



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

DR. RAFAEL SERRANO

**Síntomas depresivos y apego al Tratamiento en Diabéticos del
Grupo de Ayuda Mutua del Centro de Salud de Luvianos México durante
febrero a julio del 2015**

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA**

PRESENTA:

Dr. Héctor Escutia Martínez

Asesor Metodológico y Experto:

Dra. Teresita Romero Ogawa

Cuerpo Académico Ciencias de la Conducta

Facultad de Medicina BUAP

PUEBLA, PUE.

DICIEMBRE 2015

Agradecimientos.

A los Servicios de Salud del Estado de Puebla e Instituto de Salud Del Estado de México mi más sincero agradecimiento por la beca.

Al Hospital Psiquiátrico "Dr. Rafael serrano" por la formación académica y mi permanencia durante la Especialidad.

A la Dra. Teresita Romero Ogawa por su enorme apoyo, su intelecto y energía son una inspiración para mí.

A la Dra. Silvia Herrera García por su confianza, orientación y apoyo.

A mi familia por inspirarme a seguir adelante en mi superación académica.

.

INDICE

	Pagina
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCION	3
3. ANTECEDENTES	4
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
5. OBJETIVOS	15
6. MATERIAL Y METODOS	16
7. RESULTADOS	18
8. DISCUSION	21
9. CONCLUSIONES	23
10. REFERENCIAS	24

1.- RESUMEN

Introducción: La OMS considera la falta de apego terapéutico un problema prioritario de salud pública debido a sus consecuencias negativas. Se ha documentado en la literatura que la presencia de síntomas depresivos favorece el no apego al tratamiento.

Objetivo: Determinar la relación entre síntomas depresivos y el apego terapéutico en pacientes diabéticos tipo 2.

Material y métodos: Escrutinio, transversal, ambilectivo, homodémico y comparativo. Pacientes: con diagnóstico confirmado de diabetes mellitus tipo 2, pertenecientes del grupo de Ayuda Mutua, de cualquier sexo y edad que aceptaron participar en el estudio. Instrumentos: se emplearon el cuestionario PHQ-9 para síntomas depresivos, el cuestionario sobre conocimiento de la diabetes tipo2 y apego terapéutico del INNZ ambos ya validados en español; también se tomaron algunos datos de la historia clínica.

Resultados: Se evaluaron 80 pacientes, 54 mujeres (67.5%) y 26 hombres (32.5%). La prevalencia de síntomas depresivos (puntuación de 5 o más en el PHQ-9) fue del 70% (n=56), siendo un cuadro depresivo mayor en 12 pacientes (15%) y cuadro depresivo menor en 44 (55%). En cuanto a edad, el promedio para todos fue de 55.2 años, en los pacientes sin depresión la edad fue significativamente menor (51.5 vs. 56.4 años). El 50% de los encuestados reportó apego a medicamentos y al comparar la puntuación obtenida en el PQH-9 según las tres dimensiones de apego (medicamentos, actividad física y dieta) todos los pacientes con/sin apego tuvieron promedio de puntuación positiva para cuadro depresivo y las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: La prevalencia de cuadro depresivo fue del 70%. El 50% de los pacientes reportó apego a toma de medicamentos; no hubo diferencia significativa de la puntuación obtenida en el PHQ-9 según apego. Los pacientes con depresión mayor tenían también mayor tiempo de padecer diabetes (promedio 10 años)

siendo significativamente menor en aquellos sin depresión (promedio 6.4 años). Solo un paciente tuvo reporte de cifras de glucosa estables y controladas en los tres meses previos a nuestro estudio.

2.- INTRODUCCIÓN

La depresión suele definirse en base al número de síntomas detectados: con el fin de diagnosticar a una persona una depresión mayor, se debe llevar a cabo una entrevista clínica en la que deberán estar presentes una serie de síntomas.

Las personas con diabetes corren un riesgo como mínimo dos veces mayor de desarrollar depresión en comparación con quienes no la tienen. También se cree que la depresión aumenta el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. Las investigaciones más recientes sobre diabetes y depresión indican que tener ambas afecciones aumenta el riesgo de desarrollar complicaciones diabéticas, como enfermedad cardiovascular y renal. La depresión también puede tener un efecto importante sobre el control glucémico, el autocontrol de la diabetes y la calidad de vida en general. Las personas con diabetes y depresión tienen más probabilidades de morir a una edad temprana. Además, la depresión clínica puede resultar más recurrente, los episodios podrían durar más y el índice de recuperación a largo plazo ser mucho más bajo.

3.- ANTECEDENTES

3.1.- ANTECEDENTES GENERALES:

La diabetes mellitus es una causa importante de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que el número de personas con diabetes en el mundo se ha incrementado de 30 millones en 1995 a 347 millones en la actualidad y se estima que para el 2030 habrá 366 millones. (Jiménez A, et al [2013])

Por otra parte la Federación Internacional de Diabetes (IDF por sus siglas en inglés) estimó que en el 2010 México ocupó la décima posición entre los países con el mayor número de personas con diabetes (6.8 millones). Aunque la información es inexacta (en base a los datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 existían 7.3 millones de casos), el dato es útil para comparar lo ocurrido en México con el resto del mundo. La IDF pronosticó que México ocupará el séptimo sitio en el año 2030 (Aguilar T, et al [2011])

Los pacientes de más de 70 años representan casi el 50% de todos los pacientes con diabetes tipo 2. El cuidado eficaz de la diabetes se basa en dos elementos: atención estructurada y un enfoque centrado en el paciente. Estos elementos llevan a la mejora de los resultados del paciente con diabetes. (Jansink R, et al [2009])

La prevención de la diabetes no ha sido priorizada y todavía no está en la agenda de la política de salud, a pesar de pruebas que demuestren su capacidad para prevenir nuevos casos e incluso para prevenir el síndrome metabólico, las consecuencias de no incluir estas políticas son costosas no solo en el lado de la salud, sino también en otros aspectos de la sociedad, teniendo en cuenta las consecuencias a largo plazo de la incapacidad de la diabetes. (Costa B, et al [2011])

El hecho de ser portador de una enfermedad crónica, además de la problemática relacionada con la terapéutica, pueden ocasionar trastornos psicosociales en los pacientes, su núcleo familiar y social; la diabetes mellitus se ha asociado con una diversidad de trastornos neuropsiquiátricos, entre ellos el trastorno depresivo mayor. (Castillo J, et al [2010])

De lo anterior, surge el concepto de adherencia, entendido como la acción de involucrarse activa y voluntariamente en el manejo de la enfermedad, mediante el desarrollo de un proceso de responsabilidad compartida entre el paciente y los profesionales de la entidad prestadora de servicios en salud. (Alayon A. et al [2008])

En los países en desarrollo el promedio de la adherencia a los tratamientos a largo plazo alcanza sólo el 50 %, siendo incluso menor en los países en vías de desarrollo. En promedio, sólo uno de cada tres pacientes sigue de manera correcta las indicaciones de su médico, con adherencias diferentes para cada componente, mayores para la toma de medicamentos, aun en casos de polifarmacia y menores para ejercicio y dieta.

Adherencia en diabetes mellitus

Cuando los pacientes con diabetes no se adhieren a las prescripciones de sus medicamentos la eficacia de los medicamentos decae, así como su control de la glucemia. Por consiguiente, existe un mayor riesgo de complicaciones agudas y crónicas, que conduce a ingresos hospitalarios innecesarios. Una revisión sistemática de la adherencia a medicamentos para la diabetes informó frecuencias de entre 36% a 93%. Esta variación se debió en parte al método utilizado asociado para determinar la adherencia y, de hecho, mientras que la tasa de cumplimiento en los pacientes que toman sulfonilureas fue de 74.5% con control electrónico, la adherencia auto-reportada fue del 92.4%. (Martínez Y, et al [2008])

Impacto de la depresión en el autocuidado, adherencia terapéutica y/o control metabólico

Un equipo multidisciplinario liderado por Lin E et al. Del Centro de Estudios de la Salud del Grupo Cooperativo de Salud (GHC) y el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, estudiaron a 4,463 pacientes con

diabetes completaron un cuestionario de evaluación de auto-cuidado, control de diabetes y depresión. La depresión mayor estaba presente entre el 12% de la muestra de Lin et al. En atención primaria con diabetes y fue más frecuente entre mujeres con diabetes que los hombres (14.4 vs. 9.8%). Centrándose en los pacientes con actividades de autocuidado poco frecuente (una vez por semana o menos), los pacientes con depresión mayor fueron más propensos a carecer de actividades de autocuidado en comparación con los pacientes sin depresión mayor. La depresión mayor se asoció con la ingesta infrecuente de frutas y vegetales (32.4 vs 21.1%) y el consumo de grasa más frecuente (15.5 vs. 11.9%). Los pacientes deprimidos también eran más sedentarios que los pacientes no deprimidos, con casi dos tercios (62.1%) que informaron de una sesión de ejercicio una vez o menos en la semana anterior. En contraste, no hubo diferencias entre los pacientes deprimidos y no deprimidos con respecto a la frecuencia de las actividades de autocontrol de glucosa en la sangre o chequeo de los pies para úlceras o infecciones. (Lin E, et al [2004])

En el mismo estudio de Lin et al. Los pacientes diabéticos con depresión mayor mostraron una menor adherencia de los pacientes diabéticos sin depresión mayor con tres clases de medicamentos examinados: hipoglucemiantes orales, antihipertensivos y agentes hipolipemiantes. En promedio, los pacientes deprimidos eran no adherentes a los medicamentos hipoglucemiantes orales 80 días en el año anterior en comparación con 62 días para los pacientes no deprimidos, y el porcentaje medio de días no adherentes fue de 24.5% en los pacientes deprimidos en comparación con 18.8% en pacientes no deprimidos. Ajustando por covariables se redujo pero no eliminó las diferencias en la adherencia de los pacientes deprimidos y no deprimidos (diferencia ajustada 3.62 [IC del 95% 1.18 a 6.6], $P < 0.005$). De una manera similar, los pacientes deprimidos tenían menos adherencia con los medicamentos antihipertensivos y de reducción de lípidos en comparación con los pacientes no deprimidos con diabetes. (Lin E, et al [2004])

En el meta-análisis realizado por González et al. (González J, et al [2008]) se muestra que la relación entre la depresión y peor autocuidado difieren

dependiendo del tipo de auto-cuidado medido. El efecto fue más fuerte y homogéneo para estudios de citas médicas perdidas. La adhesión a este tipo de auto-cuidado es único, ya que requiere un comportamiento interpersonal. Clínicamente, la depresión se asocia con alteraciones en el comportamiento interpersonal, como el aislamiento social, la separación de las actividades importantes, la evasión, y a menudo con una interrupción de las relaciones interpersonales. Los pacientes con mayores niveles de depresión se ha demostrado que se declaran más insatisfechos con sus médicos. Teniendo en cuenta que las citas perdidas también a menudo se asocian con un aumento de la frustración con el médico, disminución de la empatía y la comunicación paciente-médico, y menos continuidad de la atención, esta relación puede tener importantes ramificaciones para los pacientes deprimidos con diabetes. (González J, et al [2008])

La depresión no sólo se asocia con una alteración de la calidad de vida , sino también con un mal control de la glucemia ,aumento de los riesgos para el desarrollo de complicaciones de la diabetes y una mayor mortalidad ,aunque la relación entre la depresión y la diabetes no se conoce del todo su prevalencia es relativamente alta en comparación con los individuos no diabéticos , los pacientes con diabetes tipo 2 tienen un 24 % más de riesgo de desarrollar depresión. (Chen B, et al [2013])

Por otra parte la depresión en los pacientes con diabetes tipo 1 y tipo 2 se ha relacionado con factores psicosociales estresantes de la enfermedad. El aumento del riesgo de diabetes tipo 2 en individuos con depresión es probable debido al aumento de la liberación de hormonas contra-reguladoras y su acción, alteraciones en el transporte de la glucosa, y el aumento de la activación de la respuesta inmune inflamatoria. (Mathew C.S, et al [2012])

3.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS:

El estudio de la adherencia a los tratamientos de las enfermedades crónicas resulta especialmente relevante, pues se estima que en la actualidad las cifras de la no adherencia bordean el 50%. En el caso de la DM tipo 2, la no adherencia al tratamiento tiene efectos a corto plazo (hiperglicemia) y largo plazo (complicaciones micro y macro vasculares tales como pie diabético, retinopatía y falla renal). Además, impide evaluar la efectividad de los tratamientos, impacta negativamente en la calidad de vida del paciente, ocasiona al Estado altos costos económicos por pérdida de productividad, recursos asociados a rehabilitación y pensiones de invalidez. (Ortiz M, et al. [2011])

Los factores de riesgo para el no apego terapéutico son los relacionados con el paciente, la enfermedad, el médico tratante, el lugar donde se prescribe el tratamiento y el medicamento en sí. Los estudios sobre este tema muestran que es de 50% de cumplimiento en enfermedades crónicas; y en enfermedades agudas, como la diarrea, varía entre 31% y 49%, con los siguientes factores de riesgo asociados: desconocimiento de la enfermedad, desconfianza de la capacidad del médico, duración de la consulta menor a cinco minutos, falta de comprensión de las indicaciones médicas, escolaridad baja, estado civil e intolerancia a los medicamentos. Otro de los factores asociados con no apegarse al tratamiento terapéutico, es el uso de plantas o productos de origen animal a los cuales les son atribuidas propiedades medicinales. (Durán B, et al [2001])

Una intervención educativa llevada a cabo en 40 pacientes diabéticos y con sobrepeso y/u obesidad por Castro et al. (Castro M, et al. [2014]) Reporto que al final del estudio el 100% de los pacientes llevaba control de las glucosurias, los obesos disminuyeron al 81.2% al año y el control metabólico demostrado con la HbA1c fue del 12.3% al inicio y del 10.2% al finalizar el primer año; concluye que con un programa educativo estructurado mejora la adherencia al tratamiento, el control metabólico y disminuye la prevalencia de complicaciones. (Castro M, et al. [2014])

El 32% de los participantes de la serie de Moral et al. informaron haber olvidado alguna vez tomar los medicamentos, 8% no tomar los medicamentos a

las horas indicadas, 14,5% dejar alguna vez de tomar los medicamentos cuando se encuentran bien y 14% dejar de tomar los medicamentos si alguna vez le sienta mal. (Moral J, et al. [2015])

La depresión es un trastorno mental que afecta un 5-10% de la población en cualquier momento de su vida, y con el riesgo de desarrollarla de 10 - 20%. (Duinkerken E, et al [2012]) En el Manual de Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales V 2013, de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-V), la depresión tiene diferentes sub clasificaciones. Los síntomas principales del trastorno depresivo mayor son: Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1). Estado de ánimo deprimido o (2). Pérdida de interés o de placer, (3). Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, (4). Insomnio o hipersomnia casi todos los días, (5). Agitación o retraso psicomotor casi todos los días, entre otros.

La depresión puede tener especial relevancia clínica en la diabetes ya que las dos enfermedades pueden afectar una a la otra.

En los últimos años; investigadores han postulado que existe una relación bidireccional entre la depresión y la diabetes. (Mohamed T, et al [2011]) Las principales hipótesis que existen actualmente explica la vinculación existente entre la diabetes y la depresión. La primera hipótesis afirma que la depresión precede a la diabetes tipo 2. El estrés crónico asociado con la depresión conduce a hipercortisolemia y puede causar obesidad centrípeta y síndrome metabólico. La depresión está asociada con aumento de los niveles de catecolaminas, glucocorticoides, hormona del crecimiento; cambios en el transporte de la glucosa; y la secreción de citoquinas inflamatorias, lo que podría llevar a la resistencia a la insulina y, en última instancia, ser factores causales en el desarrollo de la diabetes, así como de sus complicaciones. La segunda hipótesis es que los estresores psicosociales de la depresión afectan de manera crónica a los pacientes con diabetes, además de las demandas psicosociales impuestas por la diabetes. (Das R; et al [2013]).

La relación de la edad con la diabetes y la depresión es importante, ya que la edad de aparición se relaciona con el subtipo de diabetes, la depresión tiene su periodo de inicio más frecuente en los primeros años de la edad adulta. (Eaton W; et al [1996])

La importancia de la comorbilidad entre diabetes y depresión va más allá de las medidas epidemiológicas, debido a que los factores neurobiológicos implícitos en ambas demarcan que su relación afecta directamente la evolución de las mismas. Por ejemplo, las alteraciones en el peso corporal están entre los factores biológicos de mayor trascendencia para la depresión; estas variaciones son también comunes en los pacientes con diabetes.

La literatura internacional indica que la pérdida de peso ocurre en alrededor del 50% de los pacientes con depresión de características melancólicas; por el contrario, en la depresión atípica se da el aumento de peso corporal en alrededor de la mitad de los pacientes.

El control del peso corporal es una de las medidas más recomendadas para el manejo correcto de la diabetes; su descontrol se asocia con la presencia de trastornos depresivos, tema que adquiere la mayor importancia en los enfermos diabéticos, al valorar su dieta y el cumplimiento de la misma, para así alcanzar el control de su glucemia y realizar los ajustes necesarios a su tratamiento. (Alviso L, et al [2009])

Cuadro 1. Estudios diversos sobre la asociación de diabetes y depresión

Eaton (1996)	Estados Unidos de Norteamérica	Prospectivo, seguimiento por 13 años. Muestra: 3,481	Depresión: NIMH Diagnostic Interview Schedule (DIS)	OR = 2.23, 95% CI 0.90-5.55). P < 0.1
Eren (2008)	Turquía	Prospectivo, seguimiento por un año. Muestra: 108	Depresión: Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) Hamilton Rating Scale (HRSA)	HRSD: t=-21.48 P=0.000 HRSA: t=-16.51 P=0.000

Bajaj (2012)	India	Transversal. Muestra: 60	Depresión: Beck Depression Inventory (BDI).	Depresión presente en 43.34% P=0.002
Shehatah (2010)	Arabia Saudita	Prospectivo, seguimiento por dos años. Muestra: 458	Depresión: Beck Depression Inventory II (BDI-II).	Puntuación media en BDI- II mayor en diabéticos. Media \pm DE: 7.4 \pm 0.3 vs. 5.0 \pm 0.3; P<0.0001)
Bruce (2013)	Australia	Longitudinal, seguimiento de 3 años. Muestra: 1,551	Depresión: Patient Health Questionnaire (PHQ-9) de 9 ítems.	Depresión actual en el 41.1% P<0.001
Das (2013)	India	Transversal. Muestra: 195	Depresión: Structured Clinical Interview for DSM IV Axis-1 Disorders, Research Version (SCID-I/P) Edición para paciente.	46.15% de pacientes diabéticos sin depresión. 53.84% de pacientes diabéticos con depresión
Kan (2013)	Reino Unido	Meta-análisis 25,847 artículos	No aplica	Pequeña, pero persistente asociación entre depresión y el inicio de DM2
Trento (2014)	Italia	Longitudinal, 4 años de seguimiento. Muestra: 498	Depresión: Zung Self- Rating Depression- Anxiety Scale y Mini- Mental State Examination (MMSE).	Mayor depresión en mujeres con baja escolaridad (- 0.74 \pm 5.55 P=0.001)

Los principales hallazgos del estudio epidemiológico de corte-transversal efectuado en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (por diagnóstico médico o por tratamiento farmacológico para la diabetes) y que aceptaron participar en la 15ª Caminata Anual del Paciente Diabético organizada por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas en noviembre de 2007 de Fabián et al son las prevalencias de síntomas de ansiedad, depresión y de ansiedad y depresión combinadas observadas entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que fueron de 8%, 24.7% y 5.4%, respectivamente. El 38% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 manifestó alguna de las tres alteraciones, pero la más frecuente en el 24.7% (183/741) fueron los síntomas de depresión. (Fabián M, et al [2010])

Medición del Trastorno Depresivo

La escala PHQ-9 es un instrumento que no sólo permite realizar la pesquisa de pacientes con Trastorno Depresivo mediante una encuesta de autoevaluación sino que permite, además, definir la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento en los Trastornos Depresivos. (Acee A [2011])

Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos (correspondientes a los criterios DSM-IV) presentes en las últimas 2 semanas. Cada ítem tiene un índice de severidad correspondiente a: 0 = “nunca”, 1 = “algunos días”, 2 = “más de la mitad de los días” y 3 = “casi todos los días”. Según los puntajes obtenidos en la escala, se obtiene la siguiente clasificación:

- *Síndrome depresivo mayor (SDM)*: presencia de 5 o más de los 9 síntomas depresivos con un índice de severidad de “más de la mitad de los días” (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.
- *Otro síndrome depresivo (OSD)*: presencia de dos, tres o cuatro síntomas depresivos por “más de la mitad de los días” (≥ 2), y que uno de los síntomas sea ánimo depresivo o anhedonia.

- *Síntomas depresivos positivos (SD+)*: presencia de al menos uno o dos de los síntomas depresivos, pero no alcanza a completar los criterios anteriores.
- *Síntomas depresivos negativos (SD-)*: no presenta ningún criterio diagnóstico “más de la mitad de los días” (valores < 2). (Baader T, et al [2012])

Evaluación de apego al tratamiento

El apego al tratamiento y el conocimiento de la enfermedad se calificaron con el Cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición. Este cuestionario incluye 27 preguntas, que se agrupan en dos subescalas: conocimiento de la enfermedad y apego al tratamiento. El conocimiento es la información que el paciente tiene sobre su enfermedad; se mide con una escala compuesta que va de 0-10 y evalúa conocimientos como la cifra normal de glucosa, los síntomas de hipoglucemia, y el autocontrol, y una escala global (¿cómo calificaría su conocimiento sobre la diabetes?) que da una puntuación de 0-10; en ambos casos 0 es la peor calificación y 10 la máxima obtenible. El apego al tratamiento se mide con una escala compuesta que evalúa aspectos como el cumplimiento de citas, dieta, ejercicio y toma de medicamentos; genera una calificación total de 0-4, con 0 puntos para el peor apego y 4 como el máximo apego. Además, se hace una autoevaluación, el sujeto se califica de 0-10 puntos de manera similar a la del conocimiento de la enfermedad. (Arce A, et al [2005])

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hay diversidad de reportes señalando que pacientes diabéticos que cursan con depresión disminuye el funcionamiento mental y físico, además de la falta de la adhesión a las recomendaciones dietéticas y terapéuticas por consiguiente mayores complicaciones de la patología, requiriendo mayor atención y asistencia a los servicios de salud, aumentando respectivamente los costos. La barrera relacionada con la detección de la depresión en el primer nivel de atención incluye la limitación de tiempo de la consulta, la dificultad de evaluación de la depresión con síntomas de la diabetes, conocimiento deficiente de los médicos para realizar el diagnóstico de depresión, factores socioculturales de los paciente entre otros.

Por lo antes mencionado se plantea la siguiente pregunta.

¿Hay relación entre los síntomas depresivos y la adherencia terapéutica en el paciente diabético del grupo de ayuda mutua del centro de atención primaria de Luvianos?

5.- OBJETIVOS.

5.1 OBJETIVO GENERAL.

Determinar la relación entre síntomas depresivos y la adherencia terapéutica del paciente diabético tipo 2 del grupo de ayuda mutua de Luvianos México.

5.2.- OBJETIVOS PARTICULARES

Determinar la prevalencia de síntomas depresivos mediante el cuestionario PHQ-9.

Determinar el apego a tratamiento y conocimiento de la enfermedad mediante el cuestionario de apego del INNSZ.

Comparar la calificación obtenida en apego según la presencia o no de síntomas depresivos.

6. MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizó estudio de escrutinio transversal, ambilectivo, homodemico y comparativo de la relación entre síntomas depresivos y la adherencia terapéutica del paciente diabético tipo 2 del grupo de ayuda mutua de Luvianos México.

Las variables en estudio fueron: síntomas depresivos, adherencia terapéutica, diabetes mellitus tipo 2.

Participantes

Pacientes diabéticos pertenecientes al programa (GAM) grupo de ayuda mutua del centro de salud de Luvianos México.

Instrumentos: Cuestionario PHQ-9 es un instrumento autoaplicable que no sólo permite realizar la identificación de pacientes con trastorno depresivo además, determina la severidad de dicho cuadro y el seguimiento del tratamiento en los Trastornos Depresivos. Para la evaluación de apego al tratamiento, se utilizó el cuestionario de apego terapéutico y conocimiento de la diabetes del Instituto Nacional de Nutrición, éste incluye 27 preguntas estructuradas, con respuestas cerradas que se agrupan en dos subescalas: conocimiento de la enfermedad y apego al tratamiento.

Procedimiento:

Posterior a la cita con el médico, el tesista informó a los pacientes sobre la realización del presente proyecto de investigación invitándolos a participar. En caso de que los pacientes aceptaran a participar, acudieron al aula de pláticas del Centro de Salud en donde se les explicó en qué consistía la evaluación, se solicitó consentimiento informado y se les hizo entrega de la batería de instrumentos. El investigador y un apoyo capacitado, permanecieron en la aula todo el tiempo para resolver cualquier duda sobre la batería de instrumentos, ya que uno de ellos

es auto aplicable, mientras que otro se aplicó por parte del tesista, se revisó que cuando fueran entregados estuvieran contestado de forma completa, y a aquellos pacientes que no pudieran leer, o escribir, se les apoyó a anotar sus respuestas en el instrumento, posteriormente se obtuvo información de su expediente clínico de cada uno de ellos para complementar información del instrumento sobre apego al tratamiento y conocimiento de la enfermedad.

7.- RESULTADOS

Se encuestaron un total de 80 pacientes, 54 mujeres (67.5%) y 26 hombres (32.5%) la edad promedio para todos fue de 55.2 años. La prevalencia de síntomas depresivos (puntuación de 5 o más en el PHQ-9) fue del 70% (n=56) siendo un cuadro depresivo mayor en 12 pacientes (15%) y cuadro depresivo menor en 44 (55%) al comparar la edad con los pacientes sin depresión ésta fue significativamente mayor en los deprimidos. El 50% de los encuestados reportó apego a la toma de medicamentos (ver cuadro 2).

Solo 23 (29%) refirieron tener pareja o cónyuge estable 16 de ellos (69%) presentaban síntomas depresivos; la mayoría 71% (n=57) no tiene pareja y también presentan síntomas depresivos, la diferencia no fue estadísticamente significativa (prueba de Ji cuadrada $p=0.829$).

Cuadro 2. Edad de los pacientes según sexo, apego a medicamentos y la presencia o no de depresión

	promedio	d.e.	mediana	min-max	p*
Mujeres n=54	54.4	11.7	54.5	28 - 79	0.256
Hombres n=26	56.1	10	59	40 - 78	
Todos n=80	55.2	10.8	57	28 - 79	
Apego a medicamentos n=40	53.2	12.6	54	28 - 79	0.444
No apego a medicamentos n=40	52.8	12.7	52.5	28 - 79	
Con cuadro depresivo n=56	56.4	10.7	56	32 - 78	0.033
Sin depresión n= 24	51.5	11.5	50	28 - 74	

*Prueba t para muestras independientes.

Al desglosar la puntuación obtenida en el cuestionario PHQ-9 según el apego al tratamiento, no hubo diferencia estadísticamente significativa para ninguna de las dimensiones de apego (ver cuadro 3).

Cuadro 3. Puntuación obtenida en PHQ-9 según el apego terapéutico

	promedio	d.e.	mediana	min-max	p*
Medicamentos					
Apego n=40	7.42	5.5	6	0 - 19	0.246
No apego n=40	8.25	5.19	8	1 - 23	
Dieta					
Apego n=29	8.17	5.8	7	1 - 23	0.337
No apego n=51	7.64	5.1	7	0 - 18	
Actividad física					
Apego n=33	7.78	4.87	7	0 - 16	0.472
No apego n=47	7.87	5.69	7	1 - 23	

*Prueba t para muestras independientes.

Al comparar los años de saberse diabético, según la puntuación del PQH-9 encontramos promedio significativamente mayor de tiempo para los que presentaban síntomas de depresión mayor (cuadro 4).

Cuadro 4. Años de saberse diabético según puntuación del PHQ-9.

	promedio	d.e.	mediana	min-max	p*
Sin depresión n=24	6.33	3.97	7.5	1 - 12	0.650
Con síntomas n=56	8.62	6.84	8	1 - 30	
Sin depresión n=24	6.33	3.97	7.5	1 - 12	0.053
Cuadro depresivo mayor n=12	10	9.4	8	1 - 30	
Sin depresión n=24	6.33	3.97	7.5	1 - 12	0.084
Cuadro depresivo menor n=44	8.25	6.05	7.5	2 - 20	

*Prueba t para muestras independientes.

Al desglosar los años de padecer diabetes según apego y puntuación obtenida en el PQH-9, los pacientes con cuadro depresivo mayor con apego a medicación

tuvieron más tiempo de padecer la enfermedad, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa (cuadro 5).

Cuadro 5. Años de saberse diabético según depresión y apego a medicamentos.

	promedio	d.e.	mediana	min-max	p*
Sin depresión n=24					
Con apego a medicación n= 13	6.46	3.9	8	1 - 13	0.434
Sin apego a medicación n= 11	6.18	4.23	5	1 - 12	
Cuadro depresivo mayor n=12					
Con apego a medicación n= 7	13.14	10.8	10	3 - 30	0.090
Sin apego a medicación n= 5	5.6	4.93	4	1 - 13	

*Prueba t para muestras independientes.

Llama mucho la atención que al revisar las determinaciones de glucosa en los tres meses previos, solo un paciente (1.25%) se encontró con reporte de cifras normales y estables lo que nos indica que no hay control metabólico a pesar de que se trata de un grupo de autoayuda para el manejo y contención de la enfermedad.

8.- DISCUSIÓN

Las mujeres fueron la mayoría de la población, con 54 pacientes, mientras que los hombres fueron solo 26. Hallazgo que se corresponde con lo descrito por la literatura clínica. Katon et al. Refiere que las mujeres representaron el 50.3% de pacientes con depresión menor, por el grupo de depresión mayor las mujeres representaron el 58.4%, (Katon W, Rutter C [2005])

El promedio de edad para los hombre fue ligeramente mayor que para las mujeres del estudio, hecho que pudiera explicarse dada la renuencia cultural del hombre de reconocer sintomatología depresiva y menos aún de hacerla saber a los demás. A lo cual Nau et al. Reporta que no hubo una relación significativa entre el género y la adherencia. Sin embargo, el efecto de la interacción de género por depresión fue significativo; es decir, los hombres con depresión auto-reportaron significativamente peor adherencia a la medicación que la hecha por los hombres sin depresión, mientras que las mujeres eran relativamente adherentes independientemente de la gravedad de los síntomas depresivos.

Uno puede pensar que si las mujeres son más propensas a recibir tratamiento para la depresión, pueden ser más propensas a lograr el control de los síntomas depresivos. Si esto es cierto, entonces las mujeres pueden ser más capaces de mantener conductas de autocuidado para la diabetes. Sin embargo, las mujeres en el estudio de Nau et al. Tenían niveles ligeramente más altos de síntomas depresivos auto-reportados, y por lo tanto es poco probable que las diferencias en la adherencia a la medicación de diabetes sean debidas a diferencias en la remisión de los síntomas depresivos. (Nau D, Aikens J. [2007])

Los síntomas depresivos se presentaron en el 70%, correspondiendo an la mayoría a síntomas de depresión menor. Sólo 10 pacientes tuvieron apego total (cumpliendo con medicamentos, dieta y actividad física) casi todos hombres (70%) y solo tres mujeres. Una posible explicación de la elevada prevalencia de síntomas de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es que estos síntomas son producto de la dificultad para controlar la enfermedad; además de

que estos síntomas psicológicos frecuentemente no los identifica ni trata el médico a cargo.

El apartado de apego terapéutico en el que se ve una mayor proporción de pacientes en desapego es el de dieta, después el de actividad física y por último el de medicamentos. Lo que nos lleva a la observación que los cambios de estilo de vida son los que menos siguen nuestros pacientes, sin embargo, el apartado de medicamentos es el que mejor se cumple, aquí podemos cuestionar la supervisión o apoyo que pueda recibir el grupo de autoayuda ya que está documentada la utilidad de las diversas estrategias para reforzar apego terapéutico que se pueden manejar en estos grupos.

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de sintomatología depresiva, lo que nos indica un posible sesgo de selección de muestra, ya que se ha demostrado que acontecimientos de la tercera edad como, por ejemplo, los trastornos médicos crónicos y debilitantes, la pérdida de amigos y seres queridos, y la incapacidad para participar en actividades que antes disfrutaba, pueden resultar una carga muy pesada para el bienestar emocional de una persona que está envejeciendo. Una persona de edad avanzada también puede sentir una pérdida de control sobre su vida debido a problemas con la vista, pérdida de la audición y otros cambios físicos, así como presiones externas como, por ejemplo, recursos financieros limitados. Estos y otros asuntos suelen dejar emociones negativas como la tristeza, la ansiedad, la soledad y la baja autoestima, que a su vez conducen al aislamiento social y la apatía. El haber estudiado un grupo de autoayuda, nos muestra la perspectiva de revisar las actividades que realizan, informarles la problemática encontrada y proponer mejora en las estrategias para lograr reforzar apego terapéutico y control metabólico con el respectivo seguimiento que permita optimizar el funcionamiento de estas organizaciones.

9.- CONCLUSIONES

- La prevalencia de depresión fue del 70%; los pacientes sin depresión tuvieron significativamente menor edad (51.6 vs. 56.4 años) que los deprimidos.
- El 50% de los pacientes reportó apego a toma de medicamentos y no hubo diferencia significativa de la puntuación obtenida en el PHQ-9 según el apego.
- Los pacientes con depresión mayor tenían también mayor tiempo de padecer diabetes (promedio 10 años) siendo significativamente menor en los diabéticos sin depresión (promedio 6.4 años).
- Solo un paciente tuvo reporte de cifras de glucosa estables y controladas en los tres meses previos a nuestro estudio.

10.- REFERENCIAS

- Acee A, Detecting and Managing Depression in Type n Diabetes: PHQ-9 Is the Answer!. MEDSURG Nursing 2011; 19: 132-38.
- Aguilar CA, Gómez RA: La diabetes tipo 2 en México: Principales retos y posibles soluciones. Revista de la ALAD 2011; 19: 148-161.
- Alayón AN, Vásquez M: Adherencia al Tratamiento basado en Comportamientos en Pacientes Diabéticos Cartagena de Indias, Colombia. Rev. salud pública 2008; 10:777-787.
- Árce A, Lara C: Factores relacionados con la percepción subjetiva de la calidad de vida de pacientes con diabetes, Rev Invest Clin 2005; 57: 676-684.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, PP 104-108.
- Baader T, Molina JL: Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. Rev Chil Neuro-Psiquiat 2012; 50: 10-22.
- Bajaj S, Kumar S, et al: Association of depression and its relation with complications in newly diagnosed type 2 diabetes. Indian J Endocrinol Metab. 2012; 16: 759–763.
- Bruce D, Davis W, et al: Clinical Impact of the Temporal Relationship between Depression and Type 2 Diabetes: The Fremantle Diabetes Study Phase II. PLOS ONE | www.plosone.org 2013;8:1-7.
- Castillo JI, Barrera DJ: Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. Revista de Neurología 2010; 51: 347-359.
- Castro M, Rico L: Efecto del apoyo educativo para la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2: un estudio experimental. Enferm Clin 2014; 24:162-167.
- Costa B, Cabré J, et al: Rationale and design of the PREDICE project: cost-effectiveness of type 2 diabetes prevention among high-risk Spanish individuals

- following lifestyle intervention in real-life primary care setting. *BMC Public Health* 2011; 11:1-7.
- Das R, Singh o, et al: Prevalence of Depression in Patients with Type II Diabetes Mellitus and its Impact on Quality of Lif . *Indian Journal of Psychological Medicine* 2013; 35: 284-289.
- Duinkerken E, Snoek F, et al: Interaction between Diabetes and Depression: Consequences for Cognition and the Brain. *The Netherlands CML – Psychiatry* 2012; 23 :69–78.
- Durán-Varela BR, Rivera B, et al: Apego al tratamiento farmacológico en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *Salud Pública Mex* 2001;43: 233-236.
- Eaton W, Armenian H, et al: Depression and Risk for Onset of Type II Diabetes. *Diabetes care*, volume 1996; 19: 1097-1102.
- Eren I, Erdi O, et al: The effect of depression on quality of life of patients with type II diabetes mellitus. *Depression and anxiety* 2008; 25:98-106.
- Fabián M, García M: Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades 2010. *Med Int Mex*; 26:100-108.
- Gonzalez J, Serpa L. Depression and Diabetes Treatment Nonadherence: A Meta-Analysis. *Diabetes Care* 2008; 31:2398–2403.
- Jansink R, Braspenning J, et al: Nurse-led motivational interviewing to change the lifestyle of patients with type 2 diabetes (MILD-project): protocol for a cluster, randomized, controlled trial on implementing lifestyle recommendations. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 1-12.
- Jiménez A, MD, Aguilar CA: Diabetes mellitus tipo 2 y frecuencia de acciones para su prevención y control. *Salud pública de México* 2013; 55: 137-142.
- Kan C,Silva N,et al: A Systematic Review and Meta-analysis of the Association Between Depression and Insulin Resistance. *Diabetes Care*. 2013 ;36: 480–489.
- Katon W, Rutter C, et al. The Association of Comorbid Depression With Mortality inPatients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28:2668 –2672.

- Lin E, Oliver M: Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care* 2004; 27:2154–2160.
- Mann D, Ponieman D, et al. Predictors of adherence to diabetes medications: the role of disease and medication beliefs. *J Behav Med* 2009; 32:278–284.
- Martinez Y, Prado C, et al: Quality of life associated with treatment adherence in patients with type 2 diabetes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 1-10.
- Mohamed T, Omar E, et al: Depression among type 2 diabetic patients. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine* 2011; 44: 258 – 271.
- Moral J, Alejandra M: Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud* 2015; 6:19-27.
- Nau D, Aikens J, et al. Effects of Gender and Depression on Oral Medication Adherence in Persons with Type 2 Diabetes Mellitus. *Gender Medicine* 2007; 4:205-213.
- Ortiz M, Ortiz E : Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *TERAPIA PSICOLÓGICA* 2011; 29:5-11.
- Secretaria de salud Norma Oficial Mexicana 012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.
- Shehatah A, Rabie M, et al: Prevalence and correlates of depressive disorders in elderly with type 2 diabetes in primary health care settings. *Journal of Affective Disorders* 2010; 123:197–201.
- Trento M, Trevisan M, et al: Depression, anxiety, cognitive impairment and their association with clinical and demographic variables in people with type 2 diabetes: a 4-year prospective study. *J Endocrinol Invest.* 2014; 37:79-85.