deberse a un sinnúmero de razones esto puede incluir la muerte de algún pariente cercano, una enfermedad, pérdida del empleo, alcoholismo o aislamiento de las familias o de los amigos.

Las mujeres han mostrado tener una mayor vulnerabilidad cuando ha perdido a su madre siendo aun niñas ,o cuando tienen 3 o mas niños a su cuidado cuando no tienen una relación sentimental estable , o cuando están desempleadas.⁶

La causa clínica de la depresión se cree que tiene que ver con un desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el cerebro. Mucha o poca concentración de estas sustancias entre ellos la noradrenalina y la serotonina, pueden desencadenar la depresión. Causas primarias bioquímicas cerebrales: Es la teoría mas popular y postula que un déficit relativo o absoluto en la concentraciones de noradrenalina, serotonina y dopamina es la causa de la depresión ,mientras que excesos de ellos producen manía. Recientemente se ha sugerido que una disminución de serotonina es el causante de la depresión, inclusive, puede haber una predisposición genética a la disminución de las células que usan ese neurotransmisor adicionalmente se han relacionado con depresión el GABA y la acetilcolina.

Neuroendocrinos: Algunos síntomas del síndrome clínico como trastorno del humor, disminución de la libido trastornos del sueño, del apetito y de la actividad autonómica, sugieren disfunción del hipotálamo.

Cerca de la mitad de los pacientes muestran aumento del cortisol. Además existe una relación con la función tiroidea, ya que muchos pacientes con disminución de T3 poseen depresión, sin embargo muchos pacientes con

depresión no tienen ninguna alteración en la función tiroidea. Otro hallazgo es que en pacientes deprimidos existe una disminución en la liberación de hormona del crecimiento (GH) durante las horas de sueño, que permanece hasta un año luego de la desaparición de los síntomas de depresión.

Neurofisiológicos: Un hallazgo importante y común en los pacientes deprimidos a los que les realiza Electroencefalograma (EEG) es la disminución de los movimientos oculares rápidos (MOR O REM).

Genético y familiares: Estudio en familiares ha revelado relación entre la depresión y la herencia. El trastorno depresivo mayor es de 1,5-3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que lo sufren, que en la población general. Factores Psicológicos: Algunos autores sugieren que la depresión principalmente las de menor intensidad, la presencia de factores psicógenos tienen gran importancia. Se cree que el problema de la depresión es producto de un pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de si mismo del mundo y del futuro, el estado depresivo será secundario a estos fenómenos cognoscitivos.⁶

Secundarios: Drogas mas de 200 medicamentos se han relacionado con la aparición de depresión la gran mayoría de ellos de forma ocasional y unos pocos con mayor frecuencia entre ellos AINES (indometacina, fenocetina fenilbutazona).antibióticos(cicloserina,griseofulvina,sulfas,isoniazida).⁷hipotensores (clonidina ,metildopa ,propranolol ,reserpina ,bloqueadores de canales de calcio antipsicóticos ,drogas cardiacas (digitalicos,procainamida)

,corticoesteroides y ACTH disulfiran ,L-Dopa metisergida y contraceptivos orales.

Enfermedades orgánicas Cualquier enfermedad especialmente las graves puede causar depresión como reacción psicológica pero algunas enfermedades se relacionan con mayor frecuencia Alzheimer , Parkinson ,Huntington , epilepsias, esclerosis múltiple , hipotiroidismo , trastornos del calcio ,feocromocitoma ,porfirina, cáncer de páncreas infarto al miocardio. Enfermedades infecciosas hepatitis, influenza y brucelosis Enfermedades psiquiátricas: La esquizofrenia y el trastorno esquizofrénico pueden producir cuadros depresivos.

Etapas avanzadas de los trastornos de pánico pueden cursar con depresión .El alcoholismo y la farmacodependencia puede también producir depresión secundaria.⁷

Los estudios del impacto en la población, han sido controvertidos. Se han propuesto desde explicaciones centradas exclusivamente en las características de las contingencias de estímulos ambientales hasta otras focalizadas en la genética⁸

La evidencia a favor de diferentes perspectivas ha tornado confuso el panorama respecto del origen y causa de la depresión. Esto ha favorecido la emergencia de grupos de investigación interesados por develar la participación de "factores" que, en su interacción, aumentan las posibilidades de aparición de la enfermedad.

El debate respecto a la etiología del trastorno depresivo ha generado un creciente interés en los investigadores y clínicos preocupados de los trastornos: En una revisión reciente sostiene que "los criterios que

empleamos actualmente para diagnosticar el trastorno depresivo mayor, tales como los del DSM-IV, representan un consenso acerca de los signos y síntomas más importantes de la enfermedad depresiva y en cierta medida son arbitrarios. Los individuos afectados muestran una amplia variación en los signos y síntomas que presentan.⁷⁻⁸

La visión actual de la etiología de la depresión se resume virtualmente como un prototipo de interacción gene – entorno, un prototipo de modelo de interacción de enfermedades complejas tales como cáncer, hipertensión, y diabetes con un gran enfoque en los tres principales sistemas monoamina-serotonina (5 –hidroxi-triptamina, 5 HT), norepinefrina (NE), y dopamina (DA). Las nuevas y emergentes herramientas de neuro-biología molecular y la imagenología del cerebro funcional nos han brindado un soporte adicional sobre la participación de estos tres sistemas. Contamos actualmente con una considerable evidencia que soporta un papel predominante de los circuitos DA del sistema nervioso central (CNS) circuitos de DA. Muchos investigadores sugieren que las respuestas terapéuticas sub-optimas actualmente bien documentadas a los SSRIs y los inhibidores de reabsorción selectiva de serotonina-norepinefrina (SNRIs) puede ser debida, en parte, a su relativa falta de efecto sobre los circuitos DA del cerebro. En cuanto se refiere a los sistemas 5HT del CNS, se ha recopilado inclusive una mayor información la cual soporta un rol fundamental de su participación en la depresión. Además de la muy impresionante evidencia de la reducción de la actividad de las neuronas de serotonergicas en la depresión tal como se ha evaluado post-mortem, en liquido cefalo raquídeo, (CSF) y en estudios neuroendocrinos, existen novedosos datos obtenidos a partir de exámenes

post-mortem y de tomografías de emisión de positrones (PET), y estudios de imagenología que demuestran una reducción en el número de sitios de fijación de transporte de serotonina (SERT) (El sitio de acción de los SSRIs) en el cerebro medio y en la amígdala de pacientes deprimidos libres de medicamento, al igual que una reducción en ambas pre sinápticas (en el cerebro medio) y pos-sináptica (en la corteza mesio-temporal) en la densidad del receptor 5HT 1^a . Tomados en conjunto, estos datos sugieren una reducción neta en el número y/o funciones de las terminales nerviosas presinápticas 5HT y una reducción en la transducción de la señal post-sináptica serotoninérgica, por lo menos en uno de los subtipos receptores 5HT. Estudios anteriores demostraron un aumento en la densidad del receptor 5HT2, quizás debido a una relativa disminución en la disponibilidad de 5HT. ⁹

Vale la pena anotar dos nuevas e importantes observaciones sobre los circuitos 5HT en la depresión. El primero es la observación ahora bien replicada de que los pacientes deprimidos en remisión después de un tratamiento con SSRIs, cuando se encuentran con un reto por medio de una maniobra experimental que reduce la disponibilidad de 5 HT en el CNS, ejemplo, por el agotamiento del triptófano, exhiben un rápido y profundo retorno de los síntomas depresivos, en cuestión, en algunos casos, de unas cuantas horas. Este hallazgo sugiere que en individuos vulnerables, la reducción de la disponibilidad de 5HT está asociada con una rápida presentación de la depresión.

La segunda, y discutiblemente, una de las observaciones más notables en toda la investigación biomédica en la última década es la observación de que

los individuos que el alelo s de la región promotora del gene SERT(SLC 6A4) son generalmente vulnerables a los efectos depresogénicos ahora bien documentados del estrés de los primeros años de vida, ejemplo, el abuso o el rechazo infantil, y aun más, que este efecto es “dependiente de la dosis”, en términos del alelo s (una o dos copias) y en términos de la frecuencia y severidad del abuso. Por lo tanto, los más vulnerables a la depresión son aquellos individuos con el genotipo s / s y los menos vulnerables son aquellos que presentan el genotipo I/I, aquellos individuos que presentan el s /I presentan un riesgo intermedio. Este hallazgo es aun más extraordinario puesto que este polimorfismo ha demostrado su funcionalidad: Los individuos s-s y los s-I exhiben una reducción en los sitios de fijación SERT en los estudios de imagenología PET comparados con los individuos I-I. Que aquellos individuos con el genoma I-I son inmunes a los efectos depresogénicos de los traumas de los primeros años de vida, representando un haplo tipo resistente a la enfermedad. Esta observación inicial realizada por Caspi et al ahora ha sido replicada por la gran mayoría, sino todos los estudios subsiguientes, y estos datos han sido recientemente revisados. Otro alelo, el polimorfismo de Goldman, el cual es funcionalmente similar al alelo s, ha sido descubierto recientemente y puede ser el responsable de algunas de las variaciones realizadas hasta la fecha. De los principales sistemas de catecolaminas, las NE que contienen circuitos han sido consideradas desde hace tiempo por estar involucradas patológicamente en la etiología de los desordenes del estado de ánimo. Similarmente a los medicamentos que aumentan la disponibilidad de 5HT, los inhibidores de la reabsorción de NE tales como reboxetina y nortriptilene son antidepresivos

efectivos. Aun más, los estudios neuroquímicos y neuroendocrinos en pacientes deprimidos en hallazgos postmortem soportan un rol para la disfunción de NE en la depresión. Las alteraciones en los circuitos noradrenérgicos pueden jugar un importante rol en pacientes con depresión resistente al tratamiento. Ya sea que los antidepresivos que se consideran que actúan sobre las neuronas 5HT y NE sean más efectivos que aquellos que sólo actúan sobre las neuronas 5HT o sobre las neuronas siguen siendo un área de controversia, pero recientes meta análisis sugieren que si existe alguna ventaja, esta es bastante pequeña.⁹

En la última década, y parcialmente debido a las tasas tan frustrantemente bajas de remisión en los estudios clínicos a gran escala con los SSRIs y los SNRIs como se ha anotado anteriormente, se ha postulado un rol potencial para uno u otro circuito DA del CNS en depresión. Este advenimiento de una hipótesis de DA en depresión, no es sorprendente en vista de que la inhabilidad para experimentar placer y hedonismo, es considerado por muchos, como el más importante de los síntomas patonómicos de la depresión y el placer, ya sea asociado con comer, socialización, o comportamiento sexual ha sido bien documentado como primordialmente mediado por las neuronas DA. En resumen, los estudios de imagenología PET y en tejidos post-mortem realizados, demuestran una reducción en los sitios de fijación del transportador DA y una mayor densidad post-sináptico DA, D-2, D-3 lo cual indica una reducción de la disponibilidad sináptica de DA en depresión. Aquellas conclusiones sugieren que los tratamientos que aumentan la neurotransmisión de DA tal como los inhibidores de la monoamina oxidasa (MAOIs), agonistas receptores de DA, o triple (5HT), NE y

DA) inhibidores de reabsorción (actualmente en desarrollo), pueden representar un novedoso abordaje para quienes no responden a los SSRI.¹⁰

La diversidad de las manifestaciones clínicas sugiere que no existe una etiología asociada con una localización cerebral única, con un tipo de lesión o con un sistema neuroquímico único". En este sentido, el trastorno depresivo podría representar una manifestación superficial (con ciertos aspectos comunes) de trastornos de orígenes diferentes.¹⁰ Si se considera que las múltiples formas de tratamiento dependen de las consideraciones etiológicas y de las definiciones diagnósticas tradicionales.

Esta es una alteración del estado de ánimo cuya severidad y duración es variable, con frecuencia recurrente y que se acompaña de una serie de síntomas físicos y mentales que involucran al pensamiento, la motivación y el juicio. Los criterios para depresión de la Asociación Psiquiátrica Americana, contenidos en el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico, cuarta versión) han sido descritos.¹¹

El comportamiento del síndrome depresivo depende y está influido por el tipo de diagnóstico, la persistencia y la severidad de los síntomas, la sensibilidad y la percepción de conflictos y síntomas, así como características sociodemográficas, factores de personalidad, ganancia secundaria en el rol de enfermo y las formas de enfrentamiento ante los problemas.

Los criterios para un episodio depresivo mayor son: Al menos cinco de los siguientes síntomas, que han estado presentes durante un período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo, y al menos

uno de estos síntomas estará presente: (1) ánimo deprimido o (2) a anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnias casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

Se considera que la depresión es una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud considera que para el año 2020 será la segunda causa de enfermedad más importante.¹²

Algunos eventos vitales ya han sido descritos como desencadenantes de síndromes depresivos. La mayor cantidad de estos predicen una menor respuesta al tratamiento y la posibilidad de un pobre cumplimiento de este, por lo cual el conocimiento de ellos cobra gran importancia en la atención a este tipo de enfermo.¹³

La presencia de ésta es más frecuente en grupos de edad avanzada, especialmente en el género femenino; a menudo es precedida clínicamente por algunas enfermedades físicas con una amplia gama de manifestaciones que oscilan desde las formas leves y moderadas hasta cuadros de gran intensidad que incluyen síntomas delirantes y conducta suicida. Su presentación atípica produce que pase desapercibida y por lo tanto no sea diagnosticada por el médico, produciendo un bajo diagnóstico en las personas afectadas.¹⁴

El subdiagnóstico de depresión se debe en parte a que las personas mayores tienden a no consultar espontáneamente por síntomas depresivos, o estos son erróneamente atribuidos a algo propio del envejecimiento.¹⁴⁻¹⁵

La prevalencia en la comunidad de depresión entre mayores de 65 años se ubica entre el 2 y 3 % en Estados Unidos, en tanto la prevalencia de los últimos 6 meses en Santiago de Chile alcanza al 5,6%.

La depresión que se vincula con trastornos reactivos por lo general no requiere farmacoterapia y puede tratarse con psicoterapia y con el paso del tiempo. Si embargo en los casos graves particularmente cuando los signos vegetativos son significativos y los síntomas han persistidos por más de unas cuantas semanas, a menudo la terapéutica con fármacos antidepresivos es eficaz. La terapéutica medicamentosa también se sugiere

por una historia familiar de depresión mayor en pacientes de primer grado o una historia de episodios previos .La planificación del tratamiento requiere coordinar la remisión de los síntomas a corto plazo con las estrategias de continuación y de mantenimiento a largo plazo diseñadas para prevenir las decaídas y las recaídas .¹⁶La intervención más eficaz para lograr la remisión y prevenir las recaídas es la medicación pero el tratamiento combinado que incorpora la psicoterapia para ayudar al paciente a afrontar su pérdida de autoestima y su desmoralización mejora significativamente los resultados. Se ha encontrado que el 40% de los pacientes de atención primaria con depresión abandonan el tratamiento e interrumpen la medicación cuando no aprecian mejoría sintomática en el plazo de un mes salvo que reciban apoyo adicional .

1.- Mayor intensidad y frecuencia de las visitas durante las primeras cuatro o seis semanas de tratamiento .2.-Adición de material educativo.3.- Consulta psiquiatría procede. El tratamiento de la depresión pretende disminuir la morbi-mortalidad debido a este trastorno :suicidio o intento de suicidio ,accidentes debido a las pérdidas de atención fracaso en los estudios ,perdidas de trabajo y los costos derivados de los problemas familiares ,ausentismo laboral o disminución en la productividad y gastos sanitarios. Diversos estudios concluyen que los episodios de depresión duran de 6 -24 meses y solo se alarga más de dos años en cinco -10% de los casos .Sin embargo ,el tratamiento permite acelerar la recuperación y evitar recaídas y recurrencias evitando que se convierta en un problema crónico.¹⁷

Los tratamientos psicológicos considerados aquí se reparten en tres grandes capítulos: terapia de conducta, terapia cognitiva o terapia cognitivo-conductual y psicoterapia interpersonal, sin dejar de aludir a «otras terapias psicológicas». La Terapia de Conducta ofrece un planteamiento completo de la depresión, como de cualquier otro trastorno psicológico. En este sentido, dispone tanto de una teoría psicopatológica, como de la evaluación psicodiagnóstica y del procedimiento terapéutico correspondiente. Dentro de la Terapia de Conducta se pueden reconocer seis procedimientos terapéuticos, todos dentro de una misma prosodia conductual pero con distinto acento. Sobre una concepción de la depresión en términos de disminución de conducta reforzada positivamente y/o inadecuación de habilidades sociales, se han desarrollado tres formas de tratamiento: 1) Programa de Actividades Agradables, 2) Entrenamiento en Habilidades Sociales, y 3) Curso para el Afrontamiento de la Depresión. Los otros tres procedimientos son los siguientes, 4) Terapia de Autocontrol 5) Terapia de Solución de Problemas y 6) Terapia Conductual de Pareja.¹⁷

El individuo con diabetes mellitus puede desarrollar prácticamente cualquier tipo de trastorno psiquiátrico. Se ha observado que en los pacientes geriátricos tiene una prevalencia más alta, debido a que en este grupo son frecuentes las enfermedades crónico degenerativas.¹⁷⁻¹⁸

La depresión y la diabetes Mellitus son dos enfermedades que pueden coexistir. Este trastorno psiquiátrico tiene una alta prevalencia en la población diabética, además por ser la diabetes una enfermedad con alta incidencia se torna aun más frecuente el trastorno psicológico.¹⁹

La diabetes Mellitus es un problema de salud pública, a nivel global, que ocasiona daño no solo a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. Existen reportes en los cuales se ha estimado que un 8 a 20% de los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 tienen depresión mayor o síntomas depresivos.²⁰ La prevalencia mundial de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus es de 7 a 20%. Se ha encontrado en Australia una prevalencia de depresión en población mayor de 65 años con Diabetes Mellitus de 23.6%, en comparación de no diabéticos en quienes la prevalencia es de 17%; estudios en nuestro país reportan una prevalencia estimada de 20 a 60 %, como lo demuestra un estudio realizado en Guadalajara en donde la prevalencia es de hasta 60%.²¹

La depresión afecta negativamente el curso de la Diabetes Mellitus además de asociarse a un incremento en el riesgo de complicaciones.²³

Se ha documentado que la depresión ejerce un efecto negativo, alterando la producción de insulina a través de cambios en el sistema inmunológico, neuronal. Otro efecto indirecto observado en pacientes diabéticos indican un pobre control metabólico. Además de lo dicho anteriormente, también se sabe que los pacientes diabéticos con depresión tienen un riesgo elevado de complicaciones micro vasculares y macro vasculares, con el riesgo de desarrollar cardiopatía isquémica y otras patologías de la circulación.²⁴ Se ha documentado un mayor riesgo de muerte por enfermedad coronaria en personas con diabetes que padecen depresión.²⁵

Los pacientes que tienen depresión tienen poca motivación para mantener conductas adecuadas o mejorar el estilo de vida que podría mejorar o retrasar los efectos de la Diabetes Mellitus.

Los gastos generados como consecuencia de la diabetes tienen una alta repercusión en los sistemas de salud, aunado a esto se considera que un paciente con diabetes y depresión incrementa los costos de atención de salud ya que la depresión genera altos costos, requiere atención por largos periodos de tiempo y produce recidivas.²⁶

De tal forma que identificar y tratar la depresión pacientes con diabetes mellitus es altamente recomendado. Se han identificado una serie de factores sociodemográficos que implican que los pacientes diabéticos tengan una mayor probabilidad de desarrollar depresión.²⁷ Los factores más frecuentemente observados son los siguientes: las mujeres tienen un mayor porcentaje de depresión comparados con los hombres, un estudio evidencio que hasta un 71% de las mujeres con diabetes tienen depresión comparado con un 36% de los hombres.²⁸ La raza blanca es otra de las variables que se ha observado incrementa la posibilidad de tener depresión cuando se es diabético. Los ingresos económicos bajos, el grado de escolaridad baja, los individuos casados con diabetes tienen un alto porcentaje de depresión.²⁸ El sedentarismo, el estar en sobrepeso u obeso, el ser fumador o haber sido, el tener alguna enfermedad como cáncer, hipertensión, enfermedad cardiaca aumentan la prevalencia y riesgo de desarrollar depresión.²⁹

La evaluación o el establecimiento de cuestionarios en busca de depresión debería ser un patrón rutinario en la consulta medica.³⁰ Esto permitiría hacer detección oportuna y por lo tanto evitar las complicaciones de la depresión al diagnosticarla rápidamente. Existen diversos instrumentos en la actualidad para evaluar los estados depresivos en atención primaria entre ellos se encuentra la escala de depresión geriátrica de Yesavage. La mayoría de las

escalas y recomendaciones de entrevista para el estudio de la depresión, no deberían ser aplicadas en los ancianos porque no están adaptadas para ellos, lo que puede favorecer que se detecten un excesivo número de falsos positivos.³¹ La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage es un instrumento ampliamente utilizado para tamizaje de depresión, ha sido traducida y validada en diversos idiomas incluyendo el español. La versión original fue desarrollada por Brink y Yesavage en 1982 y consta de 30 preguntas de formato Si-No. En 1986, Sheikh y Yesavage desarrollaron la versión abreviada de 15 preguntas, la cual conserva la efectividad de la escala original, mejorando la facilidad de la administración. Un puntaje de 5 o más respuestas positivas sugiere depresión, con una sensibilidad y especificidad de entre 80-95% dependiendo de la población estudiada. Aunque ambas versiones de la Escala de Depresión Geriátrica son instrumentos muy efectivos, aún la versión de 15 preguntas resulta demasiado extensa para su uso rutinario en atención ambulatoria. Basado en esta necesidad, es que en 1999 T. Hoyl, C. Alessi, L. Rubenstein et al desarrollaron la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica, la cual en población norteamericana resultó ser tan efectiva como la versión de 15 preguntas, con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85% para el diagnóstico de depresión. Se requieren estudios encaminados a identificar la depresión en pacientes diabéticos, con instrumentos como la escala de depresión geriátrica y poder establecer la distribución de la enfermedad.³² La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos

pico-afectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos . Lustman refiere que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que sólo 37 % son detectados, quedando confusa la asociación con variables sociodemográficas y clínico metabólicas, principalmente hemoglobina glucosilada (HbA1c) e indicadores de control, además de patrones que guíen a etapas de evolución donde se presenta más frecuentemente la depresión, ya sea para prevenirla, o para disminuir o retrasar complicaciones. La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial. La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento y control, es que frecuentemente pasa inadvertida. La prevalencia de depresión para población general, varía de 5 a 10 %, con una incidencia de casos nuevos de 13% (13). Sin embargo, esta prevalencia entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general, oscilando del 30 % al 65 %. Se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como

el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras . Las personas con DM2 deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares. En este sentido, se ha relacionado el control de la depresión con reducción de HbA1c de 0.8-1.2 %, además se ha documentado un mayor riesgo de muerte por enfermedad coronaria en personas con diabetes que padecen depresión. Por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México. En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas. Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación, por las que suele atravesar el paciente; sin embargo, en estas etapas, existen grandes agujeros negros en los que permanece por muchos años la persona o de los que nunca avanza para llegar a la aceptación, en la que hay más probabilidades de lograr autocontrol . La tarea difícil del control metabólico condiciona aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales, lo cual implica que lograr cifras glucémicas próximas a la normalidad, requiere de la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse

motivado. Al respecto, algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2.³²

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión es un problema muy común en la población general; sin embargo aun a pesar de esto encuentra infradiagnosticada, especialmente en adultos mayores, en quienes su presentación atípica, hace muchas veces difícil el diagnóstico.

Se sabe que la frecuencia de depresión es muy alta, y resulta además muy incapacitante para el que la padece. En el adulto mayor es común que la depresión se asocie a otras enfermedades entre estas las crónicas degenerativas, especialmente la diabetes mellitus tipo 2. En conjunto estas enfermedades generan una gran incapacidad y utilización de recursos hacia su tratamiento. A pesar de los esfuerzos que se han realizado para mantener al paciente diabético controlado metabólicamente, los esfuerzos preventivos, de gestión de salud y auto cuidado no han dado los resultados que se han presentado, probablemente por la condición psicológica que impera en estos individuos.

Lo anterior no permite un buen control, baja autoestima, poco deseo de querer participar en las medidas preventivas complicando el trabajo del equipo de salud y del paciente en la mejoría de su condición.

La trascendencia de estos esfuerzos se verán reflejados en los consultorios de medicina familiar, en la prevención, educación y en la mejoría del paciente en su conjunto. En el artículo "El impacto de la enfermedad en la Familia", publicado en la revista de la facultad de medicina UNAM Vol.47 No.6 2004, del autor Miguel Ángel Fernández Ortega. Se hace mención a como la aparición de una enfermedad crónica podría considerarse como una crisis, dada la desorganización que se produce y que impacta en cada

uno de sus miembros. Los cambios que se producen en la Familia en relación con la enfermedad no siguen un patrón específico, más bien están dados por las propias características familiares, tales como su etapa del ciclo evolutivo, el momento de la vida del paciente, el nivel socioeconómico, la función que cubre la enfermedad para ese grupo en específico, la historia familiar, entre otros aspectos. Durante el proceso de enfermedad la Familia sufre al igual que el paciente y se pueden generar cambios catastróficos dentro del seno familiar. La eclosión de la enfermedad en la Familia genera una serie de desajustes en la manera de convivir y funcionar por parte de sus miembros, lo que conlleva a un procesamiento de la información relacionada con la enfermedad a la cual se le agregan valores, costumbres y definiciones tanto del significado de la enfermedad en sí misma, como de las necesidades que tiene la Familia para enfrentarla.

Dentro de las respuestas a la enfermedad, se pueden observar las de orden afectivo que incluyen aspectos como negación, ira, tristeza o depresión; la negociación de roles, flexibilización de límites. También se observan los ajustes de tipo económico, en los cuales resulta indispensable considerar la pérdida de capacidad económica de la familia por concepto de consultas, medicamentos y hospitalización, además de la disminución del ingreso económico por la incapacidad del enfermo para trabajar. No solo la Familia puede afectar de manera positiva o negativa la evolución de la enfermedad, es ésta quien de forma directa afecta cada una de las esferas: afectiva, física, económica y social de la Familia. En el artículo: Disfunción Familiar y control del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2, publicado en la Revista Médica del IMSS 2004 del autor Dulce María Méndez López se buscó

identificar la asociación entre Disfunción Familiar y grado de control en el paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Mas el grado de conocimientos sobre la enfermedad, estos se investigaron en relación con la alimentación recomendada, sintomatología, medidas de control necesarias en esta enfermedad, incluido el ejercicio físico y complicaciones.

Cada individuo tiene creencias, experiencias previas, situaciones individuales y familiares que determinan su disposición para seguir las recomendaciones del médico o modificar su estilo de vida.

En el artículo titulado “Comunicación y perspectivas de audiencia: una investigación cualitativa para la Diabetes.” Se hace referencia a la dieta y la connotación restrictiva que se le da por los pacientes y la Familia, además aísla a quien se prescribe y es difícil seguirla porque atenta contra el gusto y la costumbre. Importa más la cantidad y el gusto que la calidad de la comida, come para llenarse. Por lo común la gente próxima al diabético no se solidariza con él. Existe dificultad para adherirse al tratamiento, en especial si es de tipo no farmacológico. El paciente prefiere el control externo: medicamento, que el autocontrol: dieta y ejercicio.

El personal médico le atribuye más importancia a la falta de solidaridad familiar y, en general, a un contexto que no apoya al enfermo, a esto contribuye el médico cuando exige cambios radicales que atentan contra la costumbre y el gusto, contra patrones culturales y contextos de relación social importantes para el paciente.

En el estudio: “La Familia influencia el patrón de consulta médica de sus integrantes”. Evidencia Actual practica ambul. 2005. Se examina el

grado de influencia de la familia en el uso individual del sistema de atención primaria.

Los miembros de una misma Familia presentan patrones de morbilidad similares a lo largo del tiempo. Estos patrones replicativos se relacionan con el tipo de enfermedad, por ejemplo, las esposas de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 tienen el doble de riesgo de padecer la enfermedad de sus esposos que aquellas sin relación con la Diabetes. Además la familia va adquiriendo actitudes, pensamientos, gustos, hábitos parecidos a lo largo de la convivencia y comparte circunstancias físicas, económicas y sociales en la vida diaria que pueden llevar al mejoramiento o empeoramiento de la salud de sus miembros.

La Diabetes Mellitus requiere de un manejo cotidiano independiente de los médicos, es necesario que todo paciente portador de esta patología perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad, y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Debido a todo lo anterior planteado y observando que no se ha realizado un tipo de estudio en el área de influencia de la Unidad de Medicina Familiar de Valle Hermoso donde laboro se formula la siguiente pregunta de investigación como eje orientado de este trabajo de tesis.

¿Cuál es la frecuencia de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2?

JUSTIFICACION

Se ha documentado que la depresión en el paciente diabético adulto mayor, influye sobre el pobre control metabólico esto por la falta de apego en el tratamiento y conductas inadecuadas de auto cuidado recomendadas en estos, por lo que es prioritario determinar en nuestro medio cual es la prevalencia de dicho padecimiento pues este se desconoce.

Es importante la realización de este estudio, ya que permite conocer la prevalencia de depresión en este grupo etario con diabetes. Existen en México millones de diabéticos, esto genera altos costos para el sector salud, las familias de los pacientes por ausentismo laboral y disfunción familiar que esto produce. La detección oportuna y el tratamiento son imprescindibles para que a largo plazo estos pacientes tengan un control metabólico adecuado y por tanto disminuyan los costos que genera la presencia de complicaciones y el mal control metabólico que son motivos frecuentes por los que se solicitan los servicios de salud.

Los resultados obtenidos en esta investigación además de ser utilizados para el beneficio de la institución de salud donde se llevaron a cabo, son también de utilidad para el personal de salud, para que cuenten con mayor información acerca de la importancia de este trastorno y permitan un diagnóstico oportuno.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad Médica Familiar Número 18 de ciudad Valle Hermoso, Tamaulipas en el periodo comprendido del mes de Marzo 2010 a Marzo del 2011

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Determinar el perfil epidemiológico de adultos mayores diabéticos con depresión.

Mencionar comorbilidades de los participantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, tipo encuesta o prevalencia, en una muestra de 100 pacientes derechohabientes del IMSS, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 18 de la Ciudad de Valle Hermoso con diagnóstico de diabetes tipo 2,

El periodo de estudio comprendió de Marzo de 2010 a Marzo de 2011

Criterios de inclusión

1. Adultos mayores de 65 años de edad de ambos sexos
2. Que padezcan Diabetes Mellitus tipo 2
3. Que acudan a solicitar consulta
4. Que voluntariamente deseen participar

Criterios de exclusión

- 1.-Adultos mayores de 60 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento antidepresivo actual.

DEFINICION DE VARIABLES

Nombre de la variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Fuente de información
Depresión	La depresión se puede considerar como un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día	Presencia de cinco o más de los criterios para depresión durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de la capacidad para el placer	Escala nominal dicotómica	Escala de depresión geriátrica de Yesavage
Diabetes mellitus	Es un síndrome que implica desorden del metabolismo e hiperglucemia inapropiada debida a deficiencia de secreción de insulina o a una combinación de resistencia a la insulina y secreción inadecuada	Antecedentes de diabetes mellitus	Escala nominal dicotómica	Cuestionario
Edad	Tiempo transcurrido A partir del nacimiento De un individuo	Tiempo transcurrido Desde el nacimiento hasta la fecha en que se realiza el estudio	Cuantitativa Discreta	Cuestionario
Sexo	Características biológicas Que definen a un ser Humano como hombre O mujer	Características fenotípicas que Diferencian a un hombre de una mujer	Cualitativa nominal	Cuestionario

Religión	Sistema de creencias, preceptos, prácticas y rituales	Religión que Profesa	Cualitativa Nominal	Cuestionario
Escolaridad	Años cursados de educación	Número de años académicos al momento Del estudio	Cuantitativa Discreta	Cuestionario
Estado Civil	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles.	Condición de cada individuo con respecto a sus derechos y obligaciones civiles	Cualitativa, nominal, politómica	Cuestionario
Nivel de ingreso	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el Número de salarios mínimos que se perciben.	Situación económica ante la sociedad, de acuerdo con el número de salarios mínimos que se perciben	Cualitativa, ordinal, politómica	Cuestionario
Tabaquismo	Tabaquismo, a la dependencia o adicción al tabaco.	Persona que ha fumado diariamente Durante el último mes, cualquier Cantidad de cigarros	Cualitativa Nominal Dicotómica	Cuestionario
Disfunción familiar.		De acuerdo con su categoría de variable ordinal y para los fines de este estudio, Disfunción Familiar , es la alteración de la dinámica familiar en pacientes con síndrome climatérico .	Ordinal	Test APGAR Familiar Buena función familiar: 18 – 20, Disfunción familiar leve: 14 – 17, Disfunción familiar moderada: 10 – 13 y Disfunción familiar severa: 9 o menos

CRONOGRAMA

MARZO DEL 2010 A MARZO 2011

ACTIVIDADES	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR
Planeación del Estudio	X												
Elaboración Del protocolo		X	X	X									
Elaboración De instrumento De recolección de Información y prueba Piloto						X	X						
Selección de La muestra								X	X				
Recolección de Información										X	X		
Captura de datos												X	
Análisis de información													X
Presentación de información													X

PRESUPUESTO

Insumos	Cantidad	Costo Unitario	Costo total
Encuestadores	2	2000	4000 pesos
Caja porta documentos	3	35 pesos	105 pesos
Grapadora manual	1	70 pesos	70 pesos
Caja de grapadora manual	1	20 pesos	20 pesos
Cartucho de tinta para Impresora Lexmark Z23	2	250 pesos	500 pesos
Impresora Lexmark Z23	1	900 pesos	900 pesos
Computadora de escritorio Marca Samsung	1	5.000 pesos	5, 000 pesos
Total			10, 595 pesos

RECURSOS HUMANOS

El investigador principal dedicó el 60% de su tiempo, además contó con el apoyo en todo momento con el asesor de tesis y las autoridades de la unidad médica en donde se realizó el estudio.

RECURSOS FISICOS Y MATERIALES

Se cuenta con sillas, mesas, lápices, plumas, encuesta en hojas de papel bond blancas, además de grapadora, impresora, computadora portátil entre otros, por lo tanto el costo de este estudio no tuvo costo alguno para el investigador.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se realizó de acuerdo con el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para salud artículo 96 y a la Declaración de Helsinki, así como a las normas e instructivos institucionales en materia de investigación científica, por lo que el estudio se realizo con la previa aprobación del comité local de investigación.

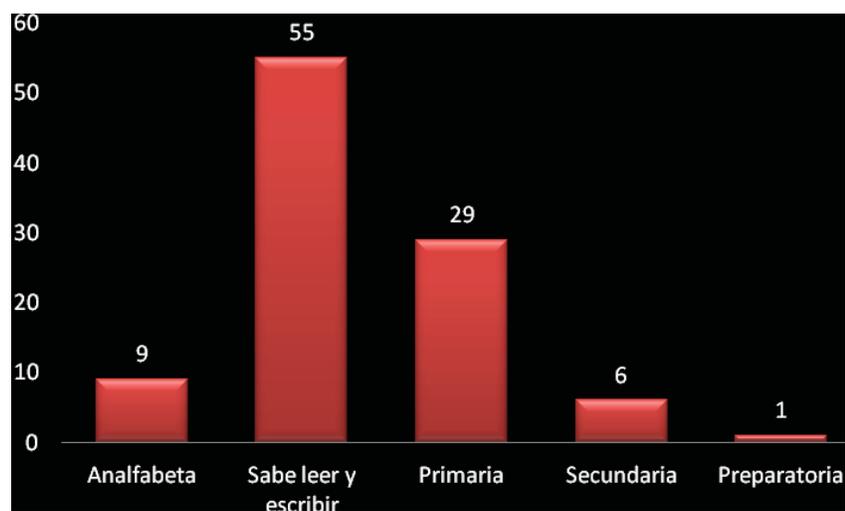
TECNICA DE RECOLECCION Y ANALISIS DE LA INFORMACION

Para llevar a cabo esta investigación se solicitó autorización de las autoridades locales de la unidad y del comité local de investigación. Se captaron 100 participantes mayores de 65 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, que firmaron el consentimiento informado y que desearon participar en el estudio y que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar Numero 18 Valle Hermoso, Tamaulipas. Se les aplicó un cuestionario de variables socios demográficos el cual consistía en ficha de identificación, antecedentes hereditarios y familiares, personales no patológicos, patológicos, además de cuestionario para depresión de Yesavage. Así mismo se realizó estadística descriptiva como media, mediana, moda, rango, desviación estándar, se determinó frecuencia y prevalencia. Se utilizaron figuras tipo barra y pastel. Se utilizaron tablas para sintetizar las variables sociodemográficas.

RESULTADOS

Se analizó un total de 100 participantes, que acudieron a la Unidad de Medicina Familiar Numero 18 Valle Hermoso, Tamaulipas, México. El sexo predominantemente encontrado, fue el femenino con un total de 64 participantes y un total de 36 participantes del sexo masculino; el promedio de edad fue de 70 años, con un máximo de edad de 90 años y una mínima de edad en 65 años, con una moda de 67 años y desviación estándar de 8.5.

Grafica 1: Grado de escolaridad de los participantes

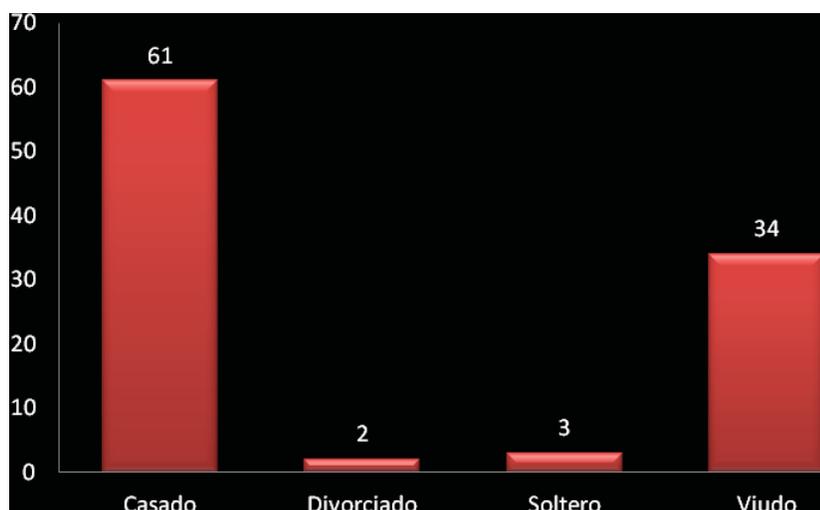


Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

La escolaridad de un individuo es una variable importante porque esta permite a un individuo conocer mejor su entorno, determinar mejor la realidad y tener una expectativa distinta de la vida. Se conoce que el grado escolar está íntimamente asociado con el bienestar de un individuo, la

calidad de vida mejora al incrementarse la educación de un sujeto. Algunas enfermedades sobre todo las psicológicas pueden estar relacionadas con su desarrollo. Los individuos de la tercera edad de esta muestra denotan que 55% de ellos solo sabía leer y escribir, esto quiere decir que tienen la posibilidad de saber escribir y leer un recado, pero pueden tener dificultades con el entendimiento, el seguimiento de indicaciones y por lo tanto su calidad de vida está disminuida. En general aquellos que tienen menos escolaridad tienen un riesgo alto para enfermedades psicológicas como la depresión. Es importante hacer notar que casi el 10% de la muestra no tenía posibilidades de leer ni escribir un recado, esto merma tanto al paciente como al personal de salud para atender de forma integral a un paciente porque no cuenta con una herramienta básica para el desarrollo como es la educación. Uno de cada 100 tenía estudios de preparatoria, esto no es consecuencia de un atraso sino más bien nos pone en contexto las condiciones socioeconómicas, de bienestar y de equidad con la que crecieron estos hombres y mujeres.

Grafica 2: Estado civil de los participantes



Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

El estado civil predominante con 61% fue de casado, seguido con un 34% estado civil viudo, solo 2 % representaron al estado civil divorciado y 3 % fueron solteros, como se muestra en la gráfica numero 2. La característica estado civil es importante en pacientes depresivos, se ha identificado que los hombres casados tienen menos posibilidades de deprimirse. A diferencia de las mujeres que el estar casadas puede implicar un riesgo para deprimirse. Los viudos también tienen riesgo para enfermedades del estado de ánimo.

Grafica 3: Ocupación de los participantes



Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

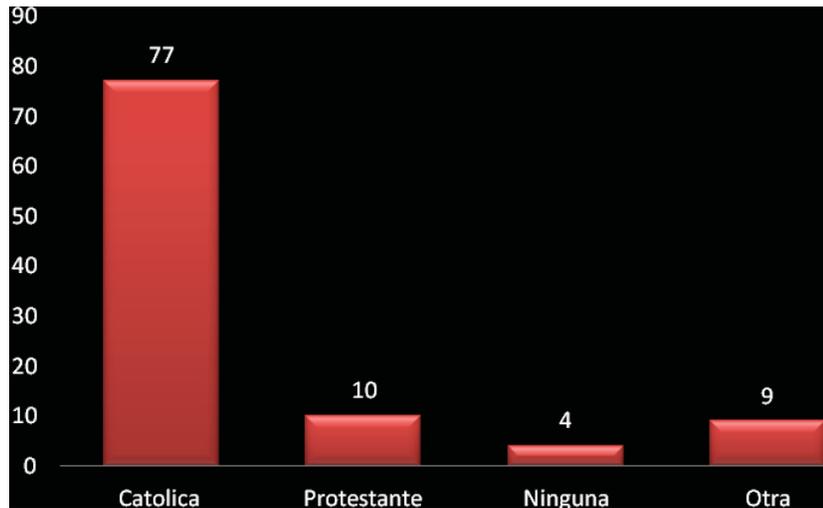
En los estudios epidemiológicos la variable ocupación juega un rol importante, esto se entiende porque esto demuestra la relación que tiene el individuo con su entorno, el estatus que posee en una sociedad determinada, la satisfacción personal que puede llegar a tener y directamente con los recursos económicos o ganancias que se generan a partir de su trabajo. Las personas económicamente activas son aquellas que generan y mueven la economía de un país, de una región e incluso de su familia. Esto promueve un lugar, respeto y genera posibilidades de desarrollo.

Culturalmente las amas de casa han sido dejadas a un lado ya que por una parte trabajan horas extenuantes para llevar a cabo su rol que la comunidad les ha demandado, pero por otra no se perciben ingresos económicos por dicha labor a pesar que tiene un alto grado de dificultad y dedicación. En esta muestra como se puede observar en la grafica arriba mostrada se tienen los siguientes resultados. El 48% de los participantes eran amas de

casa, pues más del 50% de los participantes pertenecía al femenino; 17 % fueron pensionados, 25% jubilados, otros quienes trabajaban ocasionalmente representaron un 3%, el resto 7% sin ninguna ocupación.

Se puede entender una gran proporción de jubilados en este estudio puesto que se trataba de individuos mayores, que han alcanzado la madurez y que gracias a ello disfrutaban de un ingreso económico generado a partir de los años que trabajaron. Una baja frecuencia de ellos tiene un empleo, probablemente con el tiempo los adultos mayores se tengan que ir incorporando a la producción del país porque las condiciones socio económicas que imperan en el país no son las idóneas, las jubilaciones y pensiones solo dan un porcentaje bajo para mantener sobrevivir en áreas consideradas caras. La variable otro significa que no tienen un empleo formal pero que se dedican a algo que les deja alguna remuneración económica, esto se ha ido incrementando con los años y se prevé que continúe a la alza.

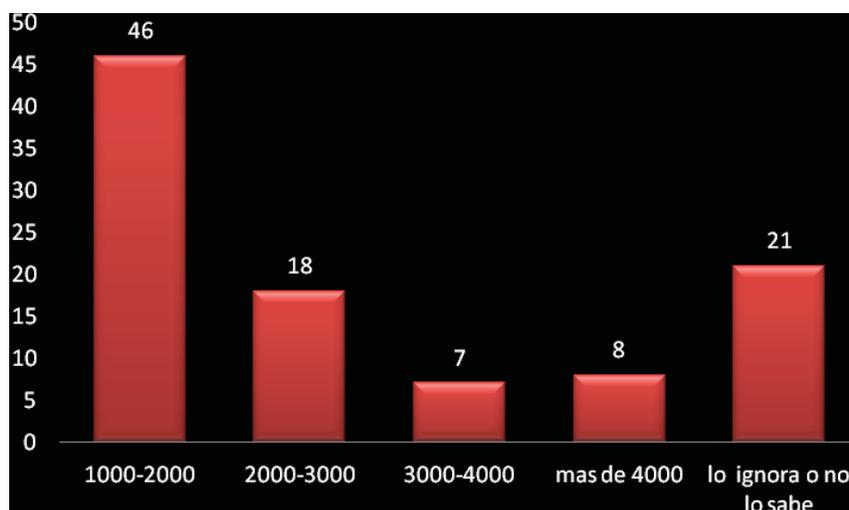
Grafica 4: Religión de los participantes



Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas. 2011

La religión en diversas patologías no tiene relevancia; sin embargo, cuando se habla de trastornos del ánimo adquiere una gran importancia. La práctica religiosa está asociada en la forma en que el individuo aprecia la vida y le da un sentido a la misma. En cierta forma también habla de una connotación cultural, como miembros de una cultura se tiene enfoques distintos en relación con lo espiritual, por ello se observa en la grafica 4 un predominio de la religión católica, por el simple hecho de que los participantes tienen un contexto cultural mexicano donde la religión predominante es la católica con un 77%, cuatro por ciento no tenía religión, 9% tenía otra religión y diez por ciento era protestante.

Grafica 5: Ingreso mensual de los participantes

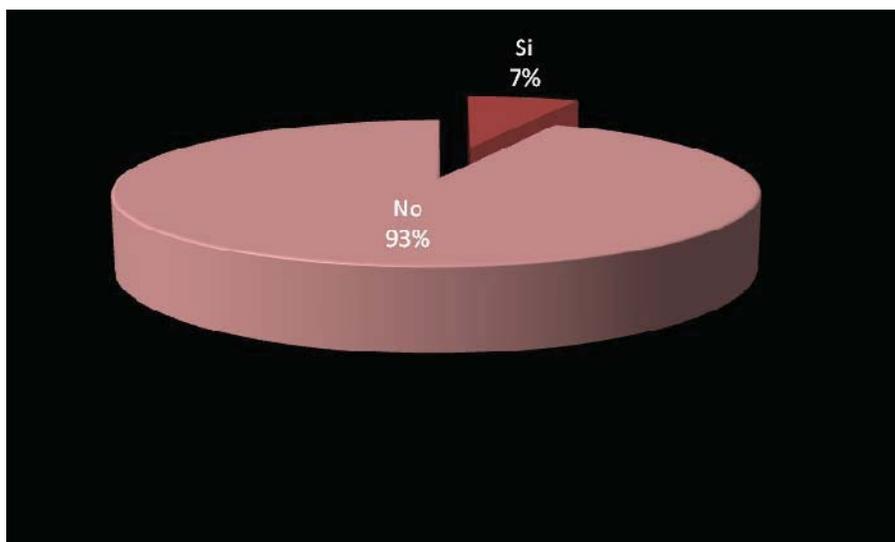


Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

La economía de una población es un buen comparativo de su calidad de vida, de la forma en que se comporta, las aspiraciones que posee y los retos que la mueven. México es un país de pobres, mas de 20 millones de mexicanos viven en condiciones de miseria, estos individuos viven con menos de 20 pesos al día (pobreza alimentaria) y 40 millones de mexicanos viven en pobreza. Estas condiciones socioeconómicas generan presión tanto a los sistemas de salud como a los sistemas económicos porque estos sujetos no están en condiciones de acceder a buenos estados de bienestar. Un individuo pobre no tiene las mismas oportunidades sociales y tampoco de acceso a los sistemas de salud porque los limitan los escasos recursos con los que cuenta su familia. Por ejemplo los ancianos de esta muestra tenían ingresos muy bajos; por ejemplo, 46% de los participantes tenía percepciones económicas de mil a dos mil pesos mensuales. Lo anterior corresponde a 33 pesos diarios para comer, vestir y necesidades básicas

que tiene una persona. El veintiuno por ciento no tenía ingresos económicos, esto concuerda con las cifras proporcionadas por instituciones gubernamentales que mencionan menos de veinte pesos al día. El ocho por ciento de los entrevistados tenía un salario de cuatro mil pesos mensuales que aun se considera bajo pero con mayor posibilidad de tener una vida sin sobresaltos.

Grafica 6: Porcentaje de tabaquismo en los participantes

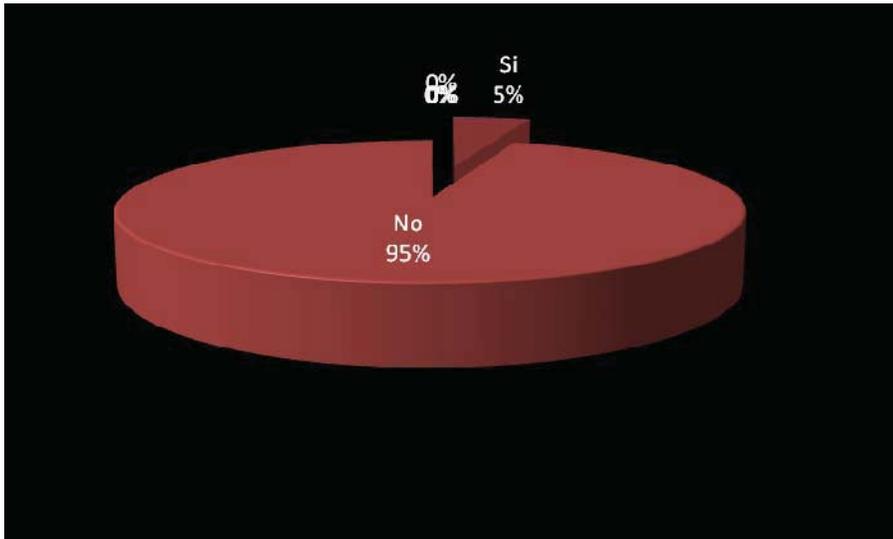


Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

El tabaquismo es la adicción a la nicotina, este problema de salud pública tiene repercusiones en diversas áreas de la salud. La aparición de cáncer derivado de las sustancias cancerígenas que posee el cigarro ha sido bien documentada. Algunos otros padecimientos como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica mejor conocida como EPOC también se asocia a las moléculas dañinas del cigarro. Algunos estudios manifiestan que el cigarro es la principal causa de muerte en países industrializados y algunos con desarrollo intermedio. Además es un factor de riesgo asociado a diversas enfermedades como hipertensión, diabetes mellitus, dislipidemias y trastornos psicológicos como la depresión ya han empezado a dilucidarse. Por ello la Organización Mundial de Salud y los gobiernos han iniciado intensas campañas para disminuir su consumo en las nuevas generaciones, pero esta continua en aumento a pesar de las medidas que se han implementado.

Los adultos mayores crecieron en situaciones distintas que las actuales por lo que el hábito tabáquico es difícil de erradicar en estos pacientes. A pesar de esto, en la presente muestra de estudio no se encontró una prevalencia alta de fumadores. En síntesis solo el 7% de los encuestados tenía hábito tabáquico.

Grafica 7: Porcentaje de alcoholismo en los participantes

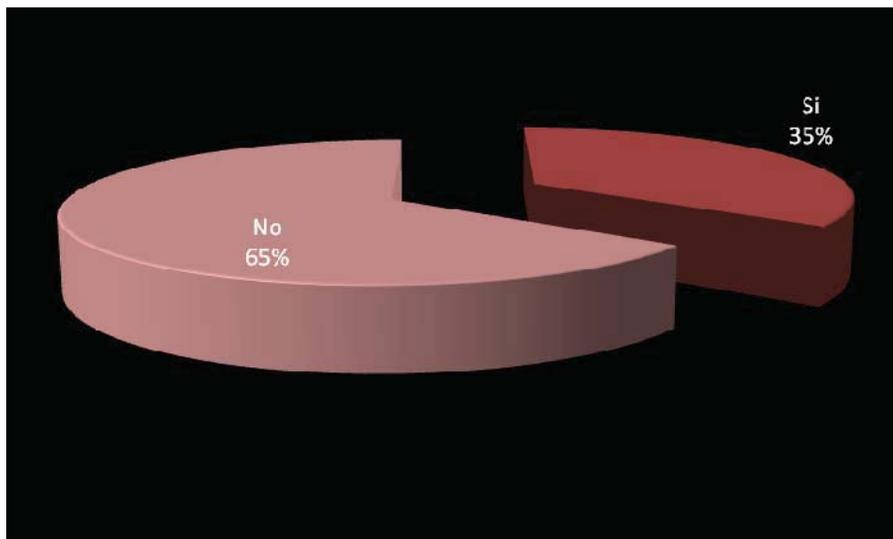


Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

La ingesta de alcohol es una costumbre social aceptada cuando se encuentra dentro de parámetros que la comunidad considera aceptable; sin embargo, puede llegar a ser un estigma con la que la población identifica, segrega o califica a un sujeto. Diversos estudios han demostrado que el alcoholismo tiene una alta prevalencia en nuestro país llegando las cifras hasta un quince por ciento. El alcohol actúa de forma acumulativa, esto es entre mas se consume más su efecto. Se absorbe en los primeros tramos del intestino por ser lipofílico e inmediatamente llega al sistema nervioso alterando el comportamiento del sujeto. En primera instancia este tiene un efecto excitador, eufórico; conforme la sustancia se incrementa su concentración este llega a producir somnolencia, letargo e incluso pérdida de la conciencia. Así el alcohol se convierte en un factor de riesgo para depresión y por lo tanto un coadyuvante para su perpetuación.

El cinco por ciento de los entrevistados consumía alcohol, por lo que podemos inferir que una baja proporción de adultos mayores no estaba afectada por el tabaquismo o alcoholismo de forma importante que alterara su estilo de vida con una magnitud que podríamos llamar desbordante.

Grafica 8: Conocimiento de última cifra de glicemia



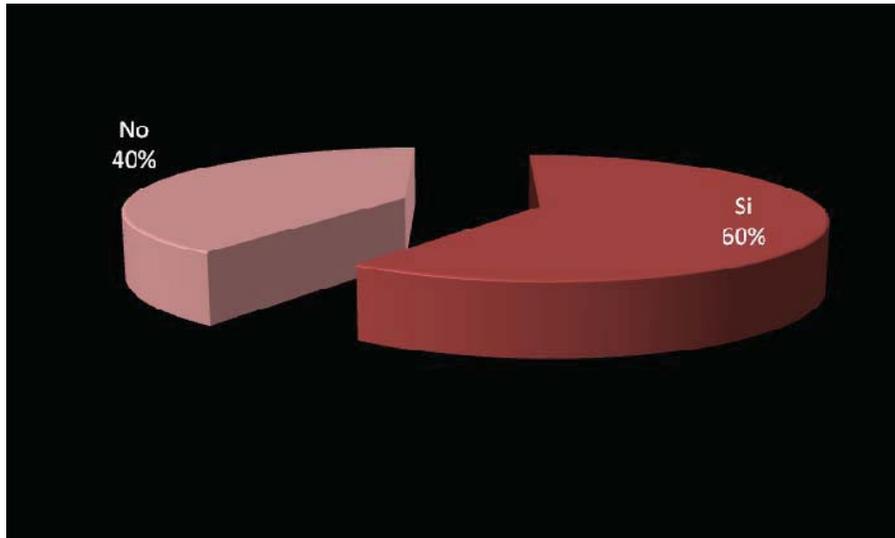
Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

Los resultados de laboratorio tienen relevancia para poder observar la evolución, enfocar o intentar obtener mejores resultados en el control metabólico de los pacientes que acuden a cualquier nivel de atención médica. La glicemia solo es un parámetro al momento de evaluar el buen control metabólico, pero si puede dar una idea de cómo el individuo le interesa su tratamiento, la enfermedad y en última instancia la forma en que está siendo tratado por su médico. En esta encuesta se encontró que la mayoría de los pacientes no conocían el resultado de su último resultado de glicemia.

Las razones pueden ser diversas pero es importante que el médico se enfoque en estas variables para permitir que el paciente auto gestione su salud, promueva su bienestar y le importe la patología por la cual está consultando. Otra posibilidad es que el médico no esté informando de forma oportuna y clara la información, pero aun más preocupante sería que no

supiera su última glicemia por el trastorno psicológico de base que incide sobre la memoria y la auto percepción.

Grafica 9: Porcentaje de hipertensión arterial sistémica de los participantes



Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

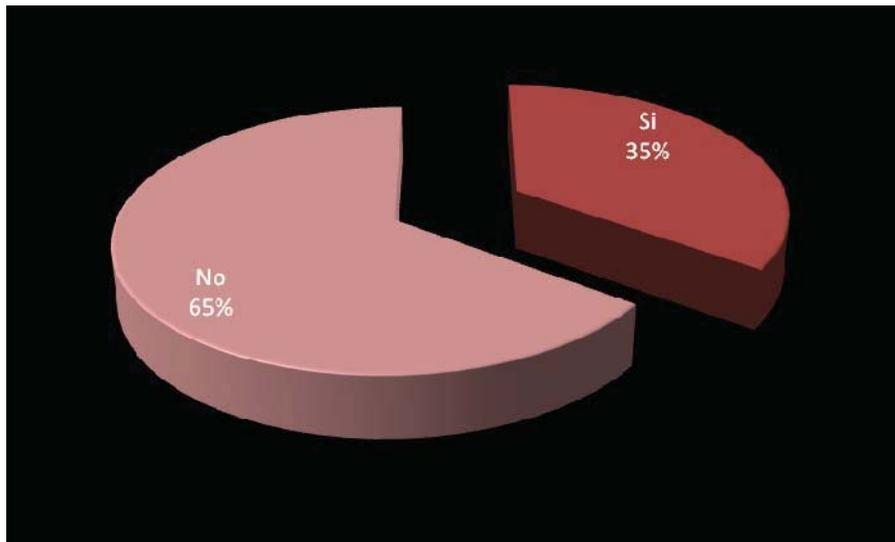
La hipertensión arterial sistémica estuvo presente en 60% del total de los participantes, como se muestra en la Grafica 9, co-morbilidad presente en pacientes con Diabetes Mellitus que afecta el curso de la misma,

Otras Co-morbilidades fueron constituidas en su mayoría, por Cardiopatía Isquémica en cerca del 11% de los pacientes, dato que es similar a lo encontrado en otros estudios, pues las complicaciones cardiovasculares están presentes en la mayoría de los pacientes con Diabetes Mellitus de larga evolución aunado a la edad de los mismos.

El tiempo de evolución de la Diabetes Mellitus encontrado en los 100 participantes, fue una media de 8.5 años, con una mínima de 1 año y máxima de 33 años, con una moda 5 y una desviación estándar de 7.6.

EL tiempo de evolución de hipertensión en el total del 60% de los pacientes fue de una media de 9 años, con un mínimo de 4 años y máximo de 33 años, con una moda de 10 y una desviación estándar de 7.82

Grafica 10: Porcentaje de pacientes que conoce los medicamentos que toma para su control de diabetes mellitus tipo 2



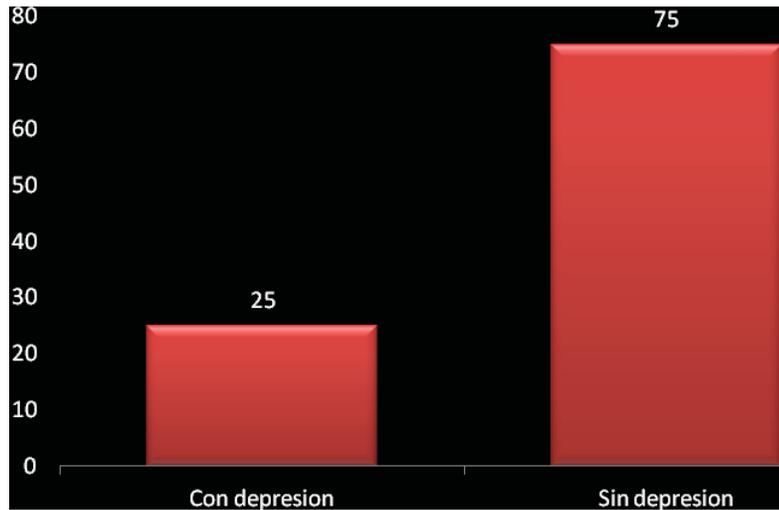
Fuente: Cuestionario de variables socio demográficas 2011

Los pacientes con diabetes mellitus se encuentran con tratamiento farmacológico y no farmacológico. En el primero se hace énfasis en el cambio de los estilos de vida como mejorar la dieta, comer verduras y frutas es esencial en el manejo de los pacientes para disminuir los niveles de glucosa y llegar a tener un control metabólico deseado. En otro nivel de tratamiento se debe hacer énfasis en los medicamentos antidiabéticos que son en esencia uno de los componentes más importantes en el tratamiento de estos individuos.

El médico debe recetarlos, vigilar que se esté tomando dichos fármacos en los horarios correctos, pero sobre todo que el paciente los recuerde. En

nuestro país la mayoría de los pacientes toma glibenclamida, metformina o algún otro medicamento. La eficacia del tratamiento reside en tomarlos siguiendo las indicaciones médica; sin embargo, el individuo debido a su baja escolaridad, nivel socioeconómico y otros factores no lo hace debidamente. Por ejemplo en esta muestra se encontró que el 65% de los ancianos no sabe los nombres de los medicamentos que se debe tomar, por lo tanto muy probablemente tampoco sepa con qué frecuencia y con qué cantidad. Es necesario que el médico incremente su nivel de comunicación o la forma en que lo hace para lograr una mayor eficiencia en los pacientes al momento de recordar los medicamentos que muy probablemente tiene años tomando.

Grafica 11: Resultado escala de depresión geriátrica



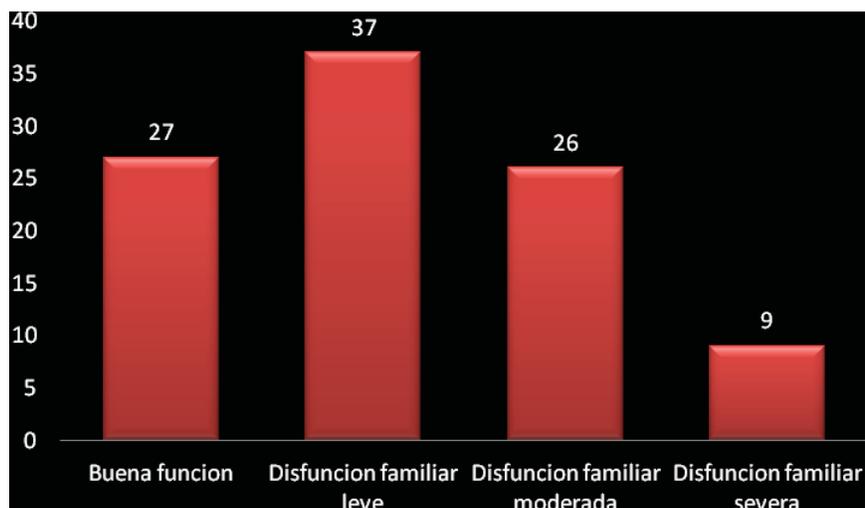
Fuente: Test de Yesavage de depresión geriátrica 2011

La depresión es una enfermedad con altos costos sociales, familiares e individuales. Se calcula que en el año 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo. La economía se ve afectada por esta enfermedad porque es cara controlarla y su seguimiento. Además causa ingresos hospitalarios, interconsultas a psiquiatría. A nivel familiar tiene un impacto sustancial porque se deben adaptar nuevos roles, tomar control de otros a lo que los familiares no están acostumbrados, implica estigmatizar al individuo enfermo y en muchos casos rechazarlos. Los ancianos son parte de una sociedad que ama la juventud, el poder y el dinero. Las funciones de los adultos mayores han ido cambiando con el tiempo, hace algunas décadas eran respetados, eran parte central de la familiar por ser el patriarca. Hoy las familias han adoptado nuevas formas económicas, sociales y familiares de relacionarse. Esto produce abandono, rechazo e insatisfacción hacia el anciano por lo que se pueden convertir en factores que agraven el estado

depresivo. Aunado a esto los adultos mayores son pobres con nivel socioeconómico bajo y tienen más riesgo de maltrato y suicidio.

En esta encuesta el 25% de los adultos mayores tenía depresión, esto nos habla de una magnitud desalentadora; uno de cada cuatro lo tiene y continuara su alza. Por ello es necesario establecer estrategias encaminadas a un diagnostico temprano, tratamiento oportuno y control de la enfermedad de base como lo es la diabetes. Lo anterior contribuirá a reducir la prevalencia y el impacto de la enfermedad.

Grafica 12: Funcionalidad Familiar en los participantes



Fuente: Apgar familiar 2011

El ser humano es gregario por naturaleza, a través de la historia los seres humanos hemos estado relacionados para sobrevivir, incrementar la eficiencia de nuestra acciones. Esto ha permitido que progrese con la ayuda de otros. La familia en este sentido es parte esencial de un sujeto, este nace, crece y al abandonar su hogar mantiene un contacto continuo con esta último. El grupo primario de la sociedad ha evolucionado históricamente porque tiene un contexto histórico, o sea la familia es moldeada por los eventos sociales que ocurren en su entorno. Así los sujetos son producto de dicho contexto.

La funcionalidad familiar es considerada como un parámetro donde se compara si una familia desempeña sus roles o funciones adecuadamente. Estas funciones pueden ser afecto, cuidado, socialización, reproducción y estatus. Estas características permiten saber si un individuo vive o se desarrolla en ambiente propicio, sano y funcional. Por ejemplo si un niño no es cuidado adecuadamente puede llegar a desarrollar enfermedades o

trastornos psicológicos que posteriormente afecten a su familiar y por lo tanto a la sociedad en que vive. El 27% de los encuestados tiene una buena función familiar, el resto puede tener algún grado de disfunción. El 9% tenía una disfunción severa. Los adultos mayores viven en familias disfuncionales, el 70% de los adultos mayores de esta muestra presentaba algún grado de disfuncionalidad. Existen evidencias que relacionan la disfuncionalidad familiar con la depresión. Es difícil tratar a toda la familia de estos participantes pero si hacer énfasis en que la familia no puede ser una entidad separada del sujeto y por lo tanto se requiere una visión holística y multidisciplinaria para incidir en las causas de la enfermedad.

DISCUSION

Se realizó el presente estudio con la finalidad de determinar Factores sociodemográficos asociados a depresión en el adultos mayores con Diabetes Mellitus 2 en la Unidad Médica Familiar No.18 IMSS Valle Hermoso, Tamaulipas así como las características epidemiológicas y familiares de los pacientes que sufren. Los resultados del presente estudio, muestran que la depresión es una condición importante en éste grupo de la población. Teniendo en cuenta que la frecuencia de enfermedades crónica degenerativos es variable en diferentes estudios. La prevalencia de 25% encontrada, es mayor a la reportada en otras investigaciones, donde varía entre 7 y 8% y la diferencia pudiera explicarse porque no se usó el mismo instrumento de intervenir oportunamente con el paciente y su familia, En relación a la edad, existe una clara tendencia a pensar en que las personas después de los 65 años, tienden a deprimirse por razones psico-sociales variadas, algunas relacionadas con su estado de salud o por condiciones económicas o familiares adversas. La variable ocupación juega un rol importante, esto se entiende porque esto demuestra la relación que tiene el individuo con su entorno, el estatus que posee en una sociedad determinada, la satisfacción personal que puede llegar a tener y directamente con los recursos económicos o ganancias que se generan a partir de su trabajo. Las personas económicamente activas son aquellas que generan y mueven la economía de un país, de una región e incluso de su familia. Esto promueve un lugar, respeto y genera posibilidades de desarrollo.

Culturalmente las amas de casa han sido dejadas a un lado ya que por una parte trabajan horas extenuantes para llevar a cabo su rol que la comunidad les ha demandado, pero por otra no se perciben ingresos económicos por dicha labor a pesar que tiene un alto grado de dificultad y dedicación.

La funcionalidad familiar es considerada como un parámetro donde se compara si una familia desempeña sus roles o funciones adecuadamente. Estas funciones pueden ser afecto, cuidado, socialización, reproducción y estatus. Estas características permiten saber si un individuo vive o se desarrolla en ambiente propicio, sano y funcional. Por ejemplo si un niño no es cuidado adecuadamente puede llegar a desarrollar enfermedades o trastornos psicológicos que posteriormente afecten a su familiar y por lo tanto a la sociedad en que vive. El 27% de los encuestados tiene una buena función familiar, el resto puede tener algún grado de disfunción. El 9% tenía una disfunción severa. Los adultos mayores viven en familias disfuncionales, el 70% de los adultos mayores de esta muestra presentaba algún grado de disfuncionalidad. Existen evidencias que relacionan la disfuncionalidad familiar con la depresión. Es difícil tratar a toda la familia de estos participantes pero si hacer énfasis en que la familia no puede ser una entidad separada del sujeto y por lo tanto se requiere una visión holística y multidisciplinaria para incidir en las causas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La Depresión en adultos mayores de 65 años de edad con Diabetes Mellitus tipo 2 es un hecho documentado, esta asociación afecta el curso clínico de la misma.

La presencia de Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 por si misma provoca alteraciones bioquímicas que condicionan mal control metabólico y por ende además mayor depresión, círculo de retroalimentación difícil de romper, aunado además a las conductas inadecuadas de la familia.

La funcionalidad familiar es considerada como un parámetro donde se compara si una familia desempeña sus roles o funciones adecuadamente. Estas funciones pueden ser afecto, cuidado, socialización, reproducción y estatus. Estas características permiten saber si un individuo vive o se desarrolla en ambiente propicio, sano y funcional esto hace difícil la tarea de retrasar o bien tratar las complicaciones ya presentes al momento del diagnóstico en estos pacientes que además son mayores de edad, estrechando aun mas las posibilidades de éxito en el control y calidad de vida en estos pacientes.

Es importante por lo tanto, un diagnóstico oportuno de la Depresión en adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2, ya que sabemos es prevalente por, lo menos en un 25 % de nuestra población.

Se requieren nuevos enfoques de diagnóstico temprano, tratamiento adecuado, sobre todo multidisciplinario con énfasis en la prevención y en evitar el deterioro de los adultos mayores con diabetes mellitus. El tratamiento de la enfermedad de base es esencial para una evolución

adecuada de la patología. La depresión es una enfermedad tan incapacitante y con costos elevados que aunada a la diabetes consumirá los recursos de los institutos de salud. Por ellos se sugiere capacitar al médico familiar, a la nutrióloga, enfermera y residentes de medicina familiar en la importancia de tratar a los pacientes de una forma total.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Trief PM. Depression in Elderly Diabetes Patients. Lifestyle and behavior 20:71-75,2007. .
2. Leal M, Salazar R. Prevalencia de depresión en la población privada de libertad del centro de atención institucional adulto mayor del ministerio de justicia. Rev. costarric. salud pública 2004;13:39-49.
3. Colunga-Rodriguez C, García-De Alba J, Salazar-Estrada J, Angel-Gonzalez M. Diabetes tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México, 2005. Rev. Salud publica 10(1)137-149, 2008
4. Martínez-Mendoza JA, Martínez-Ordaz VA, Esquivel-Molina CG, Velasco-Rodriguez VM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. Rev. Med. Inst: Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 21-28.
5. Piña-Martinez ST, Martinez-Ayon MY, Duran-Cordoves, Baster-Moro JC. Depresión y estado de salud en el anciano. Correo cinético medico de holguin 2007; 11(4 suppl.1)
6. Wilkinson G, Moore P. Como tratar a las personas con depresión. Guía practica en atención primaria Barcelona. Educación médica, 2003.
7. Goldney R, Fisher L, Phillips P, Wilson D. Diabetes, Depresión y calidad de vida. Diabetes Care 25(5):1066-1069, 2004.
8. Chiechanowski PS, Katon WJ, Russo JE: Depresión and diabetes: impact of depressive symptoms on adherence, function and costs. ArcInternMed 160: 3278-3285,2000

9. Brown L, Majumdar S, Newman S, Jonson J. Type 2 diabetes does not increase risk of depression. *CMAJ* 175 (1): 42-46,2006.
10. Parikh SV, Lam RW; CANMAT Depression Workgroup. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence and health burden. *Can J Psychiatry* 2001;46(Suppl 1):13S-20S.
11. Egede LE. Effect of depression on work loss and disability bed days in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2004;27:1751-3.
12. Narayan KMV, Boyle JP, Geiss LS, Saaddine JD, Thompson TJ: Impact of recent increase in incidence on future diabetes burden. *Diabetes Care* 29:2114–2116, 2006
13. Jouko A. Depression in subjects with type 2 diabetes: Predictive factors and relation to quality of life. *Diabetes Care* 2003; 22(6):997-998.
14. Aguilar CA, Velásquez O, Gómez F, González A, Lara A, Molina V, et al. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. *Diabetes Care* 2003; (26):2021-2026
15. Lustman PJ. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care* 2000; 23:934-942.
16. Black S, Markides K, Ray L. depresión predicts increased incidence of adverse health outcomes in older mexicanamericans with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2003; 26(10): 2822-2828.
17. Clouse RE, Lustman PJ, Freedland KE, Griffith LS, McGill JB, Carney RM: Depression and coronary heart disease in women with diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2003;65:376-383.

18. Egede LE, Neitert P, Zheng D: Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care*28:1339–1345, 2005
19. Anderson R, Freedland K, Clouse R, Lustran P. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 24:1069-1076,2003.
20. Egede L. Effect of comorbid chronic diseases on prevalence and odds of depression in adults with diabetes. *Psychosomatic Medicine* 2005;67:46-51
21. Egede LE, Zhen D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2004; 25:464-70.
22. Lustman PJ, Clouse RE: Practical considerations in the management of depression in diabetes. *Diabetes Care*24:1069 –1078, 2001
23. Carney RM, Blumenthal JA, Catellier D: Depression as a risk factor for mortality after acute myocardial infarction. *Am JCardiol*92:1277–1281, 2003
24. De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ: Association of depression and diabetes complications: a meta-analysis. *PsychosomMed*63:619– 630, 2003.
25. Bertoni AG, Kirk JK, Goff DC Jr, Wagenknecht LE: Excess mortality related to diabetes mellitus in elderly Medicare beneficiaries. *Ann Epidemiol*14:362–367, 2004

26. Samson JA, de Groot M, Jacobson AM: Comorbid psychiatric diagnoses in men and women with type 1 and type 2 diabetes mellitus. Unpublished
27. Brownson RC, Jackson-Thompson J, Wilkerson JC, Kiani F: Reliability of information on chronic disease risk factors collected in the Missouri Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Epidemiology* 5:545–549, 2003
28. Padgett DK: Sociodemographic and disease-related correlates of depressive morbidity among diabetic patients in Zagren, Croatia. *J NervMentDis* 181:123–129, 2003
29. Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelaso E, Cruz-Avelar A, Sanchez-Marquez O, Lemus-Ochoa R, Martinez-Garcia MC. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. *RevMedInstMex Seguro Soc* 2006; 44(5): 409-414.
30. Bobes-Garcia J, Sáiz-Martinez PA, Gonzalez-Garcia MP, Fernandez-Dominguez JM. Depresión con síntomas asociados de ansiedad del adulto mayor en atención primaria. *Grupo Ars Medica* 2005;1:12-35
31. Aguilar CA, Velásquez O, Gómez F, González A, Lara A, Molina V, Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. *Diabetes*
32. Barrientos-Acosta V, Mendoza-Sánchez HF, Sainz-Vázquez L, Pérez-Hernández C, Gil-Alfaro I, Soler-Huerta E. Depresión y Tipología familiar en un grupo de adolescentes mexicanos V o I. 1 2 Núm. 3 Julio septiembre 2010.

ANEXOS

CUESTIONARIO

Factores sociodemográficos asociados a depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus 2 en la Unidad de Medicina Familiar Numero 18 de Valle Hermoso, Tamaulipas

Investigador: MarinaMartínez Ortega

FICHA DE IDENTIFICACION

Iniciales de la participante _____ Sexo: _____

1. Numero de seguridad social _____

2. Numero de consultorio _____ Turno.....Matutino(). Vespertino()

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

4. Edad en años cumplidos _____

5. ¿Cuál es su escolaridad?

1. Analfabeta
2. Sabe Leer y escribir
3. Primaria terminada
4. Secundaria terminada
5. Preparatoria o equivalente terminado
6. Licenciatura o equivalente terminado
7. Posgrado

6. ¿Cuál es su ocupación?

1. Ama de casa
2. Profesional
3. Empleada
4. Jubilado
5. Pensionado
6. Otro

7. ¿Cuál es su estado civil?

1. Casada
2. Soltera
3. Divorciada
4. Unión libre
5. Viudo

8. ¿A qué religión pertenece?

1. Católica
2. Protestante
3. Otra
4. Ninguna

9. ¿Cuál es su Ingreso económico familiar mensual?

1. menos 1000
2. 1000-2000
3. 2000-3000
4. 3000-4000
5. más 4000

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS

10. ¿Usted fuma?.....SI()NO()
11. ¿Usted toma alcohol?.....SI()NO()
12. ¿Usted actualmente usa drogas?.....SI()NO()

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS

13. ¿En el pasado ha utilizado medicamentos de uso psiquiátrico?
1) Si 2) No
14. ¿Es usted hipertenso (a)?
1. Si 2. No
15. ¿Desde hace cuanto tiempo es hipertenso? _____
16. ¿Desde hace cuanto tiempo es diabético? _____
- 36: ¿Sabe usted cual es el resultado de su último examen de azúcar?
1. Si 2. No
37. ¿Sabe cuál es el nombre de los medicamentos que toma para la azúcar?
1. Si 2. No
38. ¿Padece alguna otra enfermedad? Si No especifique: _____

Escala de depresión geriátrica

- 1 ¿Está usted satisfecho con su vida?.....SI()NO()
- 2 ¿Ha abandonado muchos de sus intereses y actividades?.....SI()NO()
- 3 ¿Siente que su vida está vacía?.....SI()NO()
- 4 ¿Se siente frecuentemente aburrido?.....SI()NO()
- 5 ¿La mayoría del tiempo está de buen humor?.....SI()NO()
- 6 ¿Tiene miedo de que malo le vaya a pasar?.....SI()NO()
- 7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?.....SI()NO()
- 8 ¿Se siente usted a menudo desamparado, o desprotegido?.....SI()NO()
- 9 Prefiere quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas nuevas?.....
.....SI()NO()
- 10 ¿Cree que tiene más problemas con su memoria que los demás?.....
.....SI()NO()
- 11 ¿En estos momentos cree que es maravilloso estar viviendo?.....
.....SI()NO()
- 12 ¿Se siente usted inútil?.....SI()NO()
- 13 ¿Se siente lleno de energía?.....SI()NO()
- 14 ¿Se siente usted sin esperanza en este momento?.....SI()NO()
- 15 ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?
.....SI()NO()

PUNTUACION TOTAL: _____

Resultado: _____

APGAR FAMILIAR

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
<i>Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad</i>					
<i>Me satisface la participación que mi familia brinda y permite</i>					
<i>Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades</i>					
<i>Me satisface como mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor.</i>					
<i>Me satisface como compartimos en familia: a) El tiempo para estar juntos, b) Los espacios en a casa, c) El dinero</i>					

Nu

nca: 0

Casi nunca: 1

Algunas veces: 2

Casi siempre: 3

Siempre: 4

Resultado: _____

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA**

Lugar y Fecha _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado:

Factores sociodemográficos asociados a depresión en el adulto mayor con diabetes mellitus 2 en la Unidad de Medicina Familiar Numero 18 de Valle Hermoso, Tamaulipas.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número: _____

El objetivo del estudio es: conocer la prevalencia de Depresión en el Adulto mayor con Diabetes Mellitus 2

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder cuestionario.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de

mi participación en el estudio, que son los siguientes: participar en investigación para determinar prevalencia de Depresión en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2.

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto. El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre _____ y _____ firma _____ del _____ paciente

Nombre, _____ firma _____ y _____ matrícula _____ del _____ Investigador
Responsable. _____

Números telefónicos a los cuales puede comunicarse en caso de emergencia, dudas _____ o _____ preguntas _____ relacionadas _____ con _____ el estudio: _____

Testigos _____

Este formato constituye sólo un modelo que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación y sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810 – 009 – 013