

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**DELEGACION 2 NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94**



**TESIS
TITULO**

**DEPRESION OCULTA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETICOS DE
RECIENTE DIAGNOSTICO DE UNA UNIDAD MEDICA**

CON EL FIN DE OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

Investigador Asociado:

Ana Lilia Alanís Sánchez
Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Matrícula: 98369913
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas Alemán
Correo electrónico: ana.alanis.sanchez@gmail.com
Teléfono: 5542358388

Investigador Asociado:

Dra. Esther Azcárate García
Profesor titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Matrícula: 99362280
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas Alemán
Correo electrónico: esther_azcarateg@imss.com
Teléfono: 57573289

Investigador Responsable:

Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo
Profesor adjunto del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94
Matrícula: 99366361
Domicilio: Camino Antiguo a San Juan de Aragón No. 235
Colonia: Ampliación Casas Alemán
Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com
Teléfono: 57672977, extensión: 21407

Ciudad de México, Febrero del 2018



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.

INDICE

	Página
Resumen	3
Marco teórico	4
Justificación	14
Planteamiento del problema	12
Pregunta de investigación	14
Objetivos	15
Hipótesis	16
Especificación de las variables	16
Material y métodos	18
Diseño de estudio	19
Universo del estudio	18
Población del estudio	19
Muestra de estudio	19
Tipo de muestreo	19
Selección de la muestra	19
Análisis estadístico	21
Aspectos éticos	21
Programa de trabajo	23
Resultados	24
Análisis de resultados	25
Conclusiones	26
Sugerencias	26
Bibliografía	27
Anexos	29

RELACION ENTRE DEPRESION OCULTA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETICOS DE RECIENTE DIAGNOSTICO DE UNA UNIDAD MEDICA

Villaseñor-Hidalgo¹, Azcárate García², Alanís Sánchez Ana Lilia³

RESUMEN

Antecedentes: la diabetes mellitus es una enfermedad emergente, considerada problema de salud pública.¹ Las personas con diagnóstico de diabetes mellitus que sufren depresión tienen un peor control glucémico respecto a los que no padecen depresión. La mala adherencia terapéutica es la causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva serias complicaciones en la salud del paciente. La presencia de depresión es un factor que puede afectar negativamente la adherencia terapéutica del paciente, por lo que se estudiará el efecto de la depresión en la adherencia terapéutica de pacientes diabéticos de reciente diagnóstico.

Objetivo: determinar la relación entre depresión oculta y la adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad médica.

Material y métodos: se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo, en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico, se aplicó el test CESD para depresión y el test de Morisky Green para adherencia terapéutica, para el análisis de resultados se utilizó estadística analítica, mediante el programa SPSS aplicando la prueba chi cuadrada, el comportamiento de las variables se muestra en cuadros y gráficas.

Resultados: con 52 participantes, 50% de cada género, 44.2% en el rango de 51 a 60 años, 63.5% con depresión y 88.5% con mala adherencia terapéutica; con la prueba chi cuadrada se obtuvo un valor de $p = 0.103$, $p > \alpha$: No se puede concluir que las variables están asociadas $0.103 > 0.05$ Se acepta la H_0 por lo tanto No existe relación entre depresión oculta y mala adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico. No hay suficiente evidencia para concluir que las variables están asociadas.

Tiempo de desarrollo: 1 año

Palabras clave: Diabetes reciente diagnóstico, Depresión, Adherencia terapéutica.

1 Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF 94 IMSS.

2 Profesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar, UMF 94 IMSS.

3 Médico residente del curso de Especialización en Medicina Familiar UMF 94 IMSS.

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica degenerativa emergente, considerada un problema de salud pública. Según estadísticas del INEGI 2013, en México, la diabetes mellitus fue la segunda causa de muerte en hombres y la primera en mujeres.

Se puede apreciar según las estadísticas de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2016 que la prevalencia de diabetes en el país aumentó, pasó de 9.2% en 2012 a 9.4% en 2016.

Confirmando las cifras aportadas por INEGI 2013, ENSANUT 2016 confirma que las mujeres son más afectadas por ésta enfermedad, las mujeres reportan mayores valores de diabetes (10.3%) que los hombres (8.4%). Y ésta tendencia se mantiene en localidades urbanas (10.5% en mujeres y 8.2% en hombres) como en rurales (9.5% en mujeres, 8.9% en hombres).

De acuerdo a grupo de edad, se observa la mayor prevalencia de diabetes en hombres de 60 a 69 años (27.7%), y las mujeres de este mismo rango de edad (32.7%) y de 70 a 79 años (29.8%).

En cuanto al número de pacientes diabéticos que reciben tratamiento, se mejoró ligeramente, ya que en 2012 se tenía el 85% y para el 2016 aumentó a 87.7% el número de pacientes adultos con diabetes que recibe tratamiento.

Si se analizan a detalle éstos datos estadísticos, se puede observar que hay mucho por hacer con los pacientes diabéticos, que ocupan un gran número en la demanda de la consulta diaria en todos los niveles de atención de salud.

La diabetes mellitus se considera una enfermedad incurable, sólo se puede controlar, por lo que es de vital importancia incidir en la educación del paciente diabético, ya que tendrá que aprender a vivir con la enfermedad, y a pesar de ser portador de diabetes, debe ser capaz de desarrollar un estilo de vida saludable que le permita vivir con excelente calidad de vida.

Parte fundamental para empezar a ver estadísticas más alentadoras, es lograr que los pacientes sean responsables con su salud y por lo tanto se apeguen a su tratamiento, en éste estudio se aborda uno de los múltiples factores que de presentarse, alteran desfavorablemente la conducta de los pacientes, a tal grado de hacer que sean incumplidores en su tratamiento, éste factor se llama depresión, y es más frecuente de lo que se cree.

Al identificar la frecuencia de pacientes que presenten el binomio depresión y mala adherencia terapéutica, se puede intervenir favorablemente en los pacientes para solucionar la depresión como agente causante de la conducta de mal apego terapéutico, y así se podrá participar activamente en lograr un mejor control en los pacientes diabéticos. Éste estudio descriptivo, proporciona estadísticas del

número de pacientes afectados por Diabetes mellitus que al mismo tiempo cursan con depresión, como factor probable de y mala adherencia terapéutica.

ANTECEDENTES

Diabetes de reciente diagnóstico

En la literatura revisada no aparece específicamente el término diabetes mellitus de reciente diagnóstico, sin embargo, existen varias publicaciones que involucran a pacientes con diabetes recién diagnosticada, no existe un periodo de tiempo determinado mínimo para decir que la diabetes mellitus es de reciente diagnóstico, y por lo tanto, tampoco hay un límite de tiempo máximo para decir que ya no se encuentra en rango para considerarse diabetes mellitus recién diagnosticada.

En algunos documentos publicados, se habla de diabetes de reciente diagnóstico haciendo referencia al periodo comprendido entre el día que se diagnostica diabetes mellitus hasta 1 o después.¹⁴ En otro estudio, “Predicción de la respuesta al tratamiento en pacientes con diagnóstico reciente diabetes tipo 2: el registro de diabetes Skaraborg” se incluyeron Datos clínicos y muestras de sangre de pacientes en el momento del diagnóstico.¹⁵

Para lo concerniente a éste estudio, se consideró diabetes mellitus de reciente diagnóstico al periodo comprendido entre el día del diagnóstico y 3 meses posteriores. Considerando que se va a estudiar la asociación con depresión y mala adherencia terapéutica, se tiene que, el tiempo que se da para lograr un control terapéutico de diabetes mellitus tipo 2 con monoterapia, es de 3 meses, según la ADA 2017: “Si el objetivo de A1C no se logra después de aproximadamente 3 meses de monoterapia, proceda a la combinación de 2-fármacos (el orden no significa que denote ninguna opción de preferencia específica dependiente de una variedad de factores específicos del paciente y de la enfermedad)”¹⁶.

La diabetes es una enfermedad compleja que tiene su origen en la disfunción pancreática, que es el órgano encargado de la síntesis de insulina, y por lo tanto la deficiente producción de esta hormona ocasiona mala regulación de los niveles séricos de glucosa, o bien la insulina que produce el páncreas no es utilizada eficientemente por el organismo, ésta es la hormona encargada de que la glucosa de los alimentos sea absorbida por las células y así proveer de energía al organismo.¹

Al ser una enfermedad crónica necesita de la atención del médico continuamente, el cual deberá ofrecer al paciente estrategias educativas que impacten en su estilo de vida para reducir riesgos multifactoriales, que trascienden más allá del control de la glucemia, y además es indispensable crear consciencia de autocuidado y dejar saber a los pacientes que cuentan con apoyo para prevenir en conjunto

complicaciones agudas y con mayor razón crónicas. Existe evidencia significativa que respalda que una variedad de intervenciones ayudan a mejorar los resultados de la diabetes.²

La diabetes mellitus es entonces una enfermedad emergente, y fue seleccionada para intervenir en su curso con carácter prioritario por los dirigentes a nivel mundial, siendo una de las cuatro enfermedades no transmisibles considerada problema de salud pública.¹

Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014.¹

Para 2011, la OPS y OMS estiman que en el Continente Americano hay aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes; y calcula que en América Latina podría incrementarse de 25 a 40 millones en 2030 (OMS, 2012).

Según estadísticas del INEGI (Instituto Nacional de Geografía y Estadística) En México durante 2011, 70 de cada 100 mil personas, murieron por diabetes mellitus. Las defunciones por diabetes se concentran en la de tipo II. En 2011 representaron 62% en mujeres y 61% en varones.

Las instituciones públicas de salud destinan hasta 15% de su presupuesto en atención a la diabetes, lo que es aproximadamente 318 millones de dólares al año (Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, Huerta Uribe, y Reynoso-Noverón, 2011).³

Según estadísticas de la Federación Internacional de la Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), en 2011 murieron 4.8 millones de personas a consecuencia de la diabetes, y se gastaron 471 billones de dólares en su atención médica y la mitad, tenía menos de 60 años de edad (IDF, 2012).³

La diabetes mellitus es un problema de salud pública en México. El coste directo de la diabetes para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se estimó en US \$ 452.064.988 y el coste medio por paciente fue de US \$ 3.193. De acuerdo con la Encuesta de Nutrición y Salud de México (ENSANUT), la diabetes afecta aproximadamente el 9,2% de los adultos de 20 años o mayores.⁷

Si se considera que la diabetes es una enfermedad incurable, resulta de vital importancia que las personas afectadas por ella, controlen su nivel de glucosa en sangre, para prevenir las complicaciones multiorgánicas. Por lo que, la educación del paciente sobre su enfermedad es fundamental para un mejor manejo (Asociación Mexicana de Diabetes [AMD], s.f.).³

La diabetes representa un reto social, no solo por la repercusión económica y de infraestructura que se requiere en cuanto al sistema de servicios de salud para

brindar una atención adecuada, sino también por el costo en la economía y en el ámbito emocional de las personas que la padecen, ésta condición puede tener efectos perjudiciales sobre el bienestar emocional, incluyendo síntomas de depresión y baja autoestima. De aquí la importancia de cuidar integralmente la salud de las personas afectadas por ésta enfermedad, tomando en cuenta que se trata de seres biopsicosociales.³

Por lo tanto, partiendo del punto de que los afectados por la diabetes son seres biopsicosociales, que no pueden separar lo afectivo y emocional de las afecciones en el cuerpo físico, se plantea la relación que hay entre depresión y el impacto de ser diagnosticado con ésta enfermedad.

Depresión y diabetes

La relación entre depresión y diabetes está ampliamente documentada. Las personas con diagnóstico de diabetes mellitus que sufren depresión tienen un peor control glucémico respecto a los que no padecen depresión, además en los pacientes deprimidos el número y la gravedad de las complicaciones es mayor, la calidad de vida empeora y aumenta la mortalidad. Por lo tanto, es importante profundizar en la investigación en la asociación que frecuentemente existe entre depresión y diabetes ya que se trata de un importante problema de salud pública, con repercusiones en la forma de actuar de las personas, lo que incide en malas conductas y mal apego al tratamiento, ocasionando el incumplimiento de metas terapéuticas en éstos pacientes.⁴

Al recibir el diagnóstico de diabetes mellitus, algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo, ya sea por los malos resultados o por las limitaciones y renunciadas que la diabetes acarrea; así como estrés y culpa asociados con las molestias o resistencias para cambiar, peor afrontamiento y bajo apego al tratamiento.⁸

En 2015, J. L. Rodríguez Calvín, A. Zapatero Gaviria, M. D. Martín Ríos publicaron su estudio de Prevalencia de depresión en Diabetes mellitus tipo 2, realizado en el Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid España, donde se estudió a 275 enfermos con Diabetes Mellitus tipo 2 (edad media: 64.5 años; hombres: 56,4%). Y el resultado que se encontró fue una prevalencia de depresión que se estimó en un 32,7% (IC 95%:27,4-38,5) y se demostró que la prevalencia de depresión, aumentaba con la edad de los pacientes estudiados. Además se encontraron grupos poblacionales con mayor prevalencia, como son las mujeres, en viudos, en pacientes con obesidad y en los malos cumplidores del tratamiento, también los que no mantenían un buen control glucémico y en los que ya habían desarrollado complicaciones de la diabetes. El estudio demostró que el 35% (IC 95%:26,4--45,8) de los pacientes que obtuvieron una puntuación en la escala BDI ≥ 16 (Inventario de Depresión de Beck-depresión definida como BDI ≥ 16) no se sabían con diagnóstico de depresión.

El trastorno depresivo mayor es una patología del estado de ánimo, considerada un trastorno mental que ha adquirido gran relevancia como problema de salud debido al lugar en que se han posicionado los trastornos mentales y del comportamiento los cuales representan cinco de las 10 principales cargas de morbilidad en personas de 15 a 44 años de edad.⁵

Trastorno depresivo mayor, es una afección frecuente que afecta cerca de 7% de la población general, con una relación en mujeres/hombres de casi 2:1, suele iniciar entre los 25 y los 29 años, pero en cualquier edad puede presentarse, por lo tanto repercute en la salud de personas en edad productiva, afectando también el factor económico y laboral en la persona como en todos los entornos en donde se desenvuelve, familia, trabajo, comunidad.⁶

La prevalencia de la depresión entre la población general varía de 5 a 10%; en los pacientes con diabetes es más elevada: 30 a 65%.⁸

Trastorno depresivo mayor, según el DSM-V Un episodio depresivo mayor debe cubrir cinco requisitos principales. Debe presentar (1) una calidad depresiva del estado de ánimo depresivo (o pérdida del interés o el placer) (2) durante un periodo mínimo, (3) acompañada de cierto número de síntomas, (4) que genere malestar o discapacidad y (5) no transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan.

Duración: presencia de síntomas la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas.

Síntomas: se debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas: Estos cinco deben incluir depresión del estado de ánimo o anhedonia, y las manifestaciones en general deben indicar que el individuo tiene un desempeño más bajo que antes.

Pérdida de apetito y peso (o incluso incremento de apetito y peso), problemas para dormir (insomnio o hipersomnia), además fatiga, enlentecimiento psicomotor, algunos pacientes deprimidos se sienten tan ansiosos que desarrollan agitación, autoestima baja o culpa, dificultad para la concentración (real o percibida). Los síntomas depresivos más graves de todos son las ideas de muerte, los deseos de muerte y las ideas suicidas, puesto que existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito.⁶

Entonces, la asociación entre depresión y diabetes es un problema real, en México, la depresión está asociada con discapacidad, otras comorbilidades médicas (incluyendo la diabetes y las enfermedades cardiovasculares), y aumenta los costos de salud y utilización. Por lo tanto, la relación entre la diabetes y la depresión merece un examen cuidadoso.⁷

En las personas con diabetes, los estudios realizados en Estados Unidos han demostrado que la baja autoestima, tienen efectos negativos sobre las conductas de autocuidado en adultos jóvenes y mayores.⁷

Se ha demostrado que las personas que tienen una alta autoestima y que no sufren depresión y además creen que pueden lograr un resultado deseado pueden ser más motivadas para adherirse a la diabetes conductas de autocuidado, lo cual incluye adherencia terapéutica.⁷

La depresión tiene un efecto sinérgico malo en pacientes con DM2, aumentando el riesgo de complicaciones tanto de micro y macro-vasculares, aumento de los niveles de glucemia, la predicción de una mayor mortalidad. Tanto la diabetes y la depresión reducen la calidad de vida de un individuo, pero en conjunto tienen un impacto más negativo.⁹

En cuanto a la fisiopatología, tratando de explicar la relación entre depresión y diabetes mellitus, se pueden observar varias anomalías neuroendocrinas y en los neurotransmisores que son comunes a la depresión y la diabetes, lo cual en cierta medida puede demostrar la estrecha relación entre éstas dos patologías. Uno de los hallazgos se refiere a las desregulaciones crónicas del eje hipotálamo-pituitario-adrenal (HPA), tales como los niveles de cortisol altos y reducción de la sensibilidad a la insulina o una activación del sistema inmune que conduce a la promoción o procesos inflamatorios crónicos.¹⁰

Para evaluar la presencia de depresión en los pacientes diabéticos de reciente inicio, se usará la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), que es un instrumento de tamizaje, útil para detectar casos nuevos de depresión, y se basa en la realización de una serie de preguntas de la sintomatología presentada por el paciente durante la última semana.

La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil, económica, de fácil y rápida aplicación, en un formato auto aplicable, ya que no se necesita personal especializado para su calificación, además el propio paciente la puede contestar. Una vez reconocida la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES-D ha sido uno de los instrumentos más empleados por su fácil aplicación, utilidad y por economía. Además es muy fácil de evaluar, e interpretar, el resultado es la suma del puntaje de 20 preguntas, con un rango de posibilidades de puntaje desde el 0 hasta el 60, si faltan más de cuatro preguntas, no se evalúa el cuestionario CES-D. Y para interpretarlo, una puntuación de 16 puntos o más se considera como depresión.¹³

Se anexa formato de encuesta (Anexo 1).

El incumplimiento farmacoterapéutico constituye un importante problema en la atención médica, que tiene repercusiones desde mínimas a graves en la salud de los pacientes, y que en efecto, es una de las posibles causas del fracaso de los tratamientos.¹¹

Cada fármaco que se comercializa necesitó durante su fabricación, un gran esfuerzo e inversión, que puede resultar en vano si el enfermo no lo utiliza como debe.¹¹

Adherencia terapéutica

La falta de cumplimiento de la pauta terapéutica es un fenómeno común, sobre todo en procesos crónicos, y en ocasiones las razones que conducen a esta conducta son complejas y se basan en el complicado proceso del comportamiento humano.¹¹

Actualmente, el incumplimiento del tratamiento farmacológico es la causa del fracaso de muchos tratamientos y conlleva serios problemas en calidad de vida, costes para el sistema de salud y, sobre todo, contribuye a que no se consigan resultados clínicos positivos.¹¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la falta de cumplimiento de los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas un tema prioritario de la salud pública.¹¹

Por otra parte, Petrak et al. ha sugerido que los pacientes que tienen un mejor estado de ánimo podría seguir de mejor manera su tratamiento de la diabetes.⁹

Basados en las evidencias, se puede concluir que la mala adherencia terapéutica en pacientes diabéticos es un grave problema de salud pública, con grandes acciones por emprender para lograr en la mayor manera posible, el mejor apego al tratamiento en los pacientes, sobre todo en patologías crónicas y tan comunes como lo es la diabetes mellitus, se sabe que éste proceso de mala adherencia terapéutica es multifactorial, y tiene que ver con problemas del comportamiento humano, entre los que se incluye problemas del estado de ánimo como lo es la depresión, la utilidad de éste trabajo se verá reflejada en aportar datos sobre la situación actual en pacientes diabéticos de reciente inicio adscritos a la UMF 94, acerca de la relación de depresión y mala adherencia terapéutica.

Para la medición de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico, se usará el Test de Morisky-Green, éste método, está validado para diversas enfermedades crónicas, incluyendo para Diabetes mellitus, desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para la valoración del cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Desde que el test se creó, se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades.

La aplicación del Test consiste en una serie de 4 preguntas de contraste, con respuesta dicotómica sí/no, que evidencia la conducta del enfermo respecto al cumplimiento.

Lo que se pretende es valorar si el enfermo adopta actitudes correctas en cuanto a su tratamiento para su enfermedad, que en éste caso es diabetes; se asume que

si las actitudes son incorrectas el paciente tiene una mala adherencia al tratamiento y por lo tanto es incumplidor. Además el Test presenta la ventaja de proporcionar información sobre las causas del incumplimiento.

Las preguntas, que se realizan entremezcladas con la conversación y de forma cordial y atenta 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 se considera como cumplidor o con buena adherencia al tratamiento si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, la forma correcta es la siguiente:

1. No, 2. Sí, 3. No, 4. No.

Existe una 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. En ésta variante, la pregunta es: ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? Esta fórmula fue utilizada por Val Jiménez en la validación del test para la Hipertensión Arterial, pero puede utilizarse para Diabetes mellitus.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En 2016, Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, Yáñez-González RM publicaron un estudio con el título Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, donde su objetivo fue identificar la asociación entre estrés y depresión en relación a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en la Unidad de Medicina Familiar No. 58 del IMSS en la ciudad de Mérida, Yucatán, México, para lo cual se realizó una encuesta transversal a 101 pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 y se aplicó el test de Morinsky-Green Levine para evaluar adherencia al tratamiento, el test de Holmes y Rahe también llamada Escala de reajuste social para estrés y el test de Zung para la valoración de depresión. Los resultados de las encuestas se correlacionaron con el control glucémico expresado en el expediente electrónico, elaborado específicamente para el estudio. De los 101 pacientes estudiados se encontró a 77 pacientes (76%) con descontrol glucémico, correspondiendo a 27 varones (35%) y 50 mujeres (65%); 66 pacientes (65%) fueron detectados con estrés de acuerdo con la escala de Holmes y Rahe; y 27 (26%) presentaron algún grado de depresión. Se encontró que el estrés es un factor asociado al descontrol glucémico (RM 4.1, IC95%, 1.5-11.2, $p=0.001$). Respecto a la adherencia terapéutica, 83 (82%) de los pacientes fueron no adherentes, el estrés se encontró asociado a ésta falta de apego al tratamiento (RM 7.2, IC 95%, 2.3-22.5, $p<0.05$) y asimismo, ésta falta de adherencia al tratamiento estuvo asociada al descontrol glucémico (RM 3.3, IC 95%, 1.08-9.93, $p=0.03$).

La no adherencia tiene efectos en el curso del tiempo, además impide evaluar que tan efectivo es el tratamiento, y tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente.

El estrés y la depresión se asocian a un descontrol metabólico derivado en gran parte por la falta de adherencia al tratamiento, ya sea por olvido o descuido.

Entonces, se crea un círculo vicioso entre estrés, depresión y mal apego a tratamiento con el consecuente descontrol metabólico ya evidenciado. Es conocido que la sintomatología depresiva puede afectar el control glucémico, favorecer la disminución de la actividad física el aumento de la obesidad, y potenciar las complicaciones asociadas al daño del organismo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Frecuentemente, en el ejercer diario de la consulta externa, se puede observar pacientes que recién son diagnosticados con diferentes patologías crónicas, en especial diabetes mellitus, una enfermedad actualmente emergente gracias a las altas cifras que alcanza rápidamente, que según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, para 2011, la OPS y OMS estiman que en el Continente Americano hay aproximadamente 62.8 millones de personas con diabetes; y calcula que en América Latina podría incrementarse de 25 a 40 millones en 2030 (OMS, 2012). Ésta enfermedad está ganando terreno en todos los países del mundo, y México, no es la excepción, a diario se convive con personas cercanas ya sea algún familiar, amigo o compañero de trabajo víctima de ésta entidad. No es para menos las estadísticas reportadas por el INEGI (Instituto Nacional de Geografía y Estadística) En México durante 2011, 70 de cada 100 mil personas, murieron por diabetes mellitus. Las defunciones por diabetes se concentran en la de tipo II. En 2011 representaron 62% en mujeres y 61% en varones.

El problema es el alto costo generado por los gastos de las complicaciones en el proceso salud-enfermedad de la Diabetes mellitus, las instituciones públicas de salud destinan hasta 15% de su presupuesto en atención a la diabetes, lo que es aproximadamente 318 millones de dólares al año (Hernández-Romieu, Elnecavé-Olaiz, Huerta Uribe, y Reynoso-Noverón, 2011).³

Según estadísticas de la Federación Internacional de la Diabetes (IDF, por sus siglas en inglés), en 2011 murieron 4.8 millones de personas a consecuencia de la diabetes, y se gastaron 471 billones de dólares en su atención médica y la mitad, tenía menos de 60 años de edad (IDF, 2012).³

La diabetes mellitus es un problema de salud pública en México. El coste directo de la diabetes para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se estimó en US \$ 452, 064,988 y el coste medio por paciente fue de US \$ 3,193.

El Trastorno depresivo mayor, es una afección frecuente que afecta cerca de 7% de la población general, con una relación en mujeres/hombres de casi 2:1, suele iniciar entre los 25 y los 29 años, pero en cualquier edad puede presentarse, por lo tanto repercute en la salud de personas en edad productiva, afectando también el factor económico y laboral en la persona como en todos los entornos en donde se desenvuelve, familia, trabajo, comunidad.

Entonces, según las estadísticas, otro factor que magnifica el problema es que la Diabetes mellitus afecta a personas de todas las edades, y últimamente se ha visto el crecimiento de casos en niños, jóvenes y adultos jóvenes, personas en edad productiva que se han convertido en víctimas de ésta enfermedad incurable. De acuerdo con la Encuesta de Nutrición y Salud de México (ENSANUT), la diabetes afecta aproximadamente el 9,2% de los adultos de 20 años o mayores. Lo que se traduce en años potenciales de vida perdidos, ausentismo laboral secundario a las complicaciones propias que la enfermedad trae consigo.

En todo el mundo, todas las personas han escuchado de ésta enfermedad, y en mayor o menor medida tienen conocimiento sobre la misma, sin embargo se vive la vida ampliamente, en muchas ocasiones llena de excesos perjudiciales para la salud, sin dedicar tiempo a la cultura de prevención, ya que todos creen que son inmunes a ésta condición. El problema es cuando desafortunadamente, y sin esperarlo, o viéndolo venir pero sin aceptar la realidad, el afectado eres tú, o alguien de tu familia nuclear, o en el caso de los médicos, tus pacientes, que cada vez van en aumento, el impacto emocional que crea recibir el diagnóstico de ser portador de diabetes mellitus. Y es que, la magnitud del problema no sólo es aportada por factores en la economía de las instituciones de salud públicas, en las empresas donde se desenvuelven como trabajadores los enfermos de diabetes mellitus, sino también por factores sociales, afectando en primer lugar el estado emocional del paciente, y en segundo el de su familia.

La prevalencia de la depresión entre la población general varía de 5 a 10%; en los pacientes con diabetes es más elevada: 30 a 65%.⁸ Y con justa razón aumenta la prevalencia en los pacientes diabéticos, gracias al impacto emocional que genera el saberse afectados con la pérdida de un bien tan preciado como lo es la salud.

En la consulta médica es ya cotidiano atender pacientes diabéticos de larga, mediana o corta evolución, sin embargo también se observa en la consulta pacientes que recientemente han sido diagnosticados, y es a ellos, donde un

conjunto de emociones afecta sus pensamientos, ejerciendo gran influencia sobre sus acciones y decisiones, se ven embargados por sentimientos de culpa, de ira, frustración, se sienten excluidos, rechazados, quizá por las limitaciones, y renuncias que la diabetes ocasiona, o por el hecho de perder un bien que creían tener, como es la salud, entre muchas otros factores que actúan en cada persona.

A parte del daño emocional que ejerce la depresión en los pacientes diabéticos, también desarrolla un efecto sinérgico malo en pacientes con DM2, aumentando el riesgo de complicaciones tanto de micro y macro-vasculares, aumento de los niveles de glucemia, la predicción de una mayor mortalidad. Tanto la diabetes y la depresión reducen la calidad de vida de un individuo, pero en conjunto tienen un impacto más negativo.⁹

El problema es cuando síntomas de depresión van más allá de lo esperado y el paciente adopta una posición de mala adherencia terapéutica, ya sea que toma mal el medicamento, o que en definitiva no lo consume, se resiste a iniciar el tratamiento cuyo objetivo es ayudar a controlar sus niveles séricos de glucosa, generando mayores gastos al sistema de salud, debido a que se le está proporcionando el medicamento al paciente, sin embargo no se logra llegar a metas terapéuticas.

Porcentaje de gastos por mala adherencia terapéutica en DM2.

En éste trabajo, se plantea el problema de la mala adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico, y se intenta dilucidar si ésta conducta es ocasionada por depresión en el paciente.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe relación entre depresión oculta y la adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad médica?

JUSTIFICACIÓN

La falta de adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 dificulta lograr los objetivos de control terapéutico, además es una de las causas de fracaso terapéutico, ya que el médico puede hacer el máximo esfuerzo por dar el mejor tratamiento, y aun así no ver resultado en los controles glucémicos del paciente, lo cual genera mayores gastos económicos en la inversión de compra de medicamentos e insumos para la curación de complicaciones del paciente

diabético, y que, aún después de todo el esfuerzo por darle una buena atención médica y todo el medicamento necesario, no permite visualizar un resultado favorable en la salud y control de la enfermedad del paciente.

Una de las comorbilidades que contribuye a que el paciente sea incumplidor con su tratamiento, es la depresión, que muchas veces está presente en los pacientes diabéticos, pero permanece oculta, sin ser diagnosticada, pero sí haciéndose presente con alteraciones en el complejo comportamiento humano que llevan al paciente a no cumplir el tratamiento indicado por su médico.

Por lo tanto, el evidenciar qué relación existe entre depresión oculta y la conducta de mala adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico es de gran utilidad para ayudar al paciente a solucionar en primer lugar el problema de depresión en su vida, y posteriormente su patología orgánica de base, que es la diabetes mellitus, y así llevar al paciente a metas de tratamiento cumplidas para su beneficio personal y para el beneficio en la economía del instituto, llevando a optimizar el uso de los recursos.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre depresión oculta y la adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad médica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Aportar estadísticas en cuanto al número de pacientes recién diagnosticados con Diabetes mellitus tipo 2.
2. Detectar los casos de pacientes que cursen con depresión sin haber sido diagnosticados.
3. Determinar el número de pacientes diabéticos con mala adherencia al tratamiento, no importando qué tipo de fármacos se están utilizando para llegar al control glucémico.

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Hipótesis de trabajo

Existe relación entre depresión oculta y mala adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad médica.

Hipótesis nula

No existe relación entre depresión oculta y mala adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad médica.

ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES

1. VARIABLE DEPENDIENTE:

Mala adherencia terapéutica

2. VARIABLE INDEPENDIENTE:

Depresión oculta

1. VARIABLE DEPENDIENTE: MALA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

- **Definición conceptual:**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el cumplimiento o la adherencia terapéutica como la magnitud con la cual el enfermo sigue las instrucciones médicas para llevar a cabo un tratamiento.¹²

- **Definición operacional:**

Para fines del estudio es el tipo de cumplimiento en las recomendaciones médicas que tiene una persona, sus indicadores son las 4 preguntas del Test de Morisky-Green que permite catalogar el tipo de adherencia a un tratamiento, es una variable de tipo cualitativa dicotómica en escala de medición nominal, sus categorías son: si tiene adherencia terapéutica y no tiene adherencia terapéutica.

- **Indicador:**

Lo referido por el paciente al contestar el Tes de Morisky-Green.

- **Tipo de variable:**

Cualitativa

- **Escala de medición de la variable:**

Nominal dicotómica

Respuesta: Sí/No (Sí tiene buena adherencia terapéutica/NO tiene buena adherencia terapéutica).

- **Categoría de la variable**

1. Sí tiene buena adherencia terapéutica
2. NO tiene buena adherencia terapéutica

2. VARIABLE INDEPENDIENTE: DEPRESIÓN OCULTA

- **Definición conceptual:**

Trastorno depresivo mayor, según el DSM-V Un episodio depresivo mayor debe cubrir cinco requisitos principales. Debe presentar (1) una calidad depresiva del estado de ánimo depresivo (o pérdida del interés o el placer) (2) durante un periodo mínimo, (3) acompañada de cierto número de síntomas, (4) que genere malestar o discapacidad y (5) no transgreda ninguno de los criterios de exclusión que se mencionan.

Duración: presencia de síntomas la mayor parte del día, casi todo el día, por lo menos dos semanas.

Síntomas: se debe presentar al menos cinco de los siguientes síntomas: Estos cinco deben incluir depresión del estado de ánimo o anhedonia, y las manifestaciones en general deben indicar que el individuo tiene un desempeño más bajo que antes.

Pérdida de apetito y peso (o incluso incremento de apetito y peso), problemas para dormir (insomnio o hipersomnias), además fatiga, enlentecimiento psicomotor, algunos pacientes deprimidos se sienten tan ansiosos que desarrollan agitación, autoestima baja o culpa, dificultad para la concentración (real o percibida). Los síntomas depresivos más graves de todos son las ideas de muerte, los deseos de muerte y las ideas suicidas, puesto que existe un riesgo real de que la persona actúe con éxito.⁶

Depresión oculta: presencia de síntomas de depresión sin haberse realizado el diagnóstico.

- **Definición operacional:**

Presencia de depresión según la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), que se considera positiva para diagnóstico de depresión con un puntaje de 16 o más.

- **Indicador:**

Lo referido por el paciente al contestar la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD).

- **Tipo de variable:**

Cualitativa

- **Escala de medición de la variable:**

Nominal dicotómica

Respuesta: Sí/No (Sí tiene depresión/NO tiene depresión).

- **Categoría de la variable**

1. Sí tiene depresión
2. NO tiene depresión.

Variables descriptoras

- **Edad:** Se define como el número de años que van desde el nacimiento hasta la edad actual de la persona. Para fines de éste estudio, son los años cumplidos hasta la fecha actual (fecha en que se contesta la encuesta), expresado por el paciente, es una variable cuantitativa, policotómica, escala de medición ordinal.
- **Género:** El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. ¹⁸ En éste estudio, son las características fenotípicas observadas en el participante, se mide por descripción observacional al paciente, categorizando en masculino o femenino, es una variable cualitativa, dicotómica, en escala de medición nominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Universo

Diabéticos de reciente diagnóstico.

Población

Diabéticos de reciente diagnóstico derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Muestra

Diabéticos de reciente diagnóstico derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 94 (UMF 94).

Tipo de muestreo

No probabilístico por conveniencia.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Inclusión

- Diabéticos de reciente diagnósticos (3 meses de evolución).
- Ambos géneros.
- Acepten participar voluntariamente bajo consentimiento informado.

Exclusión

- Que contesten de manera incompleta los instrumentos o los datos sociodemográficos.

Diseño de estudio

Estudio analítico, observacional, transversal y prospectivo.

Determinación estadística del tamaño de la muestra

Se tomaron en cuenta los pacientes diabéticos de reciente diagnóstico (hasta 3 meses de evolución) de la Unidad de Medicina Familiar No. 94 IMSS, mediante información de ARIMAC, en el periodo comprendido de mayo a julio del 2017, siendo un total de 84 pacientes, se calculó la muestra con el 5% de porcentaje de error, con un 95% de nivel de confianza, y con un tamaño de población de 84 pacientes, estimando una muestra recomendada de 52 pacientes.

Procedimiento para integrar la muestra

Una vez autorizado el protocolo de investigación, por el comité local de investigación (CLIEIS), se procedió a localización de los pacientes designados,

mediante la base de datos aportada por ARIMAC, con apoyo de asistentes médicas de los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar, se localizó el día y horario de consulta de cada paciente, para tener contacto con los participantes y se les aplicaron las encuestas previo consentimiento informado.

INSTRUMENTOS

Depresión

Para evaluar la presencia de depresión en los pacientes diabéticos de reciente inicio, se usó la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD), que es un instrumento de tamizaje, útil para detectar casos nuevos de depresión, y se basa en la realización de una serie de preguntas de la sintomatología presentada por el paciente durante la última semana.

La CES-D ha demostrado ser una herramienta útil, económica, de fácil y rápida aplicación, en un formato auto aplicable, ya que no se necesita personal especializado para su calificación, además el propio paciente la puede contestar. Una vez reconocida la importancia de la depresión, el interés por su investigación ha sido consistente en México durante las últimas décadas y la CES-D ha sido uno de los instrumentos más empleados por su fácil aplicación, utilidad y por economía. Además es muy fácil de evaluar, e interpretar, el resultado es la suma del puntaje de 20 preguntas, con un rango de posibilidades de puntaje desde el 0 hasta el 60, si faltan más de cuatro preguntas, no se evalúa el cuestionario CES-D. Y para interpretarlo, una puntuación de 16 puntos o más se considera como depresión.¹³

El CESD consta de 20 reactivos que se registran de 0 a 3 puntos de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia de cada síntoma durante inmediata anterior y el rango teórico de posibles valores fluctúa entre 0 y 60. Para fines de investigación, un puntaje de 16 o más se ha definido como indicador de niveles altos de sintomatología depresiva.¹⁹

Se anexa formato de encuesta (Anexo 1).

Adherencia terapéutica

Para la medición de la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico, se usó el Test de Morisky-Green, éste método, está validado para diversas enfermedades crónicas, incluyendo para Diabetes mellitus, desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine para la valoración del cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA).

Las preguntas, que se realizan entremezcladas con la conversación y de forma cordial y atenta 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 se considera como cumplidor o con buena adherencia al tratamiento si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, la forma correcta es la siguiente: 1. No, 2. Sí, 3. No, 4. No.

Se anexa formato de encuesta (Anexo 2)

Hoja de recolección de la información

Para recolectar la información correspondiente a las variables se realizó una hoja de recolección de datos para cada uno de los dos instrumentos utilizados.

(Anexo 3)

Aspectos estadísticos

Se realizó un estudio analítico, observacional, transversal, prospectivo, en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico, se aplicó el test CESD para depresión y el test de Morisky Green para adherencia terapéutica, para el análisis de resultados se utilizó estadística analítica, mediante el programa SPSS aplicando la prueba Chi cuadrada, el comportamiento de las variables se muestra en cuadros y gráficas.

ASPECTOS ÉTICOS

De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, se considera que la realización de este estudio de investigación presenta un riesgo mínimo para la salud e integridad de los participantes.

Este protocolo se diseñó en base a los principios éticos para las investigaciones en seres humanos, promulgado por la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki, cumpliendo con los postulados del mismo.

Tuvo como principio general identificar la frecuencia de mala adherencia terapéutica en relación con depresión oculta en diabéticos de reciente diagnóstico mediante el análisis de los resultados de dos test de evaluación tanto de adherencia terapéutica como de depresión oculta.

Se considera, que el presente estudio no representó riesgo para los pacientes ni para el medio ambiente, primeramente porque no se incluye a población vulnerable, se protegió su integridad y confidencialidad, solo se llevó a cabo la recolección de datos por medio de los resultados de los test que se aplicaron.

Normas de apego

El presente protocolo de investigación es un trabajo con apego y consideración a la Ley General de Salud en el artículo 17 fracción 1, el cual lo cataloga como una investigación documental, ya que no modifica las condiciones fisiológicas, psicológicas y sociales de los participantes del estudio, utilizando un cuestionario para recabar la información.

Riesgo de la investigación

Según los lineamientos nacionales e internacionales de buenas prácticas clínicas, las reglas y normas institucionales, y bajo la supervisión de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), este trabajo se considera sin riesgo para los participantes.

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto

Cada participante se benefició en conocer cuál es el estado que tiene de adherencia terapéutica, así como, en su caso, se enteró de tener depresión que no había sido diagnosticada. El beneficio para la sociedad, es que se identificó por tamizaje, depresión con referencia a su médico para envío a psiquiatría en su caso, y orientar en las áreas de oportunidad para tener una buena adherencia a su tratamiento.

Balance riesgo beneficio

El estudio no representa ningún riesgo para los participantes, ni para los investigadores, ya que para su realización sólo se necesitó contestar dos encuestas, lo cual sí representó en beneficio del participante.

Confidencialidad

La información obtenida de los participantes se estableció en registros anónimos, y sólo se otorgó un código interno (folio) para identificar el número de participantes.

Condiciones para el consentimiento informado

La participación en el presente protocolo de estudio fue a libre voluntad y con previo consentimiento informado; el investigador responsable es quien explicó en lenguaje coloquial a cada participante el documento denominado consentimiento informado, hasta cerciorarse que cada participante, y los testigos, entendieron cabalmente lo que se les explicó, tras la invitación a participar en el estudio, pudo

decidir el acceder o no, y entender que pudo retirarse del estudio en el momento que lo deseó con la seguridad de que no tuvo represión alguna, además de que se les explicó que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

Forma de selección de los participantes

Se localizaron a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, mediante la información obtenida por ARIMAC en la UMF 94 IMSS.

RECURSOS

Humanos: investigadores involucrados, y participantes.

Físicos: instalaciones de un primer nivel (UMF 94), salas de espera y consultorios.

Materiales: artículos de papelería (bolígrafos), dos encuestas, consentimiento informado.

Tecnológico: equipo de cómputo.

Financieros: aportados por los investigadores

Difusión del estudio

Este protocolo de estudio se proyectó como sesión médica de la unidad y se publicará en una revista indexada.

Programa de trabajo

Este protocolo inicia en abril 2017, tras cursar el seminario de Investigación I, planteando una problematización y con esto la pregunta de investigación, realizando posteriormente el marco teórico, se eligieron los dos tests empleados de adherencia terapéutica y depresión, se determinaron los criterios de inclusión, se determinó la población en la Unidad de Medicina Familiar y se calculó la muestra, se localizó a los pacientes y durante diciembre 2017 se aplicaron las dos encuestas (Escala CESD y Test de Morisky-Green), previo consentimiento informado, posteriormente se procedió a la recolección y a la realización de gráficas de los datos obtenidos, interpretación de los resultados, análisis y comentarios.

Cronograma (anexo 4)

RESULTADOS

Con un total de 52 participantes, 50% género femenino y 50% del género masculino, respecto a edad, el mayor porcentaje de participantes con un 44.2% se encontró en el rango de 51 a 60 años de edad.

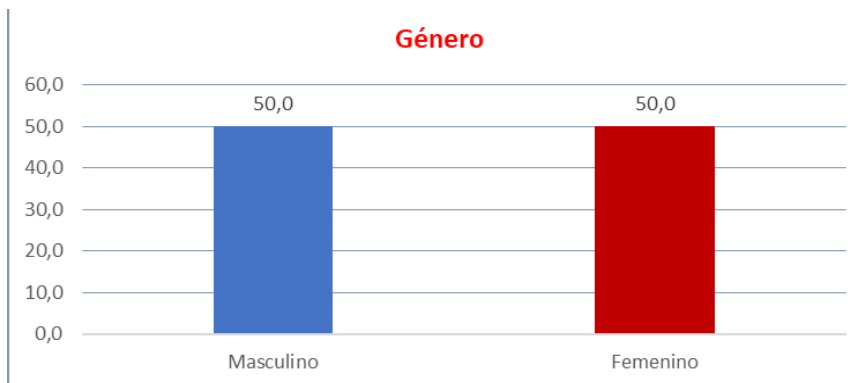
Se obtuvo un 63.5% de participantes con depresión y un 88.5% del total de los participantes con mala adherencia terapéutica.

Se aplicó la prueba chi cuadrada y se obtuvo un valor de $p = 0.103$, $p > \alpha$:

Por lo tanto, no se puede concluir que las variables están asociadas, $0.103 > 0.05$. Se acepta la H_0 (hipótesis nula) por lo tanto No existe relación entre depresión oculta y mala adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico.

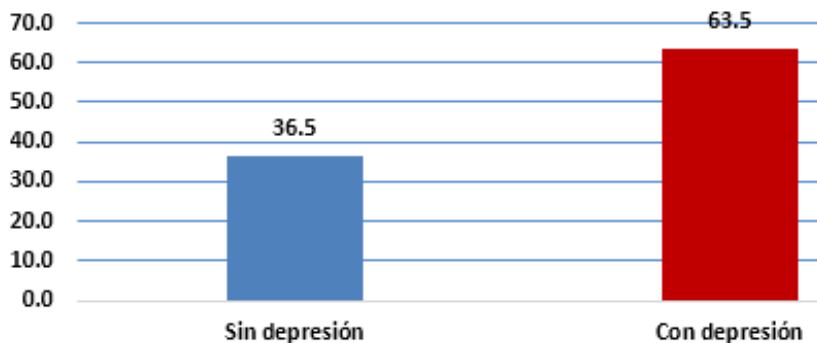
No hay suficiente evidencia para concluir que las variables están asociadas.

Gráfica 1- Frecuencia de género de diabéticos de reciente diagnóstico



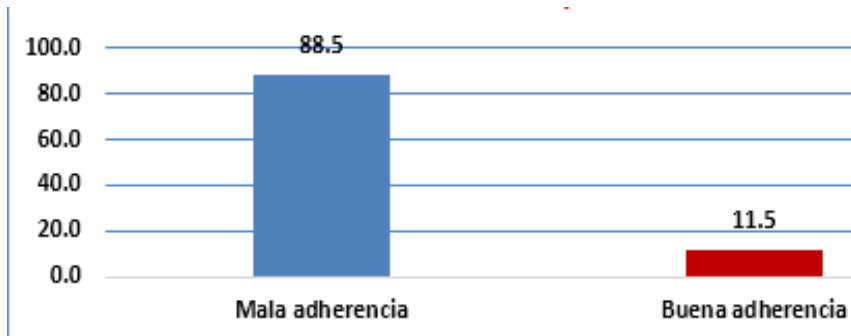
Fuente: CESD y Morisky-Green aplicado a diabéticos de reciente diagnóstico de la UMF 94 del IMSS en octubre del 2017.

Gráfica 2- Frecuencia de Depresión en diabéticos de reciente diagnóstico



Fuente: Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD) aplicado a diabéticos de reciente diagnóstico de la UMF 94 del IMSS en octubre del 2017.

Gráfica 3-Frecuencia del tipo de Adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico



Fuente: Test Morisky-Green aplicado a diabéticos de reciente diagnóstico de la UMF 94 del IMSS en octubre del 2017.

ANÁLISIS DE RESULTADOS:

De acuerdo a los resultados obtenidos en este estudio, el 88.5% de los participantes tiene mala adherencia terapéutica, según estudios previos se confirma que existe mala adherencia terapéutica en los participantes de enfermedades crónicas como diabetes.

En cuanto a la variable depresión oculta se observa que el 63.5% de los participantes tiene depresión, algo esperado en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes mellitus.

Sin embargo, al aplicar la prueba estadística chi cuadrada para ver la asociación entre estas dos variables, se encontró que no existe relación entre las variables depresión oculta y adherencia terapéutica, por lo que se rechaza la hipótesis de este estudio.

Se puede inferir que la depresión oculta sólo es una de las múltiples causas de mala adherencia terapéutica en el paciente diabético de reciente diagnóstico.

CONCLUSIONES:

En los diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad de medicina familiar no es significativa la relación entre depresión oculta y mala adherencia terapéutica.

SUGERENCIAS:

Se sugiere realizar el estudio aplicando instrumentos de diagnóstico y no de tamizaje, como por ejemplo criterios diagnósticos DSM-V.

Se sugiere seguimiento a los pacientes con tamizaje positivo para depresión, darles tratamiento y realizar un nuevo estudio evaluando el cambio en la adherencia terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes, Resumen de Orientación. WHO; 2016. WHO/NMH/NVI/16.3.
2. American Diabetes Association. Introduction. Diabetes Care. 2016;39(Suppl. 1):S1–S2.
3. Estadísticas Diabetes INEGI 2013. [Internet]. Federación Mexicana de Diabetes. Aguascalientes: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; c2013[actualizado 2014 Nov 14; citado 2016 Sept 30] Federación Mexicana de Diabetes [aprox. 2 pantallas]. Disponible en: <http://fmdiabetes.org/estadisticas-diabetes-inegi-2013/>
4. Rodríguez Calvín J, Zapatero Gaviria A, Martín Ríos M. Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. Revista Clínica Española (English Edition). 2015;215(3):156-164.
5. Sánchez-Cruz J, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez S, Yáñez-González R. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Atención Familiar. 2016;23(2):43-47.
6. Morrison J, Enríquez Coterá G, Mendoza Velásquez J. DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico. 1ª ed. México D. F: El Manual Moderno; 2015.
7. Rivera Hernández M. Depression, self-esteem, diabetes care and self-care behaviors among middle-aged and older Mexicans. Diabetes Research And Clinical Practice. 2014;(105):70-78.
8. Serrano CI, Zamora KE, Navarro MM, Villarreal E. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. Med Int Mex. 2012;28(4):325-328.
9. Badescu SV, Tataru C, Kobylinska L, Georgescu EL, Zahiu DM, Zagrean AM, Zagrean L. The association between Diabetes mellitus and Depression. Journal of Medicine and Life. 2016;9(2):120-125.
10. Siddiqui S. Depression in type 2 diabetes mellitus-A brief review. Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 2014;(8):62-65.
11. Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008;40(8):413-417.
12. Salinas E, Nava MG. Adherencia terapéutica. Enf Neurol (Mex). 2012;11(2):102-104.
13. Stop-tabac.ch: Cuestionario CES-D sobre la depresión [Internet]. Stoptabac. Ch. 2017 [cited 30 September 2016]. Available from: <http://www.stoptabac.ch/sp/CESD/>
14. Li R, Sundar SS, Lipman R, Burrows NR, Kolb LE, Rutledge S. Diabetes Self-Management Education and Training Among Privately Insured Persons with Newly Diagnosed Diabetes — United States, 2011–2012. MMWR. 2014 Nov 21;63(46):1045-1049.

15. Pikkemaat M, Melander O, Hjerpe P, Bengtsson Boström K. Prediction of treatment response in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: the Skaraborg diabetes register. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2017;31(5):853-858.
16. Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment. *Diabetes Care*. 2016;40(Supplement1):S64-S74.
17. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016 Informe Final de Resultados. [Internet]. 2017 [cited 29 August 2017]. Available from: http://oment.uanl.mx/wp-content/uploads/2016/12/ensanut_mc_2016-310oct.pdf
18. Género: [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2017 [cited 8 November 2017]. Available from: <http://www.who.int/topics/gender/es>
19. ResearchGate: [Internet]. 2017 [cited 8 November 2017]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/290194223_Evaluation_del_inventario_de_depresion_del_CES-D_en_mujeres_de_la_zona_rural_del_Norte_de_Mexico

ANEXOS

Anexo 1 Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD)

Las preguntas siguientes se refieren a lo que usted ha sentido en el transcurso de la semana que acaba de pasar:

Durante la semana pasada:	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)
He sido contrariado(a) por cosas que de costumbre no me molestan				
No he tenido ganas de comer, me falta de apetito				
He tenido la impresión que NO podía quitarme la morriña, aunque tuviera la ayuda de mi familia y de mis amigos				
He tenido el sentimiento de ser tanto como los demás				
Me cuesta concentrarme sobre lo que hago				
Me he sentido deprimido (a)				
Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)	
He tenido la impresión que toda acción me pedía un esfuerzo				
He confiado en el futuro				
He pensado que mi vida era un fracaso				
Me he sentido temeroso (a)				
He dormido muy mal				
He sido feliz				

Hablo menos que de costumbre				
	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)
Me he sentido solo(a)				
Los demás fueron hostiles hacia mi				
He sacado provecho de mi vida				
He tenido crisis de llanto				
Me he sentido triste				
Tengo la impresión de que la gente no me quiere				
He carecido de ánimo				
	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)

Anexo 2

Instrumento

TEST MORISKY – GREEN

Marque con una **X** el cuadro con la opción correcta

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
Sí No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Sí No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Sí No

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Sí No

Anexo 3

Hoja de recolección de información

DEPRESION OCULTA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETICOS DE RECIENTE DIAGNOSTICO DE UNA UNIDAD MEDICA

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD)

Folio: _____ Género: _____ Edad: _____

Las preguntas siguientes se refieren a lo que usted ha sentido en el transcurso de la semana que acaba de pasar:

Marque con una **X** el cuadro con la opción correcta

Durante la semana pasada:	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)
He sido contrariado(a) por cosas que de costumbre no me molestan				
No he tenido ganas de comer, me falta de apetito				
He tenido la impresión que NO podía quitarme la morriña, aunque tuviera la ayuda de mi familia y de mis amigos				
He tenido el sentimiento de ser tanto como los demás				
Me cuesta concentrarme sobre lo que hago				
Me he sentido deprimido (a)				
Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)	
He tenido la impresión que toda acción me pedía un esfuerzo				
He confiado en el futuro				

He pensado que mi vida era un fracaso				
Me he sentido temeroso (a)				
He dormido muy mal				
He sido feliz				
Hablo menos que de costumbre				
	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)
Me he sentido solo(a)				
Los demás fueron hostiles hacia mi				
He sacado provecho de mi vida				
He tenido crisis de llanto				
Me he sentido triste				
Tengo la impresión de que la gente no me quiere				
He carecido de ánimo				
	Nunca, muy raramente (menos de un día)	Ocasionalmente (1 a 2 días)	Bastante a menudo (3 a 4 días)	Frecuentemente, todo el tiempo (5 a 7 días)

Anexo 3 Continuación

Hoja de recolección de información DEPRESION OCULTA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETICOS DE RECIENTE DIAGNOSTICO DE UNA UNIDAD MEDICA TEST DE MORISKY-GREEN

Marque con una **X** el cuadro con la opción correcta

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
Sí No

2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
Sí No

3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
Sí No

4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
Sí No

Anexo 4

Cronograma de Actividades

**DEPRESION OCULTA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETICOS DE
RECIENTE DIAGNOSTICO DE UNA UNIDAD MEDICA**

Actividades	MES (año)	ABRIL 2017	AGOSTO 2017	OCTUBRE 2017	NOVIEMBRE 2017	DICIEMBRE 2017	ENERO 2018	FEBRERO 2018
Elaboración del protocolo		P						
		R						
Selección de los instrumentos			P					
			R					
Elaboración de la hoja de recolección de datos				P				
				R				
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo					P			
					R			
Recolección de la información						P		
						R		
Elaboración de la base de datos						P		
						R		
Captura de la información						P		
						R		
Procesamiento de Datos						P		
						R		
Análisis de los Resultados						P		
						R		
Elaboración del escrito científico							P	
							R	

P= programado

R= realizado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS 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:	DEPRESION OCULTA Y ADHERENCIA TERAPEUTICA EN DIABETICOS DE RECIENTE DIAGNOSTICO DE UNA UNIDAD MEDICA
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México, UMF No. 94, Diciembre del 2017
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	<p>La falta de adherencia terapéutica en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 dificulta lograr los objetivos de control terapéutico. Una de las comorbilidades que contribuye a que el paciente sea incumplidor con su tratamiento, es la depresión.</p> <p>Por lo tanto, el evidenciar qué relación existe entre depresión oculta y la conducta de mala adherencia terapéutica en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico es de gran utilidad para ayudar al paciente a solucionar en primer lugar el problema de depresión en su vida, y posteriormente controlar diabetes mellitus, y para el beneficio en la economía del instituto, llevando a optimizar el uso de los recursos.</p> <p>Determinar la relación entre depresión oculta y la adherencia terapéutica en diabéticos de reciente diagnóstico de una unidad médica.</p>
Procedimientos:	La participación consistirá en llenado de dos cuestionarios.
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo invertido para contestar el cuestionario.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Identificar por tamizaje depresión con referencia a su médico para envío a psiquiatría en su caso, y orientar en las áreas de oportunidad para tener una buena adherencia a su tratamiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre depresión y mala adherencia terapéutica, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro	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 IMSS
Privacidad y confidencialidad:	No se identificará el nombre de la paciente en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Identificar la frecuencia de depresión que no ha sido diagnosticada y que también presenta mala adherencia terapéutica, en pacientes diabéticos de reciente diagnóstico en la UMF 94.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dr. Rodrigo Villaseñor Hidalgo, Matrícula: 99366361, Teléfono: 5767 27 99, extensión: 21407. Correo electrónico: rodriguin60@hotmail.com
Colaboradores:	Residente de Medicina Familiar Alanís Sánchez Ana Lilia, Matrícula: 98369913, Teléfono: 5542358388, Correo electrónico: ana.alanis.sanchez@gmail.com
<p>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</p>	

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