



PODER EJECUTIVO DEL ESTADO DE
QUERÉTARO
SECRETARÍA DE SALUD - SESEQ

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE QUERÉTARO

SEDE: SESEQ QUERÉTARO, QUERÉTARO

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR
EN LOS PACIENTES DIABETICOS DESCONTROLADOS DEL CENTRO DE
SALUD DE AJUCHITLAN, COLÓN, QUERETARO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JESUS JORGE RAMIREZ SALAS

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO., A 5 DE ENERO 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN LOS
PACIENTES DIABÉTICOS DESCONTROLADOS DEL CENTRO DE SALUD DE
AJUCHITLAN, COLON, QUERÉTARO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JESUS JORGE RAMIREZ SALAS

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. MARIO ORTIZ AMEZOLA

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
DEL ESTADO DE QUERÉTARO

DR. RAMÓN ALFONSO MANCILLA ORTIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MÉDICOS GENERALES EN SANTIAGO DE QUERÉTARO, QUERÉTARO.

MA. TERESITA ORTIZ ORTIZ

JEFA DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO DE
QUERÉTARO. ASESOR METODOLÓGICO DE LA TESIS

DR. JAVIER LÓPEZ SÁNCHEZ

DIRECTOR DE TESIS

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR
EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONTROLADOS DEL CENTRO DE
SALUD DE AJUCHITLAN, COLON, QUERETARO”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

JESÚS JORGE RAMÍREZ SALAS

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR, DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA FAMILIAR, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

UN TIEMPO PARA AGRADECER

La medicina es un arte, en el cual tenemos la oportunidad de ayudar y servir a nuestros semejantes. Para muchos de mis compañeros de profesión, la medicina familiar no es otra cosa que una simple actualización de la medicina general, sin embargo con el paso de los meses, uno se da cuenta de que, lejos de ser una actualización médica, es la especialidad más completa de ésta profesión, ya que es la única especialidad que estudia de manera holística e integral al que padece de una enfermedad o alteración física o mental, desde el periodo prenatal hasta la vejez, algo que en ninguna otra especialidad se puede hacer.

En las páginas de este trabajo se concentran los conocimientos, experiencias y afectos que diversas personas me han brindado, con la única finalidad de hacer posible el objetivo planteado. Realmente ha sido algo maravilloso y gratificante poder recibir con humildad la riqueza interna de toda aquella persona que con sus dones, alimento la construcción de éste proyecto y enriqueció mi vida.

Gracias

A mis padres y hermanos que estuvieron conmigo ayudándome en mi recuperación, después del trágico accidente en el cual casi pierdo la vida. Gracias por estar conmigo, sin importar las distancias y el tiempo.

A ti querido hijo, por tu paciencia y tu esfuerzo por ayudarme y entenderme, por aguantar mis cambios de conducta y comportamiento, muchas gracias.

A cada uno de mis directores de tesis y a mis profesores por la guía otorgada en cada momento que la requería.

Dr. Ramón Mancilla muchas gracias por su paciencia, apoyo y confianza que deposito en mí, después del accidente sufrido. Gracias por disculparme por no

haber asistido a su clase por “causas de fuerza mayor”. Usted siempre me apoyo y confío en mí...con sus excepciones...muchas gracias querido maestro y amigo Dr. Mancilla.

Dr. Javier López, a usted no tengo palabras para agradecerle lo que hizo por mí. Gracias por creer en mí y en qué puedo hacer las cosas, ya que sin sus consejos, yo no hubiera sido capaz de terminar esta hermosa especialidad. Tal vez no llené sus expectativas, me quede corto, lo sé, pero eso si se lo aseguro Dr., que cada día que pase, seré mejor médico para poder ayudar a mis semejantes como usted y el Dr. Mancilla con su ejemplo, me enseñaron a mí...

A mis compañeros de generación y por supuesto a mis grandes amigos, de mi primera generación y de esta última, gracias por brindarme su apoyo y comprensión, por ayudarme a levantarme cada vez que yo desistía y perdía la confianza en mí mismo, gracias por estar siempre al pendiente de mí y apoyarme.

A mis amigos y amigas, tanto dentro de la rotación hospitalaria, como fuera de ella que, se entusiasmaron y se incorporaron a este proyecto reiterándome su confianza, cuando el agotamiento me abatía.

A cada uno de los pacientes por compartir sus experiencias de vida y presentarme otra perspectiva de esta vida, provocando en mí, diversos e intensos sentimientos.

A mi hija y a mi esposa, por su paciencia, por su comprensión y por estar conmigo en las noches de estudio que pase, apoyándome y dándome fuerza y confianza en que yo podía hacer las cosas. Gracias.

A todos ustedes, les dedico mi trabajo, mi esfuerzo, mi vocación y dedicación a este hermoso arte, que es la medicina.

Finalmente a la vida que me dio la oportunidad de contar con cada uno de ustedes.

1. TÍTULO

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE DISFUNCION FAMILIAR
EN LOS PACIENTES DIABÉTICOS DESCONTROLADOS DEL CENTRO DE
SALUD DE AJUCHITLAN, COLÓN, QUERÉTARO”**

2. ÍNDICE GENERAL

<u>AGRADECIMIENTOS</u>	4
<u>INTRODUCCIÓN</u>	8
<u>RESUMEN</u>	10
<u>SUMMARY</u>	12
<u>MARCO TEÓRICO</u>	16
<u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	56
<u>JUSTIFICACIÓN</u>	58
<u>OBJETIVOS</u>	60
<u>GENERAL</u>	60
<u>ESPECÍFICOS</u>	60
<u>METODOLOGÍA</u>	61
<u>TIPO DE ESTUDIO</u>	61
<u>POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO</u>	61
<u>TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA</u>	61
<u>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</u>	61
<u>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN</u>	62
<u>VARIABLES</u>	63
<u>MÉTODO DE CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN</u>	65
<u>CONSIDERACIONES ETICAS</u>	66
<u>RESULTADOS</u>	68
<u>DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS</u>	68
<u>GRÁFICAS</u>	72
<u>DISCUSIÓN (ANÁLISIS) DE RESULTADOS</u>	87
<u>CONCLUSIONES</u>	90
<u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u>	93
<u>ANEXOS</u>	97

1. INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica, es un proceso permanente en las sociedades que se encuentran en un proceso de crecimiento y desarrollo, como consecuencia de esto, hay una modificación en sus grupos etarios, que la llevan a ser una población adulta, con mayor número de adultos mayores, así como a la exposición a factores de riesgo, propios de las zonas urbanas, las cuales presentan un mayor acceso a servicios, pero también a modificaciones de los usos, costumbres y patrones culturales, debido a la adopción de conductas que no son propias de la comunidad, ésta globalización se refleja en las condiciones de salud, que muestran una importante modificación en sus características de presentación, tanto en el tipo de proceso patológico, como en su frecuencia, traduciéndose en una disminución de las enfermedades infectocontagiosas y un incremento en las enfermedades crónico degenerativas.

Sin embargo, los avances tecnológicos y la vasta experiencia en la práctica de la medicina, no han podido evitar el crecimiento exponencial en la presencia de enfermedades crónico degenerativas como lo es la diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica y la obesidad, que a largo plazo presentan complicaciones irreversibles en órganos blanco como los ojos, corazón, riñón y extremidades.

Tal es el caso de la diabetes mellitus, que durante las últimas décadas presenta una alta tasa de presentación a nivel mundial, con un alto impacto económico, social y familiar debido a las altas tasas de morbilidad y mortalidad que presenta, pero afortunadamente, y debido a las características de su presentación, permite llevar a cabo acciones de detección que resultan en una identificación de la enfermedad en fases tempranas para implementar estrategias dirigidas a evitar la presencia de complicaciones a corto plazo e instaurar tratamientos que limiten su evolución, ofreciendo tasas de control más elevadas y así, reducir las tasas de mortalidad que actualmente presenta, ya que al intervenir de forma temprana, limitamos la evolución de las complicaciones y reduciremos la mortalidad y costos, tanto para las unidades de salud como para los que padecen la

enfermedad, resultando en mejoras importantes en su calidad de vida y más años de sobrevida a todos los beneficiarios de estas actividades.

Sin embargo, existe otro padecimiento que se presenta, con mayor incidencia en los adultos mayores, o en personas que padecen enfermedades discapacitantes, aumentando su prevalencia si presentan enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiacas y obesidad. Este padecimiento, se le conoce como Depresión e influye directa o indirectamente en el control metabólico de la diabetes y en el apego al tratamiento de los pacientes.

Al contar con los datos estadísticos de las estrategias a emplear, estamos en condiciones de orientar actividades específicas, que reduzcan los riesgos de complicaciones de la enfermedad y los gastos catastróficos en las instituciones de salud del país. Y así, reorientar a la población en riesgo sobre conductas saludables e impactar positivamente en el proceso salud-enfermedad de la diabetes mellitus.

5. RESUMEN

Objetivo: Identificar la frecuencia de depresión y percepción de disfuncionalidad familiar en los pacientes diabéticos descontrolados que acuden a control médico al centro de salud de Ajuchitlan, mediante tamizaje por test de APGAR, ESCALAS DE DEPRESION DE BECK y YESAVAGE, durante el año 2011.

Metodología: Es un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal. Se tamizó una muestra de 35 pacientes diabéticos descontrolados mediante la aplicación de YESAVAGE y BECK para identificar la frecuencia de depresión. Se evaluó la percepción de funcionalidad familiar con APGAR familiar. Considerando que existía funcionalidad familiar cuando el instrumento aplicado mostró resultados entre 7 a 10 puntos y disfuncionalidad familiar cuando mostró un puntaje menor a 7 en pacientes diabéticos con descontrol glucémico que acuden al centro de salud de Ajuchitlan, Colón, Qro.

Resultados: La frecuencia de depresión en el paciente diabético descontrolado es alta, como se observa en el estudio de Angélica Riveros y de Cecilia Colunga, ambos en la Ciudad de México. ^(4, 8) En donde se demuestra que la prevalencia de depresión es alta en las personas que padecen Diabetes Mellitus y que tiene un alto impacto en la calidad de vida y en el control glucémico de estos pacientes. La disfunción familiar se observó en el 48.7 % de los pacientes estudiados, encontrando mayor percepción de la misma en el grupo de edad de 41 a 50 años. Esto se observa el estudio realizado por Méndez y cols. ⁽²⁰⁾ en la ciudad de Tamaulipas, México en donde se observa que la disfunción familiar influye en el buen control del paciente diabético.

Conclusión: La frecuencia de depresión es alta en las personas con diabetes y las mujeres tienen mayor riesgo. La depresión se presentó en todos los casos en personas de 51 a 64 años. Así mismo se concluye que la percepción de disfunción familiar por parte del paciente, también es alta en aquellas personas cuya edad se

encuentra entre 41 a 50 años y de manera importante entre los pacientes mayores de 65 años, siendo predominante en analfabetas en donde se observa con mayor frecuencia

Palabras clave: Diabetes Mellitus, Descontrol metabólico, Disfuncionalidad familiar, Depresión.

6. SUMMARY

Objective: Identify the frequency of depression and perception of family dysfunctionality in uncontrolled diabetic patients attending medical control to the health center of Ajuchitlán, through screening by APGAR test, depression scales, BECK YESAVAGE, during 2011.

Methodology: It is a descriptive, prospective, observational and transversal study. A sample of 35 patients with diabetes uncontrolled by the application of YESAVAGE and BECK to identify the frequency of depression is sieved. We evaluated the perception of family functionality with family APGAR. Considering that there was family functionality when the instrument applied showed results between 18 and 20 points and dysfunctional family when he showed one score less than 18 in diabetic patients with uncontrolled glycemic who come to the health centre in Ajuchitlán, Qro.

Results: The frequency of depression in uncontrolled diabetic patients is high, as you can be seen in the study of Angelica Riveros and Cecilia Colunga, both in the city of México. ^(4,8) Where is shows that the prevalence of depression is high in people suffering from Diabetes Mellitus and having a high impact on the quality of life and in these patients glycemic control. Family dysfunction was observed in the 48.7% of the studied patients, finding greater perception of the same in the 41-50 age group. This can be seen the study by Mendez et al. ⁽²⁰⁾ in the city of Tamaulipas, México where it is observed that family dysfunction influences the good control of diabetic patients.

Conclusion: The frequency of depression is high in people with diabetes and women are at increased risk. The depression arose in all cases in people aged 51 to 64. Likewise it is concluded that the perception of family dysfunction by the patient, is also high in those people whose age is between 41 to 50 years and

significantly among patients older than 65 years, being predominantly illiterate where is observed more frequently in.

.

Keywords: Diabetes Mellitus, depression, lack of metabolic control, dysfunctional family.

**“FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR
EN LOS PACIENTES DIABETICOS DESCONTROLADOS DEL CENTRO DE
SALUD DE AJUCHITLAN, COLÓN, QUERÉTARO”**

7. MARCO TEÓRICO

Frederiksen en 1969 publicó hace más de 40 años, uno de los primeros trabajos en que se trató específicamente de analizar las consecuencias de las transiciones demográficas y económicas para la salud. Sin embargo, fue Omran quien, en 1971, acuñó la expresión “transición epidemiológica”, esto preparó el camino para comprender la dinámica de las causas de defunción de la población general. Todos los países industrializados completaron, durante el siglo pasado, la transición de la preponderancia de las enfermedades transmisibles, hacia las no transmisibles. Y que se define como un cambio paulatino en el perfil de la mortalidad, en el que se observa una disminución de los decesos debidos a causas infecciosas —asociadas con carencias primarias— y un aumento de aquellos ligados a enfermedades degenerativas —vinculadas más bien con factores genéticos y carencias secundarias—.^(1,2)

Tres mecanismos importantes interfieren en la transición epidemiológica, estos son: los cambios en los factores de riesgo, que influyen en la incidencia de las enfermedades; la disminución de la fecundidad, que modifica la estructura etaria; y las mejorías en la tecnología y organización de la atención de salud, que modifica las tasas de letalidad.^(1,3)

En los planes de salud de la mayoría de los países en desarrollo se descuida la prevención de las enfermedades crónicas, debido a que existe escepticismo generalizado en cuanto a la eficacia de las campañas educativas, debido a que los efectos de estas medidas preventivas solo se perciben años después de su aplicación.⁽¹⁾

Existe una transición epidemiológica muy acelerada, las enfermedades transmisibles han dejado de ser la principal causa de morbilidad y mortalidad para ser sustituidas por enfermedades causadas por cambios en los hábitos alimentarios y estilo de vida. En general, actualmente el aumento de enfermedades no-transmisibles es la causa del 60% de las muertes en el mundo

(World Health Organization, 2003).⁽⁴⁾ México representa una de las mayores expresiones de estos cambios en el continente americano, solamente superado por los Estados Unidos. Pero desafortunadamente en estos momentos México, ocupa ya, el primer lugar a nivel mundial en Obesidad y Sobrepeso. En México la hipertensión arterial, las enfermedades del corazón, los accidentes vasculares, junto con la diabetes mellitus, han sido las principales causas de muerte en los últimos diez años (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2005). Este cambio en el perfil epidemiológico de los países en desarrollo, el envejecimiento progresivo de la población y el aumento en la incidencia de las enfermedades no transmisibles generan, además, un incremento importante en la demanda de los servicios de salud. Desde el punto de vista psicosocial, padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan a la población de dos formas principales: deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios y, por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia, entre otros.⁽⁴⁾

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. Su sólo diagnóstico implica la pérdida del estado de salud, además de la puesta en marcha de cuidados y nuevas rutinas que permitan seguir las instrucciones del equipo de salud. En el caso de los diabéticos se han informado mayores niveles de depresión (hasta seis veces más alta que en el resto de la población), ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía (Bradley, 1997; Velasco y Sinibaldi, 2001).⁽⁴⁾

La familia representa la estructura básica de la sociedad, es el sitio donde se forman sus integrantes, seres humanos que son el reflejo de un sistema estructurado en donde se integran patrones culturales, sistemas de valores y normas sociales, que idealmente conducirán a la conformación de entes felices, productivos y resolutivos, útiles para el grupo social.⁽¹⁾

Este sistema llamado familia, se ve influenciado por una diversidad de factores de la sociedad y su entorno en general, generando modificaciones en su organización interna, que le permiten adaptarse de forma funcional a las situaciones estresantes que ponen a prueba sus procesos de cohesión, comunicación, adaptabilidad, incluso de afecto y cuidado, en una palabra su funcionalidad.⁽¹⁾

Una muestra de ello es el hecho de hacer frente a los procesos de salud-enfermedad, mismos que representan diversos grados de demanda o exigencia, dependiendo del integrante de la familia, de la fase del ciclo vital familiar en que se presenta y de la gravedad del proceso morboso de que se trate, por lo que podríamos decir que a mayor cronicidad o gravedad de la enfermedad, mayores demandas de adaptación por parte de los familiares, generando modificaciones en la asignación de roles y funciones, demandas económicas, redistribución de tareas etc., que resultan en una reorganización del grupo, llegando a presentarse verdaderas crisis que generalmente son no normativas y que pueden llegar a culminar con una inestabilidad, reflejo de la pérdida de la homeostasis familiar.⁽⁴⁾

Como podemos observar los componentes que influyen en el ciclo vital familiar interactúan en la realidad de la familia, dando lugar a un sistema que recibe estímulos, que procesa la información del medio y elabora respuestas adaptativas, manteniendo un equilibrio propio y exclusivo, cambiante en cada momento del continuo temporal. Denominándose función familiar a esta propiedad del sistema familiar que lo convierte en un organismo familiar. El funcionamiento de la familia es un factor dinámico que influye en la conservación de la salud o en la aparición de la enfermedad. Estos patrones de funcionamiento familiar están condicionados por el contexto sociocultural al que pertenece la familia. Por lo tanto, la función familiar es un proceso, consecuencia de la evolución de un sistema.⁽³⁰⁾

Uno de los procesos patológicos que han presentado un importante repunte en México, reflejo de la transición epidemiológica del país, es el caso de la diabetes mellitus, la cual afecta tanto a hombres pero con mayor predominio en mujeres, con las implicaciones familiares y sociales antes mencionadas.⁽¹⁾

En México la madre de familia, es quien proporciona la estabilidad familiar, por lo que la pérdida del estado de salud de ella o incluso su muerte, tienen un mayor impacto y trascendencia en cada uno de los subsistemas que integran la familia, con las repercusiones sociales que de este proceso se derivan.⁽¹⁾

La Encuesta Nacional de Salud muestra que la prevalencia de diabetes mellitus en la población de 20 años o más en nuestro país es del 7.5%, y corresponde a 7.8% para las mujeres y 7.2% para los hombres. Dicha prevalencia aumenta con la edad, hasta alcanzar 21.2% después de los 60 años. Como se observa, la población que actualmente padece diabetes pertenece, en su mayoría, a la económicamente activa. Este aspecto conlleva consecuencias importantes tanto en el ámbito de la salud como en el económico del país.⁽⁵⁾

Cuando se compara con el grupo poblacional que padece depresión, los resultados son muy interesantes. La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica muestra que la población con trastornos depresivos está ubicada en los mismos grupos de edad que los diabéticos, y alcanza prevalencia de 9.1%. Con esta información, concluimos que ambas patologías afectan a personas dentro del mismo grupo de edad, en condiciones socioeconómicas similares, población económicamente activa y con factores ambientales comunes.⁽⁶⁾

La importancia de esta comorbilidad va más allá de las medidas epidemiológicas, debido a que los factores neurobiológicos implícitos en ambas demarcan que su relación afecta directamente la evolución de las mismas. Por ejemplo, las alteraciones en el peso corporal están entre los factores biológicos de

mayor trascendencia para la depresión; estas variaciones son también comunes en los pacientes con diabetes. ⁽⁶⁾

El control del peso corporal es una de las medidas más recomendadas para el manejo correcto de la diabetes; su descontrol se asocia con la presencia de trastornos depresivos, tema que adquiere la mayor importancia en los enfermos diabéticos, al valorar su dieta y el cumplimiento de la misma, para así alcanzar el control de su glucemia y realizar los ajustes necesarios a su tratamiento. ⁽⁷⁾

LA DEPRESION

Es una alteración del estado de ánimo cuya persistencia puede ser variable y que está asociada a diversos agentes etiopatogénicos, factores predisponentes, desencadenantes y agravantes. Según el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ta edición) la depresión está caracterizada por la evidencia clara de un estado de ánimo deprimido o aplanado, donde la persona se muestra triste y pesimista, muestra también una incapacidad para sentir placer y pérdida de interés de casi toda actividad. ⁽⁸⁾

En cuanto al aspecto cognitivo o de pensamiento, la depresión se caracteriza por una evidente incapacidad para decidir, para pensar, concentrarse, recordar y por otro lado muestra evaluaciones propias negativas poco realistas y preocupaciones sobredimensionadas las cuales tienen un carácter persistente y que pueden resultar en pensamientos recurrentes sobre la muerte o ideas suicidas. ⁽⁸⁾

La depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano. Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental,

emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución. ⁽⁴⁾

Algunos autores mencionan que la depresión es más frecuente en mujeres que en hombres; otros, la describen “como un grave problema de salud pública”. Se piensa que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral. La depresión involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. ⁽⁴⁾

La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de los neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado. ⁽⁹⁾

En cuanto al género se calcula que se presenta en 8 al 12% de los varones y 20 al 26% en las mujeres observándose como una constante la proporción de dos mujeres por un varón. Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos poseen una base familiar, parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objetivo para la prevención. ⁽⁹⁾

La detección de la depresión por parte del médico familiar tiene gran importancia en la prevención de suicidios, en la mejoría de la calidad de vida del paciente y en la reducción de los costos en la atención, pues este tipo de pacientes son los que más utilizan los servicios médicos y presentan mayor disfuncionalidad que los pacientes con enfermedades crónicas. Los pacientes que son subdiagnosticados con mayor frecuencia son las mujeres, las viudas, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta con mayor frecuencia. ⁽⁹⁾

Existen evidencias sobre la elevada prevalencia de la depresión en atención primaria, sin embargo más de la mitad de los afectados no son detectados; ello puede deberse a causas relacionadas con la formación y motivación de los médicos, a características de los pacientes, o a la infraestructura o disponibilidad en el sistema de salud. Los cuadros de depresión que con mayor frecuencia se presentan en atención primaria son leves, de larga duración, a veces difíciles de diagnosticar por encontrarse enmascarados por síntomas somáticos. ^(9,10)

El médico familiar no debe olvidar que estos enfermos presentan riesgo de suicidio por lo que en caso de duda diagnóstica, falta de respuesta, deficiente control terapéutico o complicaciones médica o psicológicas, debería solicitar ayuda al psiquiatra, aunque conviene tener en cuenta que incluso en estos casos el seguimiento del caso por el médico familiar suele ser necesario y además muy bien acogido y aceptado por el paciente y la familia. ⁽⁹⁾

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre. Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión. En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva. Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan la probabilidad de presentar síntomas depresivos. En Cuba se identificó la depresión como uno de los principales indicadores de disfunción familiar. La disfunción

familiar se ha asociado con la depresión en grupos específicos de la población como niños y ancianos. ⁽¹⁰⁾

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece, se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psicoafectivos, sobre todo depresión en enfermos crónicos. Lustman refiere que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión, no obstante, se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad. ⁽⁷⁾

La depresión es el desorden afectivo más frecuente en población adulta y una de las más importantes causas de incapacidad en el mundo; la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que para el año 2020, según cita Borges, la depresión mayor unipolar, será la segunda causa de enfermedad más importante a nivel mundial. La depresión genera considerable sufrimiento a quienes la padecen, los problemas asociados a ella son extremadamente costosos a la sociedad y una limitación para su tratamiento y control, es que frecuentemente pasa inadvertida. La prevalencia de depresión para población general, varía de 5 a 10 %, con una incidencia de casos nuevos de 13 %. Sin embargo, esta prevalencia entre los pacientes con diabetes es más elevada que en la población general, oscilando del 30 % al 65 %. Se ha demostrado que un 27 % de personas con diabetes, pueden desarrollar depresión mayor en un lapso de 10 años, lo que sugiere que estas personas tienen más riesgo de sufrir trastornos psiquiátricos debido a factores relacionados con la diabetes, como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones, entre otras. ⁽¹¹⁾

Las personas con DM 2 deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el autocuidado y la interacción para atender su salud, por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento

terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares. En este sentido, se ha relacionado el control de la depresión con reducción de HbA1c de 0.8-1.2 %, además se ha documentado un mayor riesgo de muerte por enfermedad coronaria en personas con diabetes que padecen depresión. ⁽¹²⁾

Por otra parte, el impacto de la diabetes en México, no solo se asocia con su magnitud epidémica, sino con las peculiaridades biológicas, psicológicas y sociales que caracterizan a los mexicanos con diabetes y las del sistema social y de atención a la salud en México. En la vivencia de la diabetes a partir del diagnóstico, algunos autores mencionan un proceso psicológico hacia la aceptación de la enfermedad y la adherencia al tratamiento, que no necesariamente es igual en todas las personas. Entre las etapas del proceso se mencionan la negación, depresión, ira y negociación, por las que suele atravesar el paciente; sin embargo, en estas etapas, existen grandes agujeros negros en los que permanece por muchos años la persona o de los que nunca avanza para llegar a la aceptación, en la que hay más probabilidades de lograr autocontrol. ⁽¹²⁾

La difícil tarea del control metabólico condiciona aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales, lo cual implica que lograr cifras glucémicas próximas a la normalidad, requiere de la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Al respecto, algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2. ⁽¹²⁾

Es bien sabido que la depresión en el anciano es con frecuencia no detectada y por lo tanto no tratada, siendo este un padecimiento potencialmente tratable. La presencia de sintomatología depresiva, tiene un impacto negativo en la calidad de vida de quien la sufre, así como en la familia del paciente y en aspectos relacionados con su morbimortalidad. ⁽¹¹⁾

Otro de los aspectos que contribuye a la no detección de este trastorno afectivo en pacientes de edad avanzada es el “viejismo”, el cual es entendido como una serie de prejuicios negativos relacionados con la vejez y el envejecimiento, que presupone que el envejecer es sinónimo de: depresión, deterioro, desnutrición, aislamiento, inmovilidad. etc. Negando al anciano la oportunidad de un envejecimiento saludable. ⁽¹¹⁾

CLASIFICACIÓN Y PREVALENCIA

La depresión, no es una entidad clínica única, es decir tiene diferentes formas de presentación. En este punto es importante referirnos a ella dentro de un marco conceptual espectral que iniciaría por hacer referencia a la depresión como una variante del humor caracterizado por un estado de abatimiento o tristeza, que bien puede ser, reactivo a eventos desafortunados y presentarse de manera transitoria y proporcional, sin ser un estado patológico. Asimismo puede presentarse como un síntoma aislado pero más persistente acompañando a otras patologías, generalmente de naturaleza crónica. ⁽¹¹⁾

En estudios donde se consideran todas las formas de depresión en la población general de 65 años y más, la prevalencia global es del 15% al 25%, a diferencia de un 4-5% para el trastorno depresivo mayor. En cuanto a la prevalencia y su relación con el tipo de población, no es sorprendente, el hecho de que los ancianos que con menor frecuencia presentan sintomatología y trastornos depresivos son aquellos estudiados en la comunidad, seguidos por los evaluados en un contexto médico, en el siguiente orden de menor a mayor prevalencia: consulta externa, hospitalización breve y por último los pacientes en institucionalización prolongada. ⁽¹²⁾

ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN

Un factor único no es el responsable de la aparición de los síntomas depresivos en la vejez. La fenomenología de los eventos depresivos en el paciente geriátrico requiere ser estudiada desde un punto de vista bio-psico-social. ⁽¹¹⁾

Es en esta época de la vida cuando se presenta mayor número de pérdidas (amistades. cónyuge. Trabajo, rol en la familia y en la sociedad), las cuales, antes de su aparición constituían para el paciente fuente de gratificación. Por tal razón, fenómenos como la jubilación, que se considera en la actualidad como sinónimo de minusvalía, y la consecuente pérdida de roles en el trabajo y en la familia determinan que en los pacientes se activen mecanismos de adaptación, los cuales cuando no son eficientes, favorecerán una pobre autoimagen y sentimientos de inferioridad. El mayor o menor grado de adaptación ante estas pérdidas será en función de los recursos con que cuente el anciano, tanto de tipo personal, psicológico y económico, como social y familiar. ⁽¹¹⁾

La pérdida del estatus económico, se da como consecuencia de la jubilación y la falta de oportunidades para continuar en un ambiente de productividad. La pensión, representa un 30 a 50% de su ingreso previo, aunado a la inflación, favorecerán que sus necesidades básicas no puedan ser cubiertas en forma satisfactoria, situación que es generadora de frustración síntomas depresivos. Es muy común que ante estos fenómenos, que la respuesta del paciente sea hacia el aislamiento, estableciéndose una pobre interacción tanto con su familia, como con sus amistades y demás miembros de la sociedad. ⁽¹¹⁾

En el anciano el síndrome depresivo se acompaña con frecuencia de síntomas somáticos diversos, tales como: cefaleas, lumbalgias. Sintomatología digestiva y urinaria, entre otras manifestaciones. También, es frecuente la presentación de sintomatología cognoscitiva, principalmente problemas de atención y memoria ⁽¹¹⁾

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO Y ADULTO MAYOR

La depresión tiene una serie de consecuencias negativas sobre la comorbilidad y las capacidades funcionales del adulto y del anciano y, al contrario, la comorbilidad, la discapacidad y el deterioro cognoscitivo tienen un pésimo efecto sobre los individuos deprimidos. Las consecuencias, entre otras, son tasa de morbilidad mayor, discapacidad física y social, peor pronóstico para un pronto restablecimiento, y mayor utilización de los servicios hospitalarios. ⁽¹¹⁾

La depresión por lo tanto está asociada a la definición de fragilidad propuesta por Fried y colaboradores, la cual define la fragilidad como un síndrome biológico, producto de la disminución de la homeostasis y de la resistencia frente al estrés que, además, incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de resultados negativos como son la progresión de una enfermedad, las caídas, la discapacidad o la muerte prematura. El agotamiento, la pérdida de peso, el enlentecimiento y la disminución de las actividades son características tanto de la depresión del anciano como de la fragilidad. ⁽¹⁰⁾

Las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión también son diversas. El ánimo deprimido puede retrasar o impedir los procesos de restablecimiento al interferir con el comportamiento de la persona de tal forma que ésta no busque la atención médica adecuada. Además, los síntomas depresivos pueden provocar trastornos de la alimentación e inhibir la participación en actividades que favorecen un buen estado de salud. ⁽¹⁰⁾

La depresión es una pandemia debida, entre otros, al aumento de la esperanza de vida de la población y al desarrollo de enfermedades y de discapacidad. La tristeza es una respuesta normal cuando se pierde a un ser querido o un empleo que puede estar acompañada de pérdida de interés para algunas actividades, de alteraciones del sueño o de disminución del apetito. Sin

embargo, esta respuesta es transitoria; sin embargo, si persiste por más de dos semanas, si sus manifestaciones clínicas se acentúan e interfieren con la actividades diarias, si aparecen ideas como que “la vida ya no vale la pena” o se pierde el placer de vivir, entonces hay que sospechar depresión mayor. La depresión geriátrica representa una importante carga para el paciente, la familia y las instituciones que albergan ancianos. El personal sanitario de atención primaria es clave en la evaluación del estado mental de las personas mayores, tanto desde el punto de vista afectivo como cognoscitivo. De esta manera, la detección precoz de la depresión permitirá su diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno con el propósito de revertir el cuadro e impedir la aparición de complicaciones graves. ⁽¹³⁾

El incremento constante en la incidencia de la diabetes en la población mexicana, sobre todo a partir de 1985, se ha asociado a tasas crecientes de muerte directa e indirecta. Ésta última principalmente por cardiopatía isquémica y enfermedad vascular cerebral, cuya tasa de mortalidad se ha elevado de 0.3 % en 1950 a 5.1 % en 1985. El aumento en la prevalencia de la diabetes en los usuarios del IMSS se refleja en una demanda creciente de los servicios de atención hospitalaria durante las últimas dos décadas. ⁽¹⁴⁾

En los últimos 40 años la población mexicana tiende a pasar de ser un país de gente joven, a un país con una mayor proporción de adultos y población de la tercera edad. Se espera que la población adulta (de 20 a 64 años de edad) pase de 51.5 millones en el año 2000 a 64.3 millones en el año 2010. Mientras que la población mayor de 65 años pasara de 4.6 millones en el 2000, a 6.8 millones en el 2010. Esto repercutirá en una mayor prevalencia de la diabetes mellitus y de otras enfermedades crónico-degenerativas que son grandes consumidoras de servicios de salud con el consecuente impacto financiero. ⁽¹⁵⁾

En México como en la mayoría de los países, la DM tipo 2 está entre las primeras siete causas de mortalidad, así como las complicaciones que emanan de la misma, entre ellas la triada típica; enfermedad cardiopulmonar, ceguera e

insuficiencia renal. Para el año 2000, en el sector salud se reportaron 273,566 casos nuevos de diabetes incrementando su morbilidad nacional a 274.3 por 100 mil habitantes. La gran mayoría de los casos se registran en personas de 45 a 64 años de edad. ⁽¹⁵⁾

La diabetes mellitus en la actualidad se considera como un problema de salud pública en el ámbito mundial, y México al igual que otros países, no escapa a esta problemática; la prevalencia en la población mexicana de 20 años y más, es de 10.75%, alrededor de 5.1 millones de personas con diabetes, y el 34%, 1.7 millones desconoce padecer la enfermedad. En el transcurso de las dos últimas décadas, la diabetes ha venido ocupando un lugar importante en la morbilidad y mortalidad de nuestro país, actualmente se ubica en el tercer lugar como causa de muerte. En la mortalidad general y como causa única de muerte ocupa el primer lugar. ⁽¹⁶⁾

Las enfermedades crónicas constituyen las primeras causas de morbimortalidad en numerosos países, incluyendo México. Tales enfermedades habrán de incrementarse en los próximos años, debido a factores como el impacto de la tecnología médica, el envejecimiento de la población y los nuevos estilos de vida y trabajo. El resultado será un mayor número de personas enfermas, una creciente presión sobre los servicios de salud y un incremento en los costos financieros, sociales, familiares y emocionales. ⁽¹⁷⁾

LA DEPRESION Y LA FAMILIA

Antes de desarrollar los aspectos relacionales concernientes a la depresión, vale la pena explicar un poco que la depresión muchas veces está relacionada a un factor antecedente como es la personalidad, que se estructura en base a componentes biológicos que determinan aspectos hereditarios de ésta como el vigor, el ritmo y velocidad en las actividades, la sociabilidad, la emocionalidad y las

tendencias de activación fisiológica, que son la base para que una persona desarrolle su personalidad. ⁽⁹⁾

El núcleo emocional se ha estructurado en base al sentimiento de pérdida, por lo cual, el estado de ánimo característico es la melancolía aunque se afirma que esta tristeza es un disfraz para la rabia. Otras características importantes son: que su comportamiento interpersonal se caracteriza por la indefensión, ya que su auto concepto se ha cristalizado en la idea de ser sufrido y víctima de las circunstancias, por lo que obviamente tiene una autoestima baja y una auto imagen de inutilidad. El mecanismo de defensa más utilizado por el depresivo es el aislamiento. ^(9,10)

Una enfermedad crónica que ocasiona la depresión por sí misma y por las implicaciones secundarias que conlleva, es la diabetes *mellitus*, enfermedad que ocasiona alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y así una disfunción o falla multiorgánica, hecho que induce a la depresión, y cuyo cuidado implica un nuevo régimen alimenticio algo restrictivo, algunas limitaciones físicas sobre todo sexuales, como la dificultad o incapacidad de tener o mantener una erección en el caso de los hombres y la pérdida de deseo sexual en las mujeres que también predisponen al diabético a deprimirse. ^(8,18)

DIABETES MELLITUS

La diabetes *mellitus* es una enfermedad endócrina y metabólica de curso crónico, caracterizada por una insuficiente producción de insulina pancreática o la producción de insulina no efectiva, hecho que dificulta y entorpece la correcta asimilación celular de la glucosa, provocando así una elevación anormal de esta en el torrente sanguíneo, fenómeno conocido como hiperglicemia. ⁽¹⁸⁾

La diabetes tipo II aparece recién alrededor de los treinta años y se diferencia de la diabetes tipo I en que la alteración en este caso está relacionada

más bien con los receptores celulares de glucosa que es llamada también resistencia a la insulina. Por esto, este tipo de diabetes está asociada generalmente a la obesidad y al sedentarismo. ⁽⁵⁾

La diabetes mellitus es una enfermedad emergente debido al efecto que el progreso ha traído a la sociedad desde el siglo XX; es decir, su prevalencia ha ido paralelo con el incremento de la obesidad y el sedentarismo. Cada vez se diagnostica más diabetes mellitus, lamentablemente en estadios avanzados de complicaciones tardías y es un reto el diagnóstico temprano de esta enfermedad así como encontrar los factores de riesgos asociados presentes en la comunidad a fin de proponer una estrategia preventiva de la enfermedad. ⁽¹⁹⁾

La DM2, se ha extendido en todo el mundo debido principalmente a cambios en el estilo de vida de la población, asociados a cambios en el patrón alimentario y al sedentarismo, lo que nos predispone a la obesidad y a la resistencia a la insulina (IR). Los individuos afectados por esta enfermedad también pueden presentar una serie de consecuencias, principalmente del tipo cardiovascular, no deseadas, como por ejemplo hipertensión, dislipidemia e hipercoagulabilidad, conducente a la morbilidad y mortalidad por enfermedades vasculares. ⁽⁵⁾

Entonces entendemos que la diabetes puede tener dos posibles orígenes, el biológico relacionado a los receptores de glucosa o el funcionamiento pancreático o un origen más bien relacionado al estilo de vida, más exactamente con el estilo de alimentación desbalanceado y la vida sedentaria. ⁽⁵⁾

Esta mal función provoca signos físicos como cansancio, agotamiento, falta de energía o sensación de sueño durante el día, sed excesiva, lo cual tiene un efecto en la frecuencia de la micción, visión borrosa, entumecimiento de miembros, dificultad para tener erecciones en los varones y baja en el deseo sexual en las mujeres. ⁽⁵⁾

Las complicaciones en la diabetes se presentan cuando se mantienen por mucho tiempo niveles altos de glicemia lo cual produce lesiones en los vasos sanguíneos más finos. Estas lesiones causan daños irreversibles en la retina (retinopatía), disminución en la función renal o pérdida de la misma (nefropatía), deterioro en terminaciones nerviosas (neuropatía), que son las afecciones más graves en la Diabetes y que pueden conducir a la pérdida de la vista, entumecimiento y pérdida de la sensibilidad en extremidades llegando a tener que recurrir a la amputación del miembro. ⁽¹⁸⁾

El impacto psicológico de una enfermedad crónica parte desde el mismo momento en que el paciente recibe el diagnóstico y el pronóstico de su enfermedad por parte del médico. Este impacto está relacionado también con las implicaciones directas e indirectas que conllevan la enfermedad, las directas incluyen los síntomas mencionados anteriormente y las posibles complicaciones que podría sufrir el paciente y las implicaciones indirectas o secundarias de la enfermedad como ser el estrés que produce el auto cuidado, la frustración que ocurre ante algún fracaso en el mismo, la interferencia del auto cuidado en la vida cotidiana, las restricciones alimenticias y la tendencia a deprimirse. Por esto, una de las necesidades principales del enfermo crónico y una de las principales tareas del psicólogo clínico es el desarrollo de capacidades de afrontamiento emocional por la amenaza que constituye la enfermedad para el paciente y su familia. ⁽¹⁸⁾

Por este motivo las definiciones operacionales utilizadas en esta evaluación son las siguientes:

Paciente diabético tipo 2

Toda persona que haya sido diagnosticada de acuerdo a los parámetros que marca la actualización de la Norma Oficial Mexicana NOM-015- SSA2-1994 para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes.

Paciente diabético controlado

Toda persona que presente niveles de glucemia capilar en ayuno menor a 126 mg/dl.

Paciente diabético no controlado

Toda persona que presente niveles de glucemia capilar en ayuno igual o mayor a 126 mg/dl.

Índice de masa corporal

El índice de masa corporal o de Quetelet se clasificó en tres rangos: 18 a 24.9, que se considera un peso normal, el rango de 25 a 26.9, correspondiente a sobrepeso y el rango de 27 y más, correspondiente a obesidad. Dicho índice se calculó con la fórmula kg/m^2 , peso corporal en kilogramos, dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado ⁽²⁵⁾. Así mismo las metas básicas para medir el grado de control de pacientes diabéticos se presentan en la *tabla A*. ⁽¹⁷⁾

Tabla A

Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Glucemia en ayunas (mg/dL)	< 110	110-125	> 126
Colesterol total (mg/dL)	< 200	200-239	> 240
Triglicéridos en ayunas (mg/dL)	< 150	150-200	> 200
Colesterol HDL (mg/dL)	> 40	35-40	< 35
PA (mm Hg)	< 120/80	121-129/81-84	> 130/85
Índice de Masa corporal	18 – 24.9	25 – 26.9	> 27
Hemoglobina glucosilada (HbA1c)	< 6.5% mg/dl	6.5-7.5% mg/dl	> 7.5% mg/dl

Fuente: SSA. Actualización de la Norma Oficial Mexicana. NOM-015-SSA2-1994, para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes Nov. 1999, México (24)

El tratamiento psicológico de las áreas afectadas por el proceso de enfermedad deberá permitir al paciente la restauración y/o mejora de su adherencia terapéutica, bienestar y calidad de vida. ⁽¹⁸⁾

En diversos estudios se ha observado que en los diabéticos hay una importante mejoría en los índices de glucosa antes y después del tratamiento, aunque se observaron cambios mínimos en el ajuste a la dieta (1,41% de ganancia) y un ligero decremento en la adherencia a la toma puntual de medicamentos (-3,78% de cambio). En este grupo, los beneficios podrían atribuirse a la combinación de la reducción en la ejecución de conductas de riesgo, como toma de refrescos o alimentos azucarados (5,54% de ganancia) y del aumento en la práctica de ejercicio (18,14% de ganancia). ⁽¹⁹⁾

Estudios de los factores psicosociales en la diabetes como el de Rodríguez (2003) de la Universidad Autónoma de México, han concluido que el impacto psicológico y emocional que conlleva afrontar una enfermedad crónica, aumenta el doble las posibilidades de manifestar cuadros depresivos lo cual a su vez dificulta el manejo de la enfermedad. ⁽¹⁸⁾

LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA

La diabetes mellitus tipo 2 constituye un problema de salud pública en México. Es una de las enfermedades crónicas que mayor atención y erogación demandan. El interés por el estudio sistemático y científico de la familia se debe en gran medida al enfoque ecológico del proceso de salud y enfermedad con el cual el individuo deja de ser visto como ente exclusivamente biológico y cobran interés los factores psicológicos y sociales, muchos de los cuales se generan en la propia familia y afectan de una u otra forma la salud del Individuo. ⁽²⁰⁾

La dinámica familiar consiste en un conjunto de fuerzas positivas y negativas que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que

funcione bien o mal como unidad. En la dinámica familiar normal o funcional se mezclan sentimientos, comportamientos y expectativas que permiten a cada integrante de la familia desarrollarse como individuo y le infunden el sentimiento de no estar aislado y de contar con el apoyo de los demás. En cambio, las familias disfuncionales se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces las demandas de cambio generan estrés, descompensación y síntomas. ⁽²⁰⁾

Algunos estudios destacan el papel preponderante de la familia, e incluso afirman que la mayoría de los enfermos crónicos recibe y prefiere los cuidados y el apoyo de esta fuente más que de cualquier otra. En el control del paciente diabético intervienen variables psicosociales que influyen en las fluctuaciones de la glucemia. El paciente percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia y a menos que el ambiente familiar cambie para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de adherencia terapéutica. ⁽²⁰⁾

El apgar familiar tiene considerables ventajas como instrumento de medición del funcionamiento familiar por su sencillez, rapidez y facilidad de aplicación, mediante el cual se identifica el grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar, es necesario que todo diabético perciba su propia conducta como parte de la responsabilidad en el control de la enfermedad y que las personas de su entorno otorguen el apoyo adecuado para lograr los objetivos del tratamiento.

Un individuo con diabetes se encuentra todos los días ante sus propias necesidades, dirigiéndose casi siempre a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud; la respuesta que le brinden influirá positiva o negativamente sobre su conducta terapéutica. ⁽²⁰⁾

La experiencia en el ámbito de la clínica ha impulsado a los investigadores a buscar la relación y el efecto del enfoque sistémico dentro de la medicina. La

conclusión más importante de esta reflexión es un tanto obvia pero sumamente importante. La enfermedad no solo afecta al paciente sino a todo su círculo más cercano. Por esto, cuando se habla de una enfermedad crónica, se debe hablar de un tema tan o más importante que la enfermedad en sí que es la familia del enfermo. ⁽²¹⁾

Esto porque la familia constituye la red de apoyo social más importante para el enfermo ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional, de información, alienta y colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo por su vida. De aquí que se sabe que la rehabilitación psicosocial de un enfermo crónico se favorece mucho con la presencia y la participación de una pareja sobre todo, o de los hijos durante el ciclo de la enfermedad. El enfoque sistémico es capaz de tener una visión del ciclo vital familiar a partir de la presencia de la enfermedad, la evolución de la familia o de la pareja dentro del ciclo, y así mismo, la enfermedad, su evolución y lo más importante, la influencia de todos estos factores entre sí. ⁽²¹⁾

Las familias aún en las sociedades más modernas necesitan ser dinámicas, evolutivas y tienen funciones que se deben cumplir durante las etapas de desarrollo de la misma, principalmente en las funciones de afecto, socialización, cuidado, reproducción y estatus familiar. Estos aspectos interesan a la medicina contemporánea llamándola funcionalidad familiar y corresponde a uno de los parámetros principales que se evalúa en el estudio de la salud familiar. La disfunción familiar se entiende como el no cumplimiento de alguna(s) de estas funciones por alteración en algunos de los subsistemas familiares. ^(2,21)

Salvador Minuchin menciona que en la evaluación del funcionamiento familiar es importante definir conceptos de organización tales como: roles, jerarquía y demarcación de los límites, adaptabilidad como: flexibilidad, versus rigidez, cohesión como: proximidad versus distancia y estilos de comunicación. La cohesión ha demostrado ser un elemento fundamental para la predicción de la

respuesta que tendrá la familia frente a la enfermedad. Una enfermedad crónica incapacitante puede intensificar y prolongar estas transiciones normales. En algunos problemas como el retraso mental o la parálisis cerebral infantil, la necesidad de cohesión suele ser permanente, obstaculizando así los cambios de desarrollo normativos de los miembros de la familia. Así mismo la habilidad de una familia para adaptarse a las cambiantes circunstancias o a las tareas del desarrollo del ciclo de vida se complementa con su necesidad de valores durables, tradiciones y normas de comportamiento previsibles y coherentes. La adaptabilidad es un elemento fundamental particularmente en las enfermedades progresivas, recurrentes o que presentan crisis médicas agudas. ⁽²⁾

Garza Elizondo en 1997, nos dice que la familia se encuentra sometida a presión interna originada por la evolución de sus miembros y subsistemas- desarrollo individual y familiar y a presión externa originada en los requerimientos para acomodarse a las instituciones sociales que influyen sobre los miembros de la familia (crisis accidentales). Cuando una familia sufre una crisis familiar accidental, como por ejemplo una enfermedad crónica, una característica importante es la temporalidad pudiendo ser transitorias o continuas. Las familias con un enfermo crónico, por su carácter de permanente provocan mayores dificultades en la respuesta adaptativa de la familia. Una familia con un enfermo crónico, presenta un evento tensionante que afecta no sólo al enfermo, sino a cada uno de sus integrantes y a la familia como un todo. ⁽²¹⁾

Los pacientes presentan diferentes grados de estrés por las limitaciones en su diario vivir y las alteraciones en su HOMEOSTASIS familiar, entre otros el enfoque del paciente diabético debe ser integral ya que afecta no solo los aspectos físicos si no también psicológico y el social. ⁽²¹⁾

La intervención terapéutica busca en primera instancia dar información a la familia, no solo dar sino llenar a la familia y al paciente de toda la información posible acerca de la enfermedad, los tratamientos, experiencias de otras familias con la enfermedad, especialistas recomendados, etc. De esta forma la familia

forma una red de apoyo intangible que es el conocimiento, este da a la familia seguridad para manejarse frente a crisis o eventos especiales durante la enfermedad.⁽²¹⁾

Otro objetivo de la intervención terapéutica familiar sería el romper con patrones de comportamiento del grupo familiar que se consideren desadaptativos o que entorpezcan el proceso de rehabilitación psicosocial. De esta forma igualmente se ayudará a la familia a reaccionar de mejor forma ante la crisis o a enfrentar las etapas de la enfermedad de manera más óptima.⁽¹⁸⁾

Una cuestión importante para el proceso terapéutico será la construcción o la reconstrucción de la imagen de la familia ya que esta ha sido alterada por la aparición de la enfermedad. Esto a su vez demandará el desarrollo y fortalecimiento de habilidades de resolución, para sobrellevar crisis, dificultades del tratamiento y algunos otros problemas específicos de las enfermedades, lo cual se logrará con el aprendizaje de nuevos métodos para enfrentar y resolver dichas situaciones, esto con la ayuda de la intervención terapéutica. (Satir, 1995).⁽²¹⁾

Como se ha mencionado con anterioridad, la enfermedad crónica, y en el caso que interesa a esta investigación, la diabetes tiene un impacto doble en la vida del que la padece. Este doble impacto está relacionado con los efectos directos que producen la enfermedad y las implicaciones que esta conlleva. Así señalo los mareos, la visión borrosa, el adormecimiento de extremidades, la constante sed y hambre, frecuencia en la micción, así como los efectos secundarios o implicaciones secundarias como la limitación alimenticia, el desgaste o las molestias que demanda la administración de medicinas y el autocuidado, la preocupación por las consecuencias en caso de fallar en el tratamiento, la tendencia a deprimirse por las implicaciones anteriores y por las bajas de glucosa en sangre. Todo esto lleva a la reflexión sobre un tema de gran importancia cuando hablamos de enfermedades crónicas y la calidad de vida.⁽⁷⁾

Este tratamiento holístico busca unir todos los recursos profesionales posibles con el objetivo de eliminar las dificultades en la adherencia al tratamiento, exhortar la participación de la familia, educar al paciente y su familia para que se involucren en la toma de decisiones con respecto a la enfermedad. ⁽¹⁸⁾

LA DIABETES EN LA FAMILIA

Como en el caso de cualquier enfermedad y enfermedad crónica principalmente, la presencia de una red de apoyo es fundamental para la supervivencia del enfermo. La primera red de apoyo obviamente es la familia ya que ella tendrá que convivir con el enfermo y así con la enfermedad. ⁽¹⁸⁾

La diabetes no es la excepción; el curso de la enfermedad desde su diagnóstico en adelante, tendrá una repercusión en la vida de la familia, en su dinámica interna en el clima emocional de todo el sistema así como en los roles de sus miembros e incluso las jerarquías. Por ejemplo, si un paciente diabético llegara a perder la vista por una retinopatía o un miembro inferior por una neuropatía, se vería en una posición de minusvalía viéndose obligado a renunciar a la cabeza de la estructura jerárquica. ⁽¹⁸⁾

Así como la enfermedad tiene repercusiones en la familia, la forma en la que esta reciba y conviva con la enfermedad, tendrá su respectivo impacto en el curso de ésta. La familia del diabético vivirá cambios que van desde los hábitos alimenticios hasta las intervenciones en crisis, en casos de shocks hipoglicémicos o comas diabéticos por ejemplo. El 90 o 95% del cuidado del diabético se lo hace en casa, o sea que está a cargo de él mismo y en alguna medida del familiar más comprometido con la tarea de controlar la diabetes. Por esto se entiende la importancia de que la familia sea una buena red de apoyo, conociendo los procedimientos de administración de insulina, las formas de medición de la glicemia, conociendo los productos que su familiar puede consumir, aportando con

menús nuevos, actualizándose con información médica moderna, todo lo cual significa implicarse con la familia y con el enfermo. ⁽¹⁸⁾

De todas formas el paciente acudirá a redes externas a su familia como los centros de salud, los grupos de apoyo, etc. Pero generalmente será la familia la que busque estas redes de apoyo y la que se encargue de comprometer al diabético con su asistencia, su participación o su adherencia a lo que implique el tratamiento. Lo anterior significa que la familia del diabético juega un papel importante en viabilizar los cambios necesarios en los hábitos alimenticios, en la actividad física, en el aporte de información actualizada y en convertirse un soporte emocional para el paciente, fuente de ánimo y optimismo para controlar la enfermedad y vivir una vida normal y plena. ⁽¹⁸⁾

EL ENFOQUE SISTÉMICO

Con raíces en ciencias como la economía, la comunicación y la cibernética, el enfoque sistémico es un modo de ver el mundo, un punto de vista que trata de entender y abordar la realidad como un conjunto de sistemas que se auto organizan, se auto regulan y se retroalimentan. ⁽¹⁸⁾

LA FAMILIA COMO SISTEMA

La familia es uno de los sistemas más pequeños que puede formar el ser humano y el más importante porque es en éste donde se desarrolla y consolida como individuo capaz de integrar o incluso fundar otros sistemas. También es importante observar los patrones de comunicación del sistema, si es rígido, vertical, horizontal, si los miembros reflexionan sobre sus formas de comunicarse. Se debe tomar en cuenta también la interacción entre los roles de cada miembro, como afecta ésta en la proximidad o el distanciamiento emocional. ⁽²⁾

En caso de producirse conflictos internos se debe analizar qué alianzas y qué coaliciones se dan y si estas son rígidas, también cómo percibe el resto del

sistema estas alianzas. Para conocer la dinámica familiar se debe conocer también si existe un miembro identificado, o como se conoce vulgarmente, un chivo expiatorio, si algún hijo cumple funciones parentales, si algún miembro se enferma con mucha frecuencia o si algún miembro entorpece los procesos de cambio o evolución del sistema. ⁽²⁾

ENFOQUE SISTÉMICO DE LA DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS

Tanto los que han estudiado la depresión como los que han estudiado la enfermedad coinciden en que las situaciones críticas en la vida de un ser humano demandan disposición y capacidades específicas para sobrellevarlas, entre las cuales se destacan la de aceptación, afrontamiento, constancia, comunicación, la apertura a la búsqueda de apoyo y la actitud pro-activa, que pueden variar entre persona y persona o ser inexistentes en última instancia. Las personas no nacen con estas capacidades o muchas veces no tienen esta disposición para enfrentar una situación de crisis. Por esto toma gran importancia la vinculación de esta persona a redes de apoyo, básicas y especializadas, que sean agentes de salud, que sean fuentes de información fidedigna, que faciliten o den acceso a atención médica o psicológica, que sean un soporte emocional fuerte, que propicien la inclusión del paciente en actividades nuevas o grupos que enriquezcan y mejoren su experiencia en el curso de la situación que vive ⁽¹⁸⁾

En una gran parte de los casos de depresión, un factor que fácilmente la desencadena; es el de la pérdida. Cuando se habla de la pérdida, se puede hacer referencia a pérdidas subjetivas así como a pérdidas reales. Cuando se dice pérdidas subjetivas, se hace referencia a pérdidas como la del cariño de alguien significativo, la pérdida de la confianza en alguien importante como sucede en las grandes decepciones, la pérdida de una figura de apego, como sucede en las coaliciones dentro de la familia, cuando sin razón un hijo pierde el cariño de su padre por estar aliado con la madre. ⁽⁹⁾

Estas pérdidas fácilmente dan paso a los síntomas depresivos por el desequilibrio emocional y la desorganización psicológica que producen a la persona, imposibilitando otra reacción que no sea la depresiva lo cual puede incluir también tentativas suicidas o conductas de agresión hacia otros o hacia el mismo. Tal vez vale la pena incluir en este tipo de pérdidas, la pérdida de la libertad. ⁽⁹⁾

Por otra parte se encuentra la pérdida real. Hecho que implica la desaparición física de algo. Muchos casos de depresión tienen origen tras la pérdida de un padre o de ambos, o de algún otro significativo, la pérdida de un bebé, espontánea o inducida, la pérdida de bienes materiales como sucede en los desastres naturales o la pérdida de algún miembro del cuerpo o algún órgano, por ejemplo, la extirpación de una mama debido al cáncer, la amputación de una pierna o la pérdida de la vista son hechos que muy probablemente tendrán efectos depresivos en el afectado. ⁽⁹⁾

Lo mencionado anteriormente hace pensar que la pérdida de la integridad física o la pérdida de la salud pueden estar asociadas a la aparición de trastornos depresivos. Es el caso de enfermedades graves, terminales o crónicas como ser las enfermedades coronarias, cáncer y otras enfermedades con dolor crónico, enfermedades respiratorias, diabetes *mellitus*, esclerosis múltiple y SIDA entre otras. ⁽⁹⁾

Entonces la modificación de algunos pensamientos, más los nuevos significados y atribuciones que puedan elaborarse con la complicidad del terapeuta, la comprensión del tratamiento médico y sus implicaciones, las discusiones sobre los efectos adversos, la recopilación de habilidades y capacidades del paciente, la aclaración de las creencias sobre la enfermedad, son los factores que darán un nuevo sentido a los sentimientos del diabético acerca de su condición y su flamante repertorio conductual así como a los de su sistema, permitiéndole o permitiéndose acceder a un mejor estilo de vida. ⁽¹⁸⁾

La diabetes mellitus se ha convertido en una epidemia que es ya la principal causa de muerte, de amputación de extremidades y de ceguera por enfermedad asociada. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del 2006 lanzó la alerta máxima. Los datos de la ENSANUT 2006 comparados con los de la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999, dieron la alarma: en solamente 7 años el sobrepeso y la obesidad en niños de 5 a 11 años había aumentado casi 40% y la cintura promedio de las mujeres en edad fértil había aumentado más de 10 centímetros en ese periodo, entre muchos otros datos que llamaron la atención nacional e internacional. ⁽²²⁾

Los cambios en los hábitos alimentarios pueden observarse con el consumo de refrescos promedio per cápita en México que llega a alrededor de medio litro al día, lo que significa que la personas que beben refrescos están consumiendo, en promedio, más de medio litro, una cantidad de azúcar que está dañando su organismo seriamente. La evaluación del programa de desayunos escolares realizada en 2005 por el Instituto Nacional de la Nutrición registró que una familia indígena estaba gastando el doble en refrescos que en leche. ⁽¹⁵⁾

En diversas comunidades rurales se ha dejado de beber agua y la población se hidrata, principalmente, en base a refrescos. Lo que la mayor parte de las familias pobres que gasta en comida chatarra, sería suficiente para que cubriera las raciones diarias recomendadas de frutas y verduras. ⁽¹⁵⁾

La publicidad y la omnipresencia de los productos industrializados, así como las políticas agrícolas, han provocado un abandono de los alimentos básicos en la dieta tradicional. Es lo que ocurre con el frijol que es ya despreciado en ciertas familias como un “alimento de los pobres”, cuando el frijol en su combinación con el maíz significa la base de una de las mejores dietas tradicionales por la combinación de aminoácidos que brindan una proteína de alta calidad permitiendo desarrollar una dieta que no depende de los productos cárnicos. El abandono del frijol es uno de los mayores desastres para la dieta de

los mexicanos. En México, un niño viendo 2 horas de televisión diaria se expone a más de 12,400 anuncios de comida chatarra al año y a ninguno de orientación nutricional. ⁽²²⁾

La demanda anual y el costo directo de los servicios de salud para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus se calculó a partir del número de casos tratados por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguro Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), ajustados según el tipo de institución. El costo de la atención sanitaria calculado para un paciente con diabetes fue de US\$ 613,00 a US\$ 887,00, mientras que para un paciente con hipertensión arterial fue de US\$ 485,00 a US\$ 622,00. ⁽¹⁵⁾

Al IMSS le correspondieron el mayor costo directo promedio por caso y el mayor impacto económico por la atención de los pacientes con diabetes o hipertensión arterial en el período estudiado. Los costos indirectos fueron similares en las tres instituciones y sobrepasaron el costo directo total en 23%. La demanda financiera para la atención ambulatoria y hospitalaria de ambas enfermedades representó el 9,5% del presupuesto total asignado a la población sin cobertura de seguro de salud y el 13,5% del destinado a la población asegurada. ⁽⁶⁾

El gasto por la atención de los pacientes con diabetes en el IMSS fue similar al del SSA y mucho mayor que el necesario para atender a los pacientes con seguro de salud en el ISSSTE. El gasto promedio en salud de las personas de bajos ingresos que no tenían seguro (40% de los mexicanos) representó el 15% del gasto total en los últimos años, mientras que para la población con seguro de salud (50% de los mexicanos) fue el 43%. ⁽⁶⁾

LA DIABETES MELLITUS EN EL MUNDO

En 1955 existían 135 millones de pacientes diabéticos, se esperan alrededor de 300 millones para el año 2025. Entre 1995 y 2025 se ha estimado un incremento de 35% en la prevalencia. Predomina el sexo femenino y es más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años. La prevalencia es mayor en los países desarrollados que en los países en vías de desarrollo y así continuará; sin embargo, el incremento proporcional será mayor en países en vías de desarrollo. En los países desarrollados es más frecuente en la mujer, en los países en vías de desarrollo, es casi igual en ambos sexos. ⁽²³⁾

En Latinoamérica y el Caribe la prevalencia global es de 5.7%, para el año 2025 se espera 8.1%. La prevalencia más alta se encuentra en Uruguay 8.1%. El país latinoamericano con mayor incremento en la prevalencia es México (7.7-12.3%) y en el mundo es la India. ⁽²³⁾

La diabetes mellitus tipo 2 es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, pero lo es aún más, en los países en vías de desarrollo como México. En el año 2000 se estimaba que el total de pacientes con DM tipo 2 en el mundo era de aproximadamente 160 millones. De este total 40 millones pertenecen a países desarrollados y 120 millones a países en vías de desarrollo. En los próximos 25 años se espera un aumento muy importante de diabetes en la población mayor de 20 años, sobre todo en los países subdesarrollados en donde el envejecimiento y la transición epidemiológica juegan un papel muy importante. Este número de casos se duplicará o triplicará de no tomarse las medidas y estrategias acertadas a un tiempo inmediato, mediano y a largo plazo. ^(15,23)

FRECUENCIA EN MÉXICO

En México la DM ha tenido un ascenso alarmante, en 1970 la diabetes como causa de muerte ocupó la posición número 12, actualmente se encuentra en

la tercera posición. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) ha reportado la prevalencia de hipercolesterolemia (HC) en 8.8% y de hipertrigliceridemia (HTG) de 5.4%.⁽²⁴⁾

En México en 1922 el 11.8% de las defunciones correspondió a enfermedades crónico degenerativas, en 1992 llegaron al 55%. Es en la década de los años 70 cuando este incremento se hace más notable.⁽²⁴⁾

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC, 1993), alrededor de tres millones de personas (6.7%) entre 20 y 69 años padecen DM. La mayor parte de ellas mueren antes de los 60 años o presentan alguna discapacidad antes de esa edad. Por muertes prematuras se pierden 264 mil años de vida saludable (AVISA) después los 45 años y por discapacidad se pierden 171 mil.⁽²⁴⁾

Los pacientes diabéticos en México viven 20 años en promedio con la enfermedad; este padecimiento se presenta entre los 35 y 40 años. Anualmente se registran 210 mil personas diabéticas y fallecen 30 mil aproximadamente. Por cada diabético que muere se detectan siete nuevos casos de enfermedad. La diabetes es la principal causa de demanda de consulta externa en instituciones públicas y privadas y uno de los principales motivos para la hospitalización. Es más frecuente en el medio urbano (63%) que en el rural (37%) y mayor en mujeres que hombres. La diabetes es una enfermedad para la que existen medidas dietéticas y de estilo de vida, además de medicamentos, lo que aunado a una vigilancia adecuada, su aparición y desarrollo de complicaciones se pueden reducir en forma importante.⁽²³⁾

En México, la Diabetes Mellitus representa un problema de salud pública que afecta a todas las clases sociales, principalmente a la población de bajos recursos económicos asentada en las áreas urbanas. La Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (ENSA 2000) realizada por la Secretaría de Salud de México

reportó una prevalencia de diabetes que se incrementa con la edad y que se ubica en 10.9 % para los diferentes estados de la República. Además, se estima que de cada dos sujetos diagnosticados existe por lo menos uno que desconoce padecer la enfermedad. ⁽¹⁴⁾

La diabetes mellitus (DM) se ha asociado con una diversidad de trastornos neuropsiquiátricos, entre ellos el trastorno depresivo mayor, la esquizofrenia, la enfermedad de Parkinson, el deterioro cognitivo leve y la enfermedad de Alzheimer. La presencia de depresión asociada a diabetes se ha relacionado con pobre control metabólico, incremento de complicaciones e incluso aumento de mortalidad. ⁽²⁵⁾

En el 2001, la OMS estimó que la prevalencia de depresión en el mundo es del 5-10%, y el riesgo de padecerla durante la vida es del 10-20% para las mujeres y solo un poco menor para los hombres. Por ello, esta organización ubica a la depresión como la cuarta causa de discapacidad en el mundo, señalando que, para el año 2020, si no antes, estará en segundo lugar. Las personas menores de 45 años son las que más frecuentemente desarrollan depresión, en contraste con lo que sucede con las de mayor edad, es decir, es más probable que la enfermedad se manifieste durante los años de vida laboral productiva. La edad de inicio típica para la depresión es entre los 20-40 años. Otros factores sociodemográficos vinculados al desarrollo de depresión son: el divorcio, la viudez, un nivel socioeconómico bajo o desfavorable y un bajo nivel educativo. ⁽²⁵⁾

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA DIABETES MELLITUS

Un estudio reciente concluyó en la década de los ochenta que, aunque existe un porcentaje importante de pacientes con DM que presentan síntomas depresivos (22%), la mayoría de ellos no tiene una depresión clínica, aunque estos síntomas se relacionan con altos niveles de hemoglobina glucosilada (HbA1c), consumo de grasas saturadas e inactividad física. De igual manera, se

ha asociado a la depresión con alteraciones en el perfil de lípidos plasmáticos, falta de control de la tensión arterial y complicaciones crónicas propias de la enfermedad (retinopatía diabética, nefropatía, neuropatía, complicaciones macrovasculares y disfunción sexual).^(12,25)

Se ha comunicado que la falta de apego al tratamiento es tres veces mayor en pacientes con DM y depresión que en aquellos que no presentan esta última. Lo anterior ha sido corroborado por González et al, quienes realizaron un metanálisis de los estudios existentes hasta 2007 acerca de la asociación entre la adherencia al tratamiento en pacientes con DM y depresión. Se incluyeron 47 estudios con muestras independientes y encontraron que los pacientes diabéticos con diagnóstico de depresión presentaban menor adherencia al tratamiento. También se ha documentado que los pacientes con DM2 y depresión presentaban menor autocuidado (medidas dietéticas, conteo de carbohidratos, revisión de pies, ejercicio) que quienes no presentaban depresión asociada. Más aun, el costo del tratamiento para pacientes con depresión asociada se elevaba en comparación con quienes no la presentaban, y las medidas de intervención resultaban beneficiosas no solo al disminuir los síntomas depresivos sino, que al realizar estudios coste-beneficio, los gastos asociados a la enfermedad se reducían dramáticamente.⁽²⁴⁾

El envejecimiento de la población y la baja tasa de natalidad propician que muchos adultos mayores se encuentren solos y sin apoyo familiar. La transición demográfica que vive México ha provocado un incremento del número de adultos mayores. En el año 2000, el Censo de Población y Vivienda Mexicano informó que los mayores de 50 años de edad representaban el 13.4% de la población y el Consejo Nacional de Población estimó que la cantidad de ancianos se duplicará en 2025 y representará la cuarta parte de la población mexicana en el año 2050. Sin embargo, con el avance de la edad, algunas capacidades físicas se deterioran y los problemas de salud mental aumentan. La depresión es uno de ellos y, además, constituye uno de los padecimientos más frecuentes, discapacitantes y asociado a una alta mortalidad.⁽¹³⁾

La prevalencia de la depresión varía según el instrumento diagnóstico utilizado (entrevista o instrumentos de tamiz) o el grupo poblacional estudiado (individuos de la comunidad, institucionalizados u hospitalizados).⁽¹³⁾

Por otra parte, en estudios longitudinales se ha comprobado que la presencia de síntomas depresivos en los adultos mayores se asocia, incluso, con una mayor demanda de los servicios de salud, de visitas al médico, de uso de fármacos y de costos elevados como pacientes ambulatorios.^(13,18)

Algunos de los instrumentos utilizados para la detección de la depresión, son la escala de auto-evaluación de Zung, la escala de depresión de Hamilton, o el inventario de depresión de Beck. Sin embargo, ninguno tiene ni la sensibilidad ni la especificidad adecuadas para hacerlos válidos y confiables en el diagnóstico de depresión del anciano. Éstos se utilizan en personas adultas, de los 20 años hasta adultos no mayores de 60 años.⁽¹⁸⁾

Los pacientes diabéticos sufren un estrés psicológico importante; pues se les hace un diagnóstico de una enfermedad que va a cambiar su vida y puede acortarla; por otro lado, el riesgo de que puedan tener complicaciones serias como la ceguera, neuropatía, nefropatía, es muy alto; además tienen que enfrentarse día a día con la responsabilidad de cuidar su salud, siguiendo las indicaciones que le da el médico en relación a la dieta, ejercicio, toma de medicamentos y monitoreo de su glucosa. Esto implica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y este es, quizá, el reto más difícil de vencer. En estos cambios del estilo de vida es muy importante el entorno social, los familiares y amigos, que serán fuente importante de apoyo.⁽¹⁹⁾

En enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, el diagnóstico es el primer evento estresante y en algunos casos inicia una respuesta adaptativa que los lleva a una nueva situación salud-enfermedad, el diagnóstico puede tener un

severo impacto en la familia y en el trabajo, esta situación puede ser modificada con el apoyo social dado principalmente por sus familiares y amigos y por las actitudes de la sociedad. El apoyo familiar y social es muy importante para mejorar la adherencia al tratamiento, esto lleva a un mejor control metabólico y pudieran retardarse o no presentarse las complicaciones propias de la enfermedad. Por lo tanto, a mayor adherencia al tratamiento, mejor control metabólico y menor grado de neuropatía. ⁽¹⁶⁾

Niveles asociados de estrés se han asociado a un descontrol metabólico y este puede ser por dos mecanismos: Un efecto psicológico por medio del cual el estrés interrumpe rutinas de conducta relacionadas al manejo de la enfermedad como son la dieta, el ejercicio y la medicación; favoreciendo un deterioro en el control metabólico, por otro lado el estrés inicia cambios psicofisiológicos con un aumento en la secreción de hormonas contrarreguladoras, como las catecolaminas y el cortisol, las cuales incrementan la glucosa. ⁽¹⁶⁾

Por otra se puede iniciar una respuesta adaptativa que va a depender de tres factores psicológicos principalmente: el estrés de la vida diaria (divorcio, muerte de un familiar, accidente, etc.), la habilidad para enfrentarse con la enfermedad y el ambiente social. El estrés que los pacientes perciben los afecta negativamente en su capacidad para adherirse a su tratamiento médico. El ambiente social del paciente diabético, interacciones adversas, pueden imponer una carga excesiva sobre la capacidad de adaptación de la familia. Esto puede tener un efecto sobre el curso de la enfermedad. La función familiar puede cambiar a un control rígido que puede alterar su estabilidad. El sistema familiar juega un papel importante en la iniciación, selección de los síntomas, curso clínico, uso de las instalaciones médicas y la adherencia al tratamiento. El apoyo social es el principal determinante de la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos y a mayor adherencia al tratamiento, mejor control metabólico. Black y col. en el 2003 hablan que la interacción entre la depresión y la diabetes mellitus

tiene un efecto sinérgico y que predicen mayor mortalidad, mayor incidencia de micro y macroangiopatías. ⁽¹⁶⁾

Existen diferentes cuestionarios para identificar sintomatología depresiva en niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Entre los cuestionarios de tamizaje más utilizados por los investigadores se encuentran: La escala de depresión de Beck, la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la escala de depresión de Hamilton. ⁽¹⁶⁾

La escala de depresión de Beck es una escala de autoevaluación que valora fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Es la que mayor porcentaje de síntomas cognitivos presenta, destacando además la ausencia de síntomas motores y de ansiedad. Se utiliza habitualmente para evaluar la gravedad de la enfermedad. La versión original de 1961 consta de 21 ítems, se basa en las descripciones del paciente sobre diferentes ítems: ánimo, pesimismo, sensación de fracaso, insatisfacción, culpa, irritabilidad, ideas suicidas, llanto, aislamiento social, indecisión, cambios en el aspecto físico, dificultad en el trabajo, insomnio, fatigabilidad, pérdida de apetito, pérdida de peso, preocupación somática y pérdida de la libido. En la versión II se reemplazan la valoración del aspecto físico, la pérdida de peso, la preocupación somática y la dificultad para trabajar por agitación, dificultad de concentración, pérdida de energía y sentimientos de inutilidad ⁽¹⁷⁾

Cada ítem se valora de 0 a 3, siendo la puntuación total de 63 puntos. No existe un consenso sobre los puntos de corte, por lo que se emplean distintos puntos de corte e intervalos para definir los niveles de gravedad. Los puntos de corte recomendados por la Asociación Psiquiátrica Americana son: De 0 a 9 puntos ausente o mínima depresión; 10-16 leve; 17-29 moderada; 30-36 grave. ⁽¹⁷⁾

La escala para la depresión de Hamilton para este estudio no será de utilidad, ya que dicha escala se utiliza para aquellas personas que ya han sido diagnosticadas con depresión y valora la evolución del tratamiento. ⁽¹⁷⁾

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) apareció en 1982 como respuesta a ese vacío en los instrumentos de detección. Desde su versión original de 30 reactivos, la EDG ha mostrado una excelente confiabilidad. Las versiones abreviadas (como la de 15 reactivos) también han mostrado su validez y confiabilidad. De esta forma, la EDG se ha convertido, probablemente, en el instrumento de tamiz más utilizado ENASEM mediante pruebas no paramétricas. ⁽¹⁷⁾

Cuando se aplican los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR), la prevalencia es del 1 al 3%, pero cuando son utilizados los instrumentos de tamizaje especialmente desarrollados para los ancianos, es muy superior. Por lo tanto, se calcula que la prevalencia de síntomas depresivos se sitúa entre el 10 y 27% de los adultos mayores en la comunidad.

Tradicionalmente, el apoyo social considera el tamaño y la composición de la red social, la frecuencia y la satisfacción de los contactos sociales y el apoyo emocional e instrumental. Por lo tanto, parece que una red social débil se asocia con un peor pronóstico en el curso de la depresión sobre todo en los varones, y es muy probable que ésta favorezca un menor compromiso social de parte del adulto mayor. ⁽⁸⁾

El diagnóstico de la depresión en el adulto mayor es completamente clínico puesto que no existe algún marcador biológico o prueba 100% específica para hacerlo. En el adulto mayor la enfermedad cubre una gran variedad de síntomas repartidos en un continuo desde un sentimiento de tristeza, inutilidad o desánimo hasta la afectación del desempeño físico y social (episodio de depresión mayor)

cómo la pérdida del interés en las actividades cotidianas, la disminución de la espontaneidad, la apatía, la irritabilidad o un estado de confusión. ⁽¹³⁾

La sintomatología clásica de la depresión del adulto mayor afecta las siguientes dimensiones:

- 1) La dimensión afectiva: llanto, tristeza, apatía, etc.
- 2) La dimensión cognoscitiva: desesperanza, negligencia, idea suicida, culpabilidad, etc.
- 3) La dimensión somática: cambio de energía, del apetito, del sueño, de la evacuación intestinal y de la libido, etc. ⁽¹³⁾

En la depresión del anciano, los síntomas somáticos tales como la fatiga, el insomnio y la constipación son predominantes pero son síntomas con poca especificidad porque muchos adultos mayores, sin depresión, los pueden presentar; debido a este fenómeno, menos del 10% de los ancianos son diagnosticados como deprimidos en una revisión médica inicial. ⁽¹³⁾

La ansiedad y la somatización son, sin embargo, los síntomas dominantes. Las visitas médicas repetidas sin motivos claros o la falta de objetividad en las patologías físicas son datos útiles para establecer la presencia de depresión. Determinar si un anciano está deprimido muchas veces es un reto y la EDG es un instrumento centrado en los aspectos afectivos de esta enfermedad. La EDG de Yesavage ha sido específicamente desarrollada para ser ampliamente utilizada en el anciano. La EDG reúne los elementos del instrumento ideal: es autoadministrado, fácil de contestar y fue creado para la población de adultos mayores. A cada pregunta, el sujeto debe responder SÍ o NO en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. Un resultado de 0 a 10 sugiere ausencia de depresión, de 11 a 20 depresión ligera y de 21 a 30 depresión moderada a grave. El máximo total de puntos es 30. Las preguntas representan el centro de la depresión geriátrica y aquellas relacionadas a las quejas somáticas no

están incluidas. En la EDG, 20 preguntas respondidas afirmativamente y 10 de forma negativa indican la presencia de depresión. ^(13,16)

APGAR FAMILIAR

El APGAR familiar es un instrumento que muestra cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar de forma global. Es un método utilizado para establecer su estado funcional mediante la técnica de APGAR. El doctor Gabriel Smilkstein ha diseñado un instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia. Para mayor facilidad se utilizan las letras APGAR, con el fin de recordar cada una de las funciones que se van a medir. Esta nemotecnia fue hecha originalmente en inglés. El APGAR, no sólo sirve para detectar la disfuncionalidad familiar sino que guía al profesional de la salud a explorar aquellas áreas que la persona ha señalado como problemáticas. ⁽³¹⁾

A. Adaptación. Adaptación es la utilización de los recursos intra y extra familiares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un cambio o periodo de crisis

P. Participación. Es la participación como socio, en cuanto se refiere a compartir la toma de decisiones y responsabilidades como miembro de la familia. Define el grado de poder y participación de cada uno de los miembros de la familia.

G. Crecimiento. Es el logro en la maduración emocional y física y en la autorrealización de los miembros de la familia a través de soporte y fuerza.

A. Afecto. Es la relación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

R. Recursos. Es el compromiso o determinación de dedicar (tiempo, espacio, dinero) a los demás miembros de la familia. ⁽³¹⁾

El APGAR familiar puede utilizarse periódicamente para detectar un problema específico de disfunción familiar. Puede incluirse en la evaluación inicial y también a través del tiempo, sobre todo cuando se hace necesario involucrar a la familia en el manejo del paciente. El resultado puede ser diferente para cada miembro de la familia, ya que la percepción individual o la situación de cada uno pueden variar. ⁽³¹⁾

Este cuestionario puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo Likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son:

Normofuncional: 7-10 puntos

Disfuncional leve: 3-6 puntos

Disfuncional grave: 0-3 puntos ⁽³¹⁾

8. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La diabetes mellitus se ha convertido en los últimos años en una pandemia, aumentando en nuestro país drásticamente su prevalencia, esto ha ocasionado el aumento los costos de atención a nivel institucional como a nivel familiar. Por ese motivo, es indispensable conocer la funcionalidad de la familia del paciente diabético ya que ésta es la base de comprensión y apoyo que el paciente requiere para tener un buen control de su glucemia y mantener una autoestima alta para sentirse capaz de resolver las adversidades que su enfermedad le presenta. A pesar de que se le da la importancia requerida por parte del personal de salud para evitar complicaciones.

Por tal motivo se busca la presencia de depresión y disfunción familiar, que dificulten el control de este tipo de pacientes que acuden a recibir atención en el centro de salud de Ajuchitlan, en el municipio de Colón, Querétaro, de enero a noviembre del año 2011.

Llamó mucho la atención, que los pacientes diabéticos que son atendidos en esta unidad médica, no estén interesados en mejorar sus condiciones generales de salud, en mejorar su glucemia, que al interrogarlos sobre su padecimiento, simplemente mostraban indiferencia o molestia, tanto a las sugerencias de cuidado como a la capacitación del autocontrol y síntomas de alarma de la diabetes de estos pacientes.

En las áreas rurales del Estado de Querétaro, no se cuenta con estadísticas confiables que permitan justificar el emprender acciones que incidan sobre la morbilidad y mortalidad que representa la diabetes mellitus, por ello el identificar la frecuencia de disfuncionalidad familiar, así como de la presencia de riesgo de presentar depresión en este tipo de pacientes es importante ya que la prevalencia de pacientes diabéticos con descontrol metabólico en la comunidad de Ajuchitlan,

del municipio de Colon, Querétaro, es alta. Esto nos permite identificar factores familiares y de salud mental, relacionados con éste descontrol metabólico.

Del mismo modo, poder conocer las características de la enfermedad crónica en este tipo de sociedad e identificar la frecuencia de la depresión que complique este control glucémico, para tener un sustento teórico metodológico para recomendar campañas masivas de tamizaje, basadas en un enfoque de riesgo y en los hallazgos de una alta prevalencia de descontrol metabólico en los pacientes que padecen diabetes mellitus, abriendo así la posibilidad de una mejor atención y comprensión de la diabetes mellitus que presentan estos pacientes.

Por todo lo anteriormente expuesto, esperamos que los datos obtenidos en el presente trabajo, aporten elementos útiles, dirigidos a conocer la tipificación y magnitud del problema en poblaciones rurales aisladas e ignoradas por los estudios epidemiológicos de gran trascendencia para que permitan orientar acciones bajo un enfoque de riesgo personal, familiar y social.

Sabemos que falta mucho por documentar, sobre todo, estudiar a las comunidades marginadas que, por la globalización mundial, presentan factores de riesgo similares a las grandes ciudades. Pero esperamos que los resultados aquí expuestos, incentiven a alguien más a continuar y completar el trabajo que falta por realizar.

Y por lo cual se plantea la siguiente pregunta:

CUÁL ES LA FRECUENCIA DE DEPRESIÓN Y LA PERCEPCIÓN DE DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES DIABÉTICOS CON DESCONTROL METABÓLICO QUE ACUDIERON A VIGILANCIA MEDICA EN EL CENTRO DE SALUD DE AJUCHITLAN, COLÓN, QUERÉTARO, DE ENERO A DICIEMBRE DEL AÑO 2011?

9. JUSTIFICACION

Alrededor del 8.2% de la población entre 30 y 69 años padece diabetes y un porcentaje similar presenta depresión lo que dificulta el control de la glucemia de estos pacientes. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad, situación que debe ser evitada. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, hasta llegar a ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.

La diabetes es la causa más importante para la amputación de miembros inferiores, de origen no traumático, así como de otras complicaciones como retinopatía e insuficiencia renal. Es también uno de los factores de riesgo más importantes por lo que se refiere a las enfermedades cardiovasculares.

Hay estudios que indican que un paciente diabético mejora su glucemia, si tiene el apoyo de su familia y se encuentra anímicamente bien. Por este motivo se tomó la decisión de realizar un estudio para conocer la percepción de disfuncionalidad familiar de los usuarios diabéticos del centro de salud de la comunidad de Ajuchitlan, municipio de Colón del Estado de Querétaro.

El conocer la percepción de la disfuncionalidad familiar y la presencia de depresión por medio de un tamizaje de pacientes en Ajuchitlan, municipio de Colón, Querétaro, nos permite conocer la frecuencia de estos padecimientos que pueden influir directa o indirectamente en el descontrol de un paciente con una enfermedad crónica y nos permite conocer si el apoyo familiar incide en la estimulación del paciente para mejorar sus condiciones generales y aprender el autocuidado que se requiere para evitar en lo posible, la presencia de complicaciones de la enfermedad.

Debido a la similitud de comportamientos culturales, sociales, religiosos, reproductivos, alimentarios etc. con el área urbana, es factible esperar resultados

similares en las áreas rurales de la región, por lo que las intervenciones derivadas del presente estudio podrían generar resultados positivos en la zona.

Este tipo de estudios no se han realizado en el estado de Querétaro, por lo que los resultados que se deriven del presente estudio será trascendental para el estudio del paciente diabético sembrando la semilla para tomar en cuenta estas situaciones en el paciente e iniciar a valorar al paciente diabético de una manera integral, tomando en cuenta, además de su padecimiento, su ambiente familiar y su estado anímico, para mejorar su glucemia y mantenerla dentro de parámetros de metas de tratamiento, de acuerdo a la norma oficial mexicana y evitar así, complicaciones en órganos blanco a corto y mediano plazo.

Aunque el médico intenta por todos los medios posibles de sensibilizar y educar al paciente sobre su enfermedad y cuidados generales a desarrollar, se observa durante el estudio una gran apatía por parte del paciente sobre las indicaciones y capacitaciones brindadas.

El conocer la frecuencia de depresión y alteraciones en el ámbito familiar, pueden orientar al médico, el camino en que se debe de enfocar el tratamiento hacia estos pacientes. La magnitud que tiene el enfoque preventivo y el enfoque de riesgo de la medicina familiar sobre todos los padecimientos, es tan importante en este estudio identificando, inicialmente, factores de riesgo que dificulten un buen control glucémico, y así evitaremos complicaciones a órgano blanco, mejorando la función corporal, metabólica y calidad de vida de nuestros pacientes.

Durante el desarrollo del presente estudio, se pudo observar que los datos y parámetros utilizados se encuentran al alcance del investigador, lo que hace factible la reproducción del presente estudio a nivel, inicialmente local o municipal, jurisdiccional y posteriormente estatal, con la finalidad de encontrar una mejor estrategia para aumentar la calidad de vida de nuestros pacientes diabéticos.

10. OBJETIVOS

GENERAL

Identificar la frecuencia de depresión y la percepción de disfuncionalidad familiar en los pacientes diabéticos descontrolados que acuden al centro de salud de Ajuchitlan, Colón, Querétaro.

ESPECIFICOS

- Agrupar por decenios a la población en estudio.
- Identificar el sexo, edad y escolaridad de los pacientes con diabetes mellitus que presentan descontrol glucémico.
- Identificar el índice de masa corporal de los pacientes integrados en el estudio.
- Identificar el control de la tensión arterial de los pacientes diabéticos integrados al estudio.
- Identificar la presencia de alguna enfermedad agregada en el paciente en estudio.
- Conocer la percepción de la funcionalidad familiar por parte del paciente diabético descontrolado.
- Identificar presencia de depresión en pacientes diabéticos descontrolados de acuerdo a edad, sexo y escolaridad.
- Identificar percepción de funcionalidad familiar de acuerdo a edad y escolaridad de los pacientes con diabetes mellitus descontrolada.

11. METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio descriptivo, prospectivo, observacional y transversal.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El total de pacientes diabéticos que asisten a vigilancia médica al centro de Salud de Ajuchitlan, Colón hasta el mes de diciembre del año 2011, se obtiene del censo de pacientes con enfermedades crónico degenerativas y es de 131 pacientes diabéticos censados. Sin embargo 79 pacientes no asisten con regularidad al centro de salud o pertenecen a otras localidades, por lo que restan únicamente 52 pacientes susceptibles de estudio. De estos, el grupo que se estudió fueron aquellos pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 descontrolada que asisten al centro de salud de Ajuchitlan, Colon, durante el año 2011.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra es no probabilística por conveniencia, con una población de estudio de 35 pacientes diabéticos con glucemia descontrolada, que acuden a vigilancia médica mensual al centro de salud de Ajuchitlan, Colon, Querétaro y que firmaron su consentimiento informado.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes masculinos o femeninos que presenten los siguientes criterios:

1. Pacientes que tengan diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2.
2. Que se encuentren en tratamiento médico en la unidad de salud.

3. Que hayan aceptado participar en el estudio y firmado su consentimiento informado.
4. Pacientes que hayan participado en la aplicación de los test de cribado para depresión.
5. Pacientes diabéticos con una glucemia fuera de rango de normalidad en los últimos 3 meses que acudieron a su vigilancia médica mensual.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que no hayan aceptado participar en el estudio.
2. Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1.
3. Pacientes que no hayan aceptado la aplicación de los test para depresión.
4. Pacientes que no asistan con regularidad a sus consultas médicas mensuales.
5. Pacientes que no hayan firmado su consentimiento informado.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

1. Defunción de alguno de los pacientes diabéticos en el transcurso del estudio.
2. Cambio de domicilio del paciente.
3. Pacientes que tuvieron alguno de los test incompleto.

DEFINICION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	TIPO DE VARIABLE Y ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA
Sexo	Condición Orgánica que distingue al macho de la hembra.	Cualitativa nominal	Masculino Femenino
Edad	Tiempo transcurrido del nacimiento al momento actual, Diccionario de la Lengua Española.	Cuantitativa de intervalo	Años
Escolaridad	Duración de los estudios en un centro docente.	Cuantitativa de intervalo	Analfabeta Primaria Secundaria
Tensión arterial	Energía de la contracción de las arterias proporcional a la intensidad del flujo sanguíneo.	Cuantitativa de intervalo	Numérico
Índice de Masa Corporal	Relación peso (Kg.)/ estatura (m ²) Normal 18 – 24.9 Sobrepeso 25-26.9 Obesidad > 27	Cuantitativa de intervalo	Numérico
Diabetes mellitus	Grupo de enfermedades metabólicas caracterizadas por hiperglucemia resultante de la alteración en la acción, la secreción de la insulina o ambas con una glucosa > o = a 126 mg/dl. (ADA 2011)	Cualitativa nominal	Controlado Descontrolado
Depresión	Alteración del estado de ánimo, caracterizado por abatimiento, tristeza, pérdida de interés en las actividades, pesimismo e incapacidad para sentir placer.	Cualitativa ordinal	Leve Moderada Severa

Glucemia capilar preprandial	Presencia de glucosa en sangre capilar en ayunas, siendo < 126 mg/dl lo normal, por arriba de esa cifra se considera descontrolado.	Cualitativa nominal	Controlado Descontrolado
Test de Beck	Escala de autoevaluación que valora los síntomas clínicos de melancolía y pensamientos intrusivos de la depresión.	Cualitativo nominal	Ausente Leve Moderada Grave Extrema
Test de Yesavage	Escala de depresión geriátrica Escala de autoevaluación que valora la depresión en el anciano	Cualitativo nominal	Ausente Ligera Moderada Grave
APGAR familiar	Instrumento ágil para detectar el grado de funcionalidad (o disfunción) de la familia. Para esto se ha creado un cuestionario de cinco preguntas que, mediante una escala de 0 a 4, evalúa el estado funcional de la familia.	Cualitativo nominal	Buena función: 18 - 20 puntos Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos
Enfermedades agregadas	Alteraciones de la salud, que comporta una serie de síntomas y su evolución sumadas a la enfermedad actual.	Cualitativo nominal	Hipertensión Obesidad
Estado civil	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles	Cualitativo nominal	Soltero Unión libre Casado Viudo

METODO DE CAPTACIÓN DE INFORMACIÓN

De acuerdo a la NOM-015-SSA, paciente diabético controlado es aquel paciente que presenta una glucemia capilar igual o menor de 126 mg/dl en ayunas por tal motivo y de acuerdo a esta definición, se toma la glucemia capilares en ayuno detectadas el día de la última consulta en que acude el paciente al centro de salud, registradas en las tarjetas de control de enfermedades crónico degenerativas con las que cuenta la secretaria de salud.

El proyecto se presentó ante autoridades de la Jurisdicción Sanitaria No. 2 del Estado de Querétaro, enfatizando la trascendencia de contar con datos estadísticos que ayuden a la toma de decisiones oportunas para evitar complicaciones tempranas con el descontrol glucémico en pacientes diabéticos.

Se selecciona como universo de estudio todos los paciente que en sus tarjetas tengan registradas glucemias capilares mayores a 126 mg/dl, siendo estos, los sujetos de estudio seleccionados y a todos ellos se les realiza el test de cribado para depresión, siendo estos el test de Beck para pacientes de 20 a 64 años de edad y de Yesavage para pacientes de 65 años y más.

Fue valorado el estado del ánimo depresivo con el test de cribado de Yesavage en su versión completa de 30 ítems. Es la única validada en atención primaria. Se trata de la escala más utilizada en población anciana y es la única diseñada exclusivamente para este grupo de edad, presentando una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95% ⁽¹⁰⁾.

Los resultados fueron procesados por el programa DBASE III-Plus sobre el que se elaboró la base de datos y fueron analizados por el programa estadístico SPSS. Se utilizó un nivel de confianza del 95%. Con finalidad descriptiva se valoró el descontrol glucémico, se realizó test de Beck para adultos de 20 a 64

años y de Yesavage para adultos mayores de 65 años para la presencia de depresión en los pacientes y presencia de disfuncionalidad aplicando en test de APGAR familiar a todos los pacientes integrados en el estudio.

CONSIDERACIONES ETICAS.

El consentimiento informado es un derecho de los pacientes y un deber de los médicos e instituciones, el solicitarlo siempre constituye una obligación moral antes que jurídica. Este es uno de las acciones más importantes cuando se realiza una investigación médica con seres humanos y se encuentra sustentada en La Declaración de Helsinki, adoptada en la capital finlandesa por la Asamblea General de 1964 de la Asociación Médica Mundial (World Medical Association, WMA), es el documento internacional más importante de regulación de la investigación en seres humanos desde el código de Nürenberg de 1947. ⁽²⁷⁾

En esta declaración se asienta que “la investigación clínica debe ajustarse a los principios morales y científicos que justifican la investigación médica”, y es en donde se sustenta el consentimiento informado, es decir, que “el médico debe de obtener el consentimiento del enfermo libremente, dado después de que le haya sido proporcionada una explicación plena” y sustituye al “consentimiento voluntario” del sujeto, que se asentaba en el código de Nürenberg, realizado previamente en Alemania en 1947. La declaración de Helsinki, mantiene un interés por la integridad del sujeto como se expresa en su último apartado “En la investigación en seres humanos, los intereses de la ciencia y de la sociedad no pueden anteponerse al bienestar del individuo” ⁽²⁸⁾.

En México existe la obligación de realizar un proceso de consentimiento informado y que está fundamentado jurídicamente en la Ley General de Salud y en su reglamento en materia de investigación para la salud ⁽²⁹⁾.

Esta investigación no afecta a los pacientes que firman su consentimiento informado y deciden libremente participar en este estudio, ya que la investigación se apoya en pruebas físicas basadas en su expediente clínico y en la evolución clínica de su padecimiento y se apoya en test escritos para valoración de depresión y funcionalidad familiar. En ningún momento se administran medicamentos o se indican estudios que puedan llegar a repercutir o a lesionar su integridad física, estabilidad emocional y económica del paciente.

12. RESULTADOS

DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

Se obtuvo un total (“N”) de 48 pacientes descontrolados de acuerdo a la glucemia capilar en ayuno de la última valoración médica del paciente en el centro de salud registrada en las tarjetas de control de enfermedades crónicas degenerativas, de las cuales se excluyeron 13 pacientes por no aceptar participar en el estudio y por no firmar su consentimiento informado. Por lo que el total de la muestra de estudio (“n”) fue de 35 pacientes con una glucemia capilar en ayuno mayor de 126 mg/dl, que firmaron su consentimiento informado, pacientes con cuestionario completo de detección de depresión y que aceptaron participar en el estudio. Lo que representa el 72.9 % del total de los pacientes en descontrol glucémico.

La media de edad de los participantes fue de 55, con una moda de 43 años y una mediana de 58 años, distribuidas en rangos de edad de la siguiente manera:

30 – 40 años	5 pacientes que representan el	14.28 % de la muestra
41 a 50 años	10 pacientes que representan el	28.58 % de la muestra
51 a 60 años	6 pacientes que representan el	17.14 % de la muestra
61 a 64 años	6 pacientes que representan el	17.14 % de la muestra
65 años y más	8 pacientes que representan el	22.86 % de la muestra

(Gráfica 1)

Del total de la muestra el 20 % correspondió a pacientes del sexo masculino y el 80% a pacientes femeninos. (Gráfica 2)

El 100% de los pacientes son casados.

De acuerdo a la escolaridad, correspondió un 40 % a analfabetas (14 pacientes), 37.1 % a educación primaria (13 pacientes) y a un 22.9 % a secundaria (8 pacientes). (Gráfica 3)

De los pacientes descontrolados integrados en este estudio se observa que la mayor prevalencia de analfabetismo se observa en mayores de 60 años de edad y con mayor frecuencia en mujeres, observando solamente un paciente masculino analfabeta. (Gráfica 4)

El Índice de masa corporal (IMC) se distribuyó de la siguiente manera: 4 pacientes con un IMC dentro de parámetros normales que correspondió a un 11.43 %, con sobrepeso 7 pacientes que corresponde al 20 % y la mayor prevalencia fue de pacientes con obesidad con un 68.57 % que correspondió a 24 pacientes. (Gráfica 5)

De los 35 pacientes, 14 pacientes, es decir, el 40% presentaron una TA dentro de parámetros normales y 21 pacientes presentaron una tensión arterial fuera de rango normal equivalente a un 60 % (Gráfica 6).

Del total de los diabéticos estudiados, el 80 % de ellos (28 pacientes) presentan una patología agregada, las más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la obesidad, el resto no presentaron patologías agregadas. (Gráfica 7)

A la aplicación del apgar familiar 18 de los 35 pacientes estudiados (51.43%) percibieron una función familiar adecuada y el resto percibió disfuncionalidad familiar (48.57 %). (Gráfica 8).

Para la valoración de presencia de depresión en estos pacientes se aplica el test de Beck para pacientes menores de 65 años de edad. Se realizaron 26 detecciones de Beck con los siguientes resultados: Sin presencia de depresión 4

pacientes (15.3 %), con depresión leve 15 pacientes (57.7 %) y con depresión moderada 7 pacientes (27 %).

Con lo que respecta a la depresión de acuerdo al análisis que se realiza de los resultados obtenidos y con el apoyo de los programas Excel y SPSS, se puede obtener que el 84.7% de los pacientes entrevistados presentaron algún grado de depresión, observando una mayor proporción de depresión moderada en los adultos mayores de 65 años. (Gráfica 9)

Se aplicaron 9 test de Yesavage para pacientes de 65 años y más, con resultado de un 11.11 % con depresión leve (1 paciente) y un 88.89 % con presencia de depresión moderada (8 pacientes). (Gráfica 10)

En cuanto a la percepción de la funcionalidad familiar se observa que por grupos de edad, la percepción en los pacientes es disfuncional con mayor frecuencia en dos grupos de edad principalmente. Entre los 41 y 50 años de edad, presentando un 35.29% (6 pacientes) y en el grupo de 65 años y más con un 41.1 % (7 pacientes). (Gráfica 11)

En cuanto a la escolaridad se observa mayor frecuencia la disfuncionalidad familiar en aquellos pacientes analfabetas, presentándose en 10 casos de 17 con disfuncionalidad familiar, es decir un 58.9% y solamente un 23.5% en pacientes con primaria (4 casos) y 17.6% (3 casos) en pacientes con secundaria terminada. (Gráfica 12)

En cuanto a la presencia de depresión según el grupo de edad, se encontró que de 30 a 40 años de edad, tres de los cinco pacientes a los que se les aplicó cuestionario presentaron depresión, es decir, un 60%; de 41 a 50 años de edad, 8 de 10 pacientes la presentaron, es decir un 80%; en la edad de 51 a 60 años de edad el 100% de los pacientes, es decir, los seis pacientes presentaron algún grado de depresión, misma situación se presentó con el grupo

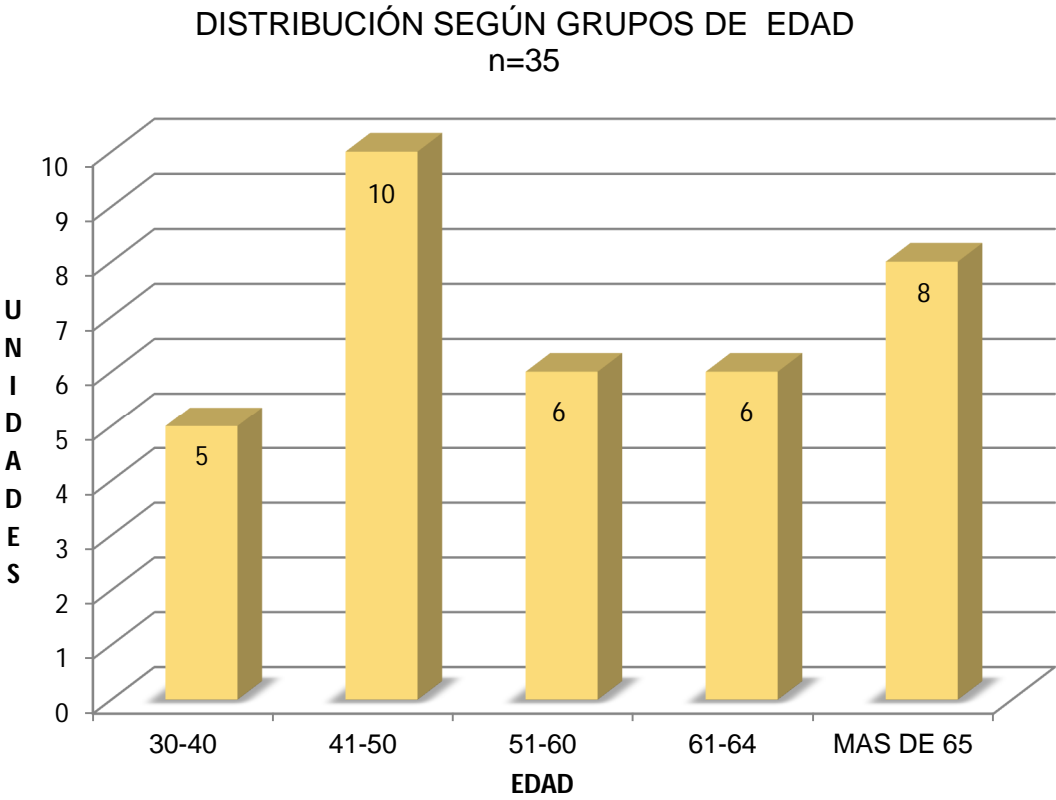
de edad de 61 a 64 años ya que los seis pacientes presentaron depresión y en el grupo de 65 años y más, 7 de 8 pacientes que correspondió al 87.5% mostraron depresión moderada y solo un paciente (12.5%) no presentó algún grado de depresión. (Gráfica 13)

Se observó la presencia de depresión en los pacientes de acuerdo a su escolaridad, encontrando los siguientes resultados: En los pacientes analfabetas la presencia de depresión se encontró en el 92.8 % de los pacientes, en el 92.3 % de los pacientes con educación primaria y en 62.5% de los pacientes con secundaria terminada. (Gráfica 14)

En cuanto a la presencia de depresión por sexos se observa que es más frecuente en el sexo femenino con un 89.2 % de los casos con depresión, es decir, 25 de 28 pacientes femeninos en total presentaron algún grado de depresión. En los hombres se presentó en un 71.4 %, (5 casos) de un total de 7 hombres estudiados. (Gráfica 15)

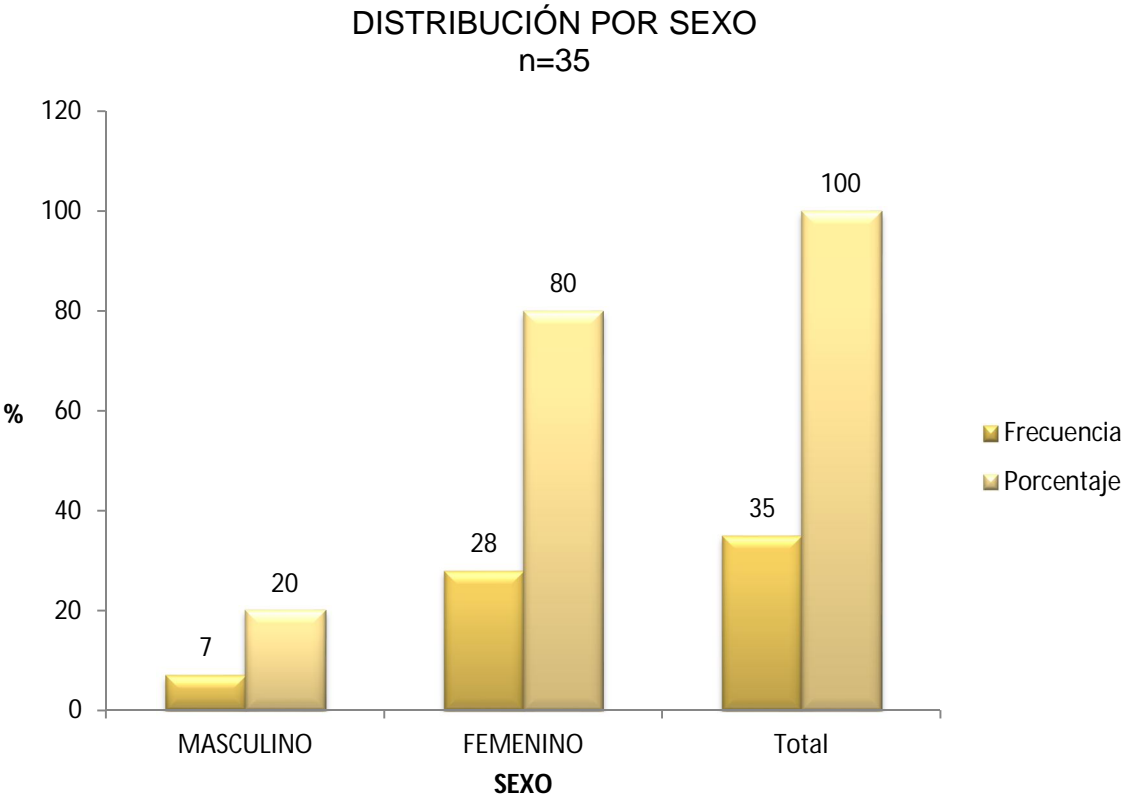
GRAFICAS

GRAFICA 1. DISTRIBUCIÓN SEGÚN GRUPOS DE EDAD



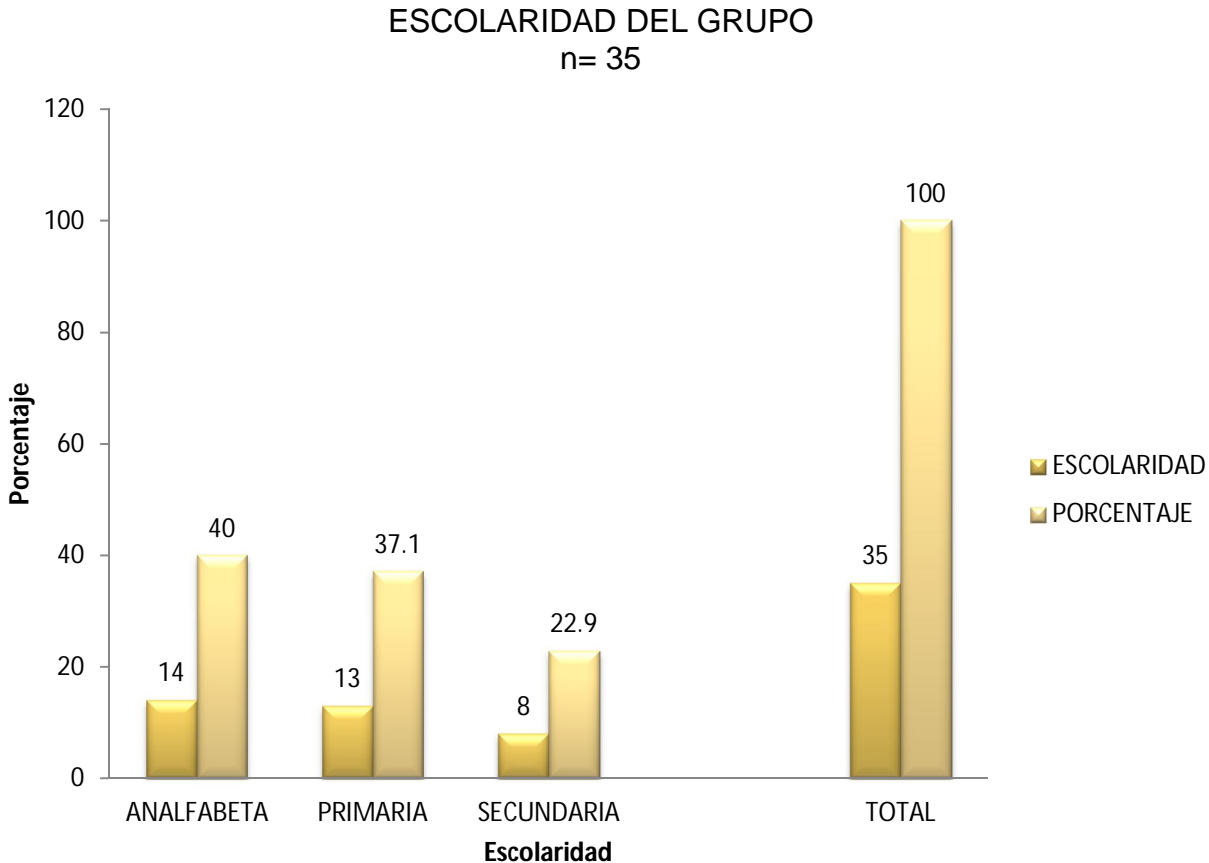
Fuente: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN POR SEXO.



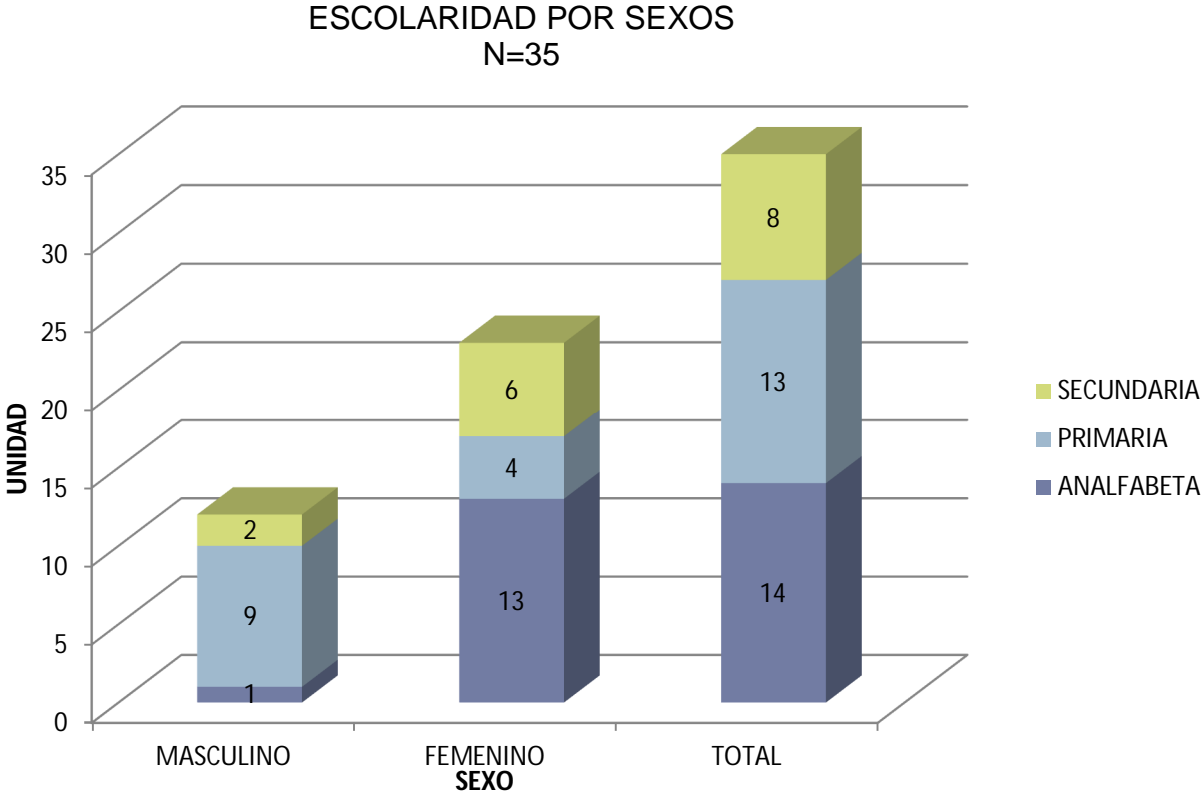
FUENTE: Encuesta

GRAFICA 3. ESCOLARIDAD DEL GRUPO.



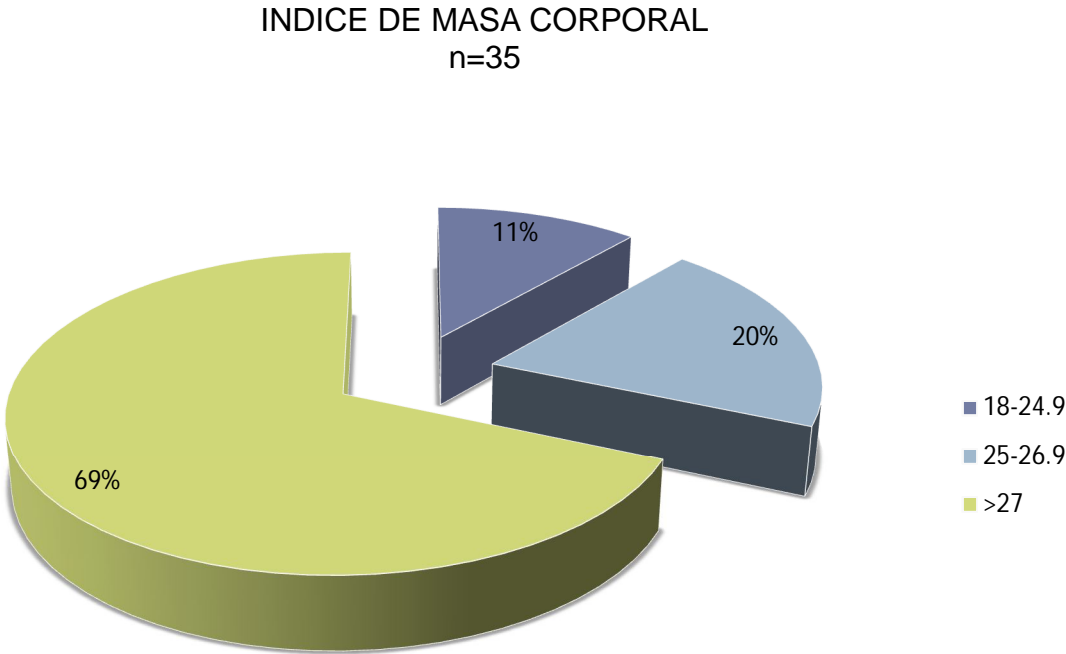
FUENTE: Hoja de recolección de datos.

GRAFICA 4. ESCOLARIDAD POR SEXO.



FUENTE: Hoja de recolección de datos

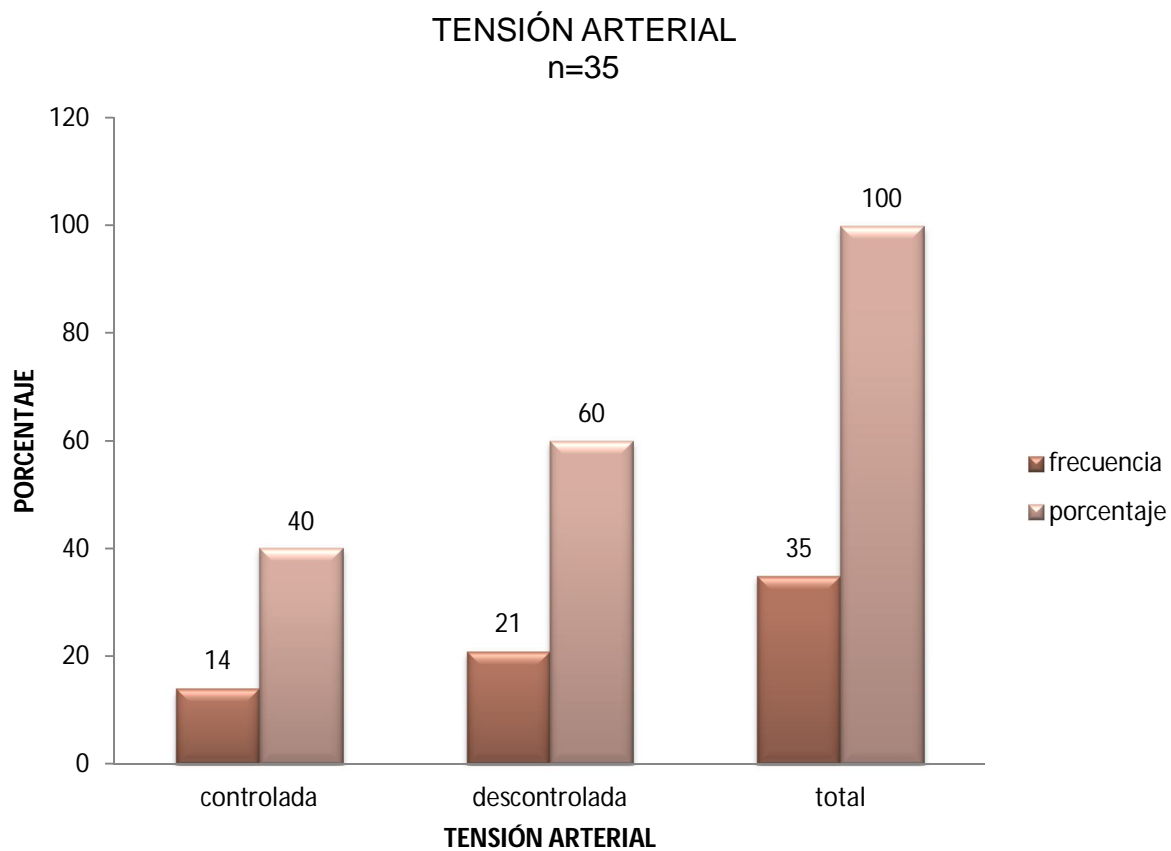
GRAFICA 5. INDICE DE MASA CORPORAL



FUENTE: Hoja de recolección de datos

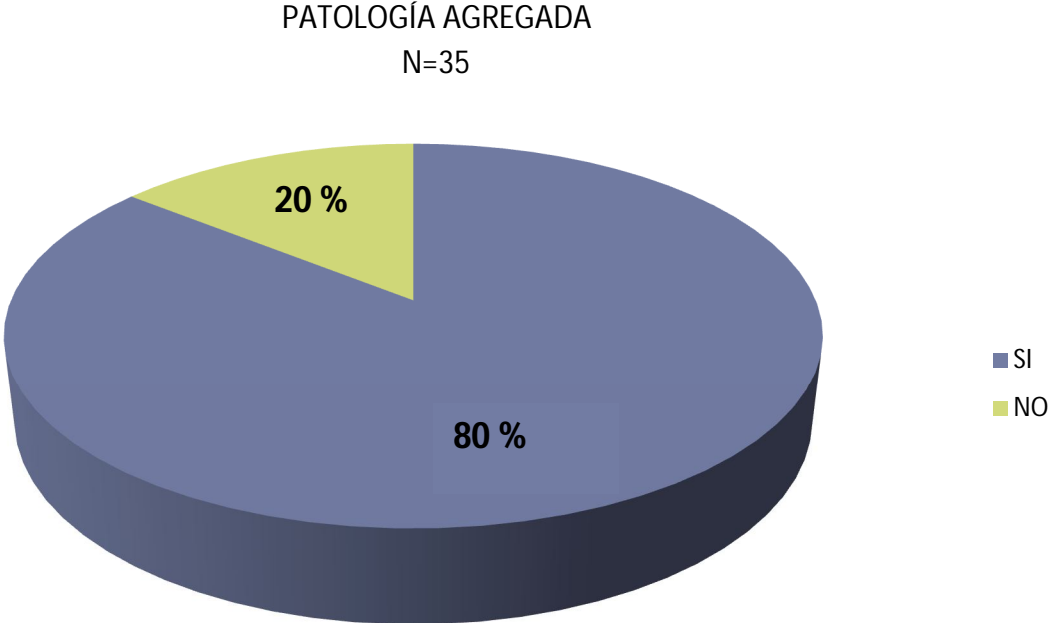
GRAFICA 6. TENSIÓN ARTERIAL

TENSIÓN ARTERIAL DEL GRUPO DE ESTUDIO



FUENTE: Hoja de recolección de datos

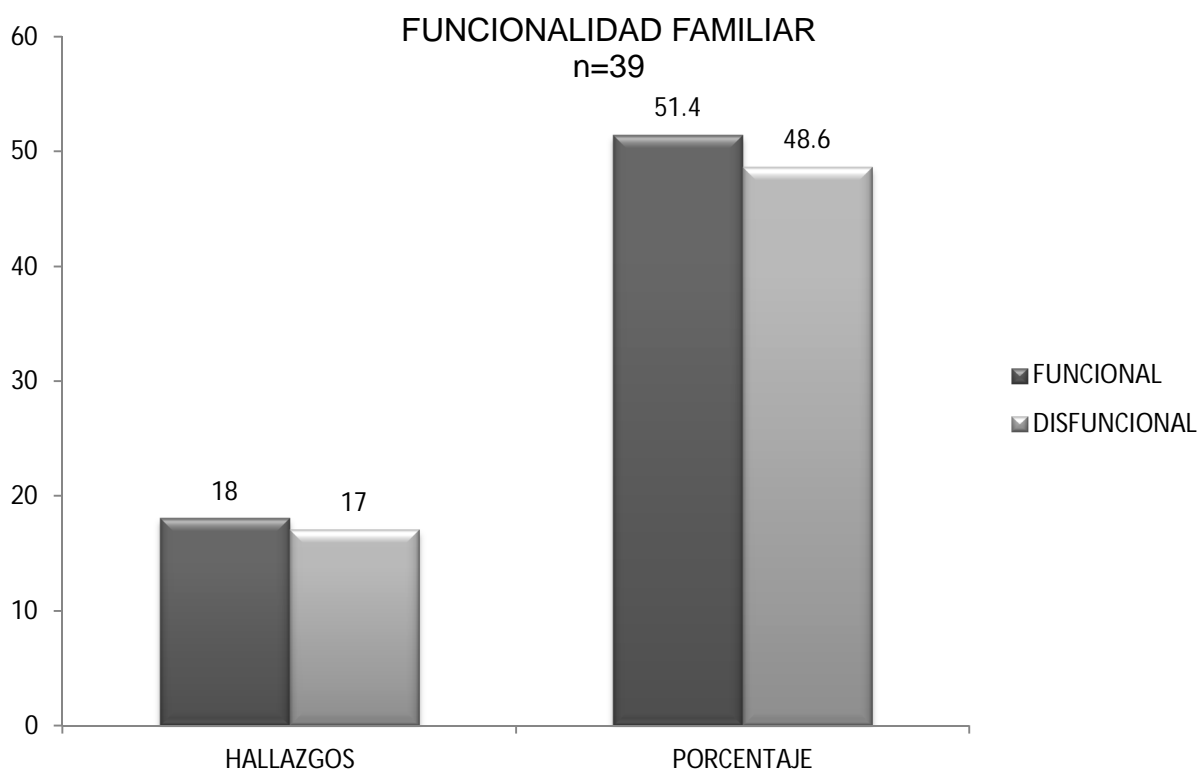
GRAFICA 7. PATOLOGÍA AGREGADA



FUENTE: Hoja de recolección de datos
Tarjetas de vigilancia y control de enfermedades crónico degenerativas

GRAFICA 8. APGAR FAMILIAR

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

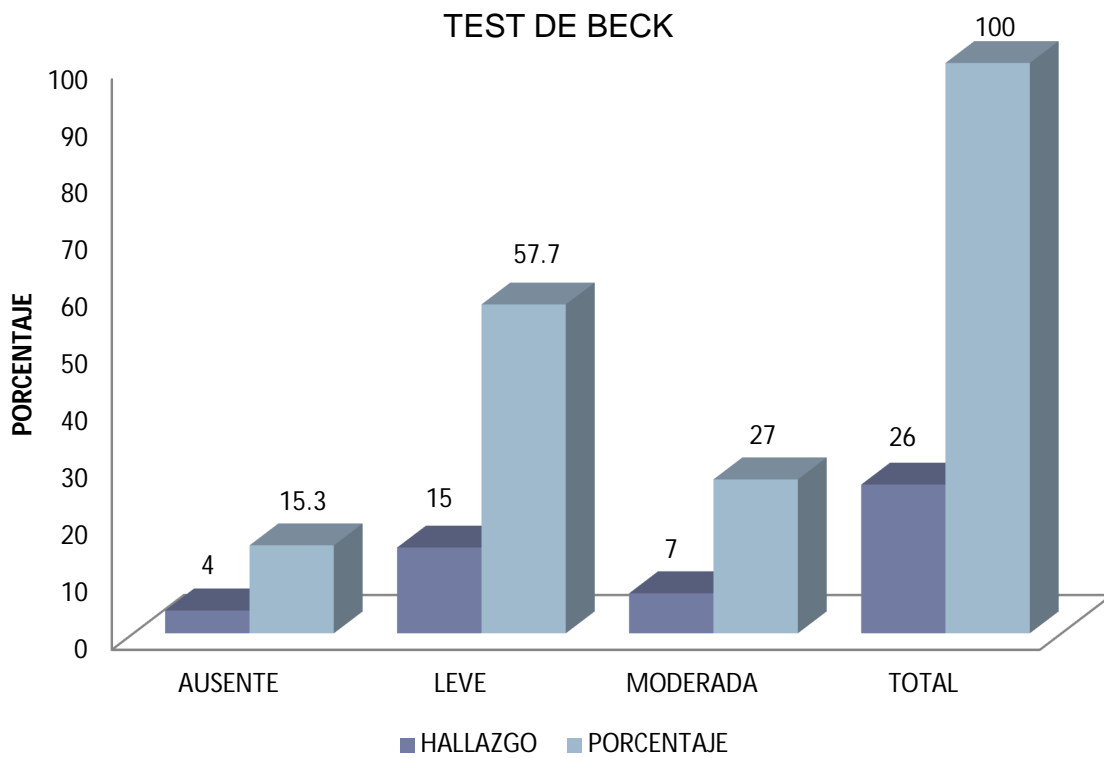


FUENTE: Test de Apgar familiar

Hoja de recolección de datos

GRAFICA 9. TEST DE BECK PARA DEPRESIÓN EN ADULTOS MENORES DE 65 AÑOS.

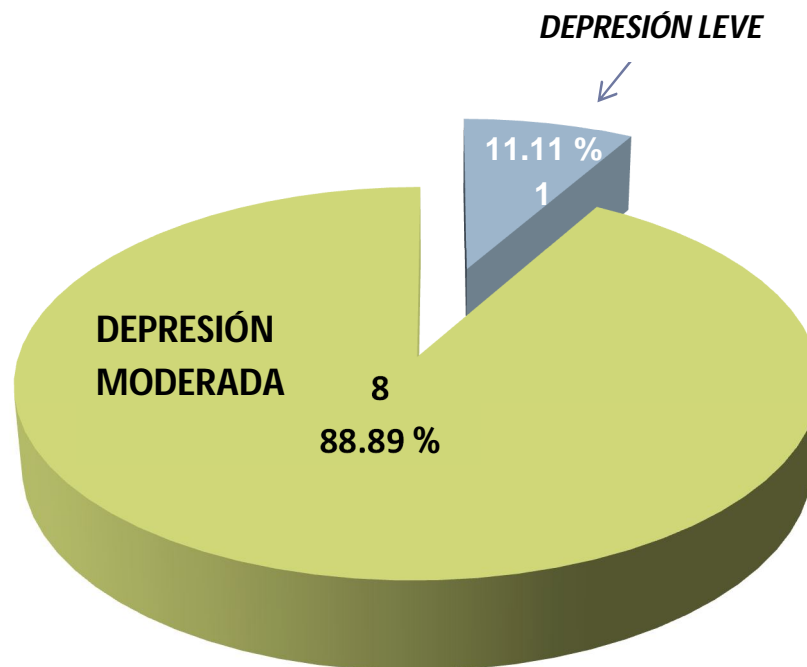
BECK



FUENTE: Test de Beck para depresión
Hoja de recolección de datos

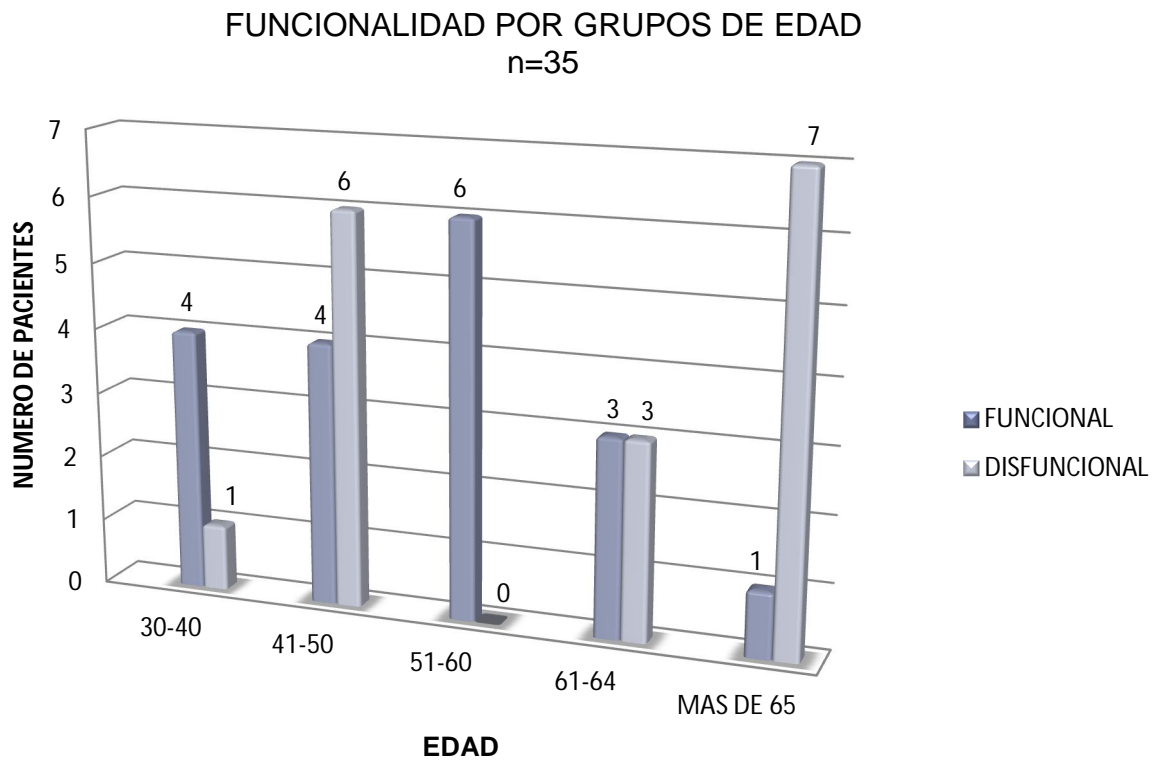
GRAFICA 10. TEST DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN EN ADULTOS DE 65 AÑOS Y MAS EDAD.

PRESENCIA DE DEPRESIÓN POR TEST DE YESAVAGE
n= 9



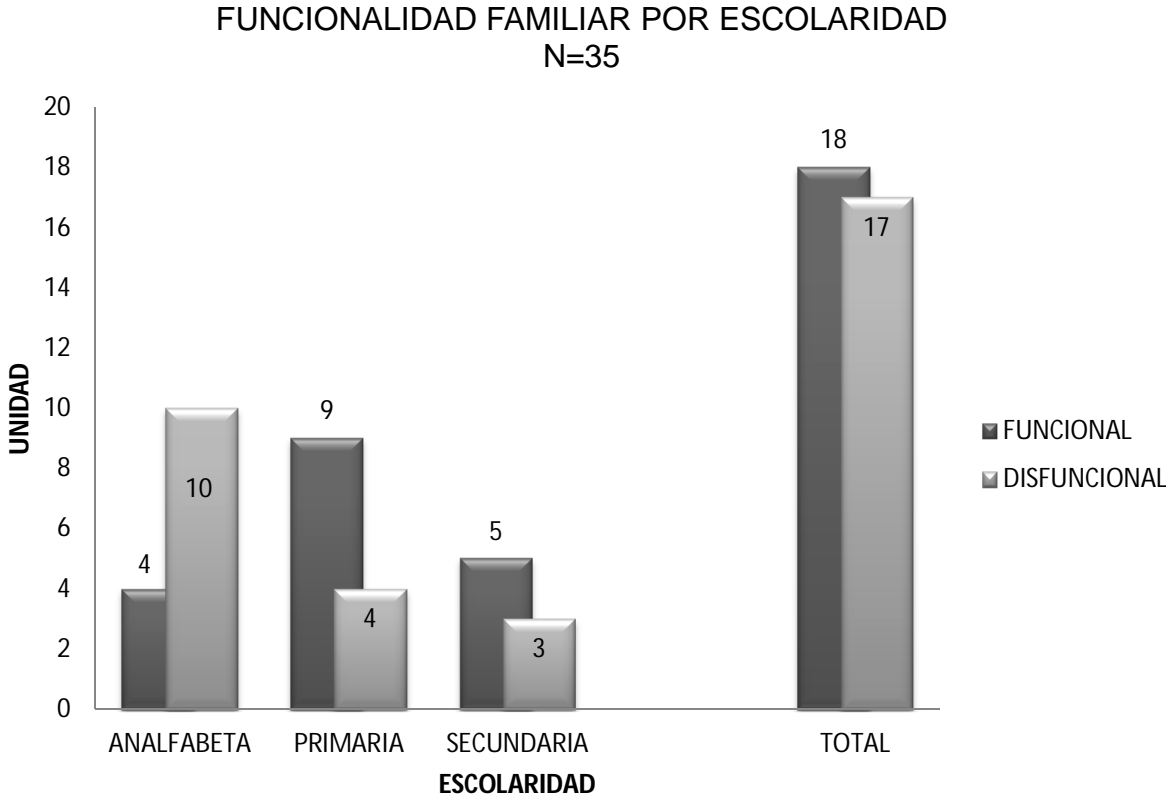
FUENTE: Test de Yesavage
Hoja de recolección de datos

GRAFICA 11. FUNCIONALIDAD POR GRUPOS DE EDAD.



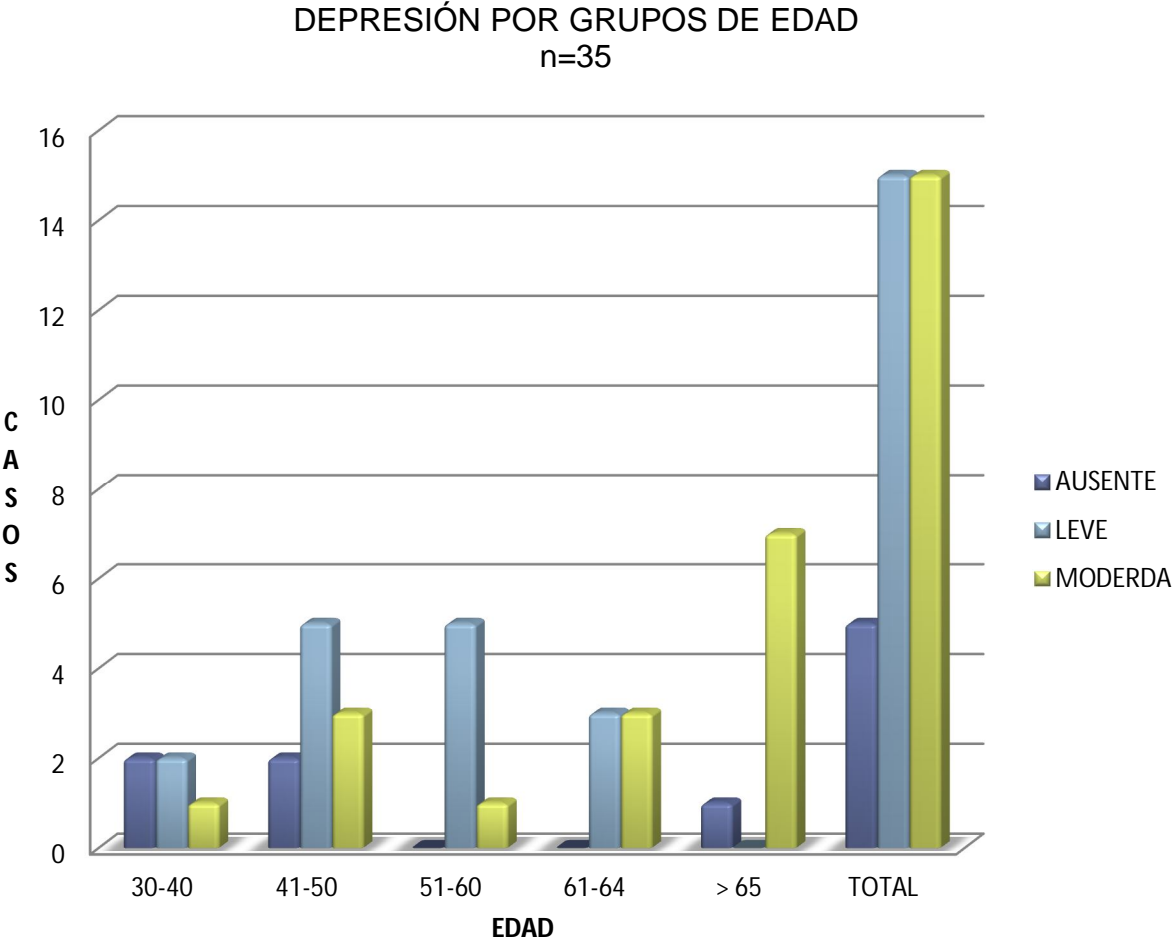
FUENTE: Hoja de recolección de datos

GRAFICA 12. FUNCIONALIDAD FAMILIAR POR ESCOLARIDAD



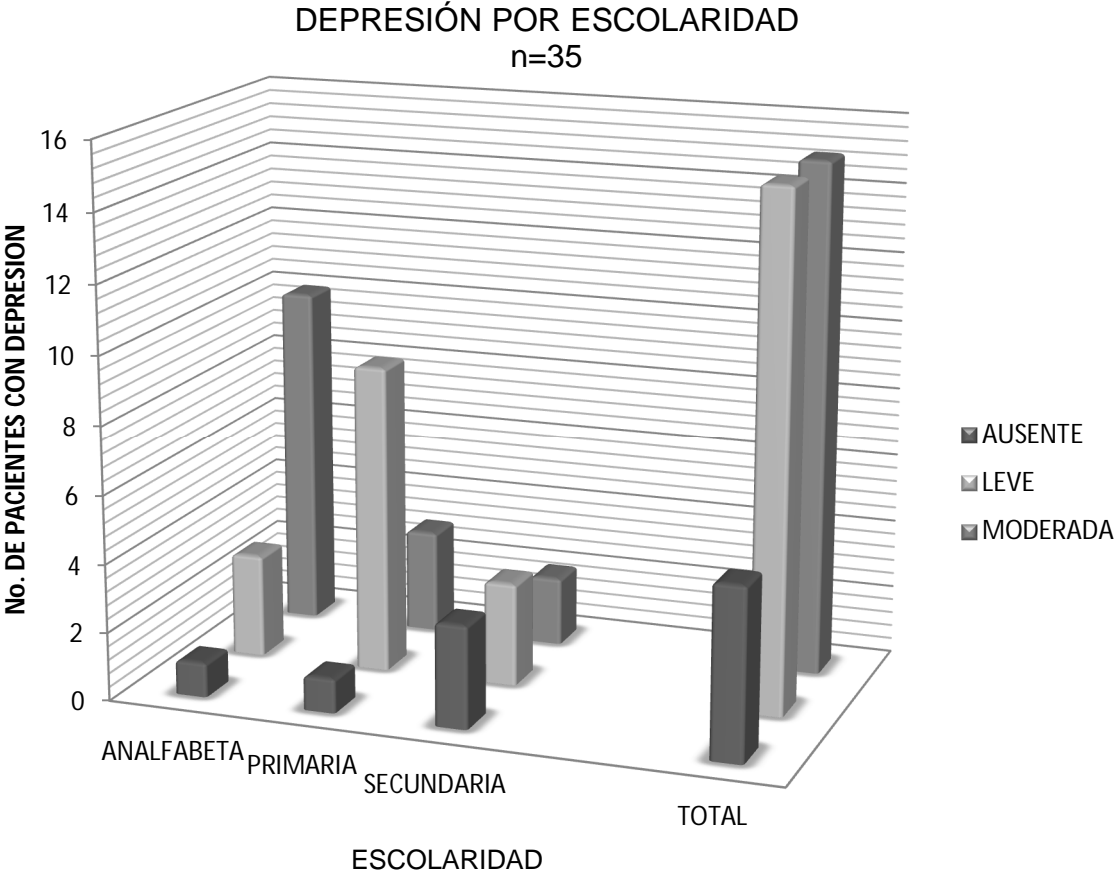
FUENTE: Hoja de recolección de datos

GRAFICA 13. PRESENCIA DE DEPRESIÓN POR GRUPOS DE EDAD.



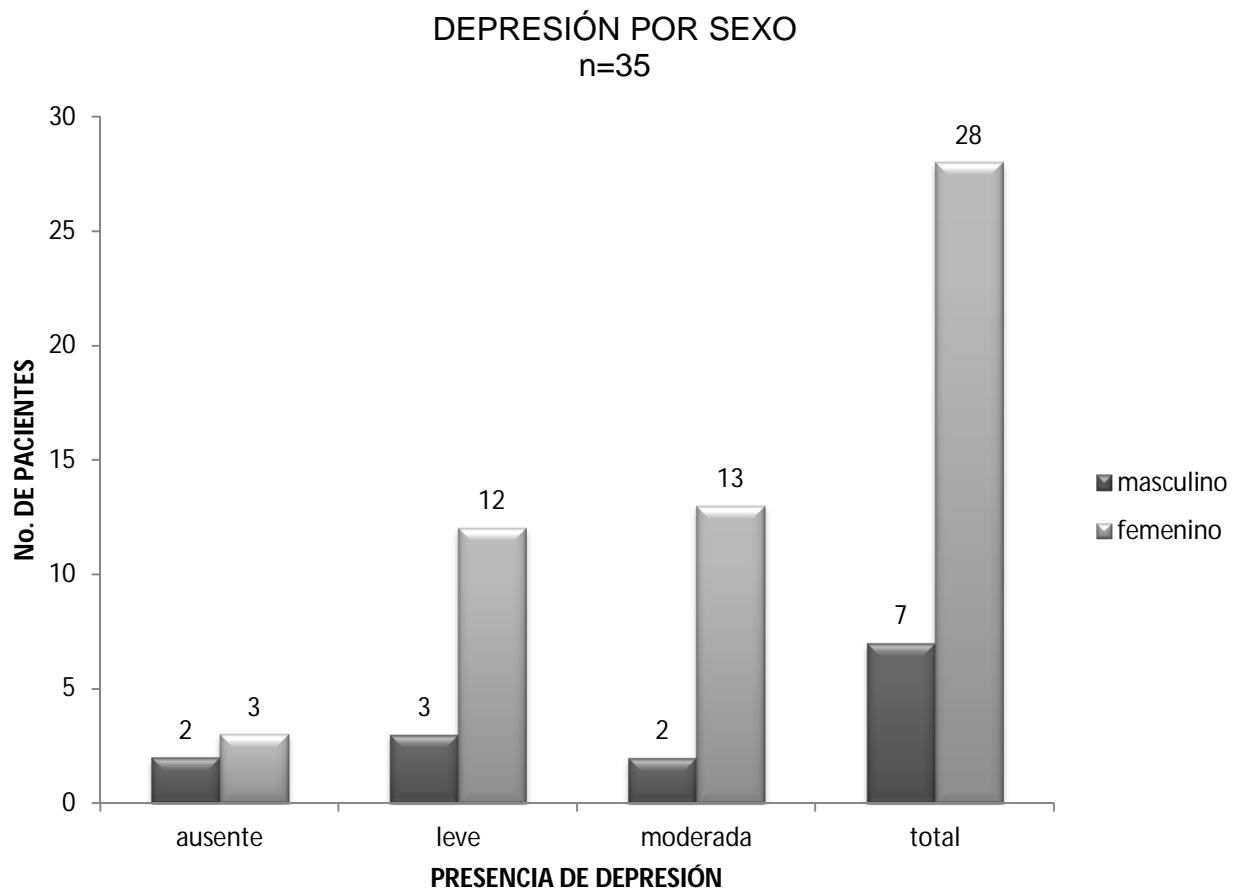
FUENTE: Hoja de recolección de datos

GRAFICA 14. DEPRESIÓN POR ESCOLARIDAD.



FUENTE: Test de Beck y Yesavage
Hoja de recolección de datos

GRAFICA 15. DEPRESIÓN POR SEXO.



FUENTE: Hoja de recolección de datos
Test de Beck y Yesavage

13. DISCUSIÓN (ANÁLISIS) DE RESULTADOS

La frecuencia de depresión en el paciente diabético descontrolado es alta, como se observa en el estudio de Angélica Riveros y de Cecilia Colunga, ambos en la Ciudad de México. ^(4,12) En donde se demuestra que la prevalencia de depresión es alta (hasta seis veces más alta que el resto de la población, entre un 30 y 65%) en las personas que padecen Diabetes Mellitus y que tiene un alto impacto en la calidad de vida y en el control glucémico de estos pacientes. ⁽¹²⁾

El presente estudio coincide con los estudios anteriormente realizados en la Ciudad de México. Como el realizado por Alviso ⁽⁷⁾ en donde se observa que, tanto la de depresión como la diabetes mellitus, tienen una prevalencia que se acerca al 10% de la población económicamente activa, y son causa importante de deterioro en la calidad de vida y la salud de los enfermos, lo que repercute tanto en el ámbito familiar como en el económico. Boschetti-Fentanes B. ⁽⁹⁾ hace mención que el clínico requiere de poner mayor atención en la detección de sintomatología depresiva y a la falta de control glucémico de la diabetes, ya que esto ocasiona un impacto trascendental tanto en lo económico para el paciente, su familia y a la institución que brinda su atención. La presencia de descontrol glucémico, es un factor de riesgo determinante para la presencia de complicaciones propias de la enfermedad de manera mucho más temprana, implicando alteraciones en la funcionalidad familiar del individuo como cambios o redistribución en los roles familiares ocasionando problemas de comunicación e integración entre los miembros de la familia.

Cabe señalar que la presencia de obesidad e hipertensión arterial, son las patologías más frecuentes que se observaron cómo agregadas en estos pacientes. Los resultados observados en el presente estudio son similares al estudio realizado por Vázquez y cols. ⁽¹⁴⁾, en donde la obesidad y la hipertensión arterial son los padecimientos más frecuentes en los pacientes diabéticos (56% y 41% respectivamente).

En cuanto a la funcionalidad en los pacientes con descontrol glucémico se observó que el 48.6 % de los pacientes presenta una percepción de disfunción familiar. Garza Elizondo ⁽²¹⁾ menciona que una enfermedad crónica cambia las condiciones familiares, con una modificación de roles en cada uno de sus miembros por la respuesta adaptativa ante una crisis familiar como lo es una enfermedad crónica sin cura como lo es la diabetes mellitus, que no solo afecta al enfermo sino a la familia como un todo. En el presente estudio se observó una alta prevalencia en la percepción de disfunción familiar en las personas estudiadas entre los 41 a 50 años de edad y en aquellas personas mayores de 65 años de edad.

Se observa que la funcionalidad familiar se percibe por parte del paciente como disfuncional en aquellas personas con analfabetismo, observándose una disminución progresiva de esta percepción de acuerdo a la escolaridad que presentan.

La depresión se encuentra con mayor frecuencia en los pacientes diabéticos descontrolados de los 41 años de edad hasta en los mayores de 65 años, más frecuente en el sexo femenino y en aquellos pacientes analfabetas, observándose también, una disminución de depresión en aquellos pacientes con mayor grado de escolaridad. Alviso ⁽⁷⁾ comenta misma situación que se observa en el presente estudio, en donde la depresión alcanza hasta un 9.1 % en la población diabética.

Los resultados encontrados en este estudio son concordantes con los reportes de la literatura médica nacional e internacional, en cuanto a que la presencia de depresión es frecuente en padecimientos crónicos que requieren una atención importante en el control glucémico con la finalidad de retrasar en lo

posible, las complicaciones de la diabetes mellitus. Este hecho, ocasiona modificaciones en los roles dentro del ambiente familiar, que podría esperarse una alteración en la funcionalidad familiar, que podría llevar a la presencia de descontrol glucémico de éstos pacientes. Sin embargo, el tamaño de la muestra no representa un número suficientemente grande como para generalizar los resultados para todos los pacientes que presentan descontrol glucémico.

14. CONCLUSIONES

Al momento de describir los datos obtenidos en los pacientes diabéticos, se observa, como se describe en la literatura médica, una alta frecuencia de depresión y disfunción familiar en pacientes con enfermedad crónica. Por otra parte es interesante señalar la necesidad de dar seguimiento en el tiempo a los casos evaluados, con la finalidad de identificar si hay cambios en la conducta de los pacientes que se encontraron con algún grado de depresión y disfuncionalidad familiar, empleando un manejo integral que abarque valoraciones periódicas en su estado de ánimo y en la funcionalidad familiar del paciente.

Por lo que es recomendable, que en el momento de dar un diagnóstico confirmatorio de una enfermedad crónica, se busque intencionadamente de forma clínica, mediante el interrogatorio, de la sintomatología y exploración física, datos que nos lleven a valorar el estado anímico del paciente así como sus relaciones familiares y valorar su percepción de la funcionalidad familiar, con un enfoque de riesgo para complicaciones tempranas o prematuras de la diabetes mellitus y buscar así una atención integral, preventiva y continúa del paciente, mejorando su control glucémico y calidad de vida

De acuerdo a nuestro problema planteado, a los resultados obtenidos, se encontró que:

La depresión y la percepción de disfuncionalidad familiar es frecuente en los pacientes diabéticos, con mayor prevalencia en edad económicamente activa, en el sexo femenino y en pacientes analfabetas.

Debido a los resultados obtenidos en el presente trabajo, podemos recomendar:

- 1. Capacitar a los médicos de las diferentes unidades médicas que atienden a pacientes con enfermedades crónicas, en la identificación, detección y manejo de trastornos en el estado de ánimo como lo es la depresión, mediante interrogatorio dirigido y exploración física completa, así como de los test existentes para la detección de depresión a partir del diagnóstico inicial de la diabetes mellitus.**
- 2. Integrar la evaluación del test de tamizaje a todo paciente con alguna enfermedad crónica degenerativa desde el inicio de su diagnóstico, de una forma rutinaria una vez al año cuando menos.**
- 3. Establecer campañas de promoción y educación para la salud, tendientes a modificar los hábitos alimenticios que repercutan en una alimentación balanceada y nutritiva, así como a la estimulación de los pacientes para realizar actividades físicas en grupo, ya que esto facilita la estimulación personal, al ver a otros pacientes realizar actividades físicas.**
- 4. Integrar el Servicio de Nutrición en las Unidades de Primer Nivel de atención, ofreciendo un manejo profesional de la obesidad, que nos conduzcan a una reducción del Índice de Quetelet, que se traduzca en una disminución de la grasa abdominal y en una mejora de los patrones alimentarios.**
- 5. Abrir una línea de investigación específica a los trastornos del estado de ánimo y funcionalidad familiar, ya que esto afecta directa o indirectamente el control de la glucosa de estos pacientes.**

- 6. Integrar a nivel jurisdiccional un programa de salud mental, que apoye en la atención de los pacientes con enfermedades crónico degenerativas y a sus familias para poder tener una mejor aceptación y adaptabilidad ante los cambios que este tipo de enfermedades provoca en la vida del paciente y de su familia.**

De esta manera, se busca impactar sobre la meta que las instituciones de salud a nivel nacional buscan: un mejor control glucémico y metabólico con la finalidad de evitar o retrasar las complicaciones esperadas de esta enfermedad que día a día aumenta su prevalencia en nuestro país. Y por supuesto, mejorar la calidad de vida del paciente.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) RAFAEL L., J. F. *La transición epidemiológica en américa latina*. Instituto Nacional de Salud Pública, México: 79-101.
- 2) Archivos en Medicina Familiar. *Conceptos básicos para el estudio de las familias*. 2005 Vol. 7, (Supl. 1): 15-19
- 3) LÓPEZ PA. *Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión* Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2007; 45 (1): 29-36
- 4) RIVEROS A. y Cols. *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales* International Journal of Clinical and Health Psychology. 2005; Vol. 5 (3): 445-462
- 5) DR. PÉREZ B. F. PHD. *Epidemiología y fisiopatología de la Diabetes Mellitus tipo 2*. Rev. Med. Clin. Condes. 2009; 20(5): 565 – 571
- 6) *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2006; 19(1): 1
- 7) ALVISO SL y Cols. *El paciente con Diabetes Mellitus y Depresión*. El Residente. 2009; Vol. IV (2): 47-50.
- 8) ALLEN F. M.D. Presidente. *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM – IV*: 321 – 327
- 9) Archivos en Medicina Familiar. *La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar*. 2004; Volumen 3 (3): 60-63.

- 10) PERALTA P.M.L. y Cols. *Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar*. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2006; 44 (5): 409-414
- 11) SOSA O. A.L., GONZÁLEZ A.H. *Depresión en el anciano*. Tópicos de gerontología. Academia 2. Serie de monografías Científicas de la FES Zaragoza, México: UNAM, 1998: 140-51
- 12) COLUNGA R.C. y Cols. *Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México*. 2005. Rev. salud pública. 2008; 10 (1):137-149.
- 13) AGUILAR NS y Ávila FJA. *La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor*. ARTÍCULO DE REVISIÓN. Gac Méd Méx 2007; Vol. 143 (2): 141 – 148.
- 14) RODRÍGUEZ MJR y Cols. *Características epidemiológicas de pacientes con diabetes en el Estado de México*. Rev Med IMSS 2003; 41 (5): 383-392.
- 15) VAZQUEZ CJL y Col. *Diabetes Mellitus tipo 2: Un problema epidemiológico y de emergencia en México*. Investigación en salud, marzo, año/vol. III Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México, 2001: 18 – 26.
- 16) GARAY SME. *El mundo emocional del paciente diabético*. Universidad de Guanajuato, Instituto de investigaciones médicas, Guanajuato, México: 1-5.
- 17) GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL SNS. GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA SOBRE EL MANEJO DE LA DEPRESIÓN MAYOR EN EL ADULTO. Anexo 9. *Instrumentos de evaluación de la depresión*: 94 -100.
- 18) A JAYU, HEREDIA JP y PINTO B. *Depresión en diabéticos: Un enfoque sistémico*. 2008; Vol VI (1): 22 - 44

- 19) ROCA SF. *Los “desconocidos” grupos de ayuda mutua*. Cuadernos de Trabajo social. 1998; No. 11. Ed. Universidad Complutense. Madrid: 251-263.
- 20) MENDEZ LDM y Cols. *Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2*. Rev Med IMSS 2004; 42 (4): 281-284
- 21) Dr. RAMIREZ L. CE y Cols. *Funcionalidad Familiar y enfermedad crónica infantil*. Monterrey, Nuevo León, México: 1 – 12.
- 22) CALVILLO UA. *La transición epidemiológica en las Américas*. El Poder del Consumidor, A.C: 1 – 8.
- 23) MORENO AL. *Epidemiología y diabetes*. Rev Fac Med UNAM 2001; Vol.44 (1): 35-37.
- 24) ALVARADO OC QFB. *Prevalencia de diabetes mellitus e hiperlipidemias en indígenas otomíes*. Salud Pública de México / 2001 vol. 43 (5):259 – 263.
- 25) CASTILLO QJI. y Cols. *Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología*. Rev Neurol 2010; 51 (6): 347-359.
- 26) NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-174-SSA1-1998. *PARA EL MANEJO INTEGRAL DE LA OBESIDAD*.
- 27) Dr. MANZINI JL. *DECLARACIÓN DE HELSINKI: PRINCIPIOS ÉTICOS PARA LA INVESTIGACIÓN MÉDICA SOBRE SUJETOS HUMANOS*. Análisis de la 5ª Reforma, aprobada por la Asamblea General de la

Asociación Médica Mundial en octubre del año 2000, en Edimburgo. Acta Bioethica 2000; año VI (2): 321-334.

28) Dr. OCAMPO MJ. *El estudio de los humanos y sus implicaciones éticas*. Cir Ciruj 1999; Vol 67 (5): 183 -188.

29) MENDOZA RMA. *Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica médica*. Gac. Med. Mex. 2003; Vol. 139. (2): 183-187.

30) DE LA REVILLA AL. FLEITAS CL. *Función y disfunción familiar*. Barcelona, España, 1994: 91-100.

31) DR. MONTECINOS SJ. *Instrumentos del médico de familia en la consulta de atención primaria*. ARTÍCULO DE REVISIÓN. Archivo del Hospital La Paz. Julio-diciembre 2007 Vol. 5 (2).

16. ANEXOS

DATOS DE IDENTIFICACION DE LA INVESTIGACION

Trabajo realizado dentro del área de adscripción de los:

Servicios de Salud del Estado de Querétaro.

Jurisdicción Sanitaria No. 2 San Juan de Rio, Querétaro.

Localidad de Ajuchitlán

Municipio de Colón, Querétaro.

Por personal del:

Centro de Salud Rural para Población Dispersa de Ajuchitlan,
Colón, Querétaro.

Con el apoyo de:

Coordinación del programa del adulto mayor y enfermedades
Crónico degenerativas de la Jurisdicción Sanitaria No. 2

En el período comprendido de:

01 de enero del 2011 al 30 de noviembre del 2011.

ESCALA DE DEPRESION DE BECK

Para completar el cuestionario, lee cada punto con atención y rodear con un círculo el número que se encuentra junto a la respuesta que mejor se adapte a lo que la persona ha estado sintiendo últimamente.

1. Tristeza.

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3. Sensación de fracaso

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

4. Insatisfacción

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

5. Culpa

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente

6. Expectativas de castigo

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7. Autodesprecio

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

8. Autoacusación

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocrítico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Idea suicidas

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.

2. Desearía poner fin a mi vida.
3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

10. Episodios de llanto

0. No lloro más de lo normal.
1. ahora lloro más que antes.
2. Lloro continuamente.
3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

11. Irritabilidad

0. No estoy especialmente irritado.
1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
2. me siento irritado continuamente.
3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

12. Retirada social

0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
2. He perdido gran parte del interés por los demás.
3. he perdido todo interés por los demás.

13. Indecisión

0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
3. Me es imposible tomar decisiones.

14. Cambios en la imagen corporal.

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15. Enlentecimiento

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

16. Insomnio

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17. Fatigabilidad

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18. Pérdida de apetito

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

19. Pérdida de peso

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

20. Preocupaciones somáticas

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

21. Bajo nivel de energía

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

Una vez completado el cuestionario, se SUMAN los puntos correspondientes a cada una de las 21 preguntas y se obtiene el TOTAL. Puesto que la puntuación más alta que se puede obtener en cada una de las preguntas es 3, el total más alto posible de todo el cuestionario será de 63. Como la puntuación más baja de cada pregunta es CERO, la puntuación más baja posible, será CERO.

RESULTADOS:

Puntuación total	Niveles de Depresión
1-10	Estos altibajos son considerados normales
11-16	Leve perturbación del estado de ánimo
17-20	Estados de depresión intermitentes
21-30	Depresión moderada
31-40	Depresión grave
Más de 40	Depresión extrema

ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA DE YESAVAGE

Pregunta a realizar	Respuesta
1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2. ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3. ¿Siente que su vida está vacía?	SI
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6. ¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8. ¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9. ¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10. ¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11. ¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12. ¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13. ¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14. ¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO

16. ¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17. ¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18. ¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
19. ¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20. ¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21. ¿Se siente lleno de energía?	NO
22. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24. ¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25. ¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26. ¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27. ¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28. ¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29. ¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30. ¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

RESULTADOS.

Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha y se suman, el total se valora como sigue:

0-10: **Normal.**

11-14: **Depresión** (sensibilidad 84%; especificidad 95%).

>14: **Depresión** (sensibilidad 80%; especificidad 100%).

CUESTIONARIO DE APGAR FAMILIAR

Nombre Completo

Función	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Cada uno de los enunciados se evalúa en una escala de cinco opciones:

Siempre = 4, Casi siempre = 3; Algunas veces = 2; Casi nunca = 1; Nunca = 0.

El formato lo debe diligenciar directamente el paciente y la interpretación del resultado es:

Buena función familiar: 18 - 20 puntos

Disfunción familiar leve: 14 - 17 puntos

Disfunción familiar moderada: 10 - 13 puntos

Disfunción familiar severa: 9 puntos o menos

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

POR ESTE MEDIO, YO _____
HAGO SABER QUE HE SIDO INFORMADO (A) DEL PROYECTO DE
INVESTIGACION REALIZADO POR EL DR. JESUS JORGE RAMIREZ SALAS.

**“FRECUENCIA DE DEPRESION Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR EN LOS
PACIENTES DIABETICOS DESCONTROLADOS DEL CENTRO DE SALUD DE
AJUCHITLAN, COLON, QUERETARO”**

AL QUE HE SIDO INVITADO (A) Y HE ACEPTADO A PARTICIPAR,
OTORGANDO MI CONSENTIMIENTO PARA EL USO EN EL PROYECTO
ANTES MENCIONADO DE LOS DATOS PROPORCIONADOS EN EL TEST DE
CRIBADO YESAVAGE, BECK Y APGAR PARA LA DEPRESION Y
FUNCIONALIDAD FAMILIAR. ASÍ COMO LOS RESULTADOS DE EXAMENES
QUE SE ME LLEGUEN A SOLICITAR PARA CORROBORAR MI CONTROL
METABOLICO POR MI DIABETES MELLITUS, DURANTE LOS MESES DE
ENERO A NOVIEMBRE DEL AÑO DE 2011, SIN OTRO PARTICULAR POR EL
MOMENTO FIRMO DE CONFORMIDAD MI CONSENTIMIENTO INFORMADO.
