

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.
DELEGACION NORTE DEL D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94.

GRADO DE DEPRESIÓN, FUNCIONALIDAD Y ESTRES FAMILIAR DEL
PACIENTE GERIATRICO PORTADOR DE ENFERMEDADES CRÓNICO-
DEGENERATIVAS.

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. SÁNCHEZ VARGAS IVETTE
Médico Residente del
Curso de Especialización en Medicina Familiar.
Matrícula 99152318
E-mail ivettesv@hotmail.com.

ASESOR:
DRA. LIDIA BAUTISTA SAMPERIO
Matrícula: 5846404
E-mail: lidia6807@hotmail.com

2006



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.**Pág.**

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
OBJETIVOS DEL ESTUDIO	16
HIPÓTESIS	16
VARIABLES	16
MATERIAL Y METODOS:	21
UNIVERSO DE TRABAJO	21
POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	21
DISEÑO DEL ESTUDIO	21
DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA	21
PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA	21
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, NO INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	22
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	22
PROGRAMA DE TRABAJO	23
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACIÓN QUE SE OBTENDRÁ	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	23
RECURSOS	24
DIFUSIÓN DE RESULTADOS	24
RESULTADOS	25
ANALISIS DE RESULTADOS	35
CONCLUSIONES	37
SUGERENCIAS	38
BIBLIOGRAFÍA	39
ANEXOS	42

GRADO DE DEPRESIÓN FUNCIONALIDAD Y ESTRES FAMILIAR DEL PACIENTE GERIATRICO PORTADOR DE ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

Dra. Ivette Sanchez Vargas* Dra. Lidia Bautista-Samperio**
Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

RESUMEN.

Introducción:

La prevalencia de los trastornos depresivos fluctúa del 2 al 27% en adultos, predominando en mujeres. Causan una discapacidad significativa en la vida cotidiana de quien la padece, siendo aún mayor en aquellos casos asociados con enfermedades crónicas.

Objetivo: Comparar el grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar, en el paciente geriátrico portador de mono o pluripatología crónica degenerativa.

Material y métodos: Estudio observacional analítico, transversal, ambilectivo y comparativo, en 155 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 94 del IMSS, geriátricos portadores de Diabetes, Hipertensión arterial y Osteoartritis, no incluyendo aquellos con enfermedades terminales o psiquiátricas. Evaluando la funcionalidad con la escala de Fases III; estrés con escala de Holmes; y depresión con Escala de Yassavage Brink. Analizando datos sociodemográficos con estadística descriptiva; diferencia entre grupos con ji cuadrada, para influencia de variables prueba de Kruskal Wallis.

Resultados: El 70% correspondió al sexo femenino; 95% en rango de 60 a 79 años; 75% escolaridad primaria; 67% dedicados al hogar; 60% casados; resalta la hipertensión arterial sistémica (HAS) en 19%, HAS y osteoartritis (OA) en 28%; sin depresión 50%; sin estrés 77%; Del total 12% son familias extremas, disfuncionales y con depresión, observando una diferencia conforme a comorbilidad del 6%, sin diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: Se corrobora que a mayor comorbilidad se encuentra relacionada con la presencia de depresión, teniendo una diferencia entre mono patologías aproximadamente del 6% y en pluripatología una diferencia mayor. Teniendo en mas de las tres cuartas partes de participantes familias funcionales balanceadas y de rangos medios.

Palabras clave: Geriátrico, enfermedades crónicas. Funcionalidad familiar, depresión, estrés familiar.

*Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMMS

** Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar UMF No. 94 IMSS

3. *Introducción.*

La depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar. Además el trastorno depresivo a menudo recurre y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos.

Sin embargo las enfermedades crónico- degenerativas dependiendo de la discapacidad que se observe secundaria a las mismas, potencia el proceso depresivo., así Pier Fernández(11) menciona que a nivel psicológico la diabetes produce trastornos depresivos que involucra cambios fisiopatológicos tanto en el cuerpo como en el cerebro y en muchos sistemas fisiológicos, en donde el sistema nervioso central y la circulación de hormonas, por ejemplo la insulina, juegan un papel muy importante en el desarrollo de dicha díada (diabetes-depresión), ya que es el hipocampo el encargado de estas funciones; el cual es susceptible a los niveles de glucosa en sangre o a traumatismos craneales. La incapacidad que conlleva la osteoartritis principalmente en rodilla y cadera, es semejante a la descrita por enfermedades cardiovasculares, aunque es una condición pobremente entendida y atendida, ya que se percibe como parte del proceso de envejecimiento.(13) Los pacientes con hipertensión arterial presentan daño y complicaciones a diversos órganos, tales como: Corazón, con su consecuente insuficiencia cardiaca, a nivel de globo ocular con la presencia de retinopatía, en el sistema nervioso central, con la presencia de nevos vasculares hemorrágicos y en riñón con la aparición de insuficiencia renal principalmente. (6)

Se sabe que los trastornos depresivos causan una discapacidad significativa que limita la actividad y la productividad de los sujetos que la padecen. Las tasas de discapacidad asociadas con la depresión son mayores que las producidas por otras enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, la artritis y el dolor de espalda, los trastornos depresivos son muy comunes en atención primaria y llevan asociada una importante discapacidad funcional.(16)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónico-degenerativas son un problema de salud pública, entre ellas la Diabetes Mellitus. Según la encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) del año 2000, se reportó que 8.2% de la población de 20 a 69 años la padece y de éstos 68.7% lo desconoce. El IMSS en el ámbito nacional la reporta en el 81% de su población de tercera edad; en la UMF. 94 igualmente en el año 2003 la registró en el 37.68% en éste mismo grupo. La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) primera causa de demanda de consulta; en México la Encuesta Nacional de Salud en el año 2000 refiere 15 millones (30.7%) de adultos con HAS; INEGI marca en el DF una prevalencia de 27.8%. Finalmente la Osteoartritis, cuya prevalencia mundial es del 40 % en mujeres y 20 % en hombres; en México el IMSS en el año 2003, otorgó más de 1.5 millones de consultas relacionadas con ésta patología y en la UMF.94 en el 2004, reporta un total de 1070 consultas anuales, que pesar de la incapacidad que conlleva, es una condición pobremente entendida y manejada.

En México la depresión es considerada el trastorno afectivo más frecuente en población ambulatoria, su prevalencia de 6 a 20% y en hospitalizados hasta 27%; en el año 2000 el I Centro Médico Nacional la reporta en el 6% en población general y 18% en diabéticos; se desconocen los datos en comorbilidad con HAS y Osteoartritis. Es sabido algunas de las implicaciones de la presentación única o múltiple de estas patologías, así se observa: deterioro de la calidad de vida, aislamiento, mayor discapacidad física y social, internamientos, suicidios, etc.

La tercera edad comúnmente relacionada con pérdidas desde la salud, familiares o sociales entre ellas: muerte de familiares, pérdida de relaciones sociales, lugar de residencia, trabajo, disminución de los ingresos económicos y prestigio social, distress psicológico general, hospitalización, necesidad de cuidado médico, depresión, etc, los cuales se consideran como estresores. Pacientes y médicos aceptan ampliamente la influencia del estrés general y familiar en la salud; al mismo tiempo algunos estudios señalan que el apoyo familiar puede provocar cambios beneficiosos de tal forma que podría disminuirse la morbi- mortalidad incluyendo los trastornos mentales, no solo en personas mayores, sino en cualquier grupo de edad. (23)

Los factores biopsicosociales y familiares adquieren entonces una importancia primordial en el desencadenamiento, mantenimiento o manejo de la enfermedad en el anciano. El médico familiar tiene la capacidad y herramientas para la evaluación del paciente geriátrico en el aspecto biológico a través de la clínica; psicológica con instrumentos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage Brink; y social sea familiar con Fases III y el estrés familiar y social de eventos de la vida con Escala de Holmes.

La incapacidad en el adulto mayor, derivada de enfermedad(es) crónica(s) y estrés que estas generan, conlleva a cambios emocionales, funcionales, familiares y sociales que requieren una adaptación por parte del paciente y cuidadores y la UMF 94 cuenta con la infraestructura que hace factible que el médico familiar valore la aplicación de dichas herramientas, por lo que se propone este estudio, sin contraponerse a las políticas éticas o de salud Institucional, es por ello que surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la diferencia del grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar entre los pacientes portadores de enfermedades crónico-degenerativas tales como DM, HAS y/o Osteoartritis de los pacientes atendidos en la UMF 94? 94 del IMSS?

MARCO TEÓRICO Y ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.

La hipertensión arterial Sistémica (HAS) es un problema de salud pública importante en los países desarrollados; existen múltiples factores relacionados con su presentación, sin embargo en un alto porcentaje se desconoce su etiología denominándose como esencial; igualmente es un padecimiento silente que se le conoce como “la muerte silenciosa” ya que puede cursar asintomática, aunque es fácil de diagnosticar. Se ha observado en mayor proporción en población de raza negra, en términos generales en Estados Unidos 50 millones de personas presentan un incremento de su presión arterial mayor a 140/ 90 mmHg, de éstos 68% están concientes de su diagnóstico, 53% reciben tratamiento y solo 27% esta bajo control o en límites normales. La proporción de personas hipertensas se incrementa conforme a la edad y al sexo a partir de los 50 años siendo mayor en el sexo femenino. (1)

Según la Encuesta Nacional de salud del 2000 la prevalencia total de hipertensión arterial en México es del 30.7%, es decir 15 millones de adultos, siendo mayor en hombres que en mujeres en un 32.6% y 29.0%, respectivamente. Sin embargo, la prevalencia de los que previamente conocían el diagnóstico fue más alta entre las mujeres que entre los hombres, 15.7% contra 8.9%. (14) De acuerdo al comportamiento epidemiológico por entidad, reportado por INEGI en el año 2000 Destacan los siguientes: Tamaulipas con un 38.7%; Zacatecas 36.3% y Coahuila 35.9%. Las prevalencias más bajas se encontraron en los estados de Puebla con el 24.1%, Oaxaca 23.3% y Chiapas 23.0%, observándose en el Distrito Federal una prevalencia del 27.8 %. Aun con todo ello, no se encontró algún estudio como en la diabetes que asociara la depresión y ésta enfermedad.

En México según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez” en el año 2003, se encontró que la hipertensión empieza a elevarse a partir de los 40 años de edad alcanzando un 7% de prevalencia entre la población de 65 a 69 años de edad, menciona, que en México existen 15.2 millones de personas con hipertensión arterial sistémica, y que uno de cada 2 mexicanos después de los 50 años de edad la padecen. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el año 2000 reportaron una incidencia de 9.9% y una prevalencia de 41.3%. En la Unidad de Medicina Familiar (UMF) 94 en el mismo periodo se reportó en el primer lugar de causas de demanda de consulta, con 11,750 otorgadas a pacientes de edad mayor a los 60 años, con una prevalencia de 47.9% en éste mismo grupo etario; siendo la 4ª. Causa de motivos de consulta en el servicio de atención medica continua llegando a una tasa de incidencia del 6.05%. (2,3, 4)

Según la Norma Oficial Mexicana (NOM) la HAS se define como: La elevación sostenida de la presión arterial sistémica ≥ 140 mm de Hg en la sistólica, ó ≥ 90 mm de Hg en la diastólica. Para efectos de diagnóstico y tratamiento, le da la siguiente clasificación clínica: Presión arterial óptima: $<120/80$ mm de Hg, presión arterial normal: 120-129/ 80 - 84 mm de Hg, presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg. Considerando estos mismos parámetros la estadifica en hipertensión arterial sistémica: Etapa 1: 140-159 / 90-99 mm de Hg; etapa 2: 160-179 / 100-109 mm de Hg; y etapa 3: ≥ 180 / ≥ 110 mm de Hg. (5)

La Hipertensión arterial se clasifica en: esencial, idiopática o primaria en la cual se desconoce su causa desencadenante, pero que se le puede atribuir a factores hereditarios, al ambiente, la sensibilidad a la sal, o al papel que juega el sistema renina – angiotensina.

El otro tipo de hipertensión se le ha llamado secundaria, y esta se puede identificar una causa específica, y solo se presentan en una minoría de los pacientes, dentro de las causas están: enfermedad renal, hiperaldosteronismo primario, síndrome de Cushing, anticonceptivos orales, feocromocitoma, etc.

Los pacientes con hipertensión arterial presentan daño y complicaciones a diversos órganos, tales como: Corazón, con su consecuente insuficiencia cardíaca, a nivel de globo ocular con la presencia de retinopatía, en el sistema nervioso central, con la presencia de nevos vasculares hemorrágicos y en riñón con la aparición de insuficiencia renal principalmente. (6)

La diabetes mellitus es una enfermedad en la cual existe una deficiencia de la acción de la insulina que repercute principalmente sobre la glucosa impidiendo su captación por los órganos blancos para utilización. Según la NOM de DM, ésta comprende a un grupo heterogéneo de enfermedades sistémicas crónicas de causa desconocida, con grados variables de predisposición hereditaria y la participación de diversos factores ambientales que afectan al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas que se asocian fisiopatológicamente con una deficiencia en la cantidad, cronología de secreción y/o en la acción de la insulina, con la consecuencia de una elevación anormal de la glucemia. (7)

Es una enfermedad que a nivel mundial se proyecta para el año 2010 tener una cifra por encima de los 221 millones de diabéticos, esperándose una prevalencia del 111% en Asia, 93% en África, 82% en América Latina, 51% en Europa y 35% en Norteamérica. En México, conforme a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) no transmisibles, el 8.2% de la población de 20 a 69 años padece diabetes mellitus; 68.7% de ellos tiene conocimiento de su padecimiento y 31.3% fue hallazgo de la encuesta. En 1991 la diabetes mellitus ocupó el primer lugar como causa de muerte entre las enfermedades crónico-degenerativas con 16.7% de las defunciones; ocupando la 4ta causa de mortalidad general con una tasa de 32.7 por 100,000 habitantes. (8,9)

La diabetes mellitus se clasifica en diabetes tipo 1, que se observa en el 10 % de los casos, de éstos el 90 % es por mediación inmune y el 10% por destrucción celular pancreática, se relaciona generalmente con Cetoacidosis en los casos sin tratamiento, en su mayoría en jóvenes, pero también puede presentarse en adultos, en especial en no obesos y en quienes se encuentran en edad avanzada. La diabetes tipo 2, incluye las variantes leves que se presentan más frecuentemente en los adultos y ocasionalmente en los jóvenes, se observa, en pacientes obesos o no obesos, y se ha atribuido a diversos factores, entre los cuales están: Vida sedentaria, obesidad abdominal y visceral y un probable factor genético el cual se agrava con el envejecimiento de la persona. Clínicamente se presenta con poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, además de cetonuria y vaginitis por candida, su diagnóstico es fácil de realizar mediante la obtención de glucosa plasmática que por laboratorio se cuantifica mayor a 110 mg/dl después de un ayuno durante toda la noche, en más de una ocasión, o después de la administración de una carga de glucosa de 75g vía oral con valores de 200mg/dl o más después de 2 horas de haber administrado la glucosa. El tratamiento de la diabetes está encaminado a la

educación del paciente y sus familiares con el propósito de prevenir el padecimiento agudo y las complicaciones a largo plazo, como: Catarata y retinopatía diabética, nefropatía diabética e insuficiencias renales, necrobiosis y pie diabético, neuropatía periférica, y presencia de infecciones oportunista recurrentes, principalmente (10)

Pier Fernández menciona que a nivel psicológico la diabetes produce trastornos depresivos que involucra cambios fisiopatológicos tanto en el cuerpo como en el cerebro y en muchos sistemas fisiológicos, en donde el sistema nervioso central y la circulación de hormonas, por ejemplo la insulina, juegan un papel muy importante en el desarrollo de dicha díada (diabetes-depresión), ya que es el hipocampo el encargado de estas funciones; el cual es susceptible a los niveles de glucosa en sangre o a traumatismos craneales. ⁽¹¹⁾

La osteoartritis se define como una enfermedad crónica en la que secundaria a cambios biomecánicos y procesos biológicos se desequilibra la degradación y la síntesis del cartílago articular, así como los componentes de la matriz extracelular y el hueso subcondral. Tiene una prevalencia del 40 % en mujeres y 20 % en hombres en países europeos; en lo que respecta a la osteoartrosis de rodilla en Canadá la artritis afecta el 13 % de la población en comparación de la hipertensión arterial sistémica con 10 % y la diabetes mellitus con 4 %.

En México, en el IMSS para el año 2003 se otorgaron más de un millón y medio de consultas relacionadas con Osteoartritis con un promedio de 15,572 consultas por delegación siendo Nuevo León con el mayor número de consultas con 135,691 e Hidalgo la menor con 15,576. Se considera la primera causa de dolor e incapacidad en ancianos, en rodillas se ha reportado 240 casos en 100,000 habitantes. (12)

La incapacidad que conlleva la Osteoartritis en rodilla y cadera es semejante a la descrita para enfermedades cardiovasculares, sin embargo a pesar de su frecuencia es una condición pobremente entendida sin un tratamiento específico y sin metas establecidas para prevenir o entender la progresión. Las principales metas en el tratamiento de esta entidad es la disminución del dolor, minimizar la incapacidad y capacitar a los familiares con respecto al cuidado que deben de tener éste tipo de pacientes. (13)

Puesto que esta enfermedad produce incapacidad y deformidad física en forma progresiva o catastrófica, en el paciente geriátrico con frecuencia produce alteraciones emocionales el cual tiene un sentimiento de pérdida relacionado con la limitación de sus facultades físicas o psíquicas, que se añaden a la carencia o aislamiento para las relaciones interpersonales. (14)

La depresión es un trastorno afectivo caracterizado por una serie de manifestaciones psicofísicas que se traducen en una alteración de la vitalidad y del funcionamiento de la persona. Según diversos estudios, la depresión afecta hasta un 15 % de la población adulta, alcanza una mayor prevalencia entre los 25 y 45 años de edad, presentándose en una proporción 2:1 mujer / hombre. De ahí la importancia epidemiológica del trastorno depresivo ya que afecta a una franja de la población en plena etapa productiva y vital, teniendo además una importante repercusión socioeconómica.

Los síntomas principales que se presentan son: Tristeza, pérdida de interés, anhedonia o dificultad en obtener placer en las cosas, falta de concentración, alteraciones de la

memoria, sensación de inutilidad y culpabilidad, lumbalgias y dolores musculares, que no tienen una causa orgánica y que se denominan equivalentes depresivos.

La clasificación más utilizada en la actualidad es la que corresponde al de Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM) en su cuarta versión (DSM IV). También se utiliza la décima revisión del Clasificador Internacional de Enfermedades de la OMS, el CIE 10 y El DSM IV que incluye a la depresión o trastorno depresivo dentro de los trastornos del estado de ánimo. ⁽¹⁵⁾

La depresión es probablemente la enfermedad mental más frecuente en la población general. Aunque las estimaciones sobre su incidencia y prevalencia varían dependiendo de la definición de caso y el tipo de instrumento empleado, se acepta que un 2-15% de los individuos padecen a lo largo de su vida una depresión unipolar. Además el trastorno depresivo a menudo recurre y puede hacerse crónico en el 25% de los enfermos.

Se sabe que los trastornos depresivos causan una discapacidad significativa que limita la actividad y la productividad de los sujetos que la padecen. Las tasas de discapacidad asociadas con la depresión son mayores que las producidas por otras enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, la artritis y el dolor de espalda, los trastornos depresivos son muy comunes en atención primaria y llevan asociada una importante discapacidad funcional. (16)

El incremento de la esperanza de vida se ha generado gracias a un mayor conocimiento genético, metabólico, vascular, neurológico y endocrino entre otros, que interviene en el proceso de la vida humana, y esto a la vez a traído como consecuencia dicho incremento, repercutiendo demográficamente en la densidad de la población geriátrica creándose algunas alteraciones desde la transición epidemiológica observada, hasta implicaciones de tipo orgánico, familiar, social, económico y político en el país. Este fenómeno fuera de beneficiar el progreso médico del país, ha traído como consecuencia una mayor morbilidad en dichos sujetos, ya que se encuentra mayor número de patologías imbricadas, infecciosas y crónicas degenerativas. Epidemiológicamente en el ámbito mundial para el año 2000 se reportó que existen alrededor de 600 millones de personas con 60 años, y aproximadamente 58 millones de los de 80 a más años de edad, lo que nos da muestra de la magnitud e implicaciones en otras esferas de dicho comportamiento. (17)

En el año de 1993 la Escuela de Salud Pública de Harvard realizó un estudio de carga global de enfermedad, financiado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el banco mundial, en este estudio se reportó que la depresión provoca una enorme carga como enfermedad; y que es a escala mundial la 4ª causa por enfermedad de años de vida ajustados por discapacidad, correspondiendo al 3.7% de éstos; y al 10.7% de los años de vida saludable perdidos. También se menciona que para el año 2020 las enfermedades mentales incrementarían a un 15 % del total, fundamentalmente debido a una mayor expectativa de vida de la población y a una disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas de forma que la depresión pasara a ser de la cuarta causa de enfermedad, la segunda causa de los años de vida ajustados por discapacidad en el mundo. (18)

Por otro lado en México, durante los últimos 50 años el perfil de la población mexicana ha cambiado profunda y rápidamente, la población de mas de 60 años se ha incrementado desde un 5.1% del total de la población representada por un millón de personas para 1940, al 6.1% o lo que serian 5 millones de gentes para 1990, y se espera que para el año 2025 la población mayor de 60 años incremente hasta un 14.6 % lo que equivaldría a cerca de 17 millones de mexicanos. (19)

En México para el año 2000 el INEGI reportó de acuerdo a su censo poblacional un total de 97, 483,412 habitantes, de los cuales los adultos mayores de 60 años representaron el 7.12%, es decir 6, 948, 457 habitantes. Por otra parte la población total del Instituto Mexicano del Seguro Social en el mismo periodo reportó un total de 44, 899, 268 derechohabientes; de los cuales 5, 787,939 (12.6%) correspondieron al grupo mayor de 60 años de edad. Comparando esto con cifras mas actuales, el censo de población en el año 2004 comenta que existen 6.9 millones de mexicanos mayores de 60 años de edad lo que equivaldría al 7.24% de la población total, esto conlleva que se deben enfrentar además de problemas de salud y pobreza, las consecuencias de una población que envejece a un ritmo preocupante. ^(20,21)

La depresión en el paciente geriátrico suele pasar sub-diagnosticada, por considerarse algunos datos como normales por la edad; sin embargo además de la clínica se cuenta con herramientas para fundamentar dicho diagnóstico, dentro de las cuales las escalas evaluativas pueden ser consideradas de primera línea, una de ellas es la escala de depresión que desarrollo Yesavage o (GDS) en 1983, considerada como un autoinforme de dicha patología, específico para personas de edad geriátrica, trata de mejorar la especificidad de los instrumentos de depresión y eludir el problema de los síntomas somáticos en la población.

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depresión Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que otras escalas tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos o neurovegetativos, de menor valor en el paciente geriátrico. (22)

La versión original, de 30 ítems, fue desarrollada a partir de una batería de 100 ítems, de la que se seleccionaron los que se correlacionaban más con la puntuación total y mostraban una validez test-retest mayor de 0.85 eliminado los ítems de contenido somático. Los mismos autores desarrollaron en 1986 una versión más abreviada, de 15 ítems, que ha sido también muy difundida y utilizada. Con posterioridad, otros autores han presentados versiones aun más abreviadas (4, 5, 10 ítems). (22)

En nuestro país, Perlado F. (1987) realizó una primera traducción al castellano de la versión de 30 ítems, siendo González F. (1988) quien realiza los primeros estudios de validación, pero introdujo modificaciones sustanciales que desnaturalizaban la versión original (la redujo a 20 ítems y transformó la escala de respuesta). Una segunda adaptación al castellano fue validada por Ramos-Brieva y cols (1991) y Salamero y cols (1995). (22)

En los estudios realizados en nuestro país, la versión de 15 ítems ha demostrado una fiabilidad inter e intraobservador muy alta, con una validez predictiva similar a la referida: sensibilidad del 80 % y especificidad del 75 % para el punto de corte ≥ 5 . El aumento del punto de corte produjo, en estos estudios, un pequeño aumento de la especificidad con una pérdida notoria de sensibilidad (por ejemplo para un punto corte ≥ 6 , la sensibilidad fue del 68 % y la especificidad del 83 %). (22)

Como otro elemento importante, la familia tiene la tarea de preparar a sus miembros para enfrentar cambios o crisis que son producidos tanto desde el exterior como del interior del sistema que conllevan a modificaciones estructurales y dinámicas del mismo, para ello es conveniente resaltar que las crisis no solo se derivan de los eventos negativos, traumáticos o desagradables sino de cualquier situación de cambio que signifique contradicción y que requiera de modificaciones; que estas mismas están relacionadas con las diferentes etapas del ciclo vital y son derivadas del enfrentamiento a los eventos de la vida tales como matrimonio, embarazo, jubilación, enfermedad entre otros.(23)

Cuando la familia pierde la capacidad funcional es cuando ocurren potencialmente mas alteraciones en el proceso salud enfermedad de sus miembros y en sus relaciones, por lo tanto la familia es mas saludable a medida que se facilita el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus integrantes, y se contribuye a la satisfacción de sus necesidades materiales y afectivas según las exigencias en cada etapa de la vida. (23)

El funcionamiento familiar es considerado como la dinámica relacional, interactiva y sistémica que se da entre los miembros de una familia y se evalúa a través de las categorías de cohesión, armonía, rol, permeabilidad, afectividad, participación y adaptabilidad. (23)

Es necesario señalar que para hablar de un abordaje integral de la salud familiar, es preciso que se le perciba con un enfoque de la Teoría General de Sistemas, el cual considera que sus elementos son independientes pero están estrechamente interrelacionados, y que además este sistema familiar va a pasar por una serie de fases que comprende el ciclo vital de ésta, teniendo potencialmente en cada una la presentación de crisis normativas y paranormativas.

Uno de los Principios fundamentales del funcionamiento familiar según Framo es el desarrollo de la autonomía y de la identidad personal, si ha favorecido adecuadamente a la independencia y socialización de los hijos significa que, a determinada edad, deberán abandonar su hogar para formar uno nuevo, que existan expresiones de cariño y afecto entre los padres, hijos y hermanos, que sean capaces de comunicarse en forma honesta y clara, que los padres tengan con sus propios padres y hermanos una relación de respeto y cuidado de tipo adulto, si se rompiera alguna de estos principios habrá disfuncionalidad familiar.(24)

La familia puede ser estudiada por el médico familiar desde dos perspectivas: su estructura y su dinámica (funcionalidad), para esta última se han propuesto una serie de instrumentos desde el uso de Genograma, hasta escalas específicas, que permiten entender y clasificar al sistema familiar. Uno de estos instrumentos es el modelo circunflejo del funcionamiento familiar de Olson, el cual se basa en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad: La primera tiene dos componentes, los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía que una persona experimenta en el sistema familiar. Implica los factores de ligas afectivas, fronteras o límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y diversiones. La segunda dimensión es la adaptabilidad, la cual se refiere a la habilidad de un sistema familiar o marital para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relación en respuesta al estrés situacional y de adaptación. (24)

Cada dimensión se subdivide en cuatro niveles. Según el grado de cohesión, las familias pueden ser: desligadas, con extrema separación emocional y falta de lealtad familiar, separadas con lealtad familiar ocasional y separación emocional, conectadas en donde hay cercanía emocional y amalgamadas donde la cercanía emocional es extrema. (24)

En la dimensión de adaptabilidad las familias pueden ser: rígidas con liderazgo autoritario, estructuradas en donde el liderazgo es autoritario pero algunas veces son igualitarios, flexibles donde el liderazgo es igualitario y permite cambios y por último las caóticas donde el liderazgo es limitado e ineficaz (24)

A través de este modelo es que se ha estudiado los factores que equilibran o desequilibran a la familia, llamándose así a este sistema de escala familiar de adaptabilidad y cohesión (Fases III) de Olson, desarrollada y modificada por él en 1986, para evaluar las 2 dimensiones del modelo circunflejo del funcionamiento familiar el cual facilita la visualización integral de la estructura familiar.

Por otra parte uno de los obstáculos para el reconocimiento de la enfermedad depresiva es la falta de reconocimiento por parte del médico general y familiar, de los síntomas y signos de la enfermedad depresiva en las diferentes etapas de la vida y por tanto también la falta de conocimiento y de oportunidad en el tratamiento farmacológico y no farmacológico del paciente y su familia.

Se ha visto por experiencia que las familias influyen en la salud de sus miembros y viceversa y que en la atención primaria, la orientación familiar puede aportar una mejora en la calidad de la atención sanitaria y un incremento en la salud tanto para él individuo como la familia en su conjunto. También se sostiene que la relación de colaboración entre el médico y el paciente y su familia puede facilitar una atención más efectiva. (25)

De acuerdo a Brown existen 3 áreas de incidencia sobre la salud familiar: la primera sería la influencia del estrés y el apoyo familiar sobre el índice de mortalidad; la segunda sobre los factores de riesgo cardiovascular y la prevención de las enfermedades coronarias; y en tercer lugar la repercusión del funcionamiento de la familia sobre el curso de la enfermedad crónica. (25)

En la actualidad, tanto pacientes como médicos aceptan ampliamente la influencia del estrés sobre la salud. A menudo los pacientes explican a sus médicos que soportan un gran estrés y que su salud global se reciente por ello sin embargo el estrés es difícil tanto de definir como de estudiar.

Según Holmes y Rhae manifiesta que el estrés nace con acontecimientos familiares de la vida cotidiana del individuo, que repercuten en la salud del individuo, como los son: la defunción, el divorcio, entre otros. Para ello propone una escala denominada "Escala de Holmes". (26)

En 1967, Thomas Holmes y Richard Rahe, con la esperanza de aportar mayor precisión a los estudios que trataban de demostrar esa asociación entre los acontecimientos vitales estresantes y la enfermedad, diseñaron una escala con los 43 eventos vitales más representativos y le adjudicaron a cada uno un valor entre 0 y 100 de lo que denominaron life change units (LCU) —unidades de cambio vital (UCV)—, así nació la Social Readjustment Rating Scale (SRRS).

Diferentes estudios muestran para ésta escala, una adecuada fiabilidad test-retest que oscila entre 0.82 a 0.85. No hay diferencias entre la puntuación tomando sólo los ISV (indicador de salud vital) o la suma de los LCU. La validez se ha corroborado en diferentes estudios acumulados, que muestran una correlación estadísticamente significativa entre los valores y distress psicológico general, hospitalización, necesidad de cuidado médico, depresión, infarto de miocardio, control de la diabetes, ataques de narcolepsia, mortalidad en lesionados medulares, riesgo de suicidio y necesidad de rehabilitación posterior a la cirugía.

Por otro lado si el estrés familiar tiene efectos perjudiciales sobre la salud, el apoyo familiar también puede provocar un cambio beneficioso de tal forma que podría disminuirse la morbi- mortalidad incluyendo los trastornos mentales, no solo en personas mayores, sino en cualquier grupo de edad. (25)

Durante la última década, el número de estudios sobre la influencia de la familia en las enfermedades crónicas ha ido en aumento. Existen fuertes evidencias a favor de una relación entre funcionamiento familiar y la enfermedad, principalmente sobre la diabetes ya que para su control debe existir un cumplimiento terapéutico y régimen alimentario el cual debe estar apoyado fuertemente por la relación familiar y la disfunción familiar al no ser así provocaría un control diabético deficiente.

Por lo tanto los mecanismos mediante los cuales la familia influye en el control diabético dependen del estilo del funcionamiento familiar, sobre todo de su grado de cohesión. Tanto la cohesión alta como la baja están asociadas con un deficiente control de la diabetes, pero en las familias aglutinadas, el control diabético está fisiológicamente vinculado con los procesos emocionales presentes en las mismas. En las familias desligadas, la estructura familiar y un apoyo inadecuado tiene como resultado el incumplimiento del tratamiento. Así es que el control óptimo de la diabetes requiere del apoyo y la supervisión de la familia junto con el respeto por la individualidad y una autonomía adecuada a la edad del paciente. En cuanto al componente cardiovascular es algo similar ya que el apoyo de los miembros de la familia influye en la capacidad de un individuo para efectuar cambios en su estilo de vida. (26)

La mayoría de las familias deben de hacer frente a la enfermedad crónica de uno de sus miembros en algún momento de su ciclo vital, la mayor parte de la población mayor de 65 años sufren algún tipo de limitación en sus actividades a causa de una enfermedad crónica. Con el aumento de la población de edad avanzada, se incrementa la carga de enfermedades crónicas y las familias se ven forzadas a asumir cada vez más la responsabilidad de su cuidado, esta experiencia afecta a la familia y la manera que esta logra adaptarse a esta situación va a repercutir en el curso de su enfermedad; ya que son los familiares quienes deben de ocuparse de la mayor parte de los cuidados materiales, que incluyen desde la preparación de las comidas especiales para un miembro afectado por hipertensión, a la administración de insulina a un diabético, además de que los familiares constituyen la principal fuente de apoyo emocional y social, son quienes comparten la frustración, el desaliento y la desesperación que ocasiona vivir con una enfermedad crónica. (27)

Ciertas familias se encierran en si mismas y quedan atrapadas llegando a asumir en exceso la responsabilidad del cuidado del enfermo, otras en cambio se distancian a causa de la presión de la enfermedad, hasta el punto de desintegrarse, llegando al divorcio, y a hacer uso de las instituciones casa-hogar lo cual sume en una profunda depresión al enfermo e incluso a su muerte. (28)

Se ha observado en pacientes con problema depresivo y de edad avanzada, algún beneficio al integrarse en grupos sociales, por ejemplo de tipo religioso, considerándose ello como una estrategia de salud mental; aunque esto dependerá de cada uno de los pacientes. (29)

La prevalencia de la depresión en el anciano difiere según los diversos autores en un 6-20% en ambulatorios y en los ancianos institucionalizados en centros geriátricos aumenta hasta un 27%. Esta elevada disparidad refleja la dificultad del diagnóstico y clasificación de los diversos trastornos del ánimo desde los diferentes ámbitos sanitarios. El diagnóstico diferencial se deberá realizar con todas aquellas enfermedades físicas que pudieran producir síntomas depresivos, tales como: neurológicas, endocrinas, cardiovasculares, neoplásicas, etc., pero sin olvidar que algunas de ellas predisponen a presentar un episodio depresivo por mecanismos fisiológicos directos. (30)

En la población adulta mayor la etiología psicosocial tiene un papel predominante sobre las causas biológicas y genéticas, los síntomas cognoscitivos suelen ser los más utilizados para identificar la depresión en este grupo; aunque deben considerarse los factores físicos, de ánimo y humor en su conjunto, estos también se pueden presentar en forma separada, en menor o mayor grado, enmascarada o secundaria a fármacos o patología de base. Dicha variedad en los síntomas no permite establecer en forma precisa el diagnóstico y es hasta las fases avanzadas cuando pueden ser los signos perceptibles. (31)

La trascendencia de la presentación del problema depresivo tiene muchas implicaciones, entre ellas puede mencionarse el impacto de la calidad de vida sobre todo en pacientes con enfermedades crónicas, independientemente de las complicaciones propias de las mismas; por otro lado la depresión es una condición susceptible de ser tratada y cuando se reconoce es posible disminuir la intensidad de los síntomas y /o prevenir nuevos episodios. (32)

La prevalencia de depresión está asociada como una condición de comorbilidad en la diabetes; así mismo la eficacia del tratamiento de la depresión con algún tipo de agentes farmacológicos o psicoterapia ha sido demostrada en pocos estudios controlados; la depresión se ha asociado a un pobre control glucémico, así como al acelerado porcentaje de enfermedades coronarias en pacientes diabéticos. (33)

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades con mayor impacto socio sanitario, debido a su alta prevalencia, desarrollo de complicaciones crónicas, y alta mortalidad; no obstante, otras poblaciones también tienen elevadas tasas de la enfermedad. En general, las poblaciones más afectadas son aquellas donde el estilo de vida tradicional ha sido desplazado por el occidental, o bien se han industrializado en un periodo de tiempo relativamente corto.

Existen muchas posibles razones de la variabilidad encontrada, para el desarrollo o presentación de la enfermedad, algunas de las cuales son: longevidad, historia familiar, raza, urbanización, migración, obesidad, dieta, actividad física y nutrición fetal / neonatal. Los marcadores de riesgo para la DM2 incluyen la edad avanzada, historia familiar de diabetes, etnicidad, nivel socioeconómico y estilo de vida occidental, refiriéndose principalmente a la obesidad, dieta e inactividad física. En los Estados Unidos se estima que los fallecimientos de personas con DM2 suponen cerca de un 15-20% de todas las muertes en la población mayor de 25 años. La tasa de mortalidad es de dos a tres veces superior en pacientes cuyo diagnóstico de la enfermedad se realiza después de los 40 años.⁽³⁴⁾

Hoy en día cuando una persona se encuentra triste, siente falta de interés por las cosas, o fatigada suele decir que “tiene depresión”, pero no hay que confundir el sentirse decaído con sufrir una depresión. En términos médicos, la depresión es una enfermedad mental que afecta tanto al estado de ánimo como al sueño, apetito, concentración y a otras funciones vitales.⁽²³⁾

Se ha propuesto que la depresión en algunos individuos con diabetes y otras enfermedades crónicas pueden ser de tipo reactivo, ocurriendo en respuesta a los cambios psicosociales relacionadas con su enfermedad. Sin embargo, otros autores como Brown y cols, han propuesto que algunos de los síntomas depresivos entre los pacientes diabéticos pueden ser de tipo orgánico, causados por los cambios asociados con la diabetes.⁽³⁵⁾

Precisamente en la revisión de dicha comorbilidad, se ha encontrado una elevada prevalencia de depresión en pacientes diabéticos; sin embargo, los factores asociados con el desarrollo de depresión no han sido claramente identificados. En la población mexicana, el único estudio previo disponible en la literatura, ha observado una frecuencia de 46% de depresión en este grupo de estudio, los pacientes con más de 15 años de diagnóstico de diabetes tuvieron tres veces mayor riesgo de presentar depresión.⁽³⁶⁾

La asociación de depresión, diabetes y obesidad con la raza y el género es difícil de entender, las condiciones en la edad adulta y el incremento de riesgos y efectos adversos están directamente relacionados con el estado de salud.⁽³⁷⁾

Gavard y cols., revisaron 20 estudios de la comorbilidad de la depresión y diabetes y encontró que la prevalencia de que ocurra depresión en el paciente diabético es cerca de 15%, un porcentaje mucho más elevado que en la población en general.⁽³⁸⁾

La prevalencia de la depresión es mayor en gente con diabetes comparada con personas que no presentan la enfermedad, aproximadamente 30 % con diabetes tiene sintomatología depresiva, menos del 10 % tiene depresión mayor y se ha demostrado que la gente con diabetes tiene el doble de posibilidades de padecer depresión en comparación con los individuos que no padecen diabetes. No se conoce si la diabetes y la depresión están asociadas con los mismos tipos de incapacidad funcional.

En un estudio realizado en Estados Unidos se analizaron los datos de la Encuesta nacional de Salud del año 1999, con la finalidad de determinar la prevalencia y las diferencias en la discapacidad funcional en individuos con diabetes y como comorbilidad la depresión mayor, comparado con individuos de grupos de diabetes o depresión mayor por separado, observándose que los individuos con diabetes y comorbilidad de depresión mayor tenían mayor discapacidad con un 77.8%, comparados con los individuos que presentaban solo diabetes con 58 %

Esto es de esperarse si tomamos en cuenta que la diabetes es la principal causa de enfermedades cardiovasculares, infartos, ceguera, insuficiencia renal crónica y amputaciones no traumáticas de los miembros, que va a producir algún tipo de discapacidad funcional orgánica en el paciente y por lo tanto la presencia o exacerbación de la depresión. Además se conoce que la depresión es la causa asociada más común en personas con diabetes mellitus y que esto impide el cumplimiento de su tratamiento haciendo mas intensa su patología incrementado el nivel de depresión por la aparición de sus complicaciones que los llevara a la discapacidad (39)

Otra de las entidades como es la hipertensión arterial está considerada como la enfermedad crónica mas frecuente en nuestro medio afectando a sujetos en las etapas mas productivas de la vida, la importancia del padecimiento radica sobre la esperanza y calidad de vida de quien tiene este padecimiento, por que no se diagnostica oportunamente y cursa asintomático hasta que aparecen una o varias complicaciones. Según la organización mundial de la salud (OMS) existen más de 900 millones hipertensos. En estados unidos la última cifra estimada para 1991 fue de 50 millones, según informe del centro nacional de estadísticas de salud. (40)

Sin embargo no se describe en la literatura estudios encaminados a relacionar específicamente la presencia de la Hipertensión arterial sistémica y la Osteoartrosis con los eventos depresivos, aunque ambas como se ha descrito son enfermedades igualmente como la DM consideradas crónico - degenerativas y cuya presencia y complicaciones, sobre todo en lo que atañe a la HAS además de ser un factor de riesgo cardiovascular, se reporta en los primeros lugares de la morbi-mortalidad general.

Cabe recordar que la incapacidad en el anciano conlleva, normalmente a cambios emocionales, funcionales y sociales que requieren una adaptación por parte del paciente y de los cuidadores, lo que modifica en forma importante el funcionamiento del núcleo familiar. La importancia del familiar encargado del enfermo para su rehabilitación es importante, ya que el es el principal soporte del anciano y en ocasiones del único del que dispone. Sin el anciano tiene buenas relaciones familiares se podrá asegurar un mayor éxito en su rehabilitación y esto disminuirá en forma importante sus síntomas depresivos. (41)

OBJETIVO GENERAL.

Comparar el grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar, en el paciente geriátrico portador de mono o pluripatología crónica degenerativa tales como DM, HAS y /o Osteoartrosis, atendido en la consulta externa de la UMF. 94 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar el grado de depresión en el paciente geriátrico portador de DM, HAS y/ o EAD, atendido en la UMF. 94
- Determinar la funcionalidad familiar del paciente geriátrico portador de DM, HAS y/o EAD atendido en la UMF. 94
- Determinar el grado de estrés familiar del paciente geriátrico portador de DM, HAS Y/O EAD.

HIPÓTESIS

A mayor comorbilidad existe una diferencia mayor del 6% de depresión, disfunción y estrés familiar, entre los pacientes portadores de las diversas enfermedades crónico degenerativas estudiadas (DM / HAS / OA).

JUSTIFICACION:

La incapacidad en el adulto mayor, derivada de enfermedad(es) crónica(s) y estrés que estas generan, conlleva a cambios emocionales, funcionales, familiares y sociales que requieren una adaptación por parte del paciente y cuidadores y la UMF 94 cuenta con la infraestructura que hace factible que el médico familiar valore la aplicación de dichas herramientas, por lo que se propone este estudio, sin contraponerse a las políticas éticas o de salud Institucionales.

MATERIAL Y MÉTODOS:

DISEÑO DEL ESTUDIO:

Observacional, analítico, transversal, ambilectivo y comparativo

UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes geriátricos

POBLACIÓN EN ESTUDIO

Derechohabientes en edad geriátrica de la UMF. 94 del IMSS

MUESTRA

Derechohabientes en edad geriátrica portadores de DM, HAS y/o Osteoartrosis atendidos en consulta externa de la UMF. 94 del IMSS.

DETERMINACIÓN ESTADÍSTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se utilizo el programa EPI info con una población de 19,310 geriátricos correspondientes a la UMF # 94, se determino la muestra aleatorizada simple para encuesta poblacional en estudio descriptivo con una prevalencia esperada de depresión del 27% y un peor esperado del 20% con un nivel de confianza de 95%, se estableciendo un total de 155 pacientes para el estudio.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico, por conveniencia

INTEGRACIÓN DE LA MUESTRA

Se consideró a los pacientes de la tercera edad portadores de DM, HAS y/o Osteoartrosis de ambos turnos de la UMF.94, que se encontraban en sala de espera para consulta médica con cita o de manera espontánea. Previamente se solicitó a la asistente la revisión de agenda para localización de pacientes que cumplieran con requisito de edad, se revisaron expedientes para los criterios de inclusión. Con invitación personalizada a cada candidato, se explicó el motivo del estudio, entregando carta de consentimiento bajo información a los aceptantes a participar. Así mismo se entregó primer instrumento de evaluación personal y los necesarios de exploración familiar conforme al número de integrantes y convivientes con el paciente.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de Inclusión:

1. Derechohabiente adscrito a la UMF. 94, con expediente clínico en consultorio
2. Cualquier turno de asignación
3. Con edad de 60 años o más
4. Cualquier religión
5. Portador del diagnóstico de DM, HAS y /o Osteoartrosis, como monopatología o en comorbilidad, que sea corroborada en el expediente clínico.
6. Que vivan con algún familiar.
7. Que acepten participar
8. Que contesten completos los cuestionarios

Criterios de no inclusión:

1. Paciente con enfermedad en etapa terminal como: IRC, cualquier tipo de Cáncer.
2. Registro en el expediente de antecedente de enfermedad psiquiátrica con o sin manejo, tales como: Trastorno cerebral orgánico, estado esquizoide, Síndrome Depresivo o de ansiedad previo al padecimiento crónico estudiado.

Criterios de exclusión

No aplica

DESCRIPCIÓN Y VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

El **anexo 1**, correspondió a la **carta de consentimiento informado**, para la participación de adultos en una investigación de la normatividad para el funcionamiento de los Comité Local de Investigación en el IMSS.

El **anexo 2**, fué la **Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage** (o Geriatric Depresión Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, (19) En 1987 Peraldo F en México, realiza la primera traducción al castellano con 30 ítems; en 1988 González hace la primera validación y se re-estructura a 20 ítems; Ramos-Brieva en 1991 y Salamero en 1995 realizan una segunda adaptación.

En ésta trabajo se utilizó la versión de 30 ítem que consta de respuestas dicotómicas (si/no), puede ser auto o heteroadministrada .Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con las características específicas de la depresión en el anciano. Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los indicativos de normalidad. Sensibilidad (80 a 90%) y especificidad (70 a 80%) le da validez predictiva aun para la diferenciación con pseudo-demencia (11) para el punto de corte ≥ 10 (de 5 para versión de 15 ítems), en el estudio de Emerson L (20) se aceptan los siguientes puntos de corte para su categorización:

No depresión	0 a 10 puntos
Depresión leve	11 a 20 puntos
Depresión severa	21 a 30 puntos

El **anexo 3** fué la **Escala de funcionamiento familiar de Olson** (FASES III; su confiabilidad determinado con el coeficiente de Spearman- Brown de 0.971 en el test aplicado por primera vez y de 0.975 en el rete- test, lo que permite considerar a la versión en español como un test con alto nivel de confiabilidad. Se puede concluir que FACES III es un instrumento sencillo, breve, de fácil aplicación o autoaplicación, que permite llevar a cabo la clasificación de la familia de acuerdo con su funcionalidad familiar en las dimensiones de cohesión y adaptabilidad. Con las posibles respuestas de nunca (1), casi nunca (2), algunas veces (3), casi siempre (4) siempre (5) La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ítems nones. La calificación en adaptabilidad es igual a la suma de los puntos obtenidos en los ítems pares. Con una interpretación de cohesión: no relacionada de 10 a 34 puntos, semirrelacionada 35 a 40 puntos, relacionada 41 a 45 puntos, aglutinada más de 46 puntos. La adaptabilidad: rígida de 10 a 19 puntos, estructurada de 20 a 24 puntos, flexible de 25 a 28 puntos y caótica 29 a 50 puntos. Este estudio realizado por Gómez, Irigoyen- Coria y colaboradores (23)

El **anexo 4**, fue la **Escala de Holmes**, instrumento estructurado de autoaplicación, consta de 43 eventos vitales más representativos, adjudicándole a cada uno un valor entre 0 y 100 punto, se reporta una fiabilidad test – retetest del 0.82 al 0.85. La categorización de esta escala es de acuerdo al puntaje obtenido y el requisito es haber presentado algún evento crítico en un lapso no mayor de 6 meses. La categorización de esta escala es:

0 a 149 puntos No existen problemas o crisis (estrés) de 0-149 puntos,
150 a 199 puntos Estrés Leve
200 a 299 puntos Estrés Moderado
300 a más puntos Estrés severo o grave.

El **anexo 5**, correspondió a una hoja de calculo con los parámetros investigados, que son: Numero progresivo, nombre del participante (o siglas) filiación, consultorio, turno, edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad, la enfermedad crónica, que presenta, grado de disfunción familiar, grado de depresión y nivel de estrés.

PROGRAMA DE TRABAJO

Una vez aprobado el protocolo por el Comité Local de Investigación no. 3515 de la UMF. 94, se notificó a Jefes de departamento, médicos y coordinadoras de asistentes del inicio de la recolección de los datos. Posterior a la integración de la muestra como se explica en el apartado correspondiente, se inició la aplicación de los anexos propuestos, iniciando con el consentimiento bajo información para el paciente, y las escalas de funcionamiento familiar y de Holmes y de depresión de Yasavage al paciente en la primera entrevista. Se otorgó al propio paciente la posibilidad de programación de cita con el investigador y los familiares, utilizando para ello los espacios de sala de espera de la propia unidad y el domicilio del paciente, en esta cita posterior se aplicaron los instrumentos a los familiares y se recolectaron los que decidieron llevárselos a sus domicilios. Se manejo horario matutino y vespertino para ello, facilitando al paciente y familiares cualquiera de los dos para la resolución o entrega de los instrumento, siendo de 7 a 8 a.m. Y de 16 a 19 hrs. de lunes a viernes.

Conforme a la valoración y calificación de los instrumentos, todos los participantes fueron invitados a acudir con su médico familiar a su consulta médica insistiendo fuera a la brevedad en aquellos con categorización de depresión grave, resultados que fueron informados al interesado de manera verbal por el investigador.

Una vez terminado la recolección y vaciado de los datos en la hoja de cálculo, se procedió a su manejo estadístico utilizando el programa SPSS V 12.0 para ello.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se aplicó estadística descriptiva con medidas de tendencia central para datos sociodemográficos, para indicadores y variables confusoras determinación porcentual, en la determinación de diferencia entre las entidades se realizó ji cuadrada con una p de 0.05 y para ver la influencia de variables confusoras se realizó prueba H de Kruskal Wallis.

DIFUSIÓN DEL ESTUDIO

Se tiene programado en sesión de médicos residentes y se enviará en segundo semestre del ciclo 2006-7 a revista indexada.

RECURSOS DEL ESTUDIO

- Recursos materiales: Expedientes clínicos, hojas bond para la impresión de las escalas de todos los pacientes en estudio, lápices con goma, calculadoras, computadora, impresora.
- Recursos físicos: Áreas físicas de la Unidad de Medicina Familiar (sala de espera y área de archivo de expediente en consultorios)
- Recursos humanos: Investigador
- Recursos financieros: Los propios del investigador

ASPECTOS ETICOS

I Reglamentos del Instituto Mexicano del Seguro Social en material de investigación.

II -De acuerdo a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su 52ª Asamblea General en el 2000 se tomaron en cuenta los siguientes puntos: ¹² el no 20 y 22 que establecen participación libre e informada.

III -Basado en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud ¹³ en ésta investigación se consideró:

Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos: Capítulo I, Artículos: 13(respeto y dignidad hacia el sujeto de estudio); 14 (se aplican los principios científicos y éticos para el beneficio de los participantes, ya que cuenta con la aprobación del Comité Local de Investigación y subcomité de ética de la Unidad).

ARTÍCULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 23.- En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado.

El presente trabajo se considera una Investigación sin riesgo, ya que emplea métodos y técnicas documentales, retrospectivos y no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en él. Se respetaron los principios de autonomía (se maneja consentimiento bajo información y libertad a participar), equidad ya que a todos se les permitió participar, beneficencia y no maleficencia, pues el trabajo se orientó a buscar elementos que en lo futuro permitan orientar a los participantes y a otra población semejante.

RESULTADOS

Los 155 participantes correspondieron a derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 94 del Instituto Mexicano del Seguro Social, en edad geriátrica, de ambos turnos. La distribución por género fue 109(70.3%) para el femenino y 46(29.7%) masculino, de ellos por rangos de edad se reportó: de 60 a 69 años 78(50.3%); 70 a 79 años 69(44.5%) y de 80 a 89 y más años 6(5.2%). La escolaridad registró en: analfabetas 16(10.3%); primaria 117(75.5%); secundaria 10(10.5%); y bachillerato 1(0.6%).

De acuerdo a la ocupación, dedicados al hogar 104(67.1%); jubilados 42(27.1%); y empleados 9(5.8%)

Por estado civil los datos registrados fueron: casados 92(59.4%); viudo 45(29%); soltero 11(7.1%); divorciados 5(3.2%) y unión libre 2(1.3%).

Conforme a la presentación de las enfermedades crónico degenerativas y su comorbilidad (Cuadro 1) se tiene Hipertensión arterial sistémica (HAS) con osteoartritis a 34(27.2%); HAS en 30(19.4%); Osteoartritis (OA) en 29(18.7%); DM e HAS en 17(11%); Diabetes mellitus (DM) en 15(9.7%); DM/HAS/OA en 11(7.1%); y DM/OA en 10(6.5%)

Cuadro 1 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS

VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE %
Diabetes Mellitus	15	9,7
Hipertensión Arterial	30	19,4
Osteoartritis	29	18,7
Diabético e Hipertenso	17	11,0
Diabético y Osteoartritis	10	6,5
Hipertenso y Osteoartritis	43	27,7
Diabético, Hipertenso y Osteoartritis	11	7,1
TOTAL	155	100,0

χ^2 y H = 40.32 p 0. 000

Fuente: Encuesta de la UMF. 94. Año 2005.

El indicador de estrés familiar evaluado con Holmes registró los siguientes datos: El parámetro de estrés familiar reportó que no se presentó estrés en 120(77.4%); con estrés leve 19(12.3%); moderado 15(9.7%); y severo 1(0.6%)

La evaluación de depresión registró: sin depresión a 77(49.7%); depresión leve 33(21.3%); y depresión grave 45(29 %).

De acuerdo a la funcionalidad familiar sustentada en los resultados del FASES III, se da la siguiente categorización de las familias: balanceadas 48(31%); en rango medio 89(57.4%) y extremas 18(11.6%)

El comportamiento de acuerdo a la monopatología y comorbilidad de los participantes en relación a la presencia y grado de depresión (cuadro 2) se observó considerando el total de sujetos que, sin depresión alcanzó el 49.7%; el resto se conforma con depresión leve (21.3%) y severa 29 %, la distribución conforma a las distintas asociaciones mórbidas fueron: Portadores de DM 9(60%); HAS 16(53.3%) y OA 17(58.6%). Con ligera modificación al tener dos o mas patologías, en DM e HAS 7(41.2%); DM y OA 17(50%); HAS y OA 17(39.5%) y DM, HAS y OA con 6(54.5%)

Cuadro 2 ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS Y DEPRESION

ENFERMEDAD CRONICA-DEGENERATIVA	DEPRESION			TOTAL
	SIN DEPRESION	DEPRESION LEVE	DEPRESION GRAVE	
DIABETES MELLITUS	9	3	3	15
	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	16	7	7	30
	53.3%	23.3%	23.3%	100.0%
OSTEOARTRITIS	17	3	9	29
	58.6%	10.3%	31.0%	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO	7	5	5	17
	41.2%	29.4%	29.4%	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITS	5	2	3	10
	50.0%	20.0%	30.0%	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	17	12	14	43
	39.5%	27.9%	32.6%	100.0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	6	1	4	11
	54.5%	9.1%	36.4%	100.0%
TOTAL	77	33	45	155
	49.7%	21.3%	29.0%	100.0%

X^2 y H = 2.009 p 0.366

Fuente: Escala de Depresión Geriátrica de Yasavage a pacientes UMF. 94. Año 2005.

De acuerdo a los datos del estrés familiar y la comorbilidad de los participantes (Cuadro 3) resalta en entidades únicas, que no hay estrés, así se observa sin estrés en DM 10(66.7%); HAS 22(73.3%) y OA 26(89.7%). Comportamiento semejante al tener dos o mas padecimientos, así en portadores de DM e HAS 12(70.6%); DM y OA 7(70%); HAS y OA 34(79.1%%) y DM, HAS y OA con 9(81.8%), con resultados de prueba de hipótesis de X^2 y $H = 1.645$ $p 0.649$

Cuadro 3 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y ESTRÉS

ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS	HOLMES				TOTAL
	SIN ESTRÉS	ESTRES LEVE	ESTRES MODERADO	ESTRES SEVERO	
DIABETES MELLITUS	10	1	4	0	15
	66.7%	6.7%	26.7%	0	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	22	6	1	1	30
	73.3%	20.0%	3.3%	3.3%	100.0%
OSTEOARTRITIS	26	1	2	0	29
	89.7%	3.4%	6.9%	0	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO	12	4	1	0	17
	70.6%	23.5%	5.9%	0	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITIS	7	3	0	0	10
	70.0%	30.0%	0	0	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	34	4	5	0	43
	79.1%	9.3%	11.6%	0	100.0%
DIABÉTICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	9	0	2	0	11
	81.8%	0	18.2%	0	100.0%
TOTAL	120	19	15	1	155
	77.4%	12.3%	9.7%	0.6%	100.0%

X^2 y $H = 1.645$ $p 0.649$

Fuente: Escala de Colmes a pacientes de la UMF. 94. Año 2005

Con la aplicación de la escala de Olson (FASES III), la evaluación de la funcionalidad y categorización de las familias (cuadro 4), es manifiesto la tendencia a familias balanceadas, siendo el comportamiento al relacionarlas con las entidades patológicas propuestas el siguiente: en DM 5(46.7%); HAS 12(40%) y OA 8(27.6 %); con DM e HAS 6(35.3 %); DM y OA 1(10%); HAS y OA 9(20.9 %) y DM, HAS y OA con 5(45.5 %)

Cuadro 4 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	FUNCIONALIDAD FAMILIAR			TOTAL
	"BALANCEAD A"	"RANGO MEDIO"	"EXTREM A"	
DIABETES MELLITUS	7	7	1	15
	46.7%	46.7%	6.7%	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	12	16	2	30
	40.0%	53.3%	6.7%	100.0%
OSTEOARTRITIS	8	15	6	29
	27.6%	51.7%	20.7%	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO	6	8	3	17
	35.3%	47.1%	17.6%	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITIS	1	7	2	10
	10.0%	70.0%	20.0%	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	9	31	3	43
	20.9%	72.1%	7.0%	100.0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	5	5	1	11
	45.5%	45.5%	9.1%	100.0%
TOTAL	48	89	18	155
	31.0%	57.4%	11.6%	100.0%

X^2 y H = 49.174 p 0.000

Fuente: Escala de funcionamiento familiar Fases III a pacientes de UMF. 94. Año 2005.

De los datos de las variables confusoras en este estudio se encontró que el estado civil de casado predominó en todas y cada una de las entidades patológicas (cuadro 5), así en portadores de: DM fueron 8(53.3 %); HAS 20(66.7 %) y OA 18(62.1 %); con DM e HAS 12(70.6 %); DM y OA 6(60 %); HAS y OA 24(55.8 %) y DM, HAS y OA con 4(36.4 %), con una p de 0.000.

Cuadro 5 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y ESTADO CIVIL

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	ESTADO CIVIL					TOTAL
	SOLTERA	CASADA	UNION LIBRE	VIUDO	DIVORCIADO	
DIABETES MELLITUS	3	8	0	3	1	15
	20.0%	53.3%	0	20.0%	6.7%	100.0 %
HIPERTENSION ARTERIAL	1	20	1	7	1	30
	3.3%	66.7%	3.3%	23.3%	3.3%	100.0 %
OSTEOARTRITIS	3	18	0	8	0	29
	10.3%	62.1%	0	27.6%	0	100.0 %
"DIABETICO E HIPERTENSO"	1	12	0	4	0	17
	5.9%	70.6%	0	23.5%	0	100.0 %
DIABETICO Y OSTEOARTRITIS	0	6	0	4	0	10
	0	60.0%	0	40.0%	0	100.0 %
HIPERTENSO Y OSTEOARTRITIS	3	24	1	13	2	43
	7.0%	55.8%	2.3%	30.2%	4.7%	100.0 %
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOARTRITIS"	0	4	0	6	1	11
	0	36.4%	0	54.5%	9.1%	100.0 %
TOTAL	11	92	2	45	5	155
	7.1%	59.4%	1.3%	29.0%	3.2%	100.0 %

χ^2 y H = 188.19 p 0.000

Fuente: Evaluación a pacientes de UMF. 94. Año 2005.

Otra variable confusora considerada fue la escolaridad (cuadro 6), de ella se reportó en relación con las entidades patológicas de acuerdo a la mono o pluripatología, el predominio de primaria completa, los porcentajes mas elevados fueron en los portadores de: DM 10(66.7 %); HAS 19(63.3%) y OA 24(82.8 %); con DM e HAS 13(76.5%); DM y OA 9(90 %); HAS y OA 33(76.7 %) y DM, HAS y OA con 9(81.8 %), con p 0.000

Cuadro 6 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y ESCOLARIDAD

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	ESCOLARIDAD						TOTAL
	ANALFABETA	PRIMARIA	SECUNDARIA	BACHILLERATO	TECNICA	LIC. COMPLETA	
DIABETES MELLITUS	3	10	0	0	0	2	15
	20.0%	66.7%	0	0	0	13.3%	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	1	19	5	0	5	0	30
	3.3%	63.3%	16.7%	0	16.7%	0	100.0%
OSTEOARTRITIS	1	24	3	0	1	0	29
	3.4%	82.8%	10.3%	0	3.4%	0	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO	2	13	1	0	0	1	17
	11.8%	76.5%	5.9%	0	0	5.9%	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITIS	0	9	0	1	0	0	10
	0	90.0%	0	10.0%	0	0	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOARTRITIS	7	33	1	0	2	0	43
	16.3%	76.7%	2.3%	0	4.7%	0	100.0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOARTRITIS	2	9	0	0	0	0	11
	18.2%	81.8%	0	0	0	0	100.0%
TOTAL	16	117	10	1	8	3	155
	10.3%	75.5%	6.5%	.6%	5.2%	1.9%	100.0%

χ^2 y H = 391.54 p 0.000

Fuente: Evaluación a pacientes de UMF. 94. Año 2005.

La variable de ocupación con relación a la morbilidad y comorbilidad de los participantes (cuadro 7), reporta los mayores porcentajes como dedicados al hogar, así se observa en pacientes con DM 9(60 %); HAS 18(60 %) y OA 18(62.1 %); con DM e HAS 10(58.8 %); DM y OA 7(70 %); HAS y OA 32(74.4 %) y DM, HAS y OA con 10(90.9 %), con una p 0.000

Cuadro 7 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y OCUPACION

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	OCUPACION			TOTAL
	HOGAR	EMPLEADO	JUBILADO	
DIABETES MELLITUS	9	1	5	15
	60.0%	6.7%	33.3%	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	18	2	10	30
	60.0%	6.7%	33.3%	100.0%
OSTEOARTRITIS	18	4	7	29
	62.1%	13.8%	24.1%	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO"	10	0	7	17
	58.8%	0	41.2%	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITIS	7	1	2	10
	70.0%	10.0%	20.0%	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	32	1	10	43
	74.4%	2.3%	23.3%	100.0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS"	10	0	1	11
	90.9%	0	9.1%	100.0%
TOTAL	104	9	42	155
	67.1%	5.8%	27.1%	100.0%

X^2 y H = 90.05 p 0.000

Fuente: Evaluación a pacientes de UMF. 94. Año 2005.

De las variables universales con relación a la comorbilidad (cuadro 8), y de acuerdo a los rangos de edad de los participantes se observa entre 60 a 69 años a pacientes con DM 9(60%); HAS 18(60 %) y OA 15(51.7 %); DM y OA 6(60 %); en el rango de 70 a 79 años pacientes con: DM e HAS 9(52.9 %);HAS y OA 21(48.8%) y DM, HAS y OA con 7(63%), con una p 0.120

Cuadro 8 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y EDAD

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	EDAD			TOTAL
	60-69	70-79	80-89	
DIABETES MELLITUS	9	4	2	15
	60.0%	26.7%	13.3%	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	18	10	2	30
	60.0%	33.3%	6.7%	100.0%
OSTEOARTRITIS	15	14	0	29
	51.7%	48.3%	0	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO"	8	9	0	17
	47.1%	52.9%	0	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITS	6	4	0	10
	60.0%	40.0%	0	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	18	21	4	43
	41.9%	48.8%	9.3%	100.0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS"	4	7	0	11
	36.4%	63.6%	0	100.0%
TOTAL	78	69	8	155
	50.3%	44.5%	5.2%	100.0%

X^2 y H = 4.241 p 0.120

**Fuente: Escala de funcionamiento familiar Fases III a pacientes de UMF.
94. Año 2005.**

La variable de sexo, con relación a la comorbilidad de los participantes (cuadro 9), marca con mayor predominio el género femenino, así reporta en portadores de: DM 10(66.7 %); HAS 20(66.7 %) y OA 20(69 %); con DM e HAS 10(58.8 %); DM y OA 8(80 %); HAS y OA 31(72.1%) y DM, HAS y OA con 10(90.9 %), con una p 0.000

Cuadro 9 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y SEXO

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	SEXO		TOTAL
	MASCULINO	FEMENINO	
DIABETES MELLITUS	5	10	15
	33.3%	66.7%	100.0%
HIPERTENSION ARTERIAL	10	20	30
	33.3%	66.7%	100.0%
OSTEOARTRITIS	9	20	29
	31.0%	69.0%	100.0%
DIABETICO E HIPERTENSO	7	10	17
	41.2%	58.8%	100.0%
DIABETICO Y OSTEOARTRITIS	2	8	10
	20.0%	80.0%	100.0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS	12	31	43
	27.9%	72.1%	100.0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS"	1	10	11
	9.1%	90.9%	100.0%
TOTAL	46	109	155
	29.7%	70.3%	100.0%

X^2 y H = 25.606 p 0. 000

**Fuente: Escala de funcionamiento familiar Fases III a pacientes de UMF.
94. Año 2005.**

Conforme a la variable del tiempo de evolución de cada entidad y de acuerdo a la comorbilidad, se reportó en la mayoría de pacientes entre un rango de 1 a 9 años de evolución (cuadro 10), con una p 0.002

Cuadro 10 ENFERMEDADES CRONICO-DEGENERATIVAS Y TIEMPO DE EVOLUCION

ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS	TIEMPO DE EVOLUCION DE EL CONJUTO DE ECD						TOTAL
	MENOR DE 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	10 A 14 AÑO	15 A 20 AÑOS	MAS DE 20 AÑOS	
DIABETES MELLITUS	1	5	3	0	3	3	15
	6,7%	33,3%*	20,0%	,0%	20,0%	20,0%	100,0%
HIPERTENSION ARTERIAL	0	5	12	5	4	4	30
	0%	16,7%	40,0%*	16,7%	13,3%	13,3%	100,0%
OSTEOARTRITIS	2	10	10	4	1	2	29
	6,9%	34,5%*	34,5%*	13,8%	3,4%	6,9%	100,0%
"DIABETICO E HIPERTENSO"	3	4	3	2	2	3	17
	17,6%	23,5%*	17,6%	11,8%	11,8%	17,6%	100,0%
"DIABETICO Y OSTEOARTRITIS"	3	3	3	0	1	0	10
	30,0%*	30,0%*	30,0%*	,0%	10,0%	,0%	100,0%
HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS"	4	12	16	9	2	0	43
	9,3%	27,9%	37,2%*	20,9%	4,7%	,0%	100,0%
DIABETICO, HIPERTENSO Y OSTEOATRITIS"	4	6	0	1	0	0	11
	36,4%	54,5%*	,0%	9,1%	,0%	,0%	100,0%
TOTAL	17	45	47	21	13	12	155
	11,0%	29,0%	30,3%	13,5%	8,4%	7,7%	100,0%

χ^2 y H = 18.84 p 0.002

Fuente: Escala de funcionamiento familiar Fases III a pacientes de UMF. 94. Año 2005.

11. ANALISIS DE DATOS Y DISCUSION

El comportamiento de datos sociodemográficos se consideró acorde a lo que muestran estudios en que se incluye a la población demandante del servicio asistencial, así predominó el género femenino. Otro elemento a destacar es que las tres cuartas partes de los participantes cuentan con escolaridad de primaria; ambos aspectos considerados para la aplicación de los instrumentos de evaluación de nuestro estudio.

En cuanto a la ocupación y estado civil, aspectos muy relacionados con el rango de edad de los participantes, correspondiendo a ser casados, dedicados al hogar y pensionados. Cabe reconocer que variables como edad, sexo, estado civil, ocupación y escolaridad, mostraron diferencias estadísticamente significativas, al ser comparados los datos de acuerdo a la asociación de entidades patológicas, lo cual era esperado en edad y sexo por la evolución crónica de las enfermedades estudiadas. Mismo que se pudo corroborar en el estudio de la encuesta nacional de salud 2000, donde se observa que las enfermedades crónicas, aumentan con la edad, con una prevalencia predominantemente mayor en mujeres que en hombres (42). Así mismo los otros tres indicadores son muy acordes por los criterios de la población y la zona de ubicación del estudio.

La distribución de la morbilidad y comorbilidad, fue muy semejante en la jerarquización de acuerdo al diagnóstico de salud, (4) así la frecuencia mas elevada fue para portadores e HAS, seguidos patologías asociadas a éstos, tales como DM, HAS y OA y la propia OA, con poca diferencia porcentual.

La evaluación de la depresión en los pacientes portadores de las distintas patologías y sus asociaciones es de llamar la atención ya que la mitad de todos ellos se reporta con algún grado de depresión, y aproximadamente una cuarta parte con depresión severa, en donde en éstos últimos de acuerdo a los criterios de referencia requiere el manejo en segundo o tercer nivel, además de fortalecer el manejo conjunto con el médico familiar (43). El comportamiento de datos enfatiza la importancia del presente trabajo, ya que comparativamente los porcentajes suplican a lo reportado por Cuesta-Triana (16) en estas edades, y que con base a los datos observados, cobra mayor trascendencia conforme a lo mencionado por Egede (17), la depresión causa tantos estragos como las enfermedades crónico-degenerativas. En un análisis mas dirigido a la búsqueda intencionada del proceso depresivo en las diferentes entidades estudiadas y sus diversas asociaciones es muy interesante que en aquellos pacientes con monopatología, se reportó en mas de la mitad de ellos que no tienen depresión, y conforme se presenta comorbilidad existe ligera variación porcentual a incrementarse, aunque sin diferencia estadísticamente significativa (p 0. 336)

El hecho de manifestar en mas de tres cuartas partes de los participantes que no existe estrés de acuerdo a la escala de Holmes, parece muy favorable, sin embargo esto debe considerarse con reserva si se tiene presente que, un elevado porcentaje de los pacientes fluctúa entre 1 a 9 años de evolución de las patologías (p 0.002), de ello pueden sustentarse dos posturas, por un lado

que debido al tiempo de evolución el duelo y estrés que representa la enfermedad, el paciente la haya superado; y la segunda desde el enfoque familiar, si bien el padecimiento es una crisis paranormativa, tenga el paciente los suficientes elementos o herramientas para mantener su homeostasis, ello vinculado además con el reporte de la categoría de la familia. Es importante señalar que los datos reportados al determinar la influencia de la presentación única o múltiple de patología y la evidencia de estrés no reportó diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.649$)

La evaluación familiar mostró datos muy favorables, ya que en su mayoría los pacientes pertenecen a familias balanceadas y de rangos medios, consideradas como funcionales, esto además en proyección al manejo del paciente resulta favorecedor, derivado de inferir que se cuenta entonces con redes de apoyo. Por lo tanto la evaluación de la funcionalidad familiar de manera general es muy favorable en portadores de mono o pluripatología, con significancia estadística ($p = 0.000$). Esto ratifica lo referido por Rolland (44) en donde la enfermedad crónica mueve la dinámica familiar y la familia adopta una forma centrípeta de socializar el padecimiento, y que dicho apoyo está relacionado con la funcionalidad del sistema, disminuyendo el estrés y la evolución misma del proceso mórbido.

De manera general al comparar los datos de depresión, estrés y disfunción familiar los resultados entre las diversas patologías presentaron una diferencia entre ellas, en promedio del 6% en monopatología y un incremento en la diferencia mayor, conforme a la asociación de comorbilidad.

Si bien los datos apoyan la hipótesis planteada, es menester reconocer como limitante del estudio no contar con una medición previa de los elementos clave del mismo, es decir de la existencia previa de un estrado depresivo y la funcionalidad de las familias, ambas situaciones potencialmente superables si se contempla con esta misma línea, un diseño de investigación mejor planteado.

12. CONCLUSIONES.

El trabajo permitió el logro de los objetivos, de tal suerte que se pudo identificar que la frecuencia de depresión la presentó la mitad de los participantes y el grado de la misma en las categorías de leve y moderado, siendo éste último el de mayor presentación.

Se fundamenta solo en la cuarta parte de los sujetos la presencia de estrés, cuya clasificación sería también en leve.

Casi en la totalidad de los participantes se identificó que se encuentran con funcionalidad familiar; y cuyas categorías pudieron establecerse como balanceadas y rangos medios y en una mínima proporción en extremas.

Se logró establecer que hay una diferencia porcentual mayor del 6% entre las enfermedades crónico degenerativas de diabetes mellitus (DM); hipertensión arterial sistémica(HAS) y Osteoartrosis (OA), tanto en el nivel de depresión, estrés, la cual se hace más aparente conforme al incremento de la comorbilidad entre éstas mismas, aunque no se logra establecer diferencias estadísticamente significativas al comparar la mono o pluralidad de las patologías investigadas.

Esta misma comparación porcentual respecto a la funcionalidad familiar no presenta diferencia al considerar las categorías de familias balanceadas y rangos medios; pero con familias extremas presenta una variación con una diferencia entre el 3 % al 17 %, con diferencia estadísticamente significativa a mayor comorbilidad registrada.

13. SUGRENCIAS.

Insistir en la búsqueda intencionada del proceso depresivo, sobre todo en el paciente geriátrico, por el médico familiar, como parte de su actividad asistencial integral y anticipatoria.

Utilizar por el personal de salud, las características de la funcionalidad familiar y potencialmente las redes de apoyo familiar con las que cuenta el paciente de tercera edad, para el fortalecimiento de su manejo en salud y en enfermedad.

De manera indirecta, los resultados del estudio permiten sugerir que puede aprovecharse la continuidad en el manejo del paciente geriátrico por el médico familiar, insistir en la aplicación de los instrumentos utilizados en la presente investigación, con la finalidad fortalecer el diagnóstico y tratamiento.

Realizar con un diseño metodológico de investigación más estricto, estudios complementarias a éste.

Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
JEFATURA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE
INVESTIGACIÓN.

Por medio de la presente, acepto participar en el proyecto de investigación titulado: **Grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar, en el paciente geriátrico portador de diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y/o osteoartrosis**, registrado ante el Comité Local de Investigación médica con el número 3515, cuyo objetivo del estudio es: Comparar el grado de depresión, funcionalidad y estrés familiar, que tiene el paciente geriátrico portador de mono o pluripatología crónica degenerativa tales como DM, has y /o Osteoartrosis, atendido en la consulta externa de la UMF. 94 del IMSS

Se me ha explicado que mi participación consistirá en responder cuatro cuestionarios (éste formato de consentimiento, Escala de Depresión, escala de Funcionamiento familiar y escala de Holmes), así como los familiares que vivan conmigo sólo éstas dos últimas, para identificar los datos buscados en el estudio.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:

Riesgos: Ninguno

Inconvenientes: Inversión de tiempo para responder el instrumento aplicado por el investigador, al igual que a mis familiares, lo cual es totalmente voluntario.

Beneficios: Se me informará al momento de terminar el estudio de los resultados de manera verbal personalizada, y en caso de tener datos de depresión, estrés o disfunción familiar se me invitará a acudir con mi médico familiar para valorar el manejo consecutivo, conforme al criterio del mismo.

El investigador principal solo valorará los datos registrados y no intervendrá en ningún momento en mi atención, se ha comprometido a darme información sobre los datos que este relacionado con este estudio, así como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo.

Así mismo el investigador se compromete a darle los resultados de dichos instrumentos aunque ello significara que deba retirarme del estudio. Quedando en claro que el diagnóstico definitivo, seguimiento y tratamiento estarán a cargo exclusivo de mi médico tratante.

Entiendo que conservo el derecho de la confidencialidad de los datos y me comprometo a decir verdad sobre lo que se me pregunta, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto. Conservo el derecho de retirarme del estudio si así lo determino.

El investigador me ha dado seguridades de que no se me identificarán en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma del paciente.

Nombre, matrícula y firma del investigador

Testigo

Lugar y Fecha: _____

Anexo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
ESCALA DE DEPRESIÓN DE YASAVAGE

Instrucción: A continuación ponga una "x" si Usted en los últimos 6 meses o en la actualidad vive alguna de las siguientes situaciones. Es opcional que registre su nombre.

Nombre: _____ No. De afiliación _____		
Sexo: _____ Edad _____ Consultorio _____ Turno _____		
Estado civil: _____ Ocupación _____ Religión _____		
1. ¿Está usted satisfecho con su vida?	SI	NO
2. ¿Han dejado de interesarle cosas y actividades que antes lo hacían?		
3. ¿Siente que su vida está vacía?		
4. ¿Se aburre usted con frecuencia?		
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?		
6. ¿Tiene preocupaciones que no se puede quitar de la cabeza?		
7. ¿Está usted de buen humor la mayor parte del tiempo?		
8. ¿Teme que algo malo le suceda?		
9. ¿Se siente contento la mayor parte del tiempo?		
10. ¿A menudo se siente indefenso?		
11. ¿Se siente a menudo nervioso e inquieto?		
12. ¿Prefiere quedarse en casa antes que salir y hacer cosas nuevas?		
13. ¿Se preocupa frecuentemente por el futuro?		
14. ¿Cree que tiene menos memoria que el resto de la gente?		
15. ¿Piensa que es maravilloso estar vivo ahora?		
16. ¿A menudo se siente descorazonado y triste?		
17. ¿Se siente inútil?		
18. ¿Se preocupa mucho por el pasado?		
19. ¿Piensa que la vida es excitante?		
20. ¿Le cuesta empezar nuevos proyectos?		
21. ¿Se siente lleno de energía?		
22. ¿Cree que su situación es desesperante?		
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?		
24. ¿A menudo se entristece por pequeñeces?		
25. ¿Tiene usted a menudo ganas de llorar?		
26. ¿Le cuesta concentrarse?		
27. ¿Se despierta generalmente animado?		
28. ¿Evita el contacto social?		
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?		
30. ¿Está su mente tan clara como siempre?		

Anexo 3 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION I Y II DEL DF.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA COHESION Y ADAPTABILIDAD FAMILIAR
(FACES III)

Instrucción: A continuación se le pide que ponga una "x" de acuerdo a como Usted considera que se desarrolla su vida y relación familiar. Es opcional que registre su nombre.

PARAMETRO	Casi Nunca	Nunca	Algunas Veces	Casi Siempre	Siempre
1. Los miembros de nuestra familia se dan ayuda entre sí ^c					
2. En nuestra familia se toma en cuenta sugerencias de los hijos para resolver problemas ^c					
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia ^a					
4. los hijos pueden opinar en cuento a su disciplina ^c					
5. nos gusta convivir solo con los familiares más cercanos ^a					
6. cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad ^c					
7. nos sentimos más unidos con personas que no son de nuestra familia ^c					
8. nuestra familia cambia del modo de hacer sus cosas ^a					
9. Nos gusta el tiempo libre en la familia ^c					
10. padre e hijos se ponen de acuerdo con los castigos ^a					
11. nos sentimos muy unidos ^c					
12. En la familia los hijos toman las decisiones ^a					
13. cuando se toma una decisión importante toda la familia esta presente ^c					
14. en nuestra familia las reglas cambian ^a					
15. Con facilidad podemos planear cosas en la familia ^a					
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros ^a					
17. Consultamos unos con otros la toma de decisiones ^c					
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad ^a					
19. La unión familiar es muy importante ^c					
20. Es difícil decidir quien hace los quehaceres del hogar ^a					

Anexo 4 INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACION I Y II DEL DF.
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 94
 ESCALA DE HOLMES

Instrucción: A continuación se lista una serie de eventos, de los cuales se le pide que anteponga un número de CERO a CIEN (0 a 100), en los que Usted haya vivido en los últimos 6 meses. Es opcional que ponga su nombre.

PUNTOS	Evento
	1. Muerte del cónyuge
	2. Divorcio
	3. Separación matrimonial
	4. Causas penales
	5. Muerte de un familiar cercano
	6. Lesión o enfermedad personal
	7. Matrimonio
	8. Pérdida del empleo
	9. Reconciliación matrimonial
	10. Jubilación
	11. Cambios en la salud de un familiar
	12. Embarazo
	13. Problemas sexuales
	14. Nacimiento de un hijo
	15. Reajuste en los negocios
	16. Cambios en el estado financiero
	17. Muerte de un amigo muy querido
	18. Cambio a una línea diferente de trabajo
	19. Cambio del número de discusiones con la pareja
	20. Hipoteca mayor
	21. Juicio por una hipoteca o préstamo
	22. Cambio de responsabilidad en el trabajo
	23. Uno de los hijos abandona el hogar
	24. Dificultades con los parientes políticos
	25. Logro personal notable
	26. La pareja empieza o deja de trabajar
	27. Inicia o termina el ciclo escolar
	28. Cambio en las condiciones de vida
	29. Revisión de hábitos personales
	30. Problemas con el jefe
	31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo

	32. Cambio de residencia
	33. Cambio de escuela
	34. Cambio de recreación
	35. Cambio en las actividades religiosas
	36. Cambio en las actividades sociales
	37. Hipoteca o préstamo menor
	38. Cambios en los hábitos del sueño
	39. Cambio en el número de reuniones familiares
	40. Cambio en los hábitos alimenticios
	41. Vacaciones
	42. Navidad
	43. Violaciones menores a la ley
	TOTAL

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Massie BM. Hipertensión sistémica En: Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA, ED. Diagnostico clínico y tratamiento 37ª. México: manual moderno, 2001:447-72.
- 2.-Rosas-Peralta M. La hipertensión arterial en México y su relación con otros factores de riesgo. Archivos de cardiología de México 73 (supl 1). 2003: s137- 40.
- 3.-Reyes S. Population ageing in the Mexican institute of social security; healt policy and economic implications: Tasas de incidencia, prevalencia, mortalidad y discapacidad por enfermedades crónicas, en ancianos derechohabientes imss- DF. 2000.
- 4.- Instituto mexicano del seguro social. Diagnostico de salud, delegación 2 noroeste del distrito federal, Unidad de Medicina Familiar No. 94: 2003.
- 5.- NORMA Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
- 6.- Williams GH. Vasculopatía hipertensiva En: Faucci AS, Braunwald E, Isselbacher KJ ed. Principios de medicina interna 14ª. Madrid: a.C. Graw Hill, 1998: Vol. 1:1574-89.
- 7.- NORMA Oficial Mexicana, NOM-015-SSA2-1994, "Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria".
- 8.- Álvarez-Escolá C, Darías-Garzón R, López-Guzmán A, Pallardo-Sánchez L. Etiopatogenia de la diabetes mellitus. Medicine 2000; 08: 991-1000.
9. - McEwen B, Reagan A, Reagan L. Studies of hormone action in the hippocampal formation possible relevance to depression and diabetes. Journal of Psychosomatic Research 2002; 53: 883-90.
- 10.-Masharani U, Karam JH. Diabetes mellitus e hipoglucemia En: Tierney LM, Mcphee SJ, Papadakis MA, Ed. Diagnostico clínico y tratamiento 37ª. México: manual moderno, 2001:1169 -216.
- 11.-Piera-Fernández M. Depresión. Aproximación clínica. Farmacia Profesional 2001; 15: 66-73.
- 12.- Cruz-Corchado M, Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México Archivos de cardiología de México, 71(supl 1); 2001: s-192-7.
13. - California Healthcare Foundation/American Geriatrics Society Panel on Improving Care for Elders with Diabetes. Guidelines for Improving the Care of the Older Person with Diabetes Mellitus JAGS 51(5); 2003:s265- S-280
- 14.- Encuesta nacional del 2000, la salud de los adultos Tomo 2 106-14.

- 15.- Espinoza-Morales R, La Osteoartritis una enfermedad crónica emergente. Reto para el siglo XXI boletín del centro nacional de rehabilitación 7; 2004: 1-2.
- 16.-. Cuesta-Triana, F. Rehabilitación del paciente anciano con enfermedad Osteoarticular JANO 64(1); 2003:21-27.
17. - Egede EL. Diabetes, major depresión and functional disability among US.adults, Diabetes care 27(2); 2004:421-8.
- 18.-Rudelir M. Abordaje clínico de la depresión Avances en Medicina 1999: 97- 106.
- 19.- Ayuso-Mateos J L. Depresión: una prioridad en salud pública Med Clin 2004; 123(5):181-6.
- 20.-Broggi I Valles M. La vejez y la muerte en la sociedad moderna Rev Esp Geriatre Geronto 2003; 38 (3); 10-16.
- 21.- Ayuso-Mateos JL Depresión: una prioridad en salud pública. Med Clin (Barcelona) 2004; 123(5):181-6.
22. - Wagner F A, Gallo J J, Delva J, Depression in late life: A hidden public health problem for Mexico? Salud publica de México. 1999; 41(3): 189-202.
- 23.- http://WWW.miss.gob.mx/dpm/dtiesdb/poblacion/001_002_001.aspx
24. - INEGI. XII Censo general de población y vivienda 2000. Tabulados básicos. Aguascalientes, 2001.
- 25.- Rodríguez-Testal JF, Valdés M, Benítez MM. Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): análisis procedente de cuatro investigaciones, Rev Esp Geriatr Gerontol. 2003; 38(3): 132-44.
26. - Brown G, Brown M, Sharma S, Brown H, Gozum M, Denton P. Quality of life associated with diabetes mellitus in adult population. Journal of Diabetes and its complications 2000; 14: 18-24.
27. Irigoyen CA, Gómez CFJ, Hernández RC, Farfán SG. Diagnostico familiar. ED.4. México DF: Medicina familiar mexicana, 1994:18-29.
- 28.- Pinto-Herrera F et al. Trastornos de conducta y funcionamiento familiar en adolescentes. Revista científica de la UNFV, 2003; 7(1): 1-11.
29. - Vargas BE, et al. La capacitación del médico general en el primer nivel de atención en el manejo de la depresión. Rev FAC med 2004; 47(5): 187-91.
- 30.- Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina. F J, Hernández-Ramírez C, Farfán-Salazar G, González-Salinas C, Fernández-Ortega M^a. Diagnostico, familiar. Lineamientos perspectivas a través de un marco histórico clínico de la familia de Carlos IV. 6en. ED. Medicina familiar mexicana: 2000.

- 31.- Macdaniel S. La influencia de la familia sobre la enfermedad. En: Macdaniel S. Orientación familiar en atención primaria. 2nd. ed. Estados Unidos: Springer; 1998. P.18-29, 257-77.
32. - Musick M, Wilson J. Volunteering and depression the role of psychological and social resources in different age groups. *Social Science and Medicine* 2003; 56 (4): 259-69.
- 33-García-Serrano M, Tobías-Ferrer J. Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo. *Atención Primaria* 2001; 27 (3): 484-8.
- 34.- De Santillana-Hernández S, Alvarado-Moctezuma L. Depresión en población adulta mayor. Tamizaje en unidad de primer nivel de atención médica. *Rev Med IMSS* 1999; 37 (6): 111-5.
35. - Eaton W. Epidemiologic evidence on the comorbidity of depression and diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53 (2): 903-6.
- 36.- Garduño-Espinosa J, Téllez-Zenteno J, Hernández-Ronquillo L. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Rev Invest Clin Méx.* 1998; 50: 287-91.
- 37.-Godoy A, Delgado E, Díaz-Cadorniga F, De Pablos P, Vázquez J, Soto E. Epidemiología de la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Endocrinología y Nutrición* 2002; 49: 113-26.
38. - Gadsby R. Epidemiology of diabetes. *Advanced Drug Delivery Reviews* 2002; 54: 1165-72.
- 39.- Grandinetti A, Kaholokula J, Crabbe K, Kenui C, Chen R, Chang H. Relationship between depressive symptoms and diabetes among native Hawaiians. *Psychoneuroendocrinology* 2000; 25: 239-46.
40. - Téllez-Zenteno J, Cardiel M. Risk Factors Associated with Depression in patients with type 2 Diabetes Mellitus. *Archives of Medical Research* 2002; 33: 53-60.
- 41.- Blazer D, Moody S, Morgan J, Burchett B. Depression in diabetes and obesity. *Journal of Psychosomatic Research* 2002; 53: 913-6.
- 42.- Velásquez-Monroy Ó, Rosas-Peralta M, Lara-Esqueda A, Pastelón-Hernández G, Fause A, Tapia-Conyer R. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. *Archivos de Cardiología de México* 2002; 72 (1): 71-84.
- 43.- Cardoner Alvarwez N. Psiquiatría en asistencia primaria: En: Del Pino-Alonso-ortega M, editores. *Psiquiatría en atención primaria* 1er ed Barcelona: Ars Medica; 2005. p: 324-333. En: Vallejo-Ruiloba J. P.327
44. - Roland JS. Beliefs and collaboration in illness: evolution over time. *Familias, Systems and Health.* EU.16:55-69.