



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 50.
CERRALVO NUEVO LEON

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ASOCIADOS CON DEPRESIÓN

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

LETY JUDITH SOLIS GONZALEZ
REG: R-2014-1906-55

APODACA NUEVO LEON

FEBRERO 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.


**IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 ASOCIADOS CON DEPRESIÓN**


TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA

LETY JUDITH SOLIS GONZALEZ


AUTORIZACIONES:



DRA. IRAZEMA ELENA HERNANDEZ MANCINAS
COORDINADORA DE PLANEACION Y ENLACE INSTITUCIONAL DEL INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL, DELEGACION NUEVO LEON.


DR. MANUEL FIDENCIO GUERRERO GARZA
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO EN EDUCACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO
SOCIAL, DELEGACION NUEVO LEON.


DRA. LAURA HERMILA DE LA GARZA SALINAS
COORDINADORA DE AUXILIAR MEDICO EN INVESTIGACION DEL INSTITUTO MEXICANO DEL
SEGURO SOCIAL, DELEGACION NUEVO LEON


DRA. NORA DELIA NAVA OBREGON
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS


DRA. MARIA ISABEL CRUZ
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.66 APODACA NUEVO LEON.


DRA. JANET SOLTERO ESPARZA
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS GENERALES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 66 APODACA NUEVO
LEON

**"IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ASOCIADO
CON DEPRESIÓN"**

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


PRESENTA

DRA. LETY JUDITH SOLIS GONZALEZ


AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**

AGRADECIMIENTOS

Dios por ser pilar de base en este trayecto de vida, Leopoldo por ser complice y compañero de vida eterno, en este tren que no parará en pro de la superación, Sarah por ser gran inspiración de motivación, Leonardo por ser mi ejemplo en seguir luchando día a día. A mis padres por enseñarme a no rendirme nunca. Este logro es gran parte gracias a ustedes ,por su tiempo , por su comprensión ; quisiera dedicar esta tesis a ustedes seres que ofrecen amor , bienestar .

Muchas gracias por ser parte de este gran proyecto , con amor :

Lety

INDICE

RESUMEN	8
MARCO TEORICO	9
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
JUSTIFICACION	14
OBJETIVO	15
HIPOTESIS	16
METODOLOGIA DE INVESTIGACION	17
-LUGAR O SITIO DE ESTUDIO	19
-POBLACION DE ESTUDIO	19
-CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
DEFINICION DE VARIABLES	20
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION	21
ASPECTOS ETICOS	22
RESULTADOS	23
DISCUSION	27
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAFIA	29
ANEXOS	31

RESUMEN

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ASOCIADOS CON DEPRESIÓN

Lety Judith Solis Gonzalez¹, Nora Delia Nava Obregon²

¹Unidad de Medicina Familiar No.50. Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales 1 grado UNAM.

²Jefe de Enseñanza en la unidad de medicina familiar No.26.

Introducción: La diabetes tipo 2 es un padecimiento frecuente aproximadamente el 60 por ciento en nuestra población de primer nivel de atención y teniendo en cuenta a la depresión como principal trastorno mental más común se presentó la siguiente investigación que consistió en demostrar que tan factible es realizar en nuestras propias unidades de atención de primer nivel una intervención educativa para los pacientes con diabetes tipo 2, demostrar quienes presentan depresión utilizando la escala de medición de Hamilton como instrumento con el cual nos mediran nuestra población sobre la cual trabajaremos para posterior realizar su intervención educativa y saber el beneficio de la misma.

Objetivo: Se evaluó el impacto de la estrategia educativa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 asociados a depresión.

Material y Métodos: Es un estudio de intervención educativa no ciego prospectivo y longitudinal con dos mediciones. Se incluyeron pacientes con diabetes, en los cuales se aplica la Escala de Hamilton, para demostrar depresión asociada, previo criterios establecidos, se realizó la intervención educativa grupal sobre la diabetes. Los pacientes aceptaron mediante un consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 185 pacientes de los cuales 73 (39.5%) pacientes son masculino y 112 (60.5%) femenino, con un promedio de edad de 59.3 ± 13.3 con un rango mínimo de 27 años y máximo de 90 años; se identificaron a 61 (33%) pacientes con depresión, predominando el sexo femenino en relación a 42 (68.9%) pacientes con 19 (31.1%) del sexo masculino; se aplica la intervención educativa a los 61 pacientes de los cuales mejoraron su depresión respecto a la escala 32 (17.3%) pacientes.

Conclusión: con este estudio se demostró que tanto a los pacientes como al personal médico las intervenciones educativas grupales pueden ser una buena opción terapéutica, para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos en la diabetes, demostrando la disminución de la sintomatología en la depresión de los pacientes pre y post intervención.

Bibliografía: Serrano Becerril C., Zamora Hernández K., Navarro Rojas M., Villarreal Ríos E. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. Med Int Mex 2012;28(4):325-328. Vargas Ibáñez A. González Pedraza A., Aguilar Palafox M., Moreno Castillo Y. Atlas de diabetes. Federación internacional de diabetes; 5ta edición. septiembre 2011.

Palabras claves: depresión, diabetes, intervención educativa.

MARCO TEORICO

De acuerdo a la OMS el número estimado de adultos que viven con diabetes se ha elevado a 366 millones, lo cual representa el 8,3% de la población mundial adulta. Se calcula que esta cifra aumentará hasta alcanzar los 552 millones de personas para 2030 o, lo que es lo mismo, el 9,9% de los adultos, lo cual equivale a aproximadamente a tres nuevos casos de diabetes cada 10 segundos, contando América del norte y el caribe con 37.7 millones al 2011 y estimando un aumento de 51.2 millones al 2030 con un aumento del 36 %¹.

En México la diabetes representa un problema de salud pública que afecta principalmente a la población de bajos recursos económicos en donde el estilo de vida determina las conductas alimentarias de actividad física y los aspectos emocionales ^{2,3}.

Dado el riesgo inminente de que la epidemia de la diabetes mellitus sobrepase la capacidad del sistema de salud mexicano con la consecuente carga económica asociada a esta patología, se justifica la implementación prioritaria de un sistema de vigilancia epidemiológico de carácter centinela focalizado a las unidades médicas de primer nivel de atención, el cual debe ser capaz de: monitorizar las exposiciones (factores de riesgo comunes modificables: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad)⁴

Existe un reciente planteamiento en que conduce a determinar que muchos de los pacientes con diabetes tipo 2 ,resistencia a la insulina y síndrome metabólico presentan un riesgo elevado en el futuro de padecer padecimiento neurodegenerativos como la enfermedad de Alzheimer ,Parkinson ,depresión y la demencia ⁵

Los pacientes con depresión y diabetes mal controlada enfermedad cardíaca o ambas tienen mayor riesgo de resultados adversos y los costos de salud son mas altos ⁶.

Las personas con diabetes necesitan revisar y actualizar su conocimiento, ya que constantemente se están desarrollando nuevas investigaciones y mejores maneras de tratar la enfermedad. El diabético tiene que realizar un laborioso autocuidado, que va desde el autoanálisis, el ajuste del tratamiento dietético y farmacológico, y el tratamiento de técnicas de auto inyección, hasta otros aspectos como el cuidado de los pies, la higiene y el ejercicio físico. Está claro que el tratamiento de la DM está en manos del propio paciente. Los profesionales sanitarios somos asesores y colaboradores de los diabéticos, pero el éxito en el tratamiento de la enfermedad depende fundamentalmente de los mismos pacientes, de que hayan aprendido a convivir y a actuar en relación con su enfermedad. un programa estructurado de educación al paciente diabético eleva el nivel de conocimientos sobre su enfermedad, y lleva a cambios en su calidad de vida, así como en su control metabólico y reducción de las complicaciones agudas la creación de estos Grupos De Apoyo Integral para la implementación de programas educativos con reforzamiento de técnicas de autocontrol y atención interdisciplinaria por personal de salud produce un aumento del conocimiento con la consiguiente modificación de conductas que favorecen un estilo de vida saludable y por ende un mejor control glucémico, como estrategia para prevenir la aparición de complicaciones. ⁷

La depresión es el trastorno psiquiátrico mas frecuente en la población general, que se caracteriza por tristeza ,falta de interes o placer ,sentimientos de culpa falta de de autoestima ,puede presentar trastorno del sueño o del apetito . En nuestra practica medica los trastornos depresivos aparecen asociados a un gran numero de factores realmente preocupantes como el aumento de la mortalidad en las estancias hospitalarias ,por problemas en el incumplimiento del tratamiento como causa de la mayoría de estas ^{8.9}

Se define educación para la salud al grupo de acciones dirigidos a que los individuos y sus familias desarrollen conocimientos, habilidades ,destrezas y actitudes que podrían cumplir en forma habitual la responsabilidad del cuidado de su salud, incrementar la salud positiva, disminuir los riesgos, prevenir los daños,

hacer uso adecuado de los servicios de atención médica y participar en el manejo de las alteraciones producidas a su salud .

Diferentes estudios han demostrado los beneficios reales de los programas educativos en diabetes y se ha constatado que la educación no mejoraría únicamente los conocimientos y las tomas de decisiones ,sino que además reduce el costo sanitario y social de la enfermedad. Se ha demostrado que las intervenciones mas complejas presentan un

a mayor probabilidad de tener efectos positivos en el tratamiento y en los resultados clínicos¹⁰.

Las recomendaciones de la OMS para hacer frente al reto que plantea dicha patología incluyen abordajes integrados de este grupo de trastornos y modelos que posibilite el trabajo coordinado y complementario de psiquiatras ,psicólogos ,médicos de familia y otros profesionales sanitarios y agentes sociales ,afín de lograr mejores resultados en salud y una mayor eficiencia en la utilización de recursos¹¹.

Las intervenciones educativas son intervenciones en las que se imparten la educación a las personas con enfermedades físicas ;estas pueden consistir en la simple entrega de folletos ,libros ,material audiovisual o sitios web de información ;son poco costosas y fáciles de implementar en la atención médica existiendo evidencia científica que respalda la efectividad de la educación en el tratamiento y prevención de los trastornos mentales ¹².

Se requieren investigaciones colaborativas y programas de intervención culturalmente apropiados, basados en la mejor evidencia científica disponible y las características de cada contexto, para mejorar el cuidado y el autocuidado de los pacientes con enfermedad crónicas. Para ello se necesita llevar a cabo un trabajo sistemático, coordinado, comprometido e interdisciplinario, en el que participen los diversos actores vinculados con este tema. Se deben realizar evaluaciones que permitan conocer el impacto de las iniciativas en curso. Según esto el criterio de estudios en la salud pública sobre estrategias educativas en

pacientes diabeticos esto podria tener una mejor planificación y el fomento de trabajos colaborativos podrían incrementar el desarrollo de estrategias innovadoras en los servicios de salud de América latina ¹³,por lo que se pretende en este estudio demostrar el beneficio en el primer nivel de atencion medica .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACION

La diabetes mellitus (DM) es un padecimiento crónico que se caracteriza por una alteración en el metabolismo de proteínas, grasas y carbohidratos.^{1,2} La prevalencia de DM en los adultos a nivel nacional es de 7% (mujeres 7.3% y hombres 6.5%). Las personas que padecen diabetes son dos veces más propensas a sufrir depresión, por lo cual es de gran importancia conocer la comorbilidad entre la depresión, la diabetes y el impacto en la calidad de vida del individuo afectado.

Se ha comprobado que las estrategias educativas en cuanto a la diabetes han demostrado trascender en un cambio positivo en la enfermedad.

En la consulta de medicina familiar generalmente tratamos las enfermedades crónicas individualizadas, por lo que la atención es fragmentada y discontinua, con falta de coordinación y comunicación entre el equipo transdisciplinario, prestando menos atención a factores predisponentes como la depresión que pudiera ser la causa del descontrol de la diabetes, siendo difícil precisar el orden en el que aparece y habitualmente solo les otorgamos el tratamiento para la patología crónica degenerativa de base. Por lo que consideramos que la implementación de una estrategia educativa en nuestro estudio podría beneficiar a nuestra población. Por lo tanto nos preguntamos

¿Cual es el impacto de una estrategia educativa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 asociados a depresión en el area de primer nivel de atención ?

JUSTIFICACIÓN

La diabetes mellitus es una de las patologías crónicas con más demanda en la consulta de primer nivel de atención, actualmente en el área de medicina familiar se tiene un enfoque preventivo, de detección y control de los factores de riesgo. En la consulta de manera rutinaria no se detecta la depresión oportunamente; que puede existir en estos pacientes y en este contexto debemos otorgar una atención que involucra el equipo transdisciplinario para ofrecer a los pacientes con diabetes estrategias educativas como se propone en este proyecto para detectar la relación entre la diabetes y la depresión.

La depresión es el trastorno mental más común asociado con los padecimientos crónicos siendo la diabetes la más frecuente, además que involucra costos altos en nuestro sistema de salud y que afecta al individuo en su desempeño laboral, cotidiano, social; así mismo, puede repercutir en su estado físico como la descompensación metabólica que en la mayoría de los pacientes se desarrolla de manera crónica y de no tratarse adecuadamente puede ocasionar la muerte.

En la UMF 50 que se encuentra en área rural contamos con una población en el turno matutino de 1240 de los cuales la población adulta es de aproximadamente un 80 por ciento dentro de lo que tenemos un 60 por ciento de atención en enfermedades crónico-degenerativas en los que conllevan la diabetes mellitus con comorbilidades tales como hipertensión, dislipidemias, cardiopatías; de estas se encuentran en cita mensual aproximadamente 185 pacientes.

Primariamente se requirió conocer cuantos pacientes con diabetes acuden mensualmente a su cita presentan depresión, mediante la detección de esta con la escala de Hamilton para ofrecerles participar en este estudio.

Por lo que en este proyecto proponemos como beneficio para nuestros pacientes otorgarles una intervención educativa grupal liderada por el médico familiar en la que les otorgaremos las herramientas necesarias para que sean constructores de

soluciones y alternativas para mejorar su control de la diabetes, la depresión y por consecuencia incrementar su calidad de vida.

OBJETIVO

OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto de una estrategia educativa en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 asociados a depresión en el área de primer nivel de atención.

OBJETIVO ESPECIFICOS

- 1.- Conocer los datos demográficos de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y depresión.
- 2.- Identificar la prevalencia de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 utilizando la escala de Hamilton.
- 3.- Conocer mediante la intervención educativa la mejoría de la depresión.

HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACION

La aplicación de una estrategia educativa disminuye la depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.

HIPOTESIS NULA

La aplicación de una estrategia educativa no disminuye la depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención.

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

Este estudio de intervención educativa no ciego prospectivo y longitudinal con dos mediciones; consistió en identificar pacientes diabéticos en la Unidad de Medicina familiar No.50 que acudieron a su cita mensual mediante el diagnóstico previamente establecido ofreciendo la aplicación de la Escala de Hamilton que consistió en un cuestionario en sintomatología de la depresión previo a un consentimiento informado que se le extiende al paciente; con esto se valoró mediante el puntaje inicial obtenido en la escala y en pacientes que presentaron depresión, clasificamos en el nivel en que se encontraban. Una vez obtenido este resultado se les citó en grupo independientemente de su puntaje, al mes siguiente, para otorgar la intervención educativa que consistió en una sesión con material visual llevadas a cabo dentro de la unidad con presentaciones en power point donde se indicaron medidas alternativas, conocimiento de la enfermedad principalmente; se citó al grupo, al siguiente mes, donde nuevamente se aplica la Escala de Hamilton y con esto se determinó si los pacientes presentan o no mejoría de la depresión, posterior a la intervención educativa.

Los resultados obtenidos se evaluaron mediante estadística inferencial para analizar las variables cuantitativas y cualitativas. Utilizando medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (desviación estándar) así como frecuencias y porcentajes y la aplicación de la T de student para la asociación de la estrategia educativa y la depresión, el cálculo del tamaño de muestra se realizó considerando como población finita el número de los pacientes que acuden a control mensual de diabetes mellitus tipo 2 correspondiendo a 185 pacientes, con un nivel de confianza del 95%, precisión del 5% y con una proporción de la depresión en DM del 20%. Teniendo que el tamaño de muestra fue de 185 pacientes, sin embargo se considera una proporción esperada a pérdidas del 15%, calculándose finalmente una muestra ajustada a pérdidas de 124 pacientes; con

una tecnica de muestreo no probabilística, por cuota por la participación voluntaria de los pacientes durante el periodo de estudio.

Se realizo estadística inferencial para analizar las variables cuantitativas y cualitativas utilizando medidas de tendencia central (media) y de dispersion (desviacion estandar y rango) asi como frecuencias y porcentajes.

Tambien se realizó estadística inferencial utilizando distribución normal para el análisis de variables cualitativas y t de student siempre y cuando su curva de distribución sea normal para variables cuantitativas en la evaluación de la Escala de Hamilton antes y después de la intervención ,con un intervalo de confianza del 95% y un nivel de significancia estadística $p < 0.05$. utilizando SPSS VERSION 22.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO

Estudio de intervención experimental educativa no ciego, longitudinal con dos mediciones y prospectivo.

LUGAR O SITIO DEL ESTUDIO

Consultorio No.1, de la Unidad de Medicina Familiar No.50 en Cerralvo, N.L.

POBLACION DE ESTUDIO

Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del consultorio 1, turno matutino de la UMF50 en Cerralvo Nuevo León.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores de 25 años derechohabientes del IMSS que acuden a control mensual de Enfermedades Crónico Degenerativas (pacientes con DM y cualquier otra enfermedad crónica presente como HTA, dislipidemia, osteoartrosis degenerativa, enf. de la tiroides, cardiopatías).
- Género indistinto.
- Pacientes que desean participar previo a consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con complicaciones cónicas de la Diabetes Mellitus tipo 2.
- Pacientes embarazadas.
- Pacientes menores de 25 años de edad.
- Pacientes con trastornos psiquiátricos ya diagnosticados previamente independiente de la depresión.

Criterios de eliminación

-Pacientes con cambio de adscripción de la unidad o que interrumpen la secuencia del estudio.

DEFINICION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Unidad de medida	Escala de Medición	Fuente
Sexo	Característica natural o biológica que se definen en hombre o mujer	Característica natural o biológica que se definen en hombre o mujer	1. Masculino 2. Femenino	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad	Años cumplidos	Años	Cuantitativa	Expediente Clínico
Diabetes	Trastorno metabólico caracterizado por hiperglucemia resultante de los defectos de secreción o acción de la insulina	Enfermedad sustentada en la historia clínica	> 126 mg/ dl	Cualitativa Nominal	Expediente Clínico
Depresión	Trastorno mental que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés, trastornos del sueño, cansancio y falta de concentración	De acuerdo al resultado de la aplicación de la escala de medición Hamilton.	No deprimido: 0 -7 Depresión leve :8-13 Depresión Moderada: 14-18 Depresión Severa :19-22 Depresión muy severa: > 23	Cuantitativa	Escala de Hamilton
Intervención educativa	Es la educación hacia los pacientes sobre su enfermedad mediante un instrumento de evaluación	Mediante un instrumento de medición basal mediante la evaluación inicial y posterior a la intervención una evaluación final	1.Evaluación Inicial 2.Evaluación final	Cualitativa nominal	Escala de Hamilton

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION

Se utilizó como instrumento de medida para la depresión la Escala de Hamilton, es una escala heteroaplicada diseñada para medir la intensidad o gravedad de la depresión, siendo una de las empleadas para monitorizar la evolución de síntomas en la práctica clínica y en la investigación, los ítems incluyen ánimo depresivo, sentimientos de culpa, suicidio, insomnio precoz, medio y tardío, trabajo y actividades inhibición, agitación, actividades, síntomas somáticos gastrointestinales, somáticos generales. Los puntos de corte se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems, los recomendados por la Asociación de Psiquiatría Americana:

No depresión : 0- 7

Ligera- menor: 8-13

Moderada: 14-18

Grave: 19-22

Muy grave : > 23

Con esto se valoró mediante el puntaje inicial obtenido en la escala y en pacientes que presentaron depresión, clasificamos en el nivel en que se encontraban, previo consentimiento informado; una vez obtenido este resultado se les citó en grupo independientemente de su puntaje, al mes siguiente, para otorgar la intervención educativa que consistió en una sesión con material visual llevadas a cabo dentro de la unidad con presentaciones en power point donde se indicaron medidas alternativas, conocimiento de la enfermedad principalmente; se citó al grupo, al siguiente mes, donde nuevamente se aplica la Escala de Hamilton y con esto se determinó si los pacientes presentan o no mejoría de la depresión, posterior a la intervención educativa.

ASPECTOS ÉTICOS

Este estudio se ajustó a las normas éticas institucionales y a la Ley General de Salud en materia de investigación científica en seres humanos, y así como la Declaración de Helsinki, con modificación en el Congreso de Tokio, Japón en 1983. Según el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación en su apartado de aspectos éticos, corresponde a un protocolo con riesgo mínimo por tratarse de un estudio prospectivo y documental por lo que se les solicitó su consentimiento para ser incluidos.

Dentro de las implicaciones éticas, éste protocolo de investigación garantizó la voluntariedad en la participación de la investigación, resguardó el anonimato y la confidencialidad de los datos con fines de investigación científica y solicitó el consentimiento informado.

RESULTADOS

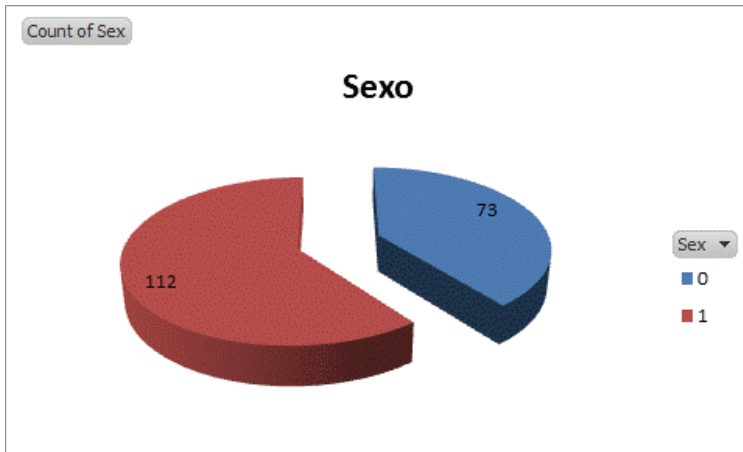
En una población de pacientes con diabetes tipo 2 de la UMF 50 de Cerralvo Nuevo León, del turno matutino, el cual se cuenta con 185 pacientes con esta enfermedad, el cual se investiga cuántos de estos mediante escala de Hamilton presentan depresión y de los cuales se aplica una intervención educativa para demostrar si modifica la depresión de estos pacientes.

Se incluyeron 185 pacientes de los cuales 73 (39.5 %) pacientes son masculino y 112 (60.5%) femenino, con un promedio de edad de 59.3 ± 13.3 con un rango mínimo de 27 años y máximo de 90 años . por distribución de grupos de edad menores de 30 siendo 1, entre 30 a 40 años de edad: 18, entre 41 a 50 años de edad: 31, de 51 a 60 años: 54, arriba de 60 años: 81, ver grafica 1 y tabla 1.

De acuerdo a al evaluacion inicial se identificaron a 61 (33 %) pacientes con depresión, predominando el sexo femenino en relación a 42 (68.9 %)pacientes con 19 (31.1%) del sexo masculino, ver grafica 3.

Se aplica la intervención educativa a los 61 pacientes de los cuales mejoraron su depresión respecto a la escala 32 (17.3 %) pacientes , ver grafica 4.

La comparación de las medias de los puntajes iniciales con el punaje posterior a la intervencion mediante la prueba estadística T de student se observo significancia estadística con un valor P de .0001, reflejando este valor el rechazo de la hipótesis nula que otorga mayor confiabilidad en nuestro trabajo .La prueba de T de student corrobora el nivel de significancia donde P es menor a alfa .ver tabla 2 y 3.



grafica 1

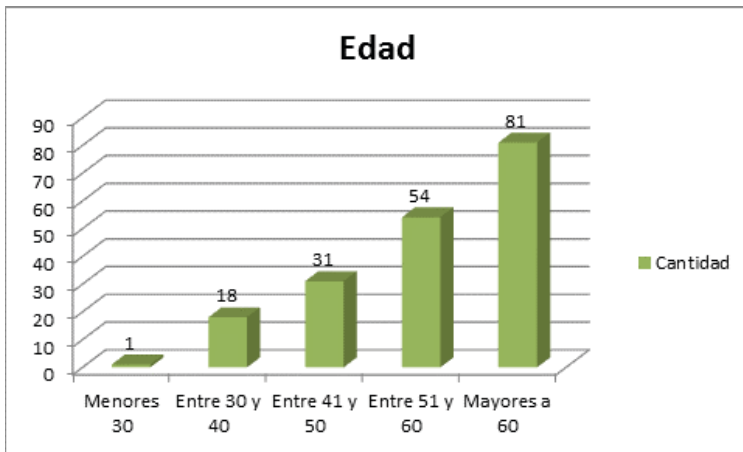
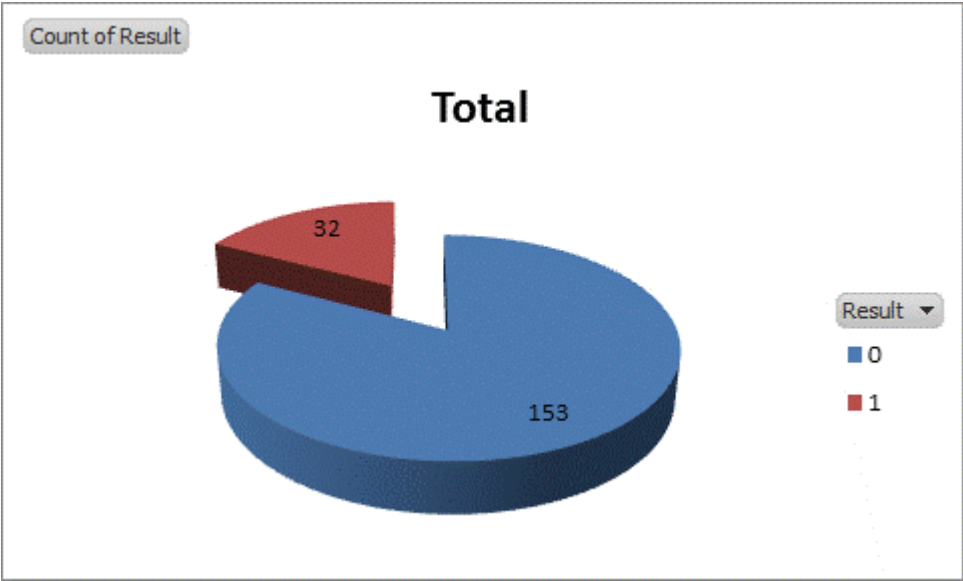


tabla 1.



Grafica 3.



Grafica 4.

Estadísticas de muestras emparejadas

	N	Media	Desviación estándar	Media de error estándar
Puntaje pre	61	11,34	2,588	,331
Puntaje post	61	8,92	3,441	,441

Tabla 2.**Prueba de muestras emparejadas**

	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Puntaje pre - Puntaje post	2,426	3,133	,401	1,624	3,229	6,048	60	,001

Tabla 3.

DISCUSION

Es una realidad que la depresión se asocia a un sin numero de circunstancias en el individuo, agregándose patologías orgánicas como la diabetes que las ha constituido un grave problema de salud publica ⁽⁹⁾.

Con estos antecedentes surge la necesidad del presente trabajo , aplicando una intervención educativa para los pacientes diabéticos con asociación a depresión ; orientado con lo relacionado a estudios comparativos del impacto de la estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y calidad de vida de los pacientes diabéticos que favorecen sobre su nivel glicémico ⁽¹⁰⁾.

Generalmente en la consulta de medicina familiar los pacientes crónicos reciben una atención discontinua con falta de comunicación y descoordinación entre profesionales de la salud y ámbitos asistenciales. Siendo una de las opciones la educación diabetológica como estrategia educativa grupal , enfocada al tratamiento que ofrece beneficios ya que involucra al paciente en la toma de decisiones sobre su enfermedad y así logramos corresponsabilidad para que tengan alternativas de conocimientos en beneficio de su salud para mejorar los niveles glicémicos ; por lo que en este estudio se busco favorecer el nivel de conocimiento de la enfermedad de la diabetes asociada a depresión

En las sesiones educativas pudimos encontrar antecedentes de alteraciones en el entorno psicológico asociadas a la depresión en los pacientes como violencia intra domiciliaria , duelo, económicos , alteraciones en la dinámica y comunicación familiar.

CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó para sensibilizar tanto a los pacientes como al personal médico de que las intervenciones educativas grupales pueden ser una buena opción terapéutica si se realizan de forma continua y con seguimientos periódicos para mejorar la calidad de vida y el nivel de conocimientos en la diabetes , demostrando la disminución de la sintomatología en la depresión de los pacientes pre y post intervención.

En nuestra consulta diaria de medicina familiar nos enfrentamos a problemáticas de saturación en los servicios de apoyo como psicología, trabajo social, nutrición que nos limita a encontrar resultados en la salud de los pacientes con diabetes y depresión , siendo un área de oportunidad para la educación grupal ; en mi unidad medica la población es rural no se cuenta con estos servicios de apoyo es una herramienta que proporciona solución de tratamiento y que se relaciona con el entorno familiar particular de cada individuo.

Las familias son un recurso valioso y fuente de apoyo adecuado para el tratamiento de la enfermedad para lograr una homeostasis en los pacientes, como médico familiar debemos tener conciencia de la importancia de esto , dado que solo se ubica la enfermedad y se le da tratamiento específico de la misma dejando a un lado el entorno familiar y la educación del paciente sobre su enfermedad.

En este estudio se confirma la importancia de la educación en diabetes y que no solo implica para la mejora de la misma enfermedad sino para alguna enfermedad asociada , como lo es en este caso la depresión.

BIBLIOGRAFIA

1. Atlas de diabetes. Federacion internacional de diabetes ;5ta edicion .septiembre 2011.
2. Cordoba Villalobos J.A Barrique –Melandez J.A,Lara –Esqueda A. Las enfermedades cronicas no transmisibles en Mexico S.P.2008.
- 3.Estilo de vida y control metabolico en diabeticos del programa Diabetimss,Gaceta medica de Mexico 2014 ;150:29-34.
- 4.Boletin epidemiologico .Organizacion Mundial de la Salud .Primer Trimestre del 2013.
- 5.Gonzalez Loyola J.G,Hernandez Montiel H.L.Sindrome metabolico,diabetes y estrés oxidativo en la enfermedad de alzheimer y parkinson papel potencial del pirofosfato de tiamina.ISSN 2007-2007.vol numero 3.pag 139-156.
6. Wayne J. Katon, M.D., Elizabeth H.B. Lin, M.D., M.P.H., Michael Von Korff, Sc.D.,Paul Ciechanowski, M.D., M.P.H., Evette J. Ludman, PhD., Bessie Young, M.D., M.P.H., Do Peterson, M.S., Carolyn M. Rutter, PhD., Mary McGregor, M.S.N., and David McCulloch, M.D. N Engl J Med 2010; 363:2611-20.
- 7.Vargas M.,intervención Educativa sobre Diabetes Mellitus en el ASIC 512 .Marzo-septiembre 2012.ISBN 978-212-811-8.
- 8.Hernandez Salazar Figueroa López C.,Ramos del Rio B.,Díaz Barreiro LA. Relación de la depresión y ansiedad y calidad de vida en pacientes hospitalizados con insuficiencia cardiaca .Psicologia y salud ,volumen 24,Num.1:25-34,enero a junio 2014.

9. Serrano Becerril C., Zamora Hernández K., Navarro Rojas M., Villarreal Ríos E. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. Med Int Mex 2012;28(4):325-328.

10. Vargas Ibáñez A. González Pedraza A., Aguilar Palafox M., Moreno Castillo Y. Estudio comparativo del impacto de una estrategia educativa sobre el nivel de conocimientos y la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Fac Med UNAM Vol. 53 No. 2 Marzo-Abril, 2010.pag. 60-69.

11. Gabilondo A., Naiara Artaza, José Antonio de la Rica, Ander Retolaza, Pedro Ortega, Lucía Prieto. Hacia un modelo colaborativo de la atención a la depresión en Euskadi : el proyecto BTS Elkasrleanean Depresión. Norte de salud mental ,2012,vol.x,no. 43:60-71.

12. Enric Aragonés Benaige, Germán López Cortacans, Walesa Badia Rafecas, Josep Luis Piñol Moreso, José María Hernández Anguera, Antonia Caballero Alías. Abordaje psicoeducativo de la depresión en Atención Primaria. El modelo INDI. Metas de Enfermería mayo 2011; 14(4): 62-67.

13. Jaime C. Sapag, Iltia Lange, Solange Campos, Jhon D. Piette. Estrategias innovadoras para el cuidado y autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina .Rev. Panamericana salud publica 2010;27(1):1-9.

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UMF No.50

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ASOCIADOS CON DEPRESIÓN
Patrocinador externo (si aplica):	
Nombre del participante:	
Lugar y fecha:	UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.50 CERRALVO N.L
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	EVALUAR EL IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ASOCIADOS CON DEPRESIÓN
Procedimientos:	
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNO
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	EL PARTICIPANTE TENDRA CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y MEJORAR SU PADECIMIENTO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	EL PARTICIPANTE OBTENDRA BENEFICIO PARA EL CONOCIMIENTO DE SU ENFERMEDAD Y MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA
Participación o retiro:	EL PARTICIPANTE TENDRA EL DERECHO DE ASISTIR Y PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE Y TENDRA EL DERECHO DE RETIRO SI ASI LO DESEA
Privacidad y confidencialidad:	LA INFORMACION SERA PRIVADA Y SOLO SE USARA CON FINES ESTADISTICOS Y DESCIRPTIVOS PARA LOGRAR EL OBJETIVO DE ESTE ESTUDIO. TODO ESTO APEGADO AL CODIGO DE ETICA EN ESTUDIOS DE INVESTIGACION .
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	
Beneficios al término del estudio:	UN MODELO A REPRODUCIR

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

Investigador Responsable:

DRA.LETY JUDITH SOLIS GONZALEZ

Colaboradores:

DRA .NORA NAVA OBREGON

-

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

Clave: 2810-009-013

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

FECHA : _____

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 ASOCIADOS CON DEPRESIÓN

A) IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Diagnostico: _____

Enfermedades

acompañantes: _____

B) VALORACION DEL PACIENTE :

A continuacion se expresan varias respuestas posibles a cada uno de las 21 preguntas. Detrás de cada frase marque con una **X** la casilla que mejor refleje su situación.

N=NUNCA	0
A=ALGUNAS VECES	1
B=BASTANTES VECES	2
C=CASI SIEMPRE	3
S=SIEMPRE	4

TEST DE HAMILTON	N	A	B	C	S
1.Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Lloro con facilidad.					
2.Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo.					
3.Me parece que no vale la pena vivir. Desaría estar					

muerto.Pienso en quitarme la vida.					
4.Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado ,débil. No tengo interés por nada.					
5.Me encuentro lento, parado. Me cuesta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6.Me encuentro tenso e irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo pueda ocurrirme.					
	N	A	B	C	S
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia.					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica.					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal.					

10. Recelo a los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya.					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme.					
12. Tengo un sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme.					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme.					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro de los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento.					
16. Me siento cansado ,fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo.					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos					

menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso.					
19. No se lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas , me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

TOTAL

No deprimido : 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa : 19-22

Depresión muy severa: > 23

ANEXOS

ESCALA DE HAMILTON

1. ¿Para que sirve?

Es un instrumento para valorar la severidad de la depresión en la población adulta de todas las edades afectadas por esta enfermedad.

Esta escala en su construcción se caracteriza por presentar nueve temas que se puntúan de 0 a 4 y ocho de 0 a 2. Una persona no afectada por la depresión deberá puntuar 0. El punto de corte entre ausencia de depresión y posible depresión es de 6

2. ¿Cómo se elabora?

Para su aplicación es necesario que se lleve a cabo por médicos o psicólogos familiarizados con la escala.

Para su aplicación son necesarios de 15 a 20 minutos. Se recomienda aplicar siempre que aparece un deterioro funcional (físico o cognitivo)

3. Formato

Tabla escala de Hamilton

Instrucciones: Escoja en cada tema la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17.

1. Humor, deprimido, tristeza(melancolía), desesperación, desamparo, inutilidad.

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimientos de culpa.

0 = Ausente

1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío :

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades :

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud del pensamiento y palabra ,facultad de concentración disminuida , disminución de la actividad motora):

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligeramente retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (signos físicos concomitantes de ansiedad tales como :gastrointestinales , sequedad de boca, diarrea, eructos, cardiovasculares : palpitaciones, cefaleas, respiratorios: hiperventilación

0 = Ausente

- 1 = Ligera
- 2 = Moderada
- 3 = Severa
- 4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
- 2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13. Síntomas somáticos generales:

- 0 = Ninguno
- 1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales tales como : disminución de la libido o trastornos menstruales:

- 0 = Ausente
- 1 = Débil
- 2 = Grave

15. Hipocondría

- 0 = Ausente
- 1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2 = Preocupado por su salud
- 3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda.

16. Pérdida de peso:

- 0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana
- 1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

- 0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo
- 1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 3 = No se da cuenta que está enfermo

Si la suma total de esta Escala es igual o mayor a 6 puntos puede estar padeciendo un Trastorno Depresivo.