



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20**

**DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR
RELACIONADO CON EL CONTROL METABÓLICO
DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS
TIPO 2 DE LA UMF 20 DEL IMSS.**

TESIS

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. CLAVEL MANDUJANO URI

TUTORA:

DRA. VEGA MENDOZA SANTA



México, D.F., 2016

GENERACIÓN 2013-2016



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.

TUTOR:

DRA. VEGA MENDOZA SANTA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. NO. 20 VALLEJO

Vo.Bo.

DRA. AGUIRRE GARCÍA MARIA DEL CARMEN
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR
U.M.F. NO. 20 VALLEJO

Vo.Bo.

DR. CRUZ ARTEAGA GILBERTO
MEDICO FAMILIAR.
COORDINACIÓN EN EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
U.M.F. NO. 20 VALLEJO

DEDICATORIA

A mi esposa Paty y a mi hijo Erick:

*A quienes he sacrificado mi tiempo por alcanzar un sueño y que
con su infinita paciencia y amor me ayudaron a superar obstáculos. Los amo.*

AGRADECIMIENTOS

A todos mis profesores y colegas de la especialidad y de otras especialidades, que a través de ellos aprendí las herramientas útiles en el quehacer médico.

Y a todos mis pacientes que han sido un gran libro de dónde aprender.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
HIPOTESIS	8
OBJETIVOS	9
MATERIAL Y MÉTODOS	10
RESULTADOS	17
DISCUSIÓN	26
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
BIBLIOGRAFÍA	31
ANEXOS	35

**DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR RELACIONADO
CON EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20 DEL
IMSS.**

RESUMEN

DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR RELACIONADO CON EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20 DEL IMSS.

Clavel-Mandujano Uri¹, Vega-Mendoza Santa².

¹. Médico Residente de Medicina Familiar UMF20

². Médico Familiar, Maestra en Ciencias de la Educación UMF20.

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad metabólica que afecta también el estado de ánimo y que puede dar lugar a depresión o alterar la familia. **Objetivo: Metodología:** Estudio transversal analítico en 231 pacientes diabéticos tipo 2 de UMF20, previo consentimiento informado, se aplicó instrumento con ficha de datos generales, últimas tres glucosas en seis meses, datos clínicos de la diabetes, Inventario de Depresión de Beck-II, Escala de Holmes, Test de Satir. **Estadística** descriptiva y Chi², Pearson. **Resultados:** Diabetes *descontrolados*: edad de 61 y más 51.7%(118), femeninos 73.5%(108), casados 57.1%(84), dedicados al hogar 58.5%(86), con primaria 52.4%(77), con 6-10 años de evolución de DM 34%(50), tratamiento farmacológico 51.7%(76), con glibenclamida+metformina 36.1%(53), comorbilidad cardiovascular 40.1%(59), depresión moderada 29.9%(44), severa 25.2%(37)(p=0.000), disfunción familiar 45.6%(67) y funcional 42.9%(63) (p=0.000). Crisis moderada 35.4%(52), de leve y severa 18.4%(27)(p=0.000) respectivamente. Diabetes controlada: edad 61 y más 50%(42), femeninas 63.1%(53), casados 54.8(46), dedicados al hogar 48.8%(41), con primaria 46.6%(39), tiempo de evolución de la DM 1-5 años 38.1%(32), tratamiento farmacológico 48.8%(41), metformina 39.3%(33), comorbilidad cardiovascular 42.9%(36), sin depresión 84.5%(71), funcionalidad familiar 77.4%(65) y sin crisis 70.2%(59). **Conclusiones:** el descontrol metabólico de los pacientes diabéticos sí se relaciona con la presencia de depresión y disfunción familiar, además de eventos críticos no resueltos.

Palabras Clave: Depresión, diabetes mellitus, disfunción familiar, crisis familiar, control metabólico.

SUMMARY

DEPRESSION AND FAMILY DYSFUNCTION RELATED TO METABOLIC CONTROL OF PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS TYPE 2 FROM IMSS-UMF20

Clavel-Mandujano Uri¹, Vega-Mendoza Santa².

¹Resident Doctor in Family Medicine UMF20

² Doctor Degree in Family Medicine, Master Degree in Education Sciences UMF20.

Diabetes Mellitus is a metabolic disease that affects mood and it may lead to depression or alter the family. **Objectives:** To determine the degree of depression and family dysfunction related to metabolic control of patients with diabetes mellitus type 2 from IMSS-UMF20. **Methodology:** This is a cross-sectional study in 231 type 2 diabetic patients of the UMF20, prior informed consent, instrument with general data record, last three glucose in six months, clinical evidence of diabetes, Beck Depression Inventory-II, Holmes scale and Satir Test. **Statistics:** Descriptive Statistic and Chi², Pearson. **Results:** Uncontrolled diabetes: age 61 and more years old 51.7%(118), female 73.5%(108), married 57.1%(84), occupation home 58.5%(86), elementary school 52.4%(77), evolution 6-10 years of diabetes 34%(50), pharmacotherapy 51.7%(76), with glibenclamide+metformine 36.1%(53), cardiovascular comorbidity 40.1%(59), moderate depression 29.9%(44), severe depression 25.2%(37)(p=0.000), family dysfunction 45.6%(67) and functional family 42.9%(63)(p=0.000). Moderate crisis 35.4%(52), mild and severe crisis 18.4%(27)(p=0.000), respectively. Controlled diabetes: age 61 and more years old 50%(42), female 63.1%(53), married 54.8(46), occupation home 48.8%(41), with elementary school 46.6%(39), evolution 1-5 years of diabetes 38.1%(32), pharmacoterapy 48.8%(41), metformine 39.3%(33), cardiovascular comorbidity 42.9(36), without depression 84.5%(71), functional family 77.4%(65) and no crisis 70.2%(59). **Conclusions:** The metabolic control of diabetic patients if they are related to the presence of depression and family dysfunction,

Keyword: Depression, Diabetes mellitus, Family dysfunction, familiar crisis, metabolic control.

INTRODUCCIÓN

Los problemas mentales son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresantes, muchas veces en relación con etapas de transición en la vida de la persona.⁽³⁵⁾ En el caso de los pacientes diabéticos, ellos y sus familiares pueden experimentar una amplia gama de emociones que van desde la indignación, culpa, depresión hasta la aceptación.⁽³⁶⁾ El panorama epidemiológico de ambas patologías en nuestro país es el siguiente: se ha reportado un total de 267,127 casos nuevos de diabetes hasta la semana 36 del año 2014, según el reporte epidemiológico. Y la incidencia de depresión es de 48,186 casos nuevos.⁽³⁷⁾ Los aspectos psicológicos influyen en la percepción del control en la DM que se relaciona con los niveles de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}).⁽²¹⁾ Se conoce poco de la magnitud del problema de la depresión en pacientes de primer nivel de atención en cuanto a prevalencia y complejidad, ya que sólo 37% son detectados, quedando confusa la asociación con variables sociodemográficas y clínico-metabólicas, principalmente hemoglobina glucosilada e indicadores de control.⁽³⁸⁾ Sin embargo, se ha afirmado que es muy común encontrar baja autoestima y sentimientos de depresión en pacientes diabéticos, en especial cuando sufren un deficiente control metabólico.⁽³²⁾ La tarea difícil 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 tanto del paciente como de sus familias que lo rodean donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado.⁽³⁹⁾ Es importante, además de identificar la depresión, conocer las características de la familia, siendo ésta la red de apoyo social más importante para el paciente, ya que se convierte en la principal fuente de apoyo emocional y de información, además alienta, colabora en la administración de las medicinas y toma parte en la responsabilidad del enfermo.⁽⁴⁰⁾ Por lo anterior, se decide realizar el estudio para identificar la presencia de depresión en pacientes diabéticos así como conocer el estado de la dinámica familiar.

MARCO TEÓRICO

La depresión es un síndrome caracterizado por el decaimiento del estado del ánimo, la disminución de la capacidad de experimentar placer y de la autoestima.⁽¹⁾ La depresión es la más frecuente de los trastornos mentales y puede aparecer en cualquier etapa de la vida.⁽²⁾ Según la Organización Mundial de la Salud, ocupa el 4º lugar como causa de discapacidad en el mundo, mientras que en la atención primaria ocupan 4.8-8.6% de los casos,⁽³⁾ aunque la cifra puede ser mayor del esperado. De acuerdo con la NIMH (*National Institute of Mental Health, por sus siglas en inglés*) en un periodo de un año, cerca del 9.5% de la población sufre algún tipo de depresión. El costo económico de este padecimiento es alto, pero no puede estimarse el costo real.⁽⁴⁾ La depresión afecta dos veces más a la mujer que al hombre, con una relación de 2.7:1 hasta 3.4:1.⁽⁵⁾⁽⁶⁾ Con respecto a la edad, los síndromes depresivos, junto con la demencia, son las enfermedades psiquiátricas más frecuentes en el adulto mayor.⁽⁷⁾⁽⁸⁾ La depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria.⁽⁹⁾ Diversos padecimientos coexistentes en la población general, como la depresión y la ansiedad, que se observan poco en el ámbito psiquiátrico en instituciones de especialidad, pues se esperaría que esas alteraciones sean, preferentemente, atendidas en los servicios médicos de primer nivel.⁽¹⁰⁾

La edad de inicio más común para la depresión es entre los 20 a 40 años y existen varios fenómenos sociales que se atribuyen a este hecho, como son: divorcio, muerte de un familiar o amigo cercano, la viudez, nivel socioeconómico bajo, bajo nivel educativo, el desempleo, entre otros.⁽⁵⁾ Cada persona tiene un nivel de base del humor, el cual se describe, según Delay, como una disposición afectiva que otorga a cada individuo un tono agradable o desagradable oscilando entre el placer y el dolor; y por lo tanto el sentido del placer o displacer, según lo que ocurre en su entorno, puede variar.⁽⁷⁾ Y como resultado de lo anterior, puede deberse al estrés y otras situaciones asociadas al tener una condición médica crónica y sus consecuencias.⁽¹¹⁾ Se conocen varios tipos de depresión:⁽⁴⁾ 1) Depresión mayor, que se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad al trabajo, al estudio, trastornos del sueño, del apetito y otras actividades antiguamente cotidianas. Ocurre casi todo el tiempo. 2) Distimia: presenta síntomas por episodios algunas veces en su vida. 3) Depresión bipolar, llamada también trastorno maniaco-depresivo, se caracteriza por cambios cíclicos del humor como enojo repentino sin causa aparente, hiperactivo, mucha energía, risa sin causa. Cuando surgen ciclos depresivos se presenta como tristeza, aislamiento, entre otros. Tales manifestaciones pueden afectar el juicio y relaciones sociales.

Sintomatología

La depresión se caracteriza por una combinación de persistencia de ansiedad, tristeza o humor vacío durante la mayor parte del día; sentimientos de pérdida de esperanza, pesimismo, sentimientos de culpa, inutilidad, desamparo; pérdida del interés o placer en actividades que antaño hacía, incluyendo el deseo sexual; pérdida de la energía, fatigabilidad, dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones; insomnio, despertarse en la madrugada o dormir demasiado; pérdida del apetito y/o pérdida de peso o impulsividad a comer y ganancia de peso; minusvalía o pesimismo, pensamientos de muerte o ideas suicidas; inquietud, irritabilidad, persistencia de los síntomas físicos que no responden al tratamiento, como cefaleas, trastornos digestivos y dolor crónico.⁽⁵⁾⁽⁷⁾⁽⁸⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾

Diagnóstico

La depresión se diagnostica con base en el número de síntomas detectados en una persona al momento de llevar a cabo una entrevista clínica; al menos cinco síntomas presentes durante dos semanas.⁽¹⁴⁾ Sin embargo, para otros autores, existen dos formas de reconocer la depresión:⁽³⁾ una, mediante interrogatorio médico a través de un cuestionario que se llena durante una consulta de rutina. Las respuestas son evaluadas mediante puntajes. El otro recurso es que el paciente manifiesta síntomas y existe alta sospecha de depresión, como lo es en la enfermedad crónica, dolor crónico, cambios en el estilo de vida, o síntomas físicos inexplicables. Se han identificado cerca de once tipos de cuestionarios, según un estudio realizado por Williams *et al*is.⁽³⁾ Inventario de depresión de Beck (BDI), Cribado del centro de estudios epidemiológicos de depresión (CES-D), Escala de depresión (DEPS), Escala de depresión geriátrica de Yasvage-Brink (YBGDS), Escala de autoevaluación de depresión de Zung (SDS), Escala de autoevaluación de depresión (SDS), Cuestionario simple de depresión (SQ), Escala de depresión y ansiedad de Duke (DADS), Chequeo de síntomas de de Hopkins (HSCL), Evaluación de la atención primaria de trastornos mentales (PRIME-MD), Manejo de los síntomas diagnósticos del sistema de atención primaria (SDDS-PC). De los anteriores, el BDI, CES-D y SDS fueron desarrollados para identificar depresión en atención primaria. La escala de Beck es la más recomendada por la Academia Americana de Psiquiatría.⁽¹⁵⁾ La escala YBGDS se presenta en dos versiones, una de 15 preguntas y otra de 30, utilizada en población mayor de 60 años de edad. Los instrumentos DADS, DEPS y SQ han sido evaluados en otros estudios debido a que su pregunta base es "¿se ha sentido deprimido o triste últimamente?". Los dos últimos instrumentos de la lista anterior es multidimensional, ya que se detecta depresión, ansiedad, abuso de alcohol, entre otros. La depresión debe evaluarse de acuerdo a su intensidad, su duración y su impacto en la calidad de vida.⁽³⁾ Sin embargo, su pronta identificación y

tratamiento oportunos ayuda a disminuir significativamente las consecuencias que esta lleva, como depresión mayor, suicidio o problemas familiares.⁽⁹⁾

Diabetes Mellitus

La Diabetes Mellitus es un trastorno crónico degenerativo de origen metabólico que se caracteriza por defectos en la secreción y acción de la insulina, que da como resultado la hiperglucemia o elevación en la concentración de glucosa en el plasma.⁽⁵⁾⁽¹⁶⁾ La Diabetes Mellitus se clasifica en dos variedades: tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2). En el primer caso, la hiperglucemia se produce por la ausencia de insulina sérica consecutiva a la destrucción inmunitaria de las células β del páncreas.⁽¹⁶⁾ Y en el caso de la Diabetes Mellitus tipo 2, su origen es multifactorial, es la forma más predominante y consiste en la resistencia a la insulina o a la deficiencia de su actividad; pero no existe destrucción celular.⁽¹⁶⁾ En la mayor parte de los casos se asocia a hiperinsulinemia.⁽¹⁷⁾ La diabetes Mellitus tipo 2 representa uno de los problemas más importantes a los que deben hacer frente los sistemas de salud.⁽¹⁴⁾ En México ocupa el primer lugar entre las principales causas de mortalidad y muestra un incremento de alrededor de 60 mil muertes y 400 mil casos nuevos al año. La Federación Internacional de Diabetes (*IDF por sus siglas en inglés*) estimó en el 2010 que nuestro país ocupó la décima posición entre los países con el mayor número de personas con diabetes (6.8 millones), en contraste con los resultados obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2006 con reporte 7.3 millones de casos⁽¹⁸⁾. Con respecto al sistema de seguridad social, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) concentra a la mayoría (44.9%), seguido por la Secretaría de Salud (SSA) (36.2%) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (12.3 por ciento)⁽¹⁸⁾. En nuestro país existen programas de acción de prevención y control de la enfermedad, y a pesar de ello existe un incremento en su prevalencia.⁽¹⁹⁾ La diabetes mellitus es una enfermedad de rasgos complejos de origen multifactorial y que es capaz de afectar la supervivencia de los pacientes desde el punto de vista de la salud, la cantidad y el estilo de vida.⁽²⁰⁾ Sin embargo, el impacto del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de la diabetes mellitus provoca una serie de respuestas psicológicas y sociales en el paciente, que varían en grado e importancia, y que están relacionadas con determinadas variables personales y clínicas. Entre ellas, la ansiedad, la depresión, la falta de energía, las disyunciones sexuales, las dificultades laborales y los sentimientos de soledad.⁽²¹⁾ Además, el paciente se enfrenta no sólo a la problemática relacionada con la terapéutica, sino con trastornos psicosociales junto con su familia.⁽¹⁵⁾

Asociación entre la depresión y otras enfermedades

Varios autores han concluido que los trastornos depresivos son la causa de un gran número de enfermedades crónicas, entre las que destacan: las enfermedades cerebrovasculares (25-50%), las neoplasias (58%), las cardiopatías con predominio de infarto agudo del miocardio (38-48%), la artritis reumatoide (14-18%), la diabetes mellitus (10-60%), la insuficiencia renal crónica en fase terminal (40%), el hipotiroidismo y el enfisema.⁽⁸⁾⁽¹⁵⁾ Se han sugerido dos hipótesis que pueden explicar este fenómeno: 1) es resultado de los cambios bioquímicos debido a la propia enfermedad o a su tratamiento, y 2) es resultado de las demandas psicosociales o factores psicológicos relacionados con la enfermedad o su tratamiento.⁽¹¹⁾ Algunas condiciones médicas como neoplasias, diabetes mellitus, enfermedades autoinmunitarias y síndromes isquémicos coronarios están altamente asociadas a trastornos depresivos, pero no son causa de ellos.⁽³⁾ Sin embargo, a principios del siglo XVII, Willis (1679) y Maudsley (1899) sugirieron la relación entre la Diabetes Mellitus y la psicopatología⁽²²⁾ y se ha identificado que la prevalencia es mayor en estos pacientes que en la población general.⁽¹¹⁾ En la diabetes, la depresión se ha relacionado con hiperglucemia y un riesgo elevado de complicaciones e incluso aumento de mortalidad.⁽⁵⁾⁽²³⁾⁽²⁴⁾ Algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, por los malos resultados o por las limitaciones y renunciaciones que la diabetes acarrea; así como estrés y culpabilidad asociados con las dificultades o resistencias para cambiar, peor afrontamiento y bajo apego al tratamiento.⁽¹⁴⁾ La irrupción de la diabetes supone una situación de crisis, entendida ésta como un cambio inesperado y brusco en la vida de la persona, que le supone un desequilibrio, y cuya forma de resolución condiciona y modula la continuidad de ésta. Por su esencia, la crisis no puede ser permanente sino que tiene un desenlace. En el mejor de los casos, el sujeto logra adaptarse adecuadamente a su nueva situación; o en el peor de los casos, se instala en el bloqueo, la indecisión o la angustia.⁽²⁵⁾ La enfermedad y el tratamiento tienen una repercusión significativa en muchos aspectos de su vida, como el trabajo, las relaciones interpersonales, el funcionamiento social y el bienestar físico y emocional.⁽²⁶⁾

Dinámica familiar

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, como el subsistema conyugal (esposos), el subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos).⁽²⁷⁾ La familia es considerada como la unidad social en la que se logra la salud o la enfermedad de sus integrantes.⁽²⁸⁾ La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices positivas y negativas (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar, y que influyen en el comportamiento de cada miembro, haciendo que funcione bien o mal

como unidad.⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾ Dentro de las relaciones interpersonales o dinámica familiar, pueden existir factores que pueden alterar ésta, como lo es la Diabetes Mellitus. 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.⁽³¹⁾ Por otro lado, la disfunción familiar se manifiesta por medio de los síntomas en sus integrantes⁽³⁰⁾, que se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y entonces se generan estrés, descompensación y síntomas.⁽²⁸⁾ Semejante situación sucede con las enfermedades crónicas, que se define como un padecimiento cuyo desarrollo se prolonga a través del tiempo, causando un continuo deterioro físico, mental o ambos, en el individuo que la padece, llevándolo incluso a la muerte.⁽³²⁾ En el caso de los diabéticos, como se dijo anteriormente, la enfermedad y el tratamiento repercuten de manera significativa en muchos aspectos de su vida, además de que se dirige a los integrantes de la familia en busca de ayuda y consejo para solucionar sus problemas de salud.⁽²⁸⁾ Al no aceptar su enfermedad, conlleva a culpa, miedo y sentimientos de rechazo, que emocionalmente puede afectar a otros miembros de la familia. El diabético llega a presentar depresión y, como tal, los miembros de la familia pueden tornarse flexibles para adaptarse al cambio, o pueden tener conflictos debido a la enfermedad.⁽³⁰⁾ Se ha encontrado que la salud mental y la depresión están asociadas con errores en la valoración de la percepción de control, por lo que los pacientes deprimidos valorarían como más desfavorable su control de la enfermedad.⁽²¹⁾ Por lo anterior, se desarrolla una crisis debido a enfermedad crónica de un miembro de la familia. Una crisis se define como un estado temporal de trastorno y desorganización cuya característica es la de una incapacidad para manejar situaciones particulares.⁽³³⁾ Se clasifica en normativas (matrimonio, nacimiento, cambio de hogar, etc.) o accidentales (enfermedad, accidente, violación, infidelidad, etc.)⁽³³⁾ Una herramienta útil para medir factores estresantes psicosociales es la Escala de Holmes.⁽³⁴⁾ Con respecto al grado de funcionalidad de la familia, el Apgar familiar es el más utilizado y tiene ventajas como la 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.⁽³⁴⁾ Sin embargo, se le ha considerado como un instrumento de cribado y que no siempre se puede descartar la presencia de una disfunción debido a la poca veracidad de quien contesta.⁽³⁵⁾ Cuanto se ignoran los signos y síntomas del trastorno mental, estos seguirán siendo trastornos poco diagnosticados en el primer nivel de atención y poco comprendidos por los familiares de quienes padecen trastorno mental, lo que retrasa la búsqueda de la atención especializada por varios años.⁽¹⁰⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónicas generan cambios en el estilo de vida de las personas afectadas y de sus familiares, afectándose también el control de la enfermedad.⁽¹⁵⁾ Varios estudios demuestran que existe una prevalencia de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En las familias donde existen pacientes con Diabetes Mellitus, puede existir cierto grado de disfuncionalidad familiar. El paciente diabético considera ser una carga para la familia cuando se presentan situaciones de disfuncionalidad y, por lo tanto, este llega a deprimirse. Con la depresión y disfunción familiar, es posible encontrar descontrol de la diabetes mediante medición de la glucosa. La depresión interactúa con la diabetes y puede ser un detonador de la hiperglucemia⁽³¹⁾, junto con la disfunción familiar. Se plantea el problema de identificar si existe una relación entre depresión y disfunción familiar con la hiperglucemia como mecanismos de descontrol de la diabetes, por lo que nuestra pregunta de investigación es la siguiente:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el grado de depresión y disfunción familiar y su relación con el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 20 del IMSS?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Alternativa: Existe un mayor descontrol de la diabetes a mayor grado de depresión y disfunción familiar.

Nula: Existe menor descontrol de la diabetes a menor grado de depresión y menor disfunción familiar.

OBJETIVOS

a) Generales.

Determinar el grado de depresión y disfunción familiar relacionado con el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 20 del IMSS.

b) Específicos.

- 1) Identificar características sociodemográficas (edad, escolaridad, estado socioeconómico, estado civil).
- 2) Identificar la frecuencia de control y descontrol en el paciente diabético tipo 2, y características generales de la enfermedad (tiempo de evolución, tipo de tratamiento y comorbilidades)
- 3) Identificar el grado de depresión, disfunción familiar y tipo de crisis en los pacientes con diabetes tipo 2
- 4) Identificar la relación entre control de diabetes tipo 2 y depresión
- 5) Identificar la relación entre disfunción familiar y crisis con control de diabetes tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sitio del Estudio

El estudio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo del IMSS, cuyo domicilio es: Calzada Vallejo Número 675, Colonia Magdalena de las Salinas. México, D.F., C.P. 07760.

Diseño del estudio

Transversal analítico.

Población, lugar y tiempo

La población estudiada se obtuvo de la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo, compuesto por hombres y mujeres de mayores de 30 años de edad, que acudieron a consulta durante el periodo comprendido del 1 al 31 de octubre del 2015, en los días hábiles y en los turnos matutino y vespertino.

Criterios de selección.

a) Criterios de Inclusión

- Los pacientes fueron derechohabientes diabéticos con sus respectivos expedientes de la UMF 20 Vallejo.
- Edades de 30 años y más.
- Sin distinción de género, religión, partido político, ocupación o grado escolar.
- Portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 con diagnóstico mínimo de 6 meses.
- Pacientes que aceptaron participar en el estudio.
- Consentimiento informado firmado por los pacientes.
- En sus expedientes se contaron con tres reportes de glucosas de los últimos seis meses.

b) Criterios de Exclusión

- Diagnóstico reciente de Diabetes Mellitus tipo 2 en menos de 6 meses.
- Que presentaron alteraciones mentales que impidieron contestar la encuesta.
- Que estuvieron bajo seguimiento y tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por depresión u otro padecimiento.

c) Criterios de Eliminación

- Pacientes diabéticos que al contestar la encuesta después decidieron retirarse del estudio.
- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes que no tuvieron tres reportes de glucosas de los últimos 6 meses registrados en sus respectivos expedientes.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra se determinó de acuerdo a la fórmula de coeficiente de correlación (r):

$$N = [(Z_{\alpha} + Z_{\beta}) \div C]^2 + 3$$

Tamaño del efecto (r) = |-0.25| = 0.25

α (unilateral) = 0.005; amplitud del 10%

Con (r) α de 25 con amplitud del 10% y error de 0.005.

Tomando en cuenta la fórmula, se obtuvo una muestra de 231 pacientes.

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
VARIABLE DEPENDIENTE				
Control o descontrol de Diabetes Mellitus Tipo 2	<p>Consiste en la alteración en el metabolismo de la glucosa, dependiente de la actividad de la insulina. Su detección y control se basa en la medición de la glucosa sérica.</p> <p>Metas de control: Glucosa en ayuno < 110mg/dl ó A1c <7% Glucosa postprandial a las 2 h: < 140mg/dl</p>	<p>Se verificará en el expediente electrónico de cada paciente los tres último niveles de glucosa sérica de los últimos seis meses.</p>	<p>Escala nominal dicotómica</p>	<p>1. Controlado (glucemia igual o menor a 140 mg/dl)</p> <p>2. Descontrolado (glucemia igual o mayor a 141 mg/dl)</p>
VARIABLES DEPENDIENTES				
Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Escala de Medición	Indicador
Edad	Años cumplidos hasta el momento del estudio	Pregunta directa al momento del estudio la edad cumplida	Cuantitativa numérica continua e intervalo	<ol style="list-style-type: none"> 1. 30-40 2. 41-50 3. 51-60 4. 61 y mas
Sexo	Características biológicas, psicológicas y sociales del ser humano.	Pregunta directa al momento del estudio sobre su sexo o género.	Escala cualitativa dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en su relación con otra, para establecer un vínculo matrimonial	Pregunta directa al momento del estudio sobre su estado civil.	Escala cualitativa politómica.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4. Separado o Divorciado 5. Viudo
Escolaridad	Es la formación educativa orientada a la preparación para el ejercicio profesional.	Pregunta directa al momento del estudio sobre el grado máximo de estudios.	Escala observacional cualitativa politómica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico 4. Preparatoria 5. Universidad 6. Posgrado 7. Sabe leer y Escribir 8. Analfabeta

Ocupación	Actividad laboral habitual u oficio.	Pregunta directa al momento del estudio sobre su actual ocupación.	Escala observacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hogar 2. Empleado General 3. Ventas 4. Chofer 5. Seguridad 6. Empleo doméstico 7. Obrero 8. Desempleado 9. Jubilado
Tiempo de evolución de la Diabetes	Es el tiempo que transcurre desde su detección clínica hasta la actualidad.	Pregunta directa sobre tiempo de evolución al momento del estudio.	Escala numérica continua de razón y de intervalo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menor a 1 año 2. 1-5 años 3. 6-10 años 4. 11-15 años 5. 16-20 años 6. 21 y más
Tipo de Tratamiento	<ol style="list-style-type: none"> a) Tratamiento Farmacológico: Aquellos que consumen uno o más fármacos para el control de la glucemia. b) Tratamiento No-Farmacológico: aquellos que permiten modificaciones de estilos de vida para control glucémico 	Pregunta directa sobre tipo de tratamiento, y en caso de ser medicamentos, se preguntará sobre tipo.	Escala Observacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Glibenclamida 2. Metformina 3. Acarbosa 4. Insulina 5. Pioglitazona 6. Glibenclamida + Metformina 7. Metformina + Pioglitazona 8. Metformina + Insulina <ol style="list-style-type: none"> 1. Medicamentos 2. Dieta 3. Ejercicio 4. Medicamentos y Dieta 5. Medicamentos y ejercicio 6. Dieta y ejercicio 7. Medicamento, dieta y ejercicio
Otra Enfermedad Crónica	Presencia de enfermedad crónica que acompañe a la Diabetes Mellitus, como son: hipertensión, cardiopatía, insuficiencia renal u otro padecimiento.	Pregunta directa sobre presencia de enfermedad crónica	Escala observacional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Patología Cardiovascular 2. Patología Renal 3. Patología Endócrina 4. Patología Reumática 5. Patología Mental 6. Patología Neurológica 7. Otros 8. Sin patología agregada

Depresión	La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida)	Se aplicará el cuestionario de Beck versión II que consta de 21 ítems, cuyas preguntas hacen referencia a situaciones vividas en las últimas dos semanas. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta.	Escala cualitativa ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin depresión (0-13 puntos) 2. Depresión leve (14-19 puntos) 3. Depresión Moderada (20-28 puntos) 4. Depresión grave (29-63 puntos).
Crisis	Se define como un estado temporal de trastorno y desorganización cuya característica es la de una incapacidad para manejar situaciones particulares	Se aplicará la escala de Thomas Holmes que consta de 43 preguntas que corresponde a situaciones vividas en el último año.	Escala ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sin crisis (0-150 puntos) 2. Crisis leve (151-199 puntos) 3. Crisis moderada (200-299) 4. Crisis severa (300 puntos y más)
Función Familiar	Se manifiesta por medio de los síntomas en sus integrantes, que se caracterizan por una rigidez que no permite revisar alternativas de conducta y que generan estrés, descompensación y síntomas.	Se aplicará la escala de Virginia Satir que consta de 5 preguntas que corresponde a la percepción de la familia por el paciente.	Escala ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Familia funcional. (7-10 puntos) 2. Disfuncional moderada. (4-6 puntos) 3. Disfuncional severa. (0-3)

Descripción del Estudio

Previa autorización del proyecto de estudio se procedió a la captura de información en los pacientes los cuales fueron detectados por casos consecutivos (pacientes que acudieron a la consulta externa durante el periodo de 1 de Octubre al 31 de Octubre del 2015). A los participantes se les aplicó un interrogatorio que no ocupó más de 5 minutos del tiempo estimado antes o después de su consulta con su respectivo médico familiar de la unidad. Las encuestas se conformaron por: ficha de identificación para conocer

datos personales (como número de seguridad social, edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, tiempo de padecer la diabetes, tipo de tratamiento integral así como tipo de medicamento, y presencia de otras enfermedades concomitantes); cuestionario de Escala de Depresión de Beck, versión II, que de acuerdo a la literatura, es el más recomendado por la Asociación Americana de Psiquiatría⁽⁵⁾; así como el test de Holmes para estresores psicosociales. Y, por último, la Escala de Virginia Satir, ya que nos permite evaluar el grado de funcionalidad familiar percibido por el individuo.⁽³³⁾ Posteriormente se realizó una revisión de cada uno de los expedientes de los participantes para registrar los niveles de glucosa de los últimos 6 meses. Al término de la entrevista, se analizaron las encuestas y se les dio agradecimiento a los participantes, así como orientación y canalización de acuerdo a los resultados obtenidos.

Instrumentos a utilizar

En este estudio se pretendió utilizar tres escalas: Inventario de Depresión de Beck (BDI); Escala de Thomas Holmes y Cuestionario de Virginia Satir.

- a) Inventario de Depresión de Beck versión II (BDI-II). El inventario de depresión de Beck fue desarrollado por Beck, Rush, Shaw y Emery en 1961 con el objetivo de identificar sujetos con depresión.⁽⁴¹⁾ Es la herramienta más conocida y utilizada a nivel mundial.⁽⁴²⁾ Sin embargo, se conocen dos versiones en el formato de 21 preguntas: la de 1961 y la de 1978 y sin llegarse a una conclusión de porqué su utilización. Se han realizado estudios para validar el cuestionario con 21 ítems y se han modificado por tener menos sensibilidad al identificar los síntomas típicos de depresión severa (pérdida de peso, cambios en la imagen corporal, preocupaciones somáticas y capacidad para trabajar).. Por lo anterior, se desarrolló la versión segunda del cuestionario (BDI-II) adaptada en 1996.⁽⁴²⁾ El BDI-II tiene una razonable validez de contenido si tomamos como criterio la definición de episodio depresivo mayor propuesta en el DSM-IV.⁽⁴¹⁾ La interpretación del test es como sigue: cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, ausencia de depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.⁽⁴³⁾

- b) Escala de Eventos Críticos de Thomas Holmes. Este test fue desarrollado por Holmes y Rahe en 1967 basándose en 43 eventos estresantes de la vida. Tales preguntas fueron seleccionadas de acuerdo a las experiencias clínicas en 5000 pacientes en cuyos eventos afectaron mayormente su estado de salud.⁽⁴¹⁾ La característica principal de este test es la de evaluar el grado de estrés y la capacidad adaptativa a tales situaciones. La calificación sugiere: 0 a 150 puntos, no existen problemas estresantes. De 151 a 199 puntos son crisis leves; y de 200 a 299 crisis moderada; y más de 300 crisis severa.⁽³⁴⁾
- c) Test de Virginia Satir. Este test nos permite evaluar el grado de funcionalidad percibido por el individuo a través de cinco componentes: satisfacción familiar, afecto, adaptación, comunicación y otros.⁽³⁴⁾ Las preguntas exploran los componentes ya enunciados, en las que cada pregunta se califica sobre una escala de Likert, se da un valor de 0 a 2, obteniéndose al final un índice entre 0 y 10. El resultado de la evaluación nos da los siguientes funcionamientos:⁽³⁴⁾ Funcionamiento familiar adecuado (7 a 10 puntos); Disfunción familiar moderada (4 a 6 puntos), y Disfunción familiar severa (0 a 3 puntos).

Procedimiento y Análisis Estadístico

Se procedió a capturar los datos obtenidos en cada una de las encuestas en el programa IBM SPSS Statiscs versión 2.2 para Apple Macintosh; posteriormente se realizó la determinación análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes, para variables cualitativas, así como medidas de tendencia central para la cuantitativas y Chi² de Pearson.

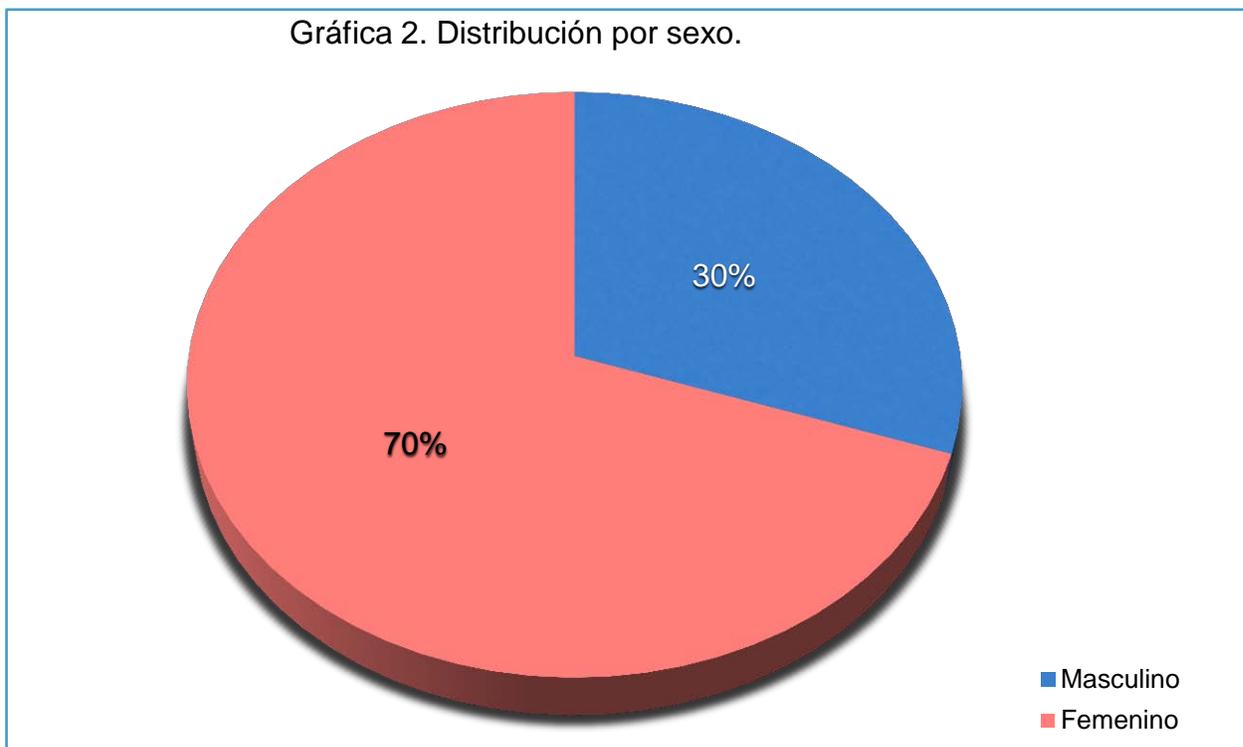
RESULTADOS

Se evaluaron 231 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los cuales se observó una media de edad de 60.12 ± 1 años con un mínimo de 31 años y un máximo de 94 años. Con predominio del grupo de 61 y más años, en un 51.1% (118). Del sexo femenino con 69.7% (161), casados 56.3% (130), dedicados al hogar 55% (127) y una escolaridad de primaria 50.2% (116). (Tabla 1, gráficos 1 y 2).

Tabla 1. Características Sociodemográficas de los pacientes diabéticos en la UMF 20

Características sociodemográficas		n=231	%
Grupo de edad	30-40	11	4.8
	41-50	41	17.7
	51-60	61	26.4
	61 y más	118	51.1
Género	Masculino	70	30.3
	Femenino	161	69.7
Estado Civil	Soltero	14	6.1
	Casado	130	56.3
	Unión Libre	26	11.3
	Divorciado/Separado	25	10.8
	Viudo	36	15.6
Ocupación	Hogar	127	55.0
	Empleado General	32	13.9
	Ventas	11	4.8
	Chofer	9	3.9
	Seguridad	0	0.0
	Empleado Doméstico	6	2.6
	Obrero	4	1.7
	Desempleado	6	2.6
	Pensionado	36	15.6
Escolaridad	Primaria	116	50.2
	Secundaria	51	22.1
	Preparatoria	9	3.9
	Técnico	23	10.0
	Universidad	8	3.5
	Posgrado	0	0.0
	Sabe leer y escribir	12	5.2
Analfabeta	12	5.2	

Gráfica 2. Distribución por sexo.



Se encontró que el tiempo de evolución de los pacientes estudiados una media de 11.12 ± 10 , mínimo de 1 año y máximo de 35 años; un 32.9% (76) con evolución de la enfermedad de 6-10 años y 28.1% (65) de 1-5 años. El 50.6% (117) con tratamiento farmacológico; el 23.4% (54) farmacológico y dieta, y el 21.2% (49) farmacológico, dieta y ejercicio. El fármaco de mayor prescripción fue la glibenclamida con metformina el 31.6% (n=73) y el 25.1% (58) sólo metformina. El 49.8% (115) presentaron patología agregada, de tipo cardiovascular con 41.1% (95). (Tabla 2).

Tabla 2. Características Clínicas de los pacientes estudiados de la UMF 20.

Características Clínicas	n=231	%
<i>Años de evolución</i>		
1-5 años	65	28.1
6-10 años	76	32.9
11-15 años	34	14.7
16-20 años	27	11.7
21 y más años	29	12.6
<i>Tratamiento</i>		
Medicamento	117	50.6
Dieta	1	0.4
Ejercicio	0	0
Medicamento v Dieta	54	23.4
Medicamento v Ejercicio	10	4.3
Dieta v Ejercicio	0	0
Medicamento. Dieta v Ejercicio	49	21.2
<i>Tipo de fármaco</i>		
Glibenclamida	15	6.5
Metformina	58	25.1
Acarbosa	3	1.3
Insulina	39	16.9
Pioglitazona	1	0.4
Glibenclamida/Metformina	73	31.6
Metformina/Pioglitazona	2	0.9
Metformina/Insulina	37	16
Otros	3	1.3
<i>Patología Agregada</i>		
Sin Patología Agregada	116	50.2
Patología Cardiovascular	95	41.1
Patología Renal	10	4.3
Patología Endócrina	4	1.7
Patología Reumática	4	1.7
Patología Neurológica	1	0.4
Otros	1	0.4

De acuerdo a la glicemia sérica de los últimos seis meses se encontró que el 36.4% (84) de los mismos tienen la glucemia en control, mientras que el 63.3% (147) de los pacientes la tienen descontrolada. (Tabla 3).

Tabla 3. Características del control de la Diabetes Mellitus de la UMF 20

Control de la Diabetes Mellitus	n=231	%
Controlada	84	36.4
Descontrolada	147	63.6

La depresión manifestada en los participantes se encuentra de la siguiente manera: 46.8% (108) sin depresión y el 53.2% (123) con algún grado de depresión. De éstos, 15.6% (36) con depresión leve, el 19.9% (46) con depresión moderada, y el 17.7% (41) con depresión severa. (Tabla 4)

Tabla 4. Características de la depresión de los pacientes diabéticos de la UMF 20

	n=231	%
Depresión		
Sin Depresión	108	46.8
Depresión Leve	36	15.6
Depresión Moderada	46	19.9
Depresión Severa	41	17.7

En relación a la familia se observó que un 55.4% (128) están en familias funcionales y un 35.9%(83) disfunción moderada. El 43.3%(100) se refirió sin crisis en este momento y el 26%(60) crisis familiar moderada. (Tabla 5).

Tabla 5. Características familiares de los pacientes diabético en la UMF 20

Características familiares	n=231	%
Funcionalidad Familiar		
Funcional	128	55.4
Disfuncionalidad Moderada	83	35.9
Disfuncionalidad Severa	20	8.7
Crisis		
Sin crisis	100	43.3
Crisis Leve	41	17.7
Crisis Moderada	60	26.0
Crisis Severa	30	13.0

En cuanto a la relación con el control de la Diabetes Mellitus, se observó que el 50% (42) de los pacientes controlados corresponden a las edad de 61 años y más, en tanto que 51.7% (76) la tienen descontrolada. Las mujeres presentan control en 63.1% (53) y el 73.5% (108) de las mismas la tienen en descontrol. Los casados con 54.8% (46) de los casos con control y el 57.1% (84) sin control. En la ocupación del hogar se encontró con control el 48.8% (41) de los pacientes y 58.5% (86) en descontrol. La escolaridad primaria, 46.4% (39) de los pacientes tuvieron control de la glucemia, y 52.4% (77) sin control. (Tabla 6).

Tabla 6. Relación de control de Diabetes Mellitus con características Sociodemográficas

Características Sociodemográficas	Controlada		Descontrolada		P*
	n	%	n	%	
Grupo de edad					
30-40	6	7.1	5	3.4	0.637
41-50	15	17.9	26	17.7	
51-60	21	25.0	40	27.2	
61 y más	42	50.0	76	51.7	
Género					
Masculino	31	36.9	39	26.5	0.099
Femenino	53	63.1	108	73.5	
Estado Civil					
Soltero	5	6.0	9	6.1	0.547
Casado	46	54.8	84	57.1	
Unión Libre	11	13.1	15	10.2	
Divorciado/Separado	12	14.3	13	8.8	
Viudo	10	11.9	26	17.7	
Ocupación					
Hogar	41	48.8	86	58.5	0.321
Empleado General	10	11.9	22	15.0	
Ventas	7	8.3	4	2.7	
Chofer	4	4.8	5	3.4	
Empleo Doméstico	4	4.8	2	1.4	
Obrero	1	1.2	3	2.0	
Desempleado	2	2.4	4	2.7	
Pensionado	15	17.9	21	14.3	
Escolaridad					
Primaria	39	46.4	77	52.4	0.84
Secundaria	21	25.0	30	20.4	
Técnico	5	6.0	18	12.2	
Preparatoria	7	8.3	2	1.4	
Universidad	2	2.4	6	4.1	
Sabe leer y escribir	6	7.1	6	4.1	
Analfabeta	4	4.8	8	5.4	

*P=Chi² Pearson.

El tiempo de evolución se encontró con control en 38.1% (32) en el grupo de 1-5 años, y en descontrol en 34% (50) en el grupo de 6-10 años. El tipo de tratamiento encontrado con control es del grupo de medicamentos, con 48.8% (41), y con descontrol, del mismo grupo, con 51.7% (76). El tipo de fármaco que presentó control fue en el grupo de metformina con 39.3% (33) y sin control en el grupo de glibenclamida-metformina, con 36.1% (53). Con respecto a la presencia de otras patologías crónicas, se encontró en el grupo sin patología agregada, control en 48.8% (41) y descontrol en 51.0% (75). (Tabla 7).

Tabla 7. Relación de control de Diabetes Mellitus con características Clínicas.

Características Clínicas	Controlada		Descontrolada		P*
	n	%	n	%	
Tiempo de evolución	1-5 años	32	38.1	33	0.50
	6-10 años	26	31.0	50	
	11-15 años	12	14.3	22	
	16-20 años	9	10.7	18	
	21 y más años	5	6.0	24	
Tipo de Tratamiento	Medicamento	41	48.8	76	0.561
	Dieta	1	1.2	0	
	Medicamento y Dieta	18	21.4	36	
	Medicamento y Ejercicio	5	6.0	5	
	Medicamento, Dieta y Ejercicio	19	22.6	30	20.4
Tipo de Fármaco	Glibenclamida	6	7.1	9	0.008
	Metformina	33	39.3	25	
	Acarbosa	2	2.4	1	
	Insulina	8	9.5	31	
	Pioglitazona	1	1.2	0	
	Glibenclamida y Metformina	20	23.8	53	
	Metformina y Pioglitazona	1	1.2	1	
	Metformina e Insulina	12	14.3	25	
Otros	1	1.2	2		
Comorbilidades	Patología cardiovascular	36	42.9	59	0.640
	Patología Renal	2	2.4	8	
	Patología Endócrina	2	2.4	2	
	Patología Reumática	2	2.4	2	
	Patología Neurológica	1	1.2	0	
	Otros	0	0.0	1	
	Sin Patología Agregada	41	48.8	75	

*P=Chi² Pearson.

Con respecto a la depresión, se encontró que el 84.5% (71) de los controlados no padecen depresión, en contraste con aquellos descontrolados que representan 74.8% (110) de los casos con depresión, los cuales 19.7% (29) presentaron depresión leve, 29.9% (44) depresión moderada y 25.2% (37) depresión severa. (Tabla 8).

Tabla 8. Relación de control de Diabetes Mellitus con Depresión

Características	Controlada		Descontrolada		P*
	n=84	%	n=147	%	
Depresión					
Sin Depresión	71	84.5	37	25.2	0.000
Leve	7	8.3	29	19.7	
Moderada	2	2.4	44	29.9	
Severa	4	4.8	37	25.2	

*P=Chi² Pearson.

En las características familiares, en los pacientes controlados se encontró que 77.4% (65) se hallaban funcional, lo que supone apoyo familiar; mientras que en el grupo de los descontrolados 57.2% (84) presentaron algún tipo de disfuncionalidad, siendo el 45.6% (67) con disfunción moderada y 11.6% (17) con disfunción severa.(Tabla 9). Así también se encontró que 70.2% de los pacientes controlados no presentaron crisis, en tanto que 72.2% de los descontrolados presentaron algún tipo de crisis, siendo la crisis moderada el más frecuente, con 35.4% (52) de los casos. (Tabla 9).

Tabla 9. Relación de control de Diabetes Mellitus con características Familiares

Características familiares	<u>Controlada</u>		<u>Descontrolada</u>		<u>P*</u>
	n	%	n	%	
Funcionalidad Familiar					
Funcional	65	77.4	63	42.9	0.000
Disfunción Moderada	16	19.0	67	45.6	
Disfunción Severa	3	3.6	17	11.6	
Crisis					
Sin Crisis	59	70.2	41	27.9	0.000
Leve	14	16.7	27	18.4	
Moderada	8	9.5	52	35.4	
Severa	3	3.6	27	18.4	

*P=Chi² Pearson.

DISCUSIÓN

En el presente estudio, se decidió determinar el grado de depresión y disfunción familiar encontrando que 78.4% de los pacientes diabéticos con depresión se encuentran descontrolados, lo que supone que a mayor descontrol de la glucemia, mayor riesgo de depresión; mientras que en controlados el 84.5% no padecen depresión. Semejantes resultados se reportan en estudios realizados por Rodríguez y Colaboradores en una población de 275 pacientes en donde se aplicó la escala de depresión de Beck (BDI) se encontró que 32.7% padecían depresión. Reportaron también que la prevalencia es más alta en aquellos con presencia de complicaciones (40.3%) en contraste con los no complicados (17%)⁽⁴⁴⁾ considerando que uno de los motivos de la complicación de la Diabetes Mellitus es la hiperglucemia. En otro estudio realizado por Escandón y colaboradores, en una población de 101 pacientes, en quienes también se aplicó la escala de depresión de Beck en su segunda versión (BDI-II) se encontró que los pacientes sin adherencia al tratamiento presentan depresión⁽⁴⁵⁾, suponiendo que la falta de apego al tratamiento se refiere a no tener control de la enfermedad y dichos resultados arrojaron presencia de depresión. Según Talbot y colaboradores, en su revisión de la relación de diabetes y depresión, los pacientes diabéticos tienen mayor prevalencia de padecer depresión que aquellos sin diabetes.⁽¹¹⁾ Un estudio realizado por Pineda *et allis* encontraron que 55% de los pacientes portadores de diabetes mellitus padecían depresión, siendo 32.5% de la forma leve, 12.5% moderada y 10% severa⁽³⁵⁾ y en otro estudio realizado por Colunga y colaboradores se encontró que 63% de la población diabética padece algún grado de depresión.⁽³⁹⁾ Semejantes resultados se encuentran en el presente encontrando que los pacientes descontrolados presentaron depresión leve 19.7%, depresión moderada 29.9% y depresión severa 25.2%, en contraste con aquellos controlados cuyas cifras son bajas. También otro estudio realizado por Anderson y colaboradores⁽²³⁾ sugiere la presencia de hiperglucemia en pacientes deprimidos, semejante a los resultados obtenidos en el presente estudio. De acuerdo a González *et allis*⁽⁴⁶⁾ en su revisión sobre Diabetes y Depresión, la evidencia muestra que tanto los episodios depresivos menores como los mayores se asocian a un deterioro del nivel de control de la Diabetes Mellitus. La sintomatología depresiva y los pobres cuidados de salud interactúan de forma que los síntomas depresivos dificultan el control de la Diabetes Mellitus.

Con respecto a la funcionalidad familiar, se encontró en el presente estudio que 77.4% se hallaban funcional, lo que supone apoyo familiar; mientras que en el grupo de los descontrolados 57.2%. Los resultados son semejantes a los realizados por Belendez y colaboradores en donde se encontró en una muestra de 502 pacientes y 123 familiares implicados en los cuidados, que 12.2% de los diabéticos refirieron mala calidad de vida con respecto a los cuidados recibidos y 13.9% manifestaron depresión.⁽⁴⁷⁾ Cabe mencionar que en dicho estudio se encontraron resultados con respecto a la presencia de estrés tanto de los pacientes como de los familiares, siendo el 50% y el 45.5%, respectivamente, con niveles altos de estrés. Concluyen que los diabéticos presentan altos niveles de estrés así como el impacto psicosocial de los familiares.⁽⁴⁷⁾ La investigación realizada por Merodio *et al* en una población de 113 adultos mayores, se utilizó la Escala de Redes de Apoyo Social en donde se encontró descontrol de la Diabetes Mellitus en 64.7% de los hombres y 66.8% de las mujeres, y además el 62% de la muestra estudiada no contaban con algún tipo de apoyo familiar, de predominio en mujeres.⁽⁴⁸⁾ Estos resultados son semejantes al nuestro, siendo la mujer que más presenta descontrol de la diabetes. Otro estudio realizado por Concha y colaboradores, en 118 pacientes diabéticos e hipertensos, se encontró que 80.5% tenían funcionalidad familiar y 14.4 disfunción moderada y 5.1 disfunción severa. En el mismo 36.4% participaron pacientes con Diabetes de los cuales 83.7% de los casos tenían descompensación de la enfermedad, al parecer asociada a disfunción familiar.⁽⁴⁹⁾ Un estudio realizado por Ariza *et al* encontró que la disfunción familiar está presente en los pacientes diabéticos; sin embargo, el 16% de la muestra manifestó buena funcionalidad familiar, lo que sugiere que los pacientes cuentan con algún tipo de apoyo familiar.⁽⁵⁰⁾ Otro realizado por Palomares y colaboradores, concluyen que la disfunción familiar está igual presente en los pacientes diabéticos.⁽²⁸⁾ Dos estudios realizados en Querétaro por Cervantes y por Guerrero, encontraron similitudes en cuanto al apoyo, siendo el primero que el apoyo social estuvo afectado en 24% de la población en contraste con 61% que sí recibe apoyo, reportando un riesgo de 4.9 veces para descontrol glucémico aquellos con falta de apoyo.⁽⁵¹⁾ En el segundo término, 75% de la población presentó disfuncionalidad en tanto que el resto no; sin embargo, en éste estudio llevado a cabo por Guerrero concluyó que no hubo correlación entre funcionalidad y niveles de glucemia y hemoglobina glucosilada;⁽⁵²⁾ pero la muestra estudiada fue pequeña (88 participantes) y por lo anterior puede ser que los resultados

sean pequeños. En el presente estudio, se encontró que la disfunción está presente en 45.6% de los casos descontrolados en contraste con aquellos que tienen algún apoyo familiar y, por ende, están controlados. Como menciona Escandón *et allis*, El bajo nivel de sintomatología depresiva puede deberse al apoyo familiar.⁽⁴⁵⁾

CONCLUSION9G

La Diabetes Mellitus es una enfermedad crónica que requiere atención multidisciplinaria desde el personal médico de primer contacto (médico general o médico familiar) hasta otras especialidades, así como trabajo social, nutrición, psicología o psiquiatría, además de contar con redes de apoyo social (intrafamiliar o interfamiliar) para su óptimo control de la enfermedad.

Las características sociodemográficas de la población se encontró que la edad más frecuente corresponde al grupo de 61 y más años, con 50% controlados y 51.7% descontrolados. Hay varios estudios que mencionan que el rango de edad oscila entre los 40 y los 60 años de edad⁽⁴⁸⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾. El género predominante con mayor descontrol de la Diabetes Mellitus fue el femenino. En un estudio realizado por Merodio, Cervantes y otro por Guerrero, se reportaron que entre 60% y 66% de su población correspondieron a mujeres, de las cuales más del 60% tenían diabetes controlada.⁽⁴⁸⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵²⁾ No hubo diferencias significativas en el estado civil ya que la mayoría de los estudios concuerdan con el estado casado. La ocupación al hogar presenta altas posibilidades de descontrol de la Diabetes Mellitus, con 58.5% de la población estudiada, y los mismos resultados se observan en la mayoría de los estudios, siendo el oficio más predominante de la mujer. La escolaridad en otros estudios la primaria ocupa el mayor porcentaje de la población; pero en Querétaro, Cervantes encontró la escolaridad secundaria con alto porcentaje de pacientes con descontrol.⁽⁵¹⁾

Con respecto a la presencia de crisis, hay escasos estudios que demuestran la relación entre diabéticos descontrolados y crisis, ya que la mayoría se enfocan principalmente a la calidad de vida o apego al tratamiento. Aunque el estudio realizado por Merodio y colaboradores, se ha detectado que el adulto mayor presenta mayor distrés global por las preocupaciones por la diabetes mellitus tipo 2, sus complicaciones, así como las debilidades física y mental.⁽⁴⁸⁾ En el presente estudio se encontró que 56.7% de los casos presentan algún tipo de crisis, siendo en su mayoría crisis moderada, ocupando 35.4% de los pacientes en descontrol.

RECOMENDACIONES

La depresión es un padecimiento crónico presente en la mayoría de las personas que padecen alguna enfermedad crónico-degenerativa, entre ellos la Diabetes Mellitus. Hay estudios que demuestran que su presencia en la Diabetes Mellitus es un factor de riesgo para el control de la enfermedad⁽⁵³⁾ y altera la evolución de la misma así como la calidad de vida del paciente. Sin embargo, dado que hay otros que utilizan herramientas diferentes, es posible que se pueda aplicar algún instrumento para cada grupo de edad, en el caso del presente estudio se observó que la población participante corresponde a mayores de 61 años, lo que sugiere la aplicación de la Escala de Yasvage-Brink. En el nuestro se utilizó la Escala de Beck versión II por encontrarse en la literatura que es el cuestionario más utilizado. Se recomienda buscar intencionadamente la presencia de depresión en todo paciente diabético y cada médico considerará la herramienta más útil para su pronta detección.

Es menester que se estudie la dinámica familiar del paciente diabético para su oportuna detección, verificar la presencia de redes de apoyo social, con el fin de evitar un descontrol de la enfermedad, así como detectar y prevenir situaciones de depresión o crisis. Ya varios estudios concluyen que un diagnóstico de Diabetes Mellitus, la familia moviliza sus mecanismos de adaptación para formar nuevos roles y adaptación al cambio,⁽⁴⁸⁾ ya que son un papel importante en el apoyo instrumental de las personas con Diabetes Mellitus y de ellos depende su control.

El presente estudio hace apertura a futuras investigaciones para detectar algún tipo de crisis que puede repercutir en el control metabólico del paciente. En México no se cuenta con suficientes estadísticas para apreciar la magnitud de los trastornos emocionales y su relación con el control metabólico.⁽⁵⁴⁾

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Rojtenberg S. Depresión: aspectos clínicos y avances terapéuticos. Psiquiatría 2010; 26(1):3-11.
- (2) RodríguezC, MedranoEO, OchoaMM, ValenciaGF, LopezHL. Avances en la etiología genética de la depresión. Psiquis 2013; 22(3): 75-81.
- (3) Williams JW, HitchcockNP, Cordes JA, Ramirez G, Pignone M. Is this patient clinically depressed?. JAMA 2002; 287 (9):1160-1170.
- (4) National Institute of Mental Health. Depression. National Institute of Mental Health, National Institutes of Health, US Department of Health and Human Services; 2000; (2)3561:1-23. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/index.cfm>. Consultado el: 14 de Febrero de 2014.
- (5) CastilloQJ, BarreraBD, PérezOJ, ÁlvarezCF. Depresión y Diabetes: de la Epidemiología a la Neurobiología. RevNeurol 2010;51(6): 347-359.
- (6) Flores RM. Diferencias de género en el trastorno depresivo mayor y sus implicaciones en el tratamiento. Psiquis 2007; 16(6): 165-170.
- (7) SánchezMG. Comorbilidad: Síndrome Metabólico y Depresión. Psiquis 2012; 21(1):23-32.
- (8) Ciro PE, Medina BR, Alvarado ML, Cortés GR. Prevalencia del síndrome depresivo en el adulto mayor con insuficiencia renal crónica en fase terminal. NutrCin 2003;6(3):215-219.
- (9) Sharp LK, Lipsky M. Screening for depresión across the lifespan: a review of measures for use in primar y care settings. American Family Physician 2002; 66(6):1001-1008.
- (10) FreyreGJ, CastañedaGC. Aspectos epidemiológicos de la práctica hospitalaria en México: la morbilidad atendida en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez 2003-2010. RevLatinoamPsiquiatría 2012;11(3):90-96.
- (11) Talbot F, Nouwen A. A Review of the relation between Depression and Diabetes. Diabetes Care. 2000; 23(10):1556-1562.
- (12) DíazVB, GonzálezGC. Actualidades en neurobiología de la depresión. Rev LatinoamPsiq 2012; 11(3): 106-115.
- (13) Medrano EO, RodríguezHC, ValenciaGF, García S, Suárez CJ. Depresion: una enfermedad inflamatoria. Psiquis 2013;22(2):46-52.
- (14) SerranoBC, ZamoraHK, NavarroRM, VillarrealRE. Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. MedIntMex 2012;28(4):325-328.

- (15) Benitez A, González L, Bueno E, Agüero F, Alsina S, Melgarejo M, Ramírez A, Vera-Ruffinelli K. Depresión y Diabetes. Rev ALAD. 2011; 19 (4):162-169.
- (16) Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care 2012;35(s1):S64-S71
- (17) American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 2012; 35(Sup 1):S64-S71.
- (18) Aguilar SC, Gomez DR, Gómez PF. La diabetes tipo 2 en México: principales retos y posibles soluciones. Rev ALAD 2011;19(4):148-161
- (19) FernándezVA, AbdalaCT, AlvaraSE, TenorioFG y col. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. RevEspMedQuir 2012;17(2):94-99.
- (20) CongetDI, Giménez AM. Estrategias de prevención de la diabetes mellitus tipo 2 en sujetos con riesgo. Evidencias actuales y perspectivas futuras. RevAvDiabetol 2007;23(2):77-86.
- (21) Martin E, Querol MT, Larsson C, Renovell M, Leal C. Evaluación psicológica de pacientes con diabetes mellitus. AvDiabetol 2007;23(2):88-93.
- (22) PeraltaPG. Depresión y Diabetes. Avances en Diabetología 2007;23(2):105-108.
- (23) Anderson RJ, Freeland KE, Clouse RE, Lustman PJ. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. Diabetes Care 2001; 24(6):1069-1078.
- (24) Sargin H, Çakin I, Sargin M. Diabetes and Depression. Turkish J Endocrinology and Metabolism 2002;3:95-100.
- (25) Lorente I. Falta de aceptación de la diabetes: enfoque diagnóstico y terapéutico. RevAvDiabetol 2007;23(2):94-99.
- (26) MolinalA, AcevedoGO, YáñezSM, DávilaMR, González PA. Comparación de las prevalencias de duelo, depresión y calidad de vida asociados con la enfermedad entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 descontrolados y controlados. Rev Esp Méd Quir 2013;18:13-18.
- (27) MendozaSL, SolerHE, SainzVL, GilAI, MendozaSH, PérezHC. Análisis de la Dinámica y Funcionalidad Familiar en Atención Primaria. ArchMedFam 2006; 8(1):27-32.
- (28) PalomaresVN. Características familiares, factores de riesgo y principales motivos de atención en la consulta externa. RevEspMedQuir 2012; 17(3):157-163.
- (29) MendezLD, Gomez LV, GarciaRM, Perez LJ, Navarrete EA. Disfunción familiar y control del paciente diabético tipo 2. RevMed IMSS 2004; 42 (4):281-284.
- (30) Tolsoi L. Dinámica Familiar. En: Huerta GJ. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. México, D.F. 2005. Pp. 36-40.

- (31) Castillo NY, Aguilar SC. Depresión, control glucémico y diabetes. Rev ALAD. 2011; 19 (4):141-142.
- (32) Velasco ML, Sinibaldi JFJ. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). Edit. El Manual Moderno. México, D.F. 2001. Pp 37-46.
- (33) Quiróz PJ, Membrillo LA. Crisis Familiares. En: Membrillo LA, Fernández OM, Quiróz PJ, Rodríguez LJ. Familia: Introducción al estudio de sus elementos. Ediciones de Textos Mexicanos. México, D.F. 2008. Pp. 179-190.
- (34) Membrillo LA, Fernández OM, Quiróz PJ, Rodríguez LJ. Instrumentos de Evaluación de la Funcionalidad Familiar. En: Anzures CR, Chávez AV, García PM, Pons AO. Medicina Familiar. Editorial Corporativo Intermédica, S.A. de C.V. México, D.F., 2008. Pp. 227-283.
- (35) Marcas VA, Mariscal LE, Muñoz PM, Olid CF, Pardo RM, Rubio SE, Ruiz RA. La disfunción familiar como predisponente de la enfermedad mental. ¿Existe tal asociación?. Rev Atención Primaria 2000;26(7):453-457.
- (36) Pineda N, Bermúdez V, Cano C, Mengual E, Romero J, Medina M et al. Niveles de Depresión y Sintomatología característica en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2. AVFT [revista en la Internet]. 2004;23(1):74-78. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_isoref&pid=S0798-02642004000100013&lng=es
- (37) Boletín Epidemiológico. Semana del 7 al 13 de septiembre de 2014. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Sistema Único de Información. 2014;31(s37):45-60.
- (38) Martínez VM, Hernández MM, Godínez TE. Depresión en un grupo de pacientes con Diabetes mellitus tipo 2 en una Clínica Regional del municipio de Jilotepec, México. Aten Fam 2012;19(3):58-60.
- (39) Colunga RC, García AJ, Salazar EJ, González MA. Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. 2005. Rev Salud Pública 2008;10(1):137-149
- (40) Sanz J, Vázquez C. Fiabilidad, Validez y Datos Normativos de Inventario para la Depresión de Beck. Psicotherma 1998;10(2):303-318.
- (41) Wuang YP, Gorestein C. Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory-II: A Comprehensive Review. Rev Brasileira Psiquiatria 2013;35(4):416-431.
- (42) Masuda M, Holmes TH. Life Events: Perceptions and Frequencies. Psychosomatic Medicine. 1978;40(3):236-261.
- (43) Evaluación del Inventario BDI-II. Disponible en: <https://www.cop.es/uploads/PDF/2013/BDI-II.pdf>
- (44) Rodríguez CI, Zapatero GA, Ríos M. Prevalence of Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. Rev Clín Esp 2015;215(3):156-164.

- (45) Escandón NN, Azócar B, Pérez C, Matus V. Adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus tipo 2: su relación con la calidad de vida y depresión. RevPsicoterap 2015;26(101):125-138.
- (46) González TI, González TS. Diabetes y depresión. Cuestión de riesgo. DiabPrác 2015;06(01):1-48.
- (47) Beléndez VM, Lorente AI, Maderuelo LM. Estrés emocional y calidad de vida en personas con diabetes y sus familiares. GacSant 2015;29(4):300-303.
- (48) Merodio PZ, Rivas AV, Martínez SA. Percepción del apoyo familiar y dificultades relacionadas con la diabetes en el adulto mayor. RevHorizSanit 2015;14(1):14-20.
- (49) Concha TM, Rodríguez GC. Funcionalidad familiar en pacientes diabéticos e hipertensos compensados y descompensados. Theoria 2010;19(1):41-50.
- (50) Ariza E, Camacho N, Londoño E, Niño C, Sequeda C, Solano C, Borda M. Factores asociados a control metabólico en pacientes diabéticos tipo 2. Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2005; 21: 28-40.
- (51) Cervantes BR. Asociación del apoyo social y el control glucémico del paciente con diabetes Mellitus tipo 2. [Tesis de Especialidad].- Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Medicina.2010.
- (52) Guerrero DL. Correlación entre la funcionalidad y el control glucémico de la Diabetes Mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Tesis de Especialidad].- Querétaro. Universidad Autónoma de Querétaro. Facultad de Medicina.2013.
- (53) Molina CC, Rosales RT, Pavez SP, Vera VP. La felicidad como factor de riesgo para la adherencia hacia los tratamientos en pacientes con Diabetes Mellitus II. RevElectPsicol Iztacala 2015;18(2):611-630. Consultado el 2/11/2015. Disponible en: <http://revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/50782>
- (54) Sanchez CJ, Hipólito LA, Mugártegui SS. Yáñez GR. Estrés y depresión asociados al no apego al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus. RevMexMedFam 2015;2(2):32-37.

ANEXOS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20
COORDINACIÓN DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:
**DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR RELACIONADO CON EL CONTROL METABÓLICO
DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20 DEL IMSS**

INSTRUCCIONES: Llene los campos que se le soliciten.

1. Número de Seguridad Social: _____ 2. Edad: _____ 3. Sexo: _____
4. Estado Civil (*marque con X*) () Soltero () Casado () Unión libre () Separado/divorciado () Viudo
5. Ocupación: _____
6. Grado máximo de estudios (*marque con X*) () Primaria () Secundaria () Preparatoria ()
Técnico () Universidad () Posgrado () Sabe leer y escribir () Ninguno
7. Tiempo de padecer la Diabetes Mellitus: _____
8. ¿Qué tipo de tratamiento tiene? (*Marque con X*) () Medicamentos () Dieta () Ejercicio
9. ¿Qué tipo de medicamentos consume?
() Glibenclamida () Metformina () Acarbosa () Insulina ()
() Pioglitazona () Otros: _____
10. ¿Padece otra enfermedad crónica? () SI () NO 11. En caso afirmativo, indique cuál: _____

NO ANOTAR EN ESTE ESPACIO

11. Niveles de glucosa de los últimos 3 meses: a) _____ b) _____ c) _____

INSTRUCCIONES: Señale cómo se ha sentido en las últimas dos semanas hasta hoy.

- | | |
|---|---|
| <p>1. Yo me siento...</p> <ul style="list-style-type: none">a) No me siento triste.b) Me siento triste la mayor parte del tiempo.c) Me siento triste todo el tiempo.d) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo. <p>2. Yo me siento...</p> <ul style="list-style-type: none">a) No me siento desanimado respecto a mi futuro.b) Me siento más desanimado respecto a mi futuro que de costumbre.c) No espero que las cosas se resuelvan.d) Siento que mi futuro no tiene esperanza y que las cosas no mejorarán. <p>3. Yo me siento...</p> <ul style="list-style-type: none">a) No me siento fracasado.b) Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.c) Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.d) Me siento una persona totalmente fracasada. | <p>4. Me parece que...</p> <ul style="list-style-type: none">a) Disfruto tanto las cosas como antes.b) No disfruto tanto de las cosas tanto como antes.c) Disfruto muy poco de las cosas que me gustan.d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo. <p>5. Yo me siento...</p> <ul style="list-style-type: none">a) No me siento especialmente culpable.b) Me siento culpable en bastantes ocasiones.c) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.d) Me siento culpable constantemente. <p>6. Me parece que...</p> <ul style="list-style-type: none">a) No creo que esté siendo castigado.b) Me siento como si fuese a ser castigado.c) Espero ser castigado.d) Siento que estoy siendo castigado. |
|---|---|

7. Me parece que...
- No estoy decepcionado de mí mismo.
 - Estoy decepcionado de mí mismo.
 - Me da vergüenza de mí mismo.
 - Me detesto.
8. Me parece que ...
- No me considero peor que cualquier otro.
 - Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 - Continuamente me culpo por mis faltas.
 - Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. Me parece que...
- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - Desearía suicidarme.
 - Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. Yo creo que...
- No lloro más de lo que solía llorar.
 - Ahora lloro más que antes.
 - Lloro por cualquier cosa.
 - Tengo ganas de llorar pero no puedo.
11. Yo creo que...
- Me siento tranquilo como siempre.
 - Me siento más nervioso que de costumbre.
 - Me siento más agitado que me cuesta estar quieto.
 - Estoy tan agitado que tengo que estar haciendo algo.
12. Me parece que...
- No he perdido el interés por los demás.
 - Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - He perdido todo el interés por los demás.
13. Me parece que...
- Tomo decisiones casi tan bien como siempre he hecho.
 - Me cuesta trabajo tomar decisiones que de costumbre.
 - Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - Tengo dificultades para tomar decisiones.
14. Yo creo que...
- No creo que sea inútil.
 - No me considero tan valioso y útil como antes.
 - Me siento más inútil en comparación con otras personas.
 - Me siento completamente inútil.
15. Yo creo que...
- Tengo tanta energía como siempre.
 - Tengo menos energía que de costumbre.
 - No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
 - No tengo suficiente energía para hacer nada.
16. Me parece que...
- Duermo tan bien como siempre.
 - Duermo algo más que de costumbre.
 - Duermo algo menos que de costumbre.
 - Duermo mucho más que de costumbre.
 - Duermo mucho menos que de costumbre.
 - Duermo la mayor parte del día.
17. Me parece que...
- No estoy más irritable que de costumbre.
 - Estoy más irritable que de costumbre.
 - Estoy mucho más irritable que de costumbre.
 - Estoy irritable todo el tiempo.
18. Yo creo que...
- Mi apetito no ha cambiado.
 - Mi apetito es un poco menor que antes.
 - Mi apetito es un poco mayor que antes.
 - Mi apetito es un mucho menor que antes.
 - Mi apetito es un muchomayor que antes.
 - No tengo nada de apetito.
 - Tengo un ansia constante de comer.
19. Yo creo que...
- Puedo concentrarme tan bien como antes.
 - No me puedo concentrar tan bien como de costumbre.
 - Me cuesta concentrarme en algo durante mucho rato.
 - No me puedo concentrar en nada.
20. Me parece que...
- No estoy cansado que de costumbre.
 - Me canso más fácilmente que de costumbre.
 - Estoy demasiado cansado para hacer muchas cosas de las que solía hacer.
 - Estoy demasiado cansado para hacer la mayoría de las cosas de las que solía hacer.
21. Me parece que...
- No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 - Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - He perdido totalmente mi interés por el sexo.

INSTRUCCIONES: Marque con Xsi en el último año ha presentado en su vida alguno de estos eventos:	
1. MUERTE DEL CÓNYUGE	
2. DIVORCIO	
3. SEPARACIÓN MATRIMONIAL	
4. CAUSAS PENALES	
5. MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO	
6. LESIÓN O ENFERMEDAD PERSONAL	
7. MATRIMONIO	
8. PÉRDIDA DEL EMPLEO	
9. RECONCILIACIÓN MATRIMONIAL	
10. JUBILACIÓN	
11. CAMBIOS EN LA SALUD FAMILIAR	
12. EMBARAZO	
13. PROBLEMAS SEXUALES	
14. NACIMIENTO DE UN HIJO	
15. REAJUSTES EN LOS NEGOCIOS	
16. CAMBIOS EN EL ESTADO FINANCIERO	
17. MUERTE DE UN AMIGO MUY QUERIDO	
18. CAMBIO A LÍNEA DIFERENTE DE TRABAJO	
19. CAMBIO EN EL NÚMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	
20. HIPOTECA MAYOR	
21. JUICIO POR HIPOTECA O PRÉSTAMO	
22. CAMBIO DE RESPONSABILIDAD EN EL TRABAJO	
23. UNO DE LOS HIJOS ABANDONA EL HOGAR	
24. DIFICULTADES CON LOS PARIENTES POLÍTICOS	
25. LOGRO PERSONAL NOTABLE	
26. LA ESPOSA COMIENZA (O DEJA DE TRABAJAR)	
27. INICIA O TERMINA LA ESCUELA	
28. CAMBIO EN LAS CONDICIONES DE VIDA	
29. REVISIÓN DE HÁBITOS PERSONALES	
30. PROBLEMAS CON EL JEFE	
31. CAMBIO DE HORARIO O CONDICIONES DE TRABAJO	
32. CAMBIO DE RESIDENCIA	
33. CAMBIO DE ESCUELA	
34. CAMBIO DE RECREACIÓN	
35. CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES RELIGIOSAS	
36. CAMBIO EN LAS ACTIVIDADES SOCIALES	
37. HIPOTECA O PRÉSTAMO MENOR	
38. CAMBIO EN LOS HÁBITOS DEL SUEÑO	
39. CAMBIO EN EL NÚMERO DE REUNIONES FAMILIAS	
40. CAMBIO EN LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS	
41. VACACIONES	
42. FIESTAS NAVIDEÑAS Y REYES MAGOS O SU EQUIVALENTE	
43. VIOLACIONES MENORES A LA LEY	

INSTRUCCIONES: Marque con X la preposición que más se le parezca.

1. Comunicación En mi familia, la comunicación es: <i>(Ejemplo, si necesito comunicar un problema en el que espero todos podamos resolver)</i>	Clara, directa y honesta.	Confusa, incongruente, hipócrita.
2. Autoestima En mi familia, la autoestima recibida es: <i>(Ejemplo, si tengo un problema, me siento apoyado)</i>	Es alta, se me toma en cuenta.	Es baja, no se me toma en cuenta.
3. Reglas o normas. En mi familia, las decisiones que se toman son: <i>(Ejemplo, si hay algo que se tenga que decidir, todos opinamos o podemos cambiar)</i>	Capaces de cambiar.	No son o no somos capaces de cambiar.
4. Relaciones sociales. En mi familia, las relaciones sociales son: <i>(Ejemplo, podemos convivir con otras personas)</i>	Con confianza, franqueza y abiertos.	Desconfiados, temerosos, acusadores.
5. Límites. En mi familia, los límites o relaciones entre nosotros son: <i>(Ejemplo, tenemos reglas entre nosotros y se respetan decisiones, jerarquías)</i>	Capaces de tomar decisiones propias o en grupo.	No es tan fácil de relacionarnos y de tomar decisiones.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGUROSOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN POLITICAS
DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR RELACIONADO CON EL CONTROL METABÓLICO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DE LA UMF 20 DEL IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	México, Distrito Federal, a _____ del mes de _____ 2015.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Los problemas mentales son la manifestación de una dificultad de adaptación ante acontecimientos vitales estresante. Sin embargo, en el paciente diabético, los aspectos psicológicos se relacionan con los niveles de glucosa en sangre y se condiciona a aspectos socioculturales, psicológicos y educacionales, lo que amerita la participación del paciente y de sus familiares donde el estado afectivo-emocional puede ser la limitante. Por lo que se decide realizar el estudio para identificar la depresión en diabéticos y conocer el estado de dinámica familiar. Objetivos: Determinar el grado de depresión y disfunción familiar relacionado con el control metabólico de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 20 del IMSS.
Procedimientos:	Si usted acepta a participar ocurrirá lo siguiente: Se me informará y pedirá el consentimiento informado para la realización de un estudio de investigación. Llenar un cuestionario con datos personales, familiares y estado de ánimo
Posibles riesgos y molestias:	La realización de este estudio, no produce ningún riesgo a su salud ni altera su tratamiento.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le informara sobre en redes de apoyo social presentes, y se ofrecerán pautas de para aumentar el apoyo social en sus diferentes ámbitos, si así lo requiriera o solicitara.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se compromete a proporcionar información solicitada y de acuerdo a resultados se canalizará según corresponda.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de interrumpir el estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Disponibilidad de tratamiento médico en Se ofrecerán pautas para referir a la(s) paciente(s) a orientación familiar, derechohabientes (si aplica): en caso necesario o de ser solicitado.

Beneficios al término del estudio: Los resultados del presente estudio contribuirán a detectar el grado de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus para su pronta atención

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

Investigador Responsable:

Dra. Santa Vega Mendoza. Médico familiar, Maestra en Ciencias de la Educación, Matricula: 11660511, UMF 20 IMSS, en Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas México D.F. Tel: 53331100 ext 15320 y 15368. E- mail: drasanta.vega0473@yahoo.com.mx y santa.vega@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dr. Uri Clavel Mandujano. Residente de la Especialización en Medicina Familiar. Matricula: 99169287, UMF 20 IMSS, en Calzada Vallejo 675, Col. Magdalena de las Salinas México D.F. Tel: (55)66496501. E-mail: audazcm@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o tutores o representante legal

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013